



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGIA

REPERCUSIONES CONDUCTUALES EN UNA ADOLESCENTE ADOPTADA CON UN APEGO ANSIOSO EVITATIVO

TESIS

PRESENTADA POR

MAYRA ALEJANDRA ANGUAS KEB

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA
EN EL ÁREA DE CLINICA INFANTIL

DIRECTOR DE TESIS

JORGE RAMON NAVARRETE CENTENO

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

DICIEMBRE 2020

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.922712 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

Dedico este trabajo a mí, a mi vida, a mi historia y a mi hijo; representa la realización de una meta académica planteada y un episodio especial en mi vida de esfuerzo y aprendizaje profesional y personal.

Agradezco a la vida y a Dios que me ha permitido lograr lo que he deseado.

A mi hijo *Emilio* quien es mi motor y reflejo de mi crecimiento y deseo por ser mejor como madre, profesionista y persona; y quién se mantuvo valiente en mis ausencias físicas y mentales como madre en esta etapa; apoyándome así a cumplir mis metas.

A todos los que confiaron en mí, me apoyaron y se alegran conmigo: amigos, familia, compañeros de generación y maestros.

En especial agradezco a los niños, niñas, jóvenes, padres y madres que me permitieron trabajar con ellos en sus procesos de crecimiento y curación emocional, por brindarme su confianza, compartirme su historia y enseñarme más que conocimientos profesionales...

Contenido

Resumen	8
1. Introducción	10
1.1. Planteamiento del problema y justificación	12
1.1.1. Planteamiento del problema	
1.1.2. Justificación	15
1.1.3. Propósito general del trabajo terminal	19
1.2. Marco Teórico Referencial	19
1.2.1. Adopción	19
1.2.2. Funciones de la parentalidad	21
1.2.2.1. Función materna	23
1.2.2.2. Función paterna	24
1.2.3. Apego	25
1.2.4. Desórdenes de la conducta	28
1.2.5. Terapia de juego	30
1.2.6. Terapia de juego centrada en el niño (TJCN)	32
2. Evaluación diagnóstica del problema	36
2.1. Descripción del escenario y participantes	
2.1.1. Motivo de consulta	
2.1.1.1. Manifiesto de los padres	
2.1.1.2. Manifiesto del niño	
2.1.2. Datos generales	37
2.1.3. Descripción del paciente	
2.1.4. Diagnóstico / conceptualización del caso	38
2.1.5. Objetivo General	39
2.1.6. Objetivos específicos	
2.1.7. Definición de términos	
2.1.7.1. Adopción	

2.1.7.2. Apego	40
2.1.7.3. Desórdenes de la conducta	
2.1.7.4. Terapia de juego centrada en el niño	41
2.2. Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizadas	41
2.2.1. Instrumentos utilizados	
2.2.2. Técnicas implementadas	42
2.2.3. Evaluación del proceso	43
2.3. Procedimiento	44
2.4. Información de resultado de la evaluación diagnóstica	45
3. Programa de Intervención	48
3.1. Introducción	
3.2. Objetivos del programa de intervención	
3.3. Programa de intervención	49
3.3.1. Diseño de intervención	50
3.3.2. Fases de intervención	51
3.3.3. Diseño de psicoterapia	52
4. Resultados de la intervención	53
4.1. Evaluación de los efectos y/o proceso	
4.1.1. Resultados de la aplicación de instrumentos	
4.1.2. Historia Clínica	54
4.2. Sesiones de psicoterapia	58
5. Discusión y conclusiones	77
5.1. Relación intervención - cambios observados	
5.2. Comparación cambios observados - literatura sustento	79
5.3. Sugerencias y conclusiones	82
Referencias	86
Apéndices	95

DESORDENES DE CONDUCTA EN UNA ADOLESCENTE ADOPTADA CON APEGO ANSIOSO EVITATIVO

Resumen

Por Mayra Alejandra Anguas Keb

Universidad Autónoma de Yucatán

Agosto 2020

Director de tesis: Jorge Navarrete Centeno

La adopción es una alternativa para formar familias, que pretende reintegrar a éstas a menores en situaciones de vulnerabilidad, ocasionadas por carecer o haber sido abandonados por la propia. Se busca que el menor reanude un proceso interrumpido, logrando un adecuado desarrollo biopsico-social y que se le prepare para la vida adulta.

Esto resulta complejo, observándose con más frecuencia problemas de conducta en chicos adoptados, debido en parte a que sus formas de acercamiento o apego con la nueva familia, están marcadas por su historia desfavorable. Estos problemas pueden mantenerse frecuentemente hasta la adolescencia impactando en su autoestima e identidad.

La terapia de juego centrada en el niño es una modalidad que promueve, mediante momentos lúdicos, compensar carencias y avanzar en el desarrollo.

En este trabajo se pretende evaluar la eficacia del modelo de intervención en un caso de problema de conducta en una adolescente adoptada con apego ansioso evitativo. Se entrevistó a los padres al inicio y durante el proceso, se realizaron sesiones de juego individual con la chica, aplicando habilidades terapéuticas de rastreo, reflejo del contenido,

reflejo de sentimientos y establecimiento de límites; a través de cuatro etapas: calentamiento, agresión, regresión y dominio de habilidades.

Los resultados señalan la eficacia del modelo de intervención para construir una relación de confianza y seguridad entre paciente y terapeuta, de modo que permite al paciente expresar sentimientos, pensamientos y temas no hablados, como la adopción; impactando en su autoaceptación, responsabilidad, autorregulación; así como en la aceptación de los padres a toda la situación y a su hija, cambiando las interacciones entre sí.

Capítulo Uno

Introducción

La adopción es una alternativa para formar familias que ofrece beneficios en dos sentidos: brinda al niño la oportunidad de crecer dentro de una familia y también permite que una pareja se convierta en padres. Este proceso principalmente busca el bienestar del menor, considerando que lo obtendrá dentro de una familia, que le brindará seguridad, confianza, instancia feliz, estabilidad material, emocional y lo preparará para la vida adulta. Aunado a esto, también se busca que reconstruya sus vínculos afectivos con sus nuevos padres.

Este último objetivo representa un desafío para la nueva familia, ya que el proceso de la adopción por sí mismo hace que la formación del vínculo sea complejo. Esta complejidad se estima que se debe a las experiencias tempranas desfavorables de los menores, entre las que podemos mencionar: el ser apartados de sus progenitores y lo que pudieron vivir como consecuencia de ello, su experiencia en las instituciones y el tiempo de permanencia en ellas. Así, toda esta historia previa de los niños, relacionada con las experiencias de afecto, pone en riesgo el establecimiento de los vínculos afectivos con sus nuevos padres, principalmente porque la forma de interactuar desde edades tempranas con figuras que deben brindar afecto, generalmente se mantienen a lo largo de la vida e influyen en las relaciones afectivas que se establezcan con otros, así como en otras áreas de la vida.

En el mismo sentido, se han identificado mayores problemas de conducta en los menores adoptados, como mentiras, manipulación, oposicionismo, agresión verbal,

violación de normas familiares, problemas con los iguales e hiperactividad (Smith, Howard y Monroe, 2000 en Sánchez-Sandoval y Palacios, 2012).

En el presente trabajo se mostrará el caso de una adolescente de 12 años que fue adoptada desde los 4 años de edad, quien ahora tiene problemas en varias áreas del desarrollo. Presenta diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), dificultades académicas, problemas de relación y afecto con sus padres, dificultad para hacer amigos y problemas de alimentación que la ubican en muy bajo peso y talla de acuerdo a lo esperado para su edad. Se usará el seudónimo Meg.

Sus padres, a pesar que le brindaban estabilidad económica y le hablaban de afecto, respondían a sus conductas inadecuadas con amenazas, castigos, desafíos, golpes, gritos, frustración, exigencias de desempeño y expresaron dificultades para comunicarse con su hija, en especial la madre, quien manifestó dificultad para mostrar afecto, ya que el papá era más complaciente con ella y sensible, por lo que Meg mantenía una relación conflictiva con su madre, más afectiva con su papá, mientras que los padres tenían conflictos de pareja por la situación.

Se interviene en este caso desde la terapia de juego con enfoque centrado en el niño (TJCC), ya que el juego mantiene el equilibrio emocional y la conexión con los otros, se relaciona con la forma de conectarnos con las personas (con el terapeuta), sobre todo con las que se tiene afecto y con nosotros mismos; se ensaya cómo enfrentarse a las dificultades de la vida y se refresca después de afrontarlas; además de ser divertido, lo cual encaja adecuadamente en el caso al ser Meg una chica que prefería los “disparates” y evitar hablar de sus sentimientos y problemas, permitiéndole hablar mediante el juego y con los juguetes.

Igualmente, este enfoque se considera adecuado ya que ha demostrado ser efectivo para enfrentar las afecciones que manifiesta la niña, al emplear como condiciones particulares y esenciales: la congruencia, consideración positiva incondicional y empatía. Considera los problemas que exponen los padres, pero el verdadero motor de la terapia es lo que exponen los niños, es decir, se centra en la persona del niño más que en sus problemas. La mejoría se da al facilitarle al niño un espacio seguro, libre, sin juzgarlo, donde se exprese y sienta que controla las situaciones y resuelve sus dificultades emocionales con el juego y la relación con el terapeuta; de modo que se vuelva una persona más adecuada al enfrentarse a sus problemas, prescindiendo menos de las conductas negativas para satisfacer la necesidad de atención.

Cabe subrayar que las características de personalidad de Meg y su situación tan exigente en casa, así como sus constantes fracasos sociales, hicieron que, a pesar de estar entrando a la adolescencia, la TJCC se considerará como intervención adecuada, al ofrecerle oportunidades de libertad, aceptación, autocontrol y diversión.

1.1 Planteamiento del Problema

1.1.1 Planteamiento del problema

La adopción es un proceso que tiene importancia en su propósito, ya que lo que busca es reintegrar a una familia a los menores en situaciones de vulnerabilidad ocasionadas por carecer o por haber sido abandonados por su propia familia. También tiene la finalidad de que el menor, dentro de un ambiente familiar, logre un adecuado desarrollo biopsico-social. Al respecto el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) agrega que la adopción ofrece a los menores la oportunidad de crecer en un

ambiente armónico, protegidos por el cariño de una familia que propicie su desarrollo integral, le brinde estabilidad material y emocional, los dote de una infancia feliz y los prepare para la vida adulta (Gamboa, Valdés y Gutiérrez, 2016).

En este sentido, se puede llegar a pensar que en la nueva familia todo será favorable, pero no siempre es así. La población adoptada presenta comúnmente problemas relacionados con: el desarrollo psicológico, que repercute en problemas de conducta, como la hiperactividad y los problemas de atención (impulsividad, dificultad de concentración, conductas molestas para los demás), problemas en las relaciones con compañeros (impulsividad, dificultad para el autocontrol) conductas desafiantes, mentiras, agresividad (verbal y/o física), rabietas, robo y escapes de casa (Palacios, 2007). Dichas conductas antes de la adopción, fueron útiles a los niños para enfrentar su situación desfavorable y aunque en las nuevas familias no sean necesarias, ellos continúan usándolas (Hodges, Steele, Hillman, Henderson y Kaniuk, 2005) representando una barrera para lograr vincularse con sus padres (Román y Palacios, 2011) porque lo que vivieron impactó en su apego.

Entonces, la situación de la adopción es compleja, en parte, porque los niños presentan un desarrollo afectado en lo físico, cognitivo y emocional y muchos tienen limitaciones severas (Palacios, Román y Camacho, 2011; Palacios, Sánchez-Sandoval y León, 2005), así como dificultades y problemas de comportamiento, que hace que requieran servicios de salud mental (Sánchez-Sandoval, 2002; Van IJzendoorn, Juffer, y Klein Poelhuis, 2005).

Pero, ¿por qué se cree que afecta a los niños adoptados y a sus familias adoptivas?. Para explicar esto, se cuenta con la teoría del apego de Bowlby, J. (1969), la cual establece que el apego es la disposición del niño para buscar proximidad y contacto con una figura específica, a quien percibe como más fuerte y protectora, y que básicamente le brindará una sensación de seguridad, protección y confort (Olza-Fernández, I. et al. 2014 en Persano, 2018). Se recalca la importancia de la disponibilidad de la figura de apego, temporal y emocional, para satisfacer las necesidades del niño, puesto que, si falta, se pueden llegar a presentar perturbaciones (Persano, 2018).

Al respecto de la disponibilidad de la figura de apego, Mary Ainsworth (1978), estableció tres categorías diferentes de relaciones de apego, a partir de las experiencias de la reacción del niño a la separación-reunión con la madre y ante la presencia de extraños: Apego seguro, inseguro ansioso evitativo, inseguro ansioso ambivalente; que explican cada una, conductas del niño en torno a la confianza en la satisfacción de sus necesidades, acercamiento a las diversas conductas de reencuentro de la madre y libertad de explorar su ambiente (Persano, 2018). Por su parte Solomon y George (1999) describieron el apego desorganizado mientras que Tizard y Hodges (1978) el apego desinhibido.

Así, se puede vislumbrar la complejidad de establecer un vínculo de apego seguro en la adopción, no solo por las conductas inadecuadas de los menores, si no por el impacto que éstas tienen en los padres adoptivos, quienes han soñado y fantaseado con su hijo (Sallesi, 2016), y ahora para enfrentarse a estas situaciones problemáticas tienen que ajustar su expectativa que tenían sobre él y la paternidad, porque éste niño tal vez no responde a la necesidad afectiva que tenían. Sin embargo, ésta situación no es exclusiva para la adopción, más bien es parte del proceso de parentalización; pero en la adopción resulta más

complicado. Por eso en algunas ocasiones se acaba frustrando la adopción, es decir, que los padres regresan al niño a la institución. Aunque esto no tiene cifras concretas, Benedicto García, coordinador general de C.O.R.A. (Coordinadora de Asociaciones de Adopción y Acogimiento), que agrupa a 24 asociaciones en España, admite que cada vez se están viendo más casos de adopciones frustradas como resultado de "una situación traumática en la familia que no se puede reparar" y que tienen un impacto traumático para la familia, tanto para la pareja como para el niño y los hermanos.

Por lo tanto, según lo anterior, la relación o experiencias de apego que tuvieron los niños con sus madres, parece mantenerse a lo largo de la vida e influir en las conductas de los niños que manifestarán con sus nuevas familias. Pero a la vez, parece también que la nueva relación con las madres adoptivas tendrá características que pueden generar dificultades para establecer una relación de apego seguro.

En este sentido, la adopción es uno de tantos factores que incrementa las probabilidades de generar un vínculo de apego inseguro (Junquera, López, García y García, 2011).

1.1.2 Justificación

En México, el tema de la adopción está cobrando cada vez más importancia y se le está brindando más atención. Esto debido a que, según datos de 2011, las solicitudes de adopción disminuyeron 66 % en cinco años. Por su parte el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Nacional proyectó que para el 2040 los niños que habitarían en casas cuna y casas hogar serían 33,242. Al respecto, el Programa Nacional de Asistencia Social 2014-2018 a través de implementar un Modelo Único de Adopción Nacional e

Internacional que regule los procedimientos de adopción de las niñas, niños y adolescentes; logró concluir 13 adopciones nacionales y 2 internacionales (Gamboa et al., 2016). Esta situación muestra que existe una gran cantidad de niños en espera de ser adoptados por una familia.

En lo que a Yucatán respecta, a través del proyecto Reintegración de niñas, niños y adolescentes a una familia 2015, se alcanzó integrar a una familia a un 78.28 % de menores de edad (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán, 2015).

Aunque se esté trabajando en que más niños sean adoptados, es importante tener presente que ese es solo el primer paso para formar una nueva familia, ya que la verdadera adaptación e integración inicia desde el momento en que se reúnen, lo cual implica la formación y el desarrollo de vínculos emocionales, hasta ese momento inexistentes, que como hemos visto, es complejo por la influencia de varios factores de ambas partes.

Al respecto, los estudios de Juffer y van IJzendoorn, 2005; Juffer, Van IJzendoorn y Palacios, 2011, han indicado una mayor tendencia de los chicos y chicas adoptados a manifestar problemas psicológicos (Sánchez-Sandoval y Palacios, 2012); y dificultades en su ajuste personal, en comparación con otros niños de su edad no adoptados, así como que reciben más atención clínica por salud mental. Incluso, por la frecuencia de estos problemas en esta población, se ha hablado de un modelo de déficit o un modelo psicopatológico en la población adoptada, llamado “psicología y psicopatología de la adopción” (Amorós, 1987, p. 55) o “síndrome del niño adoptado” (Kirschner, 1990).

Del mismo modo, estudios recientes respaldan que la mayoría de los adolescentes adoptados parecen tener un riesgo mayor para problemas externalizados (Keyes, Sharma,

Elkins, Iacono y McGue, 2008). Los estudios de Smith, Howard y Monroe (2000) respaldan esto al indicar las conductas manifestadas por los adoptados analizados: 81% manifestaba mentiras y manipulación de los otros, 80% oposicionismo, 77% agresión verbal, 69% violación de las normas familiares, 64% problemas con los iguales, 45% hiperactividad, 21% comportamientos suicidas, y 22% problemas con la justicia y detenciones.

Ante esto, los padres adoptivos acostumbran llevar a sus hijos al psiquiatra porque están más sensibilizados ante sus problemas psicológicos (Panchón y Heras, 2009); es decir, hay una mayor tendencia o sensibilidad de las familias adoptivas a buscar apoyo ante las dificultades (DeFries, Plomin y Fulker, 1994; Goldberg y Wolkind, 1992; Moore y Fombonne, 1999). Sin embargo, no son la mayoría, y no todos tienen la posibilidad de acceder a un apoyo especializado.

Es por esto, que siendo los padres quienes influyen en el desarrollo socioemocional de sus hijos resulta óptimo que se diseñen políticas de salud mental que brinden apoyo de calidad a padres de hijos vulnerables, como acompañamiento, pero más relevante, de prevención, es decir, a los pocos meses de formar la familia; procurando que sean espacios de fácil acceso.

Los investigadores líderes en este campo creen que el trauma infantil constituye la crisis más grave de salud pública de nuestro tiempo (Anda et al., 2006; van der Kolk, 2005 en O’Conor, 2017).

Por esto, es importante estudiar, investigar, e intervenir en las dificultades derivadas de la adopción, para conocer qué acciones pueden llevarse a cabo en beneficio del desarrollo afectivo y social óptimo de estos niños y contribuir así al bienestar familiar

general. En general se considera que las acciones se dirijan a establecer pautas que promuevan vínculos seguros y se puedan prevenir problemas afectivos en esta población (Junquera et al., 2011). Esto es relevante para una adecuada convivencia social, puesto que los niños adoptados, que viven circunstancias poco favorables para su desarrollo emocional, posteriormente, según los fines de la adopción, estarán desarrollándose junto al resto de la población, por lo que para tener un beneficio integral para la sociedad en su conjunto, lo más conveniente para todos es que estos futuros ciudadanos puedan contar con los elementos mínimos para una adecuada convivencia en su vida posterior a esta etapa de niñez y adolescencia (Gamboa et al., 2016).

Ante estas situaciones, la terapia de juego centrada en el niño ofrece una oportunidad para disminuir los problemas comunes de los chicos adoptados y sus familias en todas las edades, incluida la adolescencia, etapa en la cual aún juegan, como medio para ensayar cómo enfrentarse a las dificultades de la vida y refrescarse después de afrontarlas, de manera divertida y relacionándose con el terapeuta, lo cual influye en la efectividad del enfoque, el cual ofrece como condiciones esenciales la congruencia, consideración positiva incondicional y empatía por parte del terapeuta.

El enfoque considera los problemas que exponen los padres, pero el verdadero motor de la terapia es lo que exponen los niños, su persona, más que sus problemas. La mejoría se da al facilitarle al niño un espacio seguro, libre, sin juzgarlo, donde se exprese y sienta que controla las situaciones y resuelve sus dificultades emocionales con el juego y la relación con el terapeuta; de modo que se vuelva una persona más adecuada al enfrentarse a sus problemas, prescindiendo menos de las conductas negativas para satisfacer la necesidad de atención.

Observar la dinámica familiar tan lastimada despierta el interés en conocer cómo el apego de los niños adoptados interfiere en el establecimiento de relaciones sanas entre padres e hijos y en cómo apoyar a los niños adoptados para desarrollar interacciones más sanas que le permitan desarrollarse mejor en su contexto.

Por este motivo se llevará a cabo la siguiente intervención en un caso de adopción, en una familia formada por ambos padres y la hija adolescente, con el enfoque Terapia de Juego Centrada en el niño (TJCN) en una institución pública.

1.1.3 Propósito general del trabajo terminal

Evaluar la eficacia de la intervención con el enfoque de terapia de juego centrada en el niño (TJCN) en un caso de problema de conducta en una adolescente adoptada, con un apego inseguro ansioso evitativo.

1.2 Marco teórico

1.2.1 Adopción

Aragón (2010) concibe la adopción como un proceso en el que la familia y el niño se adoptan y adaptan mutuamente y se incorporan al mundo exterior; o como también refiere Giberti, (en Scarone, Daguerre y Sánchez, 2012) se acomodan y ajustan mutuamente. Así, ser una familia adoptiva implica un compromiso legal, social y relacional. La adaptación del niño significa reanudar un proceso interrumpido, en otro entorno y con otra familia.

Reanudar este proceso es complejo, en parte al verse afectado por duelos, pérdidas y renuncias por parte de los menores y los padres adoptivos (Cherro, 2012). Duelos de los

niños adoptados por dos motivos: el haber sido abandonado y el no ser concebido y nacido de su madre adoptiva (Giberti y Chavanneau De Gore, 1991). De los padres, el duelo generalmente es por la infecundidad. Así, Montano (2012), concluye que ambas partes deben vivir sus duelos y conflictos para facilitar que se identifiquen como familia adoptiva, favoreciendo así el establecimiento de un apego seguro (Galeano, 2015).

Panchón y Heras (2009) indican que también tiene influencia en el proceso, la historia previa de los niños, que como no ha sido un camino de rosas, implica mayor responsabilidad a los adoptantes, quienes tienden a no querer dar más malestares a los niños, buscando que la adopción signifique mejoría de calidad de vida.

El encuentro entre niño y madre es un momento con sentimientos de deseos, emociones, incertidumbres y temores de ambos. La madre puede empezar a preguntarse, si eso es lo que esperaba, y su mundo interno influirá en este momento en el de su hijo. En este encuentro el niño puede reaccionar de diversas formas según varios factores, pero sobre todo según sus experiencias con otros adultos, pero los padres pueden apoyar cuidando reaccionar sin ser invasivos, prefiriendo dar tiempo para observar y conocerse (Aragón 2010).

Algunos de los motivos que destacan para adoptar son: cumplir con un rol social, querer trascender y buscar aumentar la familia; sin embargo, el principal es la solidaridad, la alteridad, el altruismo, que suponen un acompañamiento, estar al lado, guiar la vida de los niños con respeto, que implica que se ajustaran algunos aspectos pero que se le amará, se le tendrá en cuenta y que no estará ni se sentirá solo (Panchón y Heras, 2009).

1.2.2 Funciones de la parentalidad.

Las capacidades que los padres requieren para desempeñar las funciones parentales son llamadas capacidades de parentalización, que Aznar (2010) define como:

“Procesos internos de los padres, que son favorecidos por su propio desarrollo personal, por su capacidad de representación de su experiencia de crianza y por su capacidad de ponerse a disposición de un vínculo que les va a demandar masivamente, especialmente al principio, obligándolos a un desarrollo personal y de adaptación a realidades desconocidas, muchas veces ansiosas y desestabilizadoras” (Aznar, p. 32).

Las capacidades centrales de la parentalidad son dos: la capacidad de tener un proyecto de hijo para ayudarlo a crecer y no para cubrir áreas personales no satisfechas, y la capacidad reflexiva (Aznar, 2010).

Esto es igual para los padres adoptivos, pero como Panchon y Heras (2009) recalcan, es importante que estos tengan presente que antes de ser adoptados, los niños establecieron vínculos importantes, emplearon estrategias de supervivencia, tal vez muy duras, mediante las cuales socializaron con pares y crearon afectos, lo cual influirá en la adaptación. Saber esto, implica que los padres acepten y respeten esa historia y le ayuden a procesarla e integrarla como parte de su vida pasada, con el fin de que pueda vivir el presente, evitando borrarla y hablar mal de las instituciones o familias biológicas por haber sido desagradables, lo cual, como refiere Montano (en Galeano, 2015) agudizaría el dolor y la confusión en el niño, ya que han sido sus referentes de vida.

El estudio de Fernández (citado en Galeano, 2015) indicó que cuando los nuevos cuidadores son menos afectuosos y comunicativos, son más probables los problemas de

conductas en los menores, y que son más graves cuando la madre muestra estas actitudes, en el entendido que es quien en general pasa más tiempo con los hijos.

El que la nueva familia pueda aceptarse y reconocerse como una familia adoptiva, favorece al establecimiento de un apego seguro entre los padres adoptivos y el/los infante/s adoptado/s (Montano, 2012 en Galeano, 2015).

La relación de pareja de los padres también tiene importante influencia en el niño, ya que si ésta es satisfactoria es más probable que el niño también esté bien, porque las características de personalidad que presente la pareja les permitirán crear lazos emocionales fuertes entre sí y con los hijos (Cetina, Tohen, y Vázquez, 2015).

Como niño, al ser el juego una actividad importante en su vida, es relevante que la madre, y el padre, le acompañen en éste, de modo que sea una experiencia de placer, donde sienta afecto y atención, lo cual fortalecerá su personalidad. Sin embargo, hoy en día muchos padres consideran el juego poco importante, sobre todo cuanto más grandes sean los hijos mucho menos importante es jugar con ellos, por lo que los saturan de actividades extraescolares, o si es que juegan en casa, sus creencias sobre la poca relevancia del juego no permiten que sea una experiencia placentera, sino por el contrario, que sea un problema, ocasionando que el juego en familia se vaya eliminando poco a poco.

En la etapa de la pubertad, los padres tienen tareas específicas para lograr que se cumplan los objetivos de la misma, como permitir que realicen actividades donde se sientan competentes, es decir, que no les impongan; ayudarles a encontrar sus habilidades, competencias y a desempeñarlas donde puedan destacar, reforzando su esfuerzo, la virtud de la laboriosidad y desde luego sus logros.

Así mismo si hay dificultades en algún área de su vida, deben ayudarles a superarlas; siendo su principal tarea el ser guardianes de la sexualidad de sus hijos, lo que implica que sean abiertos y empáticos, evitando la rigidez y favoreciendo la confianza, con las dudas sobre sexualidad, enfocándose en las consecuencias en la salud física y psicológica del ejercicio de la sexualidad (González-Nuñez, 2004 citado en Gamboa et al., 2016).

En general, muchos padres y madres tienen actitudes que obstaculizan el sano desarrollo del niño, en especial cuando buscan hijos perfectos, según sus propias expectativas, fantasías, metas, temores; obstaculizando así conocer y comunicarse con ellos. Ante esta situación, sólo existe una salida: que el padre más sano se dé cuenta, rescate al hijo y trabaje para una relación más sana, según las necesidades del hijo (Cetina, Sosa y Rosado, 2015).

1.2.2.1 Función Materna

Una función también muy importante que cumplen las madres es la de la alimentación a sus hijos; ya que a través de este acto, no solo dan alimento físico, sino que más importante aún, dan calor, amor y transmiten seguridad. Es por esto que el niño debe sentir placer al ser alimentado, lo cual requiere que la madre evite toda clase de rigidez y prefiera tolerancia, cuidado, ternura.

El hecho de que la mujer esté satisfecha como madre, esposa e hija, tiene relevancia ya que al ser con la madre la primera relación del hijo, ésta, plena, será capaz de brindarle seguridad al responder a sus necesidades con ternura, respeto, gozo, etc.; derivando en un niño que disfruta esa relación y que después deseará igualmente descubrir y disfrutar el

mundo. Así, el lazo madre-hijo pasa de ser biológico a fisiológico y luego a lo social; y resalta la necesidad del niño por tener una relación afectiva y social parental después de nacer. Pero ante esto surgen situaciones en las cuales los niños ven interrumpido ese lazo, lo que muy probablemente genere graves trastornos en el desarrollo emocional del mismo (Cetina; et al; 2015).

La falta de estas experiencias de afecto materno en la niñez, ocasiona personas con grandes dificultades para tener una verdadera relación, ya que tienen comportamientos defensivos (Cetina, 2015).

1.2.2.2 Función Paterna

Básicamente éste cumple una función organizadora en la familia; que consiste en mostrar al niño el mundo real evitando que solo lo mire a través de la madre; evita que el niño se vea como único centro de la madre, al ver la relación de pareja; en decir, establece límites, de la relación con la madre, de lo que se puede o no hacer, brindando seguridad al niño para aceptar otros límites fuera de la familia (Cetina Tohen y Vázquez, 2015).

Pero para que esta función se desempeñe, la madre debe comprender su importancia y respetarla primeramente como parte de su vida afectiva y luego como autoridad compartida de la familia, de lo contrario el niño tendrá dificultades en su vida social y emocional, ya que solo con ella se sentirá bien. Sin embargo, a veces la función paterna puede faltar, cuando el propio padre es débil o muy complaciente con la madre, reflejando al niño que no es importante (Cetina, Tohen y Vázquez, 2015).

1.2.3 Apego

Hablar de adopción nos lleva necesariamente a hablar de vínculo, puesto que la adopción implica una ruptura de vínculos personales, familiares y jurídicos entre los niños y sus padres biológicos (Sánchez-Sandoval y Palacios, 2012) y su restablecimiento dentro de una nueva familia; con la influencia de lo que vivieron los niños antes de ser adoptados, por ejemplo, la forma que aprendieron a vincularse con otros, principalmente adultos cuidadores, mediante la cual desarrollaron modelos internos de apego que permanecerán en la forma de percibir, interpretar y comportarse (es decir vincularse) con sus nuevos cuidadores.

Así, un vínculo relevante en la adopción es el de apego, el cual según John Bowlby se refiere a conductas realizadas por el bebé o niño/a para lograr la proximidad hacia un individuo, es la disposición del niño para acercarse a otra persona, lo cual se intensifica en situaciones que el individuo considera amenazantes (Bowlby, 1998).

La importancia del apego radica en que mediante ese acercamiento, el niño busca sobrevivir (Mendiola, 2004), a la vez que va creando un modelo mental de sí mismo como persona digna o indigna de amor y protección según las respuestas que obtenga del adulto ante sus necesidades (Román, 2010). Pero también es importante porque perdura a lo largo del desarrollo humano (Junquera, et. al, 2011), sus funciones principales (seguridad y protección) permanecen en las relaciones íntimas a lo largo de la edad adulta (Hazan y Zeifman, 1999), influyendo y marcando sus relaciones laborales, sociales, pero sobre todo las afectivas (Junquera et al., 2011).

Como bien menciona Aragón (2010), el proceso de construcción del vínculo inicia en los primeros momentos en que están juntos padres e hijo, en el cual la madre acompaña al hijo traduciendo y facilitando sus vivencias. Por lo tanto, el apego es de la relación y es necesario saber quién es uno y quien es el otro para que se relacionen.

Mary Ainsworth (1978), estableció tres categorías diferentes de relaciones de apego, a partir de las experiencias de la reacción del niño a la separación-reunión con la madre y ante la presencia de extraños, que son pertinentes mencionar por coincidir con la situación de la adopción de separación de los padres biológicos y reunión con los adoptivos: Apego seguro, inseguro ansioso evitativo, inseguro ansioso ambivalente (Persano, 2018). Por su parte Solomon y George (1999) describieron el apego desorganizado mientras que Tizard, Hodges, (1978) el apego desinhibido.

En general se puede hablar de dos grandes categorías: seguro e inseguro, siendo el último el que se subdivide, por lo tanto para fines del presente trabajo se describirán el apego seguro y el inseguro ansioso evitativo, prescindiendo de la descripción de los demás, limitándonos solo a su mención.

El niño con apego seguro se muestra contento y explora activamente el medio ambiente cuando está con su madre y cuando se va; se muestra extrovertido hacia los extraños en presencia de ella, y ante su separación se molesta, pero cuando su madre regresa la busca cálidamente y procura establecer un contacto físico con ella. La madre responde adecuadamente a las demandas del pequeño. Cree que sus necesidades serán satisfechas por lo tanto puede tolerar mejor la separación. Es el tipo de apego más frecuentemente observado en la población general, el apego seguro es un vínculo basado en

la confianza básica en sí mismo y en los demás que permite afrontar el mundo de un modo relajado y positivo (Ainsworth et al., 1978).

Los niños con apego inseguro ansioso evitativo, se ponen ansiosos y es poco probable que exploren el ambiente, mientras la madre está presente. Se vuelven extremadamente angustiados cuando ella parte, pero suelen mostrarse emocionalmente distantes. Su madre también responde con distancia emocional e inseguridad ante las necesidades del niño por lo que este suele evitar a los extraños y no confía en que sus necesidades serán satisfechas, ocasionando que sean indiferentes para evitar ser perturbados y frustrados (Delgado, 2004 en Galeano, 2015), es decir, que usan este tipo de apego como mecanismo de autoprotección (Baurdy y Dantagnan, 2005). Se desactivan las señales de apego (Lyons -Ruth, 2004).

En la adopción se pueden observar conductas de apego desde el inicio de la relación entre padres e hijos, que Aragón (2010) describe como luna de miel, puesto que el niño muestra comportamientos que no preocupan a los padres: no llora, sonríe, come y duerme bien. Pero poco a poco, sorprende negativamente con conductas inestables, desobedecen, son inquietos, responden mal, tienen rabietas, pesadillas o dicen mentiras. Aragón (2010), considera que las conductas de la luna de miel son señales de un posible apego inseguro, y que las inestables que aparecen después e inquietan a los padres, indican seguridad en el niño pues se muestran tal cual, lo cual resulta contrario a lo que parece. Ante esto, considera que si los padres enfrentan con normalidad las conductas inestables, con límites seguros y firmes, se irá encauzando la relación y las conductas hacia un apego seguro.

De este modo se evidencia que los modelos internos de apego son operativos y pueden actualizarse, es decir, cambiar con el tiempo, aunque esto no sea una tarea fácil ni rápida (Hodges, Steele, Hillman, Henderson y Kaniuk, 2005).

1.2.4 Desórdenes de la conducta.

La adolescencia es el paso de la etapa infantil a la adulta, etapa del ciclo vital familiar, que ocurre entre los 12 y 15 años en las mujeres y entre los 14 y 17 en varones, aunque puede variar. Se caracteriza por el deseo de encontrarse a sí mismo, el logro de la identidad (Aragón, 2010).

Esta etapa incluye cambios que afectan las relaciones de la familia y no implica necesariamente trastornos en los aspectos socioemocionales, sin embargo, los adolescentes que muestran dificultades se deben a que antes ya las tenían, tienen poco apoyo emocional, familias exigentes, o tienen enfermedades crónicas; lo que impacta en su autoestima y a su vez en el logro de la identidad (Aragón, 2010).

Los desórdenes de la conducta en los jóvenes constituyen un grupo complicado de problemas emocionales y del comportamiento. Los niños y adolescentes que sufren de estos desórdenes tienen mucha dificultad en seguir las reglas y en comportarse de manera socialmente aceptable. Muchos factores pueden contribuir al desarrollo de los desórdenes de la conducta en el niño, incluyendo un daño al cerebro, el haber sufrido abuso, vulnerabilidad genética, el fracaso escolar y las experiencias traumáticas de la vida.

Las conductas desordenadas pueden tener condiciones coexistentes tales como desórdenes del humor, ansiedad, problemas con el aprendizaje, o pensamientos desordenados, los cuales también pueden ser tratados. Los jóvenes con desórdenes de la

conducta tendrán problemas de continuo si ellos y sus familias no reciben un tratamiento comprensivo a tiempo. Sin el tratamiento, muchos de estos muchachos con desórdenes de la conducta no lograrán adaptarse a las demandas que conlleva el ser adulto y continuarán teniendo problemas en sus relaciones sociales y manteniendo un empleo (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015).

Aragón (2010), expresa que cuando el niño adoptado se convierte en adolescente, la familia pasa por una etapa de desconocimiento que ocasiona que la relación entre padre e hijo se desequilibre. El adolescente con apego evitativo, tendrá tanta rigidez que los cambios lo confundirán y asustarán, desconfiará de su familia, pondrá distancia con ella mediante la agresión, lo cual es una manifestación del miedo a seguir dependiendo de ella.

Emergen los aspectos de no lograr conciliar sus dos historias familiares; la formación de la identidad (ya que despierta una necesidad de conocer sus raíces biológicas); el conflicto común entre desear ocultar su origen y buscarlo, o entre querer conocer todo o rechazar tal información; que los lleva a veces a intentar buscar a su familia con deseo y a la vez temor de encontrarla, pero finalmente renuncian por temor a ofender a sus padres adoptivos.

Otro aspecto se refiere a la identificación del adolescente adoptado a través de su historia de daño emocional, que lo hace más vulnerable ya que se enfrenta a eventos pasados que se consideran heridas existenciales, generándoles sentimientos de rabia, dolor, desequilibrio, o que nadie los protege, ocasionando que rechacen y a la vez deseen ser aceptados. Esta posición de víctimas, en la adolescencia puede cambiar a agresores, mostrándose violentos para controlar esas situaciones. Estos chicos pueden presentar

también trastornos de conducta como secuelas de su historia de abandono, en el sentido que no se desarrollaron lo suficiente sus capacidades de autocontrol (Aragón 2010).

Estos sentimientos encontrados ocasionan que pasen tiempo solos y tristes pues no comparten estas inquietudes. Cabe señalar que esto ocurre cuando en la adolescencia se sienten extraños con sus padres adoptivos, y se intensifica si no ha habido una buena relación entre ellos, porque fantasean e idealizan lo que pudo haber sido con su verdadera familia (Aragón, 2010).

Por lo que se refiere al ajuste comportamental, las chicas adoptadas están teniendo un peor ajuste en comparación con lo esperado por su género. Tienen más problemas de conducta y de atención/hiperactividad. De acuerdo a Aragón (2010), se hipotetiza que los problemas psicológicos de la adopción afectan en mayor medida a las chicas adoptadas que a los chicos. Así mismo, el estudio de Sánchez-Sandoval y Palacios (2010) indica que los chicos adoptados tienen más problemas emocionales, y que las chicas más problemas comportamentales y de hiperactividad.

1.2.5 Terapia de juego

La terapia de juego se define como el “uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que un terapeuta entrenado utiliza los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar el crecimiento y desarrollo óptimos” (Association for PlayTherapy, 1997 en Gerard, 2017).

Los chicos en la etapa a la que nos estamos refiriendo, todavía quieren jugar, sin embargo, el tiempo para esto va disminuyendo por las actividades académicas. Prefieren

juegos como metáforas que se relacionen con sus vidas, juegos de reglas, de mesa, videojuegos a través de los cuales demuestran sus competencias, capacidades y socializan (Rosado, 2015); lo cual representa una razón importante para implementar la terapia en adolescentes, al igual que ha sido el tratamiento preferido para niños de 3 a 12 años de edad, y sobre todo porque brinda la oportunidad de experimentar regresiones a etapas de desarrollo más tempranas si se necesita elaborar algo que sucedió en ellas (Gerard, 2017).

La terapia de juego se considera adecuada para tratar las afecciones de los niños con problemas de apego porque activa el hemisferio derecho, donde predominan las transacciones no verbales con las figuras de apego, y donde se almacena de manera implícita la historia del trauma relacional del niño (Schoore, 2009); y por lo tanto, ayuda a organizar las regiones inferiores del cerebro a través de comunicaciones sensoriales como el contacto visual, el movimiento, el sonido y el tacto (Booth y Jernberg, 2010), promoviendo la curación (Patton, y Benedict, en O'Connor, 2017)

Pero también se considera adecuada porque el juego es un elemento esencial de las relaciones de apego cuidadores-niño (Cicchetti y Valentino, 2006) ya que estos niños a menudo han carecido de momentos lúdicos con sus cuidadores; de modo que la psicoterapia, promueve dichos momentos, al darse varias veces, compensando esas carencias y facilitando el desarrollo (O'Connor, 2017).

En este contexto, el terapeuta intenta mejorar los patrones de apego inseguro y una gran cantidad de síntomas interrelacionados que acompañan los problemas de la infancia, al promover la participación del niño y sugerir delicadamente con el juego, modificar

esquemas relacionales desadaptativos (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y van der Kolk, 2012 en O'Connor, 2017).

1.2.6 Terapia de Juego Centrada en el Niño

La terapia de juego centrada en el niño (TJCN) es un enfoque considerado adecuado para tratar problemas de apego, al ser no directivo, ya que da voz a los niños. Se atribuye a Axline (1947/1969) quien fue la pionera de esta terapia al aplicar los principios no directivos de Rogers de empatía, autenticidad y consideración positiva incondicional en su trabajo con niños (O'Connor, 2017).

La TJCN se basa en la filosofía de una profunda y permanente convicción en la capacidad constructiva y de autodirección de los niños, por lo tanto, el terapeuta que emplea este modelo aspira a relacionarse con los niños de manera que liberen sus poderes internos directivos, constructivos, de progresión, creativos y autocurativos, lo cual logra creando un ambiente que empodera a los niños para aventurarse en la autoexploración y el autodescubrimiento, resultando en la capacidad de expresar sus experiencias internas y continuar su crecimiento de manera constructiva así se espera que el niño dependa menos de las conductas negativas para satisfacer la necesidad de atención (Landreth, y Glover, 2017).

Este modelo de terapia favorece que los niños encuentran soluciones y resuelvan sus dificultades emocionales por sí mismos con ayuda de las experiencias de juego y su relación con el terapeuta (Glover y Landreth, 2017).

Los elementos de la TJCN que facilitan el crecimiento y la curación del niño son:
La naturaleza responsiva en términos de desarrollo de la TJCN cubre las necesidades de los niños y les ofrece oportunidades para crecer, dominar habilidades y curarse.

La naturaleza simbólica del juego que les brinda una manera segura y no amenazante de expresar sus emociones, experiencias y pensamientos (Axline, 1947/1969 en Glover y Landreth, 2017).

La relación terapéutica que ofrece un ambiente afectuoso caracterizado por la empatía, autenticidad y La consideración positiva incondicional que permite que los niños avancen hacia una mayor autoaceptación, autoestima y autocomprensión (Axline, 1957/1969 en Glover y Landreth, 2017).

El curso del tratamiento de la TJCN varía con cada niño, ya que depende de factores como: la gravedad y duración del evento/asunto que alteró el curso natural del desarrollo del niño, si éste continúa y del apoyo con que cuenta fuera de la terapia (Glover y Landreth, en O Connor, 2017).

El terapeuta articula el plan de tratamiento con lo que los padres reportan, pero desde la perspectiva de la TJCN los temas que el niño exhibe constituyen el verdadero motor de la terapia; se enfoca en la persona del niño más que en sus problemas. En este sentido, los objetivos terapéuticos de la TJCN consisten en ayudar al niño a:

- Desarrollar un autoconcepto más positivo.
- Asumir mayor responsabilidad de sí mismo.

- Hacerse más autodirectivo.
- Aceptarse más a sí mismo
- Tomar decisiones con más autodeterminación.
- Experimentar el sentimiento de control.
- Sensibilizarse al proceso de afrontamiento.
- Desarrollar una fuente interna de evaluación.
- Confiar más en sí mismo
- Que esté menos confundido.
- Exprese abiertamente sus necesidades
- Limite su conducta de manera adecuada

Estos objetivos se pretenden alcanzar a través de cuatro etapas de la terapia de juego centrada en el niño, según Nordling y Guernsey (1999): calentamiento, agresión, regresión y dominio de habilidades.

En la primera etapa, se forma la relación terapéutica; en la segunda y tercera se da el periodo de trabajo. Así, en la segunda, los niños tienden a ejercer control sobre los demás, pero también aceptan los límites que se les plantean; se puede observar juego agresivo. En la tercera etapa se presentan conductas relacionadas con el apego y los cuidados, y suelen aparecer juegos de un nivel de desarrollo más temprano. En la etapa de dominio de

habilidades, se observan juegos de competencia o de dominio de alguna habilidad, los cuales tienen la función de integrar los aprendizajes en la personalidad del niño.

La participación del terapeuta es activa e intensa en cada sesión, desarrolla estratégicamente las habilidades terapéuticas específicas de rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos y establecimiento de límites, para lograr una relación con afecto incondicional y límites terapéuticos, de modo que ambos se sientan seguros a nivel físico y emocional. Así mismo observa en el niño señales del cambio como punto de referencia para programar la conclusión del tratamiento (Landreth, 2012).

Pero aunque el centro es el niño, no se puede excluir el trabajo con los padres a quienes se les debe explicar el proceso de modo que lo comprendan, subrayando las necesidades de desarrollo de su niño y cómo la terapia puede ser una intervención positiva cuando el desarrollo no progresa con normalidad. A ellos les corresponde apoyar el proceso terapéutico llevando al niño a todas sus citas con puntualidad y manteniendo una comunicación abierta y clara con el terapeuta, como la mejor fuente de información de cualquier cambio que ocurra fuera de las sesiones, de modo que se pueda medir el progreso verdadero y proponer estrategias para tratar al niño en casa (Glover, y Landreth en O'Connor, 2017).

Capítulo Dos

Evaluación Diagnóstica

2.1 Descripción del escenario y participantes

2.1.1 Motivo de consulta

Adolescente de 11 años, quien es referida a terapia psicológica por el nutriólogo por presentar bajo peso debido a negativa a comer, aunado a comportamiento negativo desafiante con padres y maestros así como a dificultades para relacionarse con pares.

2.1.1.1 Manifiesto de los padres

- Refieren que Meg no maneja la frustración, es voluntariosa y tiene actitud retadora.
- Al padre le preocupa que Meg no quiere comer, no quiere engordar.
- Temen hablarle de su adopción.
- Frustración porque Meg no cumple sus expectativas

2.1.1.2 Manifiesto del niño

- Comunicarse con su madre.
- Ya no causar problemas en su familia.

2.1.2 Datos generales

Nombre: Meg

Edad: 11 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 9 enero 2007

Lugar de nacimiento: Guadalajara

Lugar de residencia: Centro de Mérida

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: 5° primaria

Posición ordinal en la familia: Hija única

Religión: Adventista

Vive con: Padres

Nivel Socioeconómico: Medio Alto

2.1.3 Descripción del paciente

Físicamente Meg es de tez morena clara, cabello medio largo, oscuro y ondulado; su estatura y peso se encuentran por debajo de lo esperado para su edad, se nota muy delgada; tiene ojos grandes color café claro, usa braquets y se puede ver una cicatriz en la frente (que

los padres reportan se debe al maltrato en su familia biológica). Siempre asiste a sus sesiones limpia y aliñada, generalmente con leggings estampados o lisos, sandalias o flats y blusa de media manga, siempre trae consigo una bolsa o mochila con objetos para mostrar.

Al principio de las sesiones se muestra evasiva con la terapeuta, vacilante, dispersa y muy activa, alegre o más bien ansiosa, pero poco a poco coopera y participa así como comparte información personal.

2.1.4 Conceptualización

Los problemas de conducta, alimentación, socialización y aprendizaje que presenta Meg se pueden entender al mirar su historia previa a la adopción, forjada por maltrato, abandono, experiencias en el centro de adopción, que derivaron en conductas y modelos de vinculación desadaptativos, que ocasionan en los padres adoptivos confusión y frustración al intentar relacionarse con su hija, confirmando a la vez ésta situación en Meg, la utilidad de dichas conductas para desenvolverse.

La distribución de las funciones parentales juega un rol importante en la situación al contar con una mamá con una historia de carencias afectivas parentales y estilo de vinculación evitativo que mantiene las conductas evitativas y también las fortalece, al mirarlas como modelo; a la vez que cuenta con una figura paterna que si bien cumple poco sus funciones al ser complaciente con la madre, representa la parte afectiva para Meg; lo cual se considera que la madre mira como un ataque a su persona, derivando en constante boicoteo a la relación papá-hija.

2.1.5 Objetivo general

Analizar el trabajo de intervención clínica en un caso de problemas de conducta en una adolescente adoptada usando la TJCN

2.1.6 Objetivos específicos

- Intervenir con sesiones de entrevistas con los padres y con la adolescente para obtener información del caso.
- Identificar el tipo de apego manifestado por la adolescente.
- Evaluar el impacto del modelo de intervención en la conducta de la adolescente, mediante sesiones de seguimiento con ella y reportes de los padres.
- Identificar las conductas o actitudes de la familia que ocasionan conflicto y abordarlas.
- Brindar aceptación a la familia así como información y acompañamiento en el proceso.

2.1.7 Definición de términos

2.1.7.1 Adopción

La adopción es una alternativa para formar familias que ofrece beneficios en dos sentidos, pues brinda al niño la oportunidad de crecer dentro de una familia y también permite que una pareja se convierta en padres. Este proceso principalmente busca el

bienestar del menor y se considera que lo obtendrá dentro de una familia que le brindará seguridad, confianza, instancia feliz, estabilidad material, emocional y lo preparará para la vida adulta. Así mismo, se considera que el objetivo de la adopción es que el menor reconstruya sus vínculos afectivos con sus nuevos padres.

2.1.7.2. Apego

Se entiende por apego a las conductas realizadas por la persona para lograr la proximidad hacia otro individuo, es la disposición de uno para acercarse a otra persona, lo cual se intensifica en situaciones que el individuo considera amenazantes (Bowlby, 1998). Mediante ese acercamiento, la persona busca sobrevivir (Mendiola, 2004), a la vez que va creando un modelo mental de sí mismo como persona digna o indigna de amor y protección según las respuestas que obtenga del adulto ante sus necesidades (Román, 2010).

2.1.7.3. Desórdenes de la Conducta

Los desórdenes de la conducta constituyen un grupo complicado de problemas emocionales y del comportamiento. Los niños y adolescentes que los presentan tienen mucha dificultad en seguir las reglas y en comportarse de manera socialmente aceptable.

Muchos niños que exhiben una conducta desordenada pueden tener condiciones coexistentes tales como desórdenes del humor, ansiedad, problemas con el aprendizaje o pensamientos desordenados, los cuales también pueden ser tratados (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015).

2.1.7.4 Terapia de Juego Centrada en el Niño (TJCN)

La TJCN es un enfoque no directivo, basado en el juego que da voz a los niños Axline (1947/1969) fue la pionera de esta terapia; aplicó los principios no directivos de Rogers (1957) de empatía, autenticidad y consideración positiva incondicional (Glover y Landreth, 2017).

Los objetivos terapéuticos de la TJCN consisten en ayudar al niño a ser una persona sana, que funciona bien, que tiene una perspectiva más realista de sí misma y se valora más; tiene confianza en sí misma, es autodirectiva y puede afrontar los problemas de su vida; lo que se observa en las conductas de los niños en terapia de juego (Glover y Landreth, 2017).

2.2 Instrumentos, técnicas y estrategias utilizadas

Historia Clínica psicológica: método sistemático frecuentemente utilizado por el psicólogo clínico con la finalidad de obtener un diagnóstico que le permita proponer un pronóstico y diseñar una estrategia de tratamiento. Consiste en recabar toda la información suficiente y necesaria que permita comprender y hacer un diagnóstico suficientemente claro en función de los datos que aparecen (González Nuñez, 1992 en Martínez, 2014).

Dibujo de la Familia: prueba proyectiva que evalúa la afectividad infantil así como las dificultades de adaptación al medio familiar, conflictos en la relación padres-hijos y rivalidad fraterna (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007 en Martínez, 2014).

Dibujo de la Figura Humana: prueba psicológica que evalúa aspectos emocionales y de maduración percepto motora y cognoscitiva del niño en la que se otorga una hoja en blanco, lápiz y borrador y se le solicita que realice el dibujo de una persona completa. Se

califica con la técnica de Elizabeth Koppitz (1973) quien propuso 30 indicadores de desarrollo y 30 indicadores emocionales que deben evaluarse en el dibujo de niños de 5 a 12 años, como prueba evolutiva de maduración mental y como prueba proyectiva de las preocupaciones y actitudes interpersonales de los niños (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007 en Martínez, 2014).

Reportes de los padres: Formatos de preguntas abiertas en los que los padres realizan anotaciones, observaciones y manifiestan preguntas e inquietudes durante el proceso de la terapia de juego filial (Van Fleet, 2009 en Martínez, 2014).

Proceso terapéutico: encuentro personal entre terapeuta y paciente donde se implementa un tratamiento psicológico que promueve cambios en el comportamiento, adaptación, salud física y psíquica, integración de la identidad y bienestar de la persona, en relación al malestar manifestado (Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia, 1998).

2.2.2 Técnicas implementadas

La TJCN establece que, mediante el empleo del terapeuta, de las técnicas de rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos y establecimiento de límites en el proceso terapéutico, se logra una relación con afecto incondicional; condiciones que contribuyen a que tanto el niño como el terapeuta se sientan seguros a nivel físico y emocional y que los niños liberen sus poderes internos directivos, constructivos, de progresión, creativos y autocurativos (Landreth, 2012).

El rastreo consiste en describir en voz alta lo que el niño hace (sus acciones) y repetir las palabras que pronuncia, reflejar. Su importancia radica en la atención que se brinda al niño, como un regalo.

Reflejar el contenido implica que el terapeuta parafrasee lo que el niño diga durante el juego, haciéndole ver que es válida su percepción de la experiencia y ayudándole a clarificar su comprensión de sí mismo (Landreth, 2012, p. 218); así, le transmite aceptación y comprensión.

El reflejo de sentimientos implica mirar la cara del niño, leer los sentimientos y reflejarlos adecuadamente; es reconocer y aceptar sus sentimientos, lo que le hace expresarlos de manera más abierta, ya que se siente validado y con confianza en sí mismo (Landreth, 2012).

El establecimiento de límites se observa al usar el mínimo de reglas para que el niño sea niño, mientras se le ayuda a autorregularse; de modo que el terapeuta pone los límites al reflejar con afirmaciones empáticas su deseo de traspasarlos (Guerney en Landreth, 2002).

2.2.3 Evaluación del proceso

Mediante un análisis de contenido se analizaron las sesiones al igual que los reportes hechos por los padres. En el análisis se observó atentamente lo ocurrido en las sesiones, bien sean conductas, expresiones, juego, etc., buscando relacionar esto con lo esperado a ocurrir en cada una de las cuatro etapas del modelo de intervención, al igual que

con los indicadores de una persona sana propuestos por el modelo de acuerdo a Landreth (2012).

También se relacionaron las observaciones con las metas terapéuticas y motivo de consulta, considerándolas como señales del cambio como punto de referencia para programar la conclusión del tratamiento (Landreth, 2012).

Así mismo, se utilizó la actividad “dibujo de tres momentos” donde plasma los sentimientos y percepciones de sí misma en el proceso terapéutico, es decir: cómo se sentía o miraba al iniciar la terapia, cómo durante el mismo y cómo desea sentirse al finalizar. Se analizó el contenido de los resultados y se compararon con los referentes de una persona sana, etapa de intervención y metas terapéuticas.

2.3 Procedimiento

Se llevarán a cabo sesiones semanales con duración de 50 o 60 minutos en el consultorio de la institución pública; con el enfoque de terapia de juego centrada en el niño, intercalando sesiones con los padres según las necesidades del proceso, bien sea para brindar orientación u obtener información del caso.

Al final de cada sesión se registrará lo más relevante en relación a los objetivos terapéuticos.

Posteriormente se realizó un análisis de contenido de cada sesión, de modo que se pudo ubicar cada fase del modelo de intervención y mirar cómo Meg demostraba los objetivos de cada una hasta llegar al dominio de las habilidades aprendidas.

Se compararon las conductas, comentarios, actitudes, juego, etc. finales, durante el proceso, con las iniciales, para observar si se referían a los de una persona más sana y con habilidades más funcionales y adaptativas para resolver sus dificultades.

2.4 Información de resultados de la evaluación diagnóstica

Dibujo de la Figura Humana

Dibujó a Frida Khalo; su dibujo cumple con todos los indicadores de desarrollo esperados por Koppitz para su edad, por lo cual se obtiene que tiene un Nivel de Maduración Normal del Desarrollo. Se observaron indicadores emocionales que sugieren agresividad; signo de bajo rendimiento (perseveración) e inmadurez, impulsividad y controles internos pobres. Se observa identificación sexual adecuada, pues dibuja a una mujer.

Dibujo de la familia

En su dibujo de la Familia, Meg plasma a todos los integrantes de su familia nuclear. De acuerdo a Corman los indicadores sugieren pulsiones poderosas, audacia y violencia; expansión vital y fácil extraversión de las tendencias; depresión y apatía. Se sugiere dinamismo de vida, espontaneidad y sensibilidad del ambiente.

Sesiones con la adolescente e Historia Clínica: Se analizó y relacionó lo rescatado en estos instrumentos con las definiciones de apego, concluyendo que las conductas de la adolescente recaen en las del apego inseguro ansioso evitativo, ya que mostraba ansiedad, inquietud, angustia pero a la vez distancia emocional. A la vez su madre también indicaba responder con distancia emocional e inseguridad ante las necesidades de su hija, resultando

en una adolescente que suele evitar a los extraños y no confía en que sus necesidades serán satisfechas, ocasionando que sea indiferente y poco expresiva para evitar ser perturbada y frustrada (Delgado, 2004 en Galeano, 2015), usando este tipo de conductas de apego como mecanismo de autoprotección (Baurdy y Dantagnan, 2005). Se puede decir que mantiene desactivadas las señales de apego (Lyons -Ruth, 2004).

Meg dentro de su familia puede percibirse extrovertida, impulsiva, muy dinámica, incluso puede percibir así a su familia al igual que verla como el lugar donde fácilmente expresa sus tendencias. Se comporta agresiva, expansiva y ansiosa ante las presiones de su familia, específicamente a las de control de conducta e intelectuales. Refiere mayor identificación y preferencia hacia su papá, reflejando desvalorización de su mamá, así como distanciamiento emocional con ella, a quien percibe como la autoridad de la casa. Así mismo muestra dificultades en las relaciones interpersonales por cuestiones relacionadas con comentarios o verbalizaciones. Meg percibe a su familia inestable y en general la concibe como compulsiva, en la cual ambos padres satisfacen sus necesidades básicas, en específico las orales y en particular lo hace más su papá que su mamá.

Se realizó la conceptualización del caso con los datos obtenidos e integrados de los instrumentos aplicados y técnicas empleadas.

Las conductas inadecuadas de Meg se explican mediante el apego ansioso - evitativo, que se relaciona con su historia de afecto antes de la adopción, y que se ha reforzado con la relación con sus padres, permeada de altas expectativas frustradas, historias de carencia de afecto, falta de habilidades parentales; así como con la búsqueda de su identidad en la adolescencia.

Su estilo de apego no le permite un acercamiento emocional y afectivo con nadie, de modo que no confía en expresarse libremente con otros, lo cual le sirve para evitar el dolor del rechazo o abandono; mostrándose bien sola, atenta a otras cosas no propias de su grupo de pares o muy vacilante en su conducta, pero a la vez suele verse deseosa de afecto.

Capítulo tres

Programa de Intervención

3.1 Introducción

La contextualización del caso permite decidir la intervención mediante la terapia de juego centrada en el niño (TJCN) como favorecedora, ya que se observó que Meg ha tenido un ambiente familiar rodeado de altas expectativas y límites rígidos que no ha permitido aceptarla como es, recalcándole y frustrándose por sus dificultades; impidiéndole expresarse libremente, en especial sobre el tema de la adopción. Al manejar este enfoque sólo los límites necesarios, se le da voz, a la vez que se le permite dirigir su propio proceso de modo que construye sus propias soluciones al estar en un ambiente de confianza en sus capacidades y que comprende su sentir.

Así mismo, mediante el juego, en el cual se mostró cómoda, divertida y comunicativa, se pretende construir un vínculo seguro, tratando así sus dificultades de apego. Meg gustaba de dibujar, colorear, hacer manualidades, jugar a la casita y con los títeres, así como juegos de mesa, prefería hablar, como ella decía, de “disparates”, lo cual disfrutaba mucho, incluso se puede decir que hablaba en exceso y que hablaba así sobre sus experiencias desagradables; en general su conducta era desorganizada, juguetona, parecía evadir hablar “en serio” de sus sentimientos y problemas.

3.2 Objetivos del programa de intervención

- Construir un espacio y relación de aceptación incondicional con Meg de modo que pueda expresarse libremente.

- Propiciar conductas de apego seguro y estable en la adolescente, a través del juego relacional.
- Que Meg experimente modos más sanos y funcionales de resolver conflictos.
- Desarrollar un autoconcepto más positivo
- Asumir más responsabilidad en sus actos
- Aceptarse más a sí misma y a su situación
- Experimentar sentimientos de control
- Realizar sesiones entre padres e hija para fomentar la comunicación y para la toma de acuerdos.

3.3 Programa de Intervención

Para alcanzar los objetivos de intervención se diseñó el plan con base en el modelo de intervención de la TJCN que propone cuatro etapas según Nordling y Guernsey (1999): calentamiento, agresión, regresión y dominio de habilidades.

En la primera etapa, se forma la relación terapéutica; en la segunda y tercera se da el periodo de trabajo. Así, en la segunda, los niños tienden a ejercer control sobre los demás, pero también aceptan los límites que se les plantean; se puede observar juego agresivo. En la tercera etapa se presentan conductas relacionadas con el apego y los cuidados, y suelen aparecer juegos de un nivel de desarrollo más temprano. En la etapa de dominio de

habilidades, se observan juegos de competencia o de dominio de alguna habilidad, los cuales tienen la función de integrar los aprendizajes en la personalidad del niño.

3.3.1 Diseño de intervención

FASES	OBJETIVOS
1. Calentamiento	<p>Obtener información de los padres y establecer los acuerdos de la relación terapéutica.</p> <p>Formar una relación terapéutica con la adolescente.</p> <p>Brindar sentimientos de seguridad y protección.</p> <p>Conocer los sentimientos de la adolescente en torno al motivo de consulta.</p> <p>Conocer el tipo de apego de la adolescente.</p>
2. Agresión	<p>Reforzar el juego relacional en el trabajo de la terapia.</p> <p>Fomentar que la adolescente exprese con más libertad sus pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos.</p> <p>Poner límites según las situaciones.</p> <p>Comunicación con los padres para conocer los efectos de la intervención fuera del consultorio.</p> <p>Propiciar conductas de apego más seguro.</p>
3. Regresión	<p>Mantener la relación de aceptación incondicional.</p> <p>Propiciar conductas de apego más seguro.</p>

	<p>Acompañar a la adolescente en el conocimiento de sí misma, su historia y percepción de su situación.</p> <p>Comunicación con los padres sobre la evolución del tratamiento.</p>
4. Dominio de habilidades	<p>Fomentar en el juego relacional que exprese las habilidades adquiridas.</p> <p>Integrar sus adquisiciones en su estructura de personalidad.</p> <p>Observar señales del cambio como punto de referencia para programar la conclusión del tratamiento, en relación con los objetivos planteados.</p> <p>Retroalimentación final con la familia y cierre del proceso.</p>

3.3.2 Fases de la Intervención

Número de fase	Fase	Número de sesiones
1	Calentamiento	6
2	Agresión	6
3	Regresión	5
4	Dominio de habilidades	19
TOTAL		36

3.3.3 Diseño de Psicoterapia

El tratamiento se llevará a cabo en las cuatro fases de Calentamiento, Agresión, Regresión y Dominio de habilidades, en las cuales se emplearán las técnicas o estrategias de: rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos y establecimiento de límites; para manifestar una consideración positiva incondicional hacia la chica, enfocado principalmente en construir una relación con ella; de modo que la chica tenga libertad, derecho de elegir y respeto a sus decisiones, con límites para la seguridad física y emocional tanto del terapeuta como del paciente, con la participación activa e intensa del terapeuta observando señales de cambio como punto de referencia para programar la conclusión del tratamiento.

Se tratará de un estudio de caso clínico. Consistirá en analizar el contenido de las sesiones de acuerdo a las variables: Independiente: TJCN y Dependiente: Apego; con el fin de investigar qué tan efectiva es la TJCN en los problemas de apego y si su impacto en él, repercuten en la conducta social.

Capítulo cuatro

Resultados de la intervención

4.1 Evaluación de los efectos y proceso

4.1.1 Resultados de la aplicación de instrumentos

Dibujo de tres momentos

Vaciló para iniciar, lo hizo en sus piernas, no en la mesa, de modo que yo no veía. Dibujó en la primera y tercera partes (antes y después), la de en medio (ahora) de último. Hizo varios dibujos, borrones, que sugerían vacilación para aterrizar el tema. Le apoyé centrando la atención de nuevo en la instrucción. Al hablar de su dibujo hablaba mucho desviándose del tema por lo que igual tuve que centrarla y accedió.

Dibujó en el *antes*, el espacio físico dentro y fuera del consultorio del día que llegó y lo que le dijeron sus papás, recalcando que se sentía extraña; en él *ahora* dijo (confusamente) que se sentía que había crecido, dibujo unas medidas que refería aumento de estatura y peso, indicando que ha mejorado según dicen su nutrióloga; en el *futuro* o al finalizar indicó querer sentirse en paz, feliz y que su familia sea feliz.

Mediante un análisis de contenido se analizaron las sesiones del proceso terapéutico al igual que los reportes hechos por los padres. En el análisis se observó atentamente lo ocurrido en las sesiones, bien sean conductas, expresiones, juego, etc., buscando relacionar esto con lo esperado a ocurrir en cada una de las cuatro etapas del modelo de intervención, al igual que con los indicadores de una persona sana propuestos por el modelo de acuerdo a Landreth (2012).

También se relacionaron las observaciones con las metas terapéuticas y motivo de consulta, considerándose como señales del cambio y punto de referencia para programar la conclusión del tratamiento (Landreth, 2012), así como su efectividad.

4.1.2 Historia Clínica

Ficha de identificación

Nombre: Meg

Edad: 11 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 9 Enero 2007

Lugar de nacimiento: Guadalajara

Lugar de residencia: Mérida, Yucatán.

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: 5° Primaria

Posición ordinal: Hija única

Religión: Adventista

Vive con: Padres

Nivel socioeconómico: Medio alto

Motivo de consulta

Acuden los padres por referencia del nutriólogo, quien la nota baja de peso para su edad, ya que no quiere comer por presentar preocupación por no subir de peso. Éste refiere, otra vez, que se le lleve con el psicólogo porque considera que la situación tiene carácter emocional.

Sin embargo, la madre no menciona eso, reporta problemas de conducta en todos los ámbitos en que se desenvuelve así como en la relación con sus padres. Por su parte el padre sí manifiesta preocupación por la situación alimenticia.

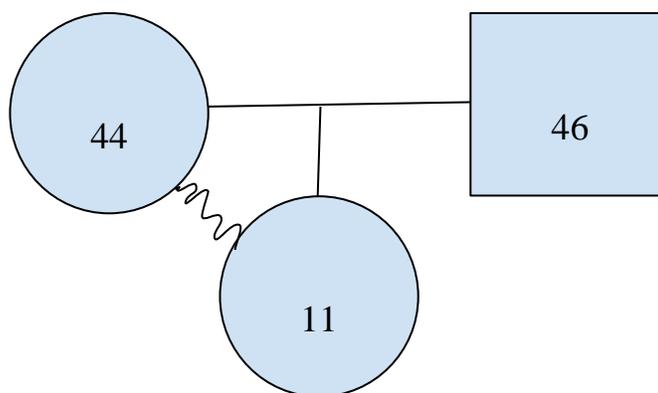
Evolución del problema

Los padres refieren que el problema de conducta ha sido como una bolita de nieve que ha ido creciendo. Que ha complicado la convivencia y que lo que detonó que buscarán apoyo psicológico fue la gran frustración por no poder manejarlo, así como su preocupación por no querer comer. Presenta dificultades para desempeñarse académicamente como sus pares, por lo que cuenta con una monitora en la escuela, quien también le apoya con tareas de casa. Se queja mucho ante las tareas y discute con su maestra. Se muestra impulsiva, voluntariosa, hace berrinches y discute o desafía las reglas sobre todo de casa. Tiene pocos amigos porque se comporta con las mismas actitudes con sus pares, así como por no comprender algunas dinámicas y querer que todo salga a su favor. Por esto mismo, prefiere relacionarse con chicos más pequeños, más grandes, o con quienes se siente en ventaja. Se observan dificultades con la alimentación por lo cual se ve de bajo peso. Su conducta también es evasiva, pues evita enfrentarse a explorar soluciones a su situación, prefiere no hablarlos. Su conducta al relacionarse con otros es en bromas, se

expresa poco, incluso con pocas palabras, prefiere hacer bromas pero generalmente se mal interpretan, se le dificulta pensar en las consecuencias y tampoco suele justificar sus actos, prefiere enojarse, discutir, negar y alejarse.

Meg es consciente de la situación con sus padres, se considera quien causa todos los problemas, refiere que en ocasiones ha intentado cambiar pero, no sabe cómo, se siente cansada de los problemas. No parece darse cuenta de su conducta al desempeñarse con pares, por lo cual todo le parece injusto. Tampoco parece percibir sus dificultades académicas o de alimentación pues lo atribuye a presiones externas, incluso refiere que a veces lo controla.

Historia Familiar



Meg es adoptada a sus cuatro años, es hija única, tiene relación conflictiva con su madre y mucho interés por su pasado, del cual los padres evitan hablarle para protegerla, porque viene de una familia y situación violenta. Desde el punto de vista de Meg, su madre es quien manda, “maneja a papá”; por su parte su padre menciona que madre e hija discuten mucho y que la hija se muestra muy enojada con ella (la madre), mientras que ambos padres reconocen que la hija prefiere al padre, lo cual enoja a la madre. Actualmente

el padre ha solicitado apoyo para terapia de pareja pues están pasando por una situación difícil. La hija se da cuenta pues menciona que discuten y se siente culpable. El padre se muestra más cálido con la hija, mientras que la madre más estricta.

Los padres refieren que le hicieron bullying en ballet y que los demás la molestan porque tiene problemas para expresarse oralmente al estructurar sus ideas. La niña ha manifestado dificultades para hacer amigos y mantenerlos, sensaciones de injusticia, incomprensión, actúa alejándose o impulsivamente. Los padres le brindan espacios para actividades culturales como el tap y tocar un instrumento, y también participan con ella asistiendo a reuniones sociales con amigos y a eventos culturales.

Historia de la salud

Meg cerca de los cuatro años de edad asiste a terapia de lenguaje y recibe apoyo hasta los seis años, edad en la que es canalizada con un neurólogo pediatra, ya que sospechaban de problemas de aprendizaje. Los estudios indican la presencia de TDA sin daño cerebral y con un C.I. por debajo del promedio. Por lo tanto, desde los siete años recibe tratamiento con Ritalin con una dosis de 12 horas solo en período de clases.

A sus cuatro años los padres buscaron apoyo psicológico para abordar el tema del apego con su hija, pero refieren que los especialistas concluyeron que en ese momento necesitaba como prioridad estimulación motora y de aprendizaje, por lo cual prefieren apoyarla con clases de baile y deporte, como ballet y natación así como apoyo en aprendizaje.

Seguidamente tuvo apoyo psicológico por dos ocasiones, el primero duró un año y el segundo dos años, pero los abandonó por convicción de los padres, porque no coincidían con las intervenciones que proponían los psicólogos.

Cuenta actualmente con diagnóstico de Trastorno oposicionista desafiante (TOD) más el de Trastorno por déficit de atención (TDA) ante los cuales recibe tratamiento con *concerta* en una dosis de 18 mg tomando una al día antes de la escuela. Recibe atención y seguimiento del nutriólogo por bajo peso y conductas repulsivas ante la comida, por lo cual también es canalizada al psicólogo; y últimamente el neurólogo ha referido que tiene dos años por debajo de su edad en madurez.

4.2 Sesiones de psicoterapia

31 agosto 2018
Sesión 1
Entrevista con los padres

Llenado de formatos y comentario de la madre de que no le gustó saber que estudiantes fueran a atenderlos.

La madre relata que Meg ya ha asistido antes a terapia. Expresa como motivo de consulta que Meg no maneja la frustración, es voluntariosa y tiene actitud retadora. Al padre le preocupa que Meg no quiere comer, no quiere engordar. Comentan sobre cómo la adoptaron, sus temores a hablarle de la adopción.

7 septiembre 2018
Sesión 2
Entrevista con ambos padres

Los padres informan en Meg problemas de lenguaje, aprendizaje, alimentación, conducta, presencia de TDA, C.I. por debajo del promedio; tratamiento farmacológico, apoyos psicológicos (los cuales han cambiado tres veces por inconformidad) pedagógicos, actividades culturales, deportivas, etc. recalcan que dos veces la han cambiado de escuela por constantes reportes. Recalcan que durante las visitas y paseos a Meg previas a la adopción, se portaba como robotito, pero todo cambió apenas estuvo con la familia. La madre manifiesta su frustración porque Meg no cumpla sus expectativas, puesto que ellos tienen estudios de posgrado. Ambos recalcan frustración porque Meg no aproveche los apoyos que le dan, los cuales ellos no tuvieron en sus infancias.

14 septiembre 2018
Sesión 3
Con Meg

Eligió jugar a la casita y ser la mamá, me asignó ser una visita y me maltrato todo el tiempo alegando que era broma. Refiere que ella invita a una amiga a casa porque su papá la obliga pero que a ella nunca le invitan. Refleja esto en el juego haciendo reproches por la situación y vengándose al rechazar invitaciones.

21 septiembre 2018
Sesión 4
Con Meg y sus padres.

La primera parte de la sesión fue solo con Meg y la segunda parte con toda la familia.

Primero a solas con Meg jugamos a la casita, de nuevo ella es la mamá y continuó con sus malos tratos hacia mi personaje. Incluye de repente a más hermanas y regaló a una hija con la vecina porque *no eran de sangre*, porque ya eran muchos viviendo en una casa grande y no podían mantenerla, así que la entregaron. La mamá le dijo que ahí le pagarían todo y *la entregó con documentos*, le dijo que se iría como adoptada pero primero por unos días y solo vería de lejos a su familia. Pero luego dijo que se cambiarían de casa pero *no le dirían* a la hija para que cuando volviera, no los encontrara.

En el juego con padres usamos lo títeres; se observa que ellos le dejan tomar las decisiones a la hija. El papá fue un gato, una abuelita y también un policía mientras que la mamá fue una bebé y Meg una niña. Meg convierte la historia en circo. Los padres se disponen juntos y frente a Meg. Meg saca a su mamá del circo ante lo que ella reacciona diciendo que Meg es muy estricta y no es agradable. La madre se mostró ansiosa y tensa, el papá divertido. Los padres llamaron entre sí al personaje de Meg “Eso”, como el payaso de terror. Al final la madre hizo comentarios despectivos del cuento.

28 septiembre 2018
Sesión 5
Con Meg.

Dibujo de la persona. Me dedicó el dibujo. Comentarios desvalorativos sobre su trabajo, refiriendo que así le dicen. Me contó su “historia triste” de no ser hija de la panza de su mamá, que es adoptiva. Indicó que Meg es el nombre nuevo. Al hablar de su dibujo indica que es una mujer que no pudo tener hijos: Frida Khalo.

5 octubre 2018
Sesión 6
Con padres

Los padres comentan que la notan más debatiente, que en los juegos en casa hay problemas porque quiere hacer trampas ya que no le gusta perder y su mamá no la deja. El padre alega que ellas discuten mucho. La madre reconoce que es poco cariñosa con Meg, que le cuesta. Refieren problemas de Meg con sus pares. Indican que se lleva mejor con su papá.

19 octubre 2019
Sesión 7
Con Meg

Dibujo de la familia. Recalcó que su nombre era solo Meg ya que le agregaron otro. Eligió juego de mesa y quiso hacer trampa, se enojó cuando ganó.

26 octubre 2018
Sesión 8
Con padres

Los padres comentan situaciones conflictivas con Meg. Analizamos cómo ejercen pautas que refuerzan esas conductas y cómo la sobreprotegen. El padre relata eventos en que le hace todo a Meg en casa mientras la madre se muestra enojada y en desacuerdo ante eso. Manifiestan dudas sobre ser buenos padres.

16 noviembre 2018
Sesión 9
Sesión con Meg.

Juego de la casita. Meg usó mucho tiempo ordenando la casa, sacando juguetes impulsivamente y manejándolos igual así mientras platicamos, los lanzaba y se mostró agresiva hacia mis personajes. Refleja en el juego a una familia que no acepta invitaciones,

que hace groserías. Como yo reflejo sentirme mal ante su trato, ella finalmente se disculpa. En el juego incluye a un hijo verdadero que me quita pero el hijo no lo sabe. Refleja secretos a los niños para evitarles la tristeza.

23 noviembre 2018
Sesión 10
Con Meg

Relata cómo se dan los conflictos en casa, lo que ella hace y las reacciones de sus padres. Dice preferir a su papá. Lloro diciendo que ya no sabe qué hacer, que no encuentra la forma de hablar con su mamá, preocupación porque sus padres están cansados. Indica con responsabilidad sus dificultades ante sus intentos de portarse bien, olvida, pero que a veces lo hace para molestarlos. Refiere deseo que su mamá se involucre más con ella. Indica también sus dificultades en la escuela, que tiene “problemas con todos”, que siempre está triste, se aguanta y no cuenta sus problemas. Le hablo de “los olvidos” y confirma que así le pasa. Me pregunta si no me doy cuenta que hasta en el juego me está diciendo lo que pasa en su casa. Le sugiero a la madre apoyar con notas de recuerdos y muestra disposición.

26 noviembre 2018
Sesión 11
Sesión con padres y monitora de la escuela de Meg.

Informan sobre las dificultades de Meg en la escuela, recalando el desafío constante a las reglas y los problemas con pares a pesar que éstos la protegen, toleran, invitan, apoyan, escuchan, comprenden, incluyen, pero ella es quien a veces no quiere estar con ellas, hay berrinches. Refieren los padres que no ven cambios en casa, que no han seguido las sugerencias. Muestran preocupación por el tema de la adopción. Relatan un evento en el que Meg le dijo a su papá que no es su papá y que su mamá la regañó. Así

mismo ésta le dice a Meg que cuando quiera la lleva a conocer a sus padres. Les oriento sobre los procesos de identidad en la adolescencia.

30 noviembre 2018
Sesión 12
Sesión con Meg.

Relata cómo ella inicia los problemas en casa, así como que quiere bromear con mamá pero ella no. Recalca que no busca la forma de mejorar las cosas. Dice que quiere disculparse pero no sabe cómo. Algo que le entusiasma es que le digo que así como ella considera que causa los problemas e identifica el inicio, puede dejar de hacerlos. Le cuento también casos de otros chicos de su edad con las mismas situaciones y se entusiasma e interesa. Le ofrezco decirle eso a sus padres y luego de argumentar sus negativas acepta pero con títeres.

6 diciembre 2018
Sesión 13
Sesión con Meg.

Jugamos con títeres. Su juego fue conflictivo, golpes, burlas y negativas a las invitaciones de los otros. Surgió otro personaje que aunque justificó esas actitudes y mostró empatía, no se disculpó.

13 diciembre 2018
Sesión 14
Sesión con Meg.

Juego con títeres. Se niega a hacer amistades, refiere que le han hecho cosas los amigos y por eso hace lo mismo con todos. De nuevo usa golpes, burlas y ofensas. Agrega a un personaje que se convierte en su hijo, al cual había lastimado tanto previamente en el juego, pero con quien ahora es amable y afectiva.

11 enero 2019
Sesión 15
Juego entre el padre y Meg.

Ella me incluye en el juego. Elige los títeres. Ella elige a los amigos que no quieren llevarse con los demás. Su papá es complaciente.

18 enero 2019
Sesión 16
Sesión con Meg.

Previamente el padre me pide sugerencias para terapia de pareja por las dificultades con su esposa.

Ya en sesión, Meg y yo jugamos un juego de mesa el cual fue confuso porque no indicó las reglas, cuando las leyó lo hizo también impulsivamente que resultó poco claro, esto ocasionó que se frustrara y desesperara ante mis errores ya que tenía que repetirme las indicaciones. Me hizo comentarios en broma como: “no me gustó conocerte”...cuando le comento cosas de mi hijo ella responde afín a mí y me sugiere cosas para hacer con él.

25 enero 2019
Sesión 17
Sesión con Meg.

Hoy relata problemas con pares, en especial comenta sentirse incómoda ante el rumor de gustarle a alguien, porque aunque sus padres le dicen que esta bonita, otros no. Comenta que piensa alejarse de ese chico en caso de ser verdad que le gusta. Se observa cómo evita las relaciones de agrado.

1 febrero 2019
Sesión 18
Sesión con Meg.

Refiere que han dicho que subió de peso, que ya no hay problemas con sus padres ante la dinámica de las mañanas, que en la escuela ha entregado todas sus tareas con poca ayuda y que respecto a los berrinches hay mejoras, todo esto lo dijo mientras ordenaba o preparaba el juego de mesa elegido. En este juego se mostró dispuesta, relajada, controló su desesperación ante perder, se notó divertida.

8 febrero 2019
Sesión 19
No asistieron ni avisaron

15 febrero 2019
Sesión 20
Sesión con Meg.

Me trae un obsequio. Elige y prepara un juego de mesa para jugar. Durante éste platicamos y aunque se muestra evasiva, su tono es amable. En general fue en el juego amable, dispuesta, relajada, entusiasta, en ocasiones me dejó ganar. Al final me pregunta si me di cuenta que fue amable y agrega que lo está siendo en casa también, con su mamá, esto, porque su maestra le dijo que confía en ella, en que puede esforzarse. Indicó que cuando no quiere hablar aquí de lo que le pasa es porque “este espacio” es “para desestresarme”, pero que luego en la siguiente sesión lo comenta. Recalcó que recordó algo que hablamos sobre mi relación con mi hijo y que eso también la hizo cambiar.

Hoy entra emocionada refiriendo que quería contarme muchas cosas que le pasaron en la escuela, que ya quería “esto”. Me dio un regalo. Relata problemas con una compañera que la han llevado a mantenerse mejor callada diciendo solo lo que quieren escuchar pues siente que nadie le entiende. Dice que no se lo cuenta a su mamá. Mi intervención fue

reflejando sus razones o temores por los que no le dice a su mamá pero le informo que los padres por amor tienen reacciones que a los hijos no siempre les gustan, ella dice comprender y estar de acuerdo. Dice que comprende que los que son estrictos con ella lo hacen por su bien. Dice que prefiere ahora llevarse con los niños del salón porque no funciona con las niñas. Cuando relata cosas tristes suele hacerlo riendo. De nuevo cuando habla está acomodando juguetes o preparando el juego. Ella dirige el juego y todo el tiempo cambió la dinámica de este. Varias veces tiró las piezas por sus movimientos descuidados pero ordenó todo de nuevo tranquila, cuando le reflejo esto me dice que antes lo hubiera hecho enojada, pero que a mí no me lo va a hacer, recalca que en su casa a veces sí lo hace enojada.

22 febrero 2019
Sesión 21
Sesión con Meg.

Me trajo una gelatina. Le observo su vestimenta y dice que lo hizo para ver si me daba cuenta. Me da su número de teléfono anotado en una hoja y me pide guardarlo. Platica respecto a sus amigas que siente que todo es farsa, que no tiene amigas en la escuela, dice que eso no es importante para ella y confirma no estar tan contenta. Dibuja mientras habla y al final me entrega las hojas, dice que estas cosas nunca las habla con nadie. Jugamos cartas e hizo trampas, se mostró enojada, pero cuando se lo reflejé se detuvo.

Su padre me informa que en casa hay más problemas entre mamá-hija, la madre está más estricta y Meg más retadora, siente que la madre no se preocupa por su hija y que a él le preocupa ver a su hija triste, hermética.

1 marzo 2019
Sesión 22
Sesión con Meg

Hoy la primera parte de la sesión fue solo con Meg, quien golpeaba los juguetes, los apilaba impulsivamente, desarmaba las construcciones, manipulaba lo que tenía cerca, sacó la casita y dijo que me construiría una porque no iba a compartirme.

1 marzo 2019
Sesión 23
Con la madre

La segunda parte fue con la madre para conocer avances, quien dice que no ha visto avances, que todos le dicen que la maltrata y el padre la consiente mucho, comenta lo que ella le dice, que refleja afecto según ella pero realmente se percibe sin afecto. Le recalco que lo que ella quiere lograr en su hija es correcto, pero que no es el tiempo, lo cual le llama la atención, refiere que están teniendo problemas de pareja por Meg porque no se ponen de acuerdo. Dice que su abuelita la consiente pero a ella no le gusta.

8 marzo 2019
Sesión 24
Sesión con padres.

Refieren que Meg lloró cuando le dijeron que hoy cedería su turno de terapia a ellos. Les reflejé cómo sus acciones han reforzado y mantenido las conductas de Meg. La madre indica no saber cómo hacerlo. Se observa cómo la madre es más correctiva que comprensiva y el padre escucha más. Se vio que Meg también tiene dificultades para expresarse por lo que opta por dibujar u obsequiar algo. Se acordaron estrategias para manejo en casa.

15 marzo 2019
Sesión 25
Sesión con Meg.

Hablamos del motivo de consulta, lo realizado y lo que quiere que pase al final y refiere que se desacostumbrará, aunque al principio dijo que extrañó venir porque ya se acostumbró; evadía el tema. Le di confianza para hablar y logró expresarse con palabras: expresó con varias situaciones cómo percibe a su mamá afectivamente ausente, que necesita su ayuda y más tiempo. Vimos que se quieren pero se lastiman por no saber cómo tratarse y controlarse así como por protegerse ya que temen quererse y que luego cuando se vayan eso duela: que crezca Meg...que la madre regrese al trabajo. Refiere que sí quiere a su madre pero que quiere jugar con ella y ella no quiere. Cuenta que en la escuela la ven como una niñita (y también en casa) y eso no le gusta, pero logra expresar lo que hace para que la vean así, como que físicamente tiene que comer y crecer. Comparamos lo que hacen otros padres y madres y expresó que así se cuida aunque no le guste. Dijo que tiene dos lados del cerebro: el del diablo y el de Dios, así como que tiene también carpetas de reciclaje negras que puede revisar para usar lo que aprendió.

29 marzo 2019
Sesión 26
Sesión con Meg.

Estuvo distraída y distante pero con la intervención de reflejo logró expresarse y cooperar; se puso más tranquila, trabajamos juntas, siguió las reglas, respetamos turnos, negociamos y ganamos; estuvo muy contenta y le platicó cómo juntas en el consultorio logramos ganar siguiendo reglas, aunque al principio se veía difícil, pero hicimos muchos intentos y uno de eso salió bien.

5 abril 2019
Sesión 27
Sesión con Meg.

Mencionó que quería contarme algo pero como era triste no quería porque iba a llorar ya que cree que llorar es débil y tonto. Estuvo muy inquieta hablando de eso, recostada en dos sillas, resbalándose, riéndose, aunque con ojos llorosos, hasta que lo dijo con seriedad. Habló de la situación en casa, caótica, de la cual se siente responsable. Juntas hicimos acuerdos para seguir en casa, ella dibujó una tabla en su libreta con los días de la semana recalcando evitar los berrinches.

12 abril 2019
Sesión 28
Sesión con Meg.

Retomamos los compromisos y finalmente después de evadir mis preguntas con diversas conductas, dijo no haberlos hecho. Mi intervención fue evitar confrontarla y seguir con un juego de mesa que acordamos, de modo que ella se animó y me siguió. En general ella se quejaba, reclamaba, se enojaba, cuando le refleje esto se tranquilizó y comenzamos a jugar con más disposición. Finalmente le pregunté si lo que pasaba en el juego era como en su vida, con tantos problemas, intentos y parece no haber solución y dijo que sí. De nuevo quiso decirme algo sin palabras, con conductas inadecuadas, le dije frente a frente que sabía que le costaba trabajo mostrar cariño por alguien y que por eso se porta así, por temor a sentirse débil y vulnerable y que también ambas sabíamos que por eso se portó así hoy, pero que eso no hacía que dejara de gustarme, de sentir cariño por ella o dejar de pasarla bien, ella me veía y escuchaba sorprendida y atenta pero no dijo nada.

3 mayo 2019
Sesión 29
Sesión con Meg.

Recalca que continúan los problemas con sus amigas en la escuela, que no se divierte con ellas como en la terapia, que no se sentía libre y que siempre la burlan. Escenificamos varias ocasiones en las que hace berrinche con su madre y reflexiona que eso ha roto la relación con ella. Me intento dar un regalo otra vez a escondidas pero la confronté diciéndole que a veces hacemos las cosas así porque lo hemos hecho antes con palabras y todo y no fuimos correspondidos, ella termino la frase conmigo y dijo que así le pasa.

Continuamos un juego y cuando volvió a las conductas inadecuadas, le dije que eso no me hacía sentir bien y se detuvo. Refiere que su mamá ha bloqueado sus sentimientos de tristeza porque tiene que ser fuerte.

17 mayo 2019
Sesión 30
Sesión con Meg.

Estuvo evasiva, agresiva, jugando, ignorándome. Relató problemas con pares. Jugamos a la casita pero me pidió jugar lejos de ella y con otros juguetes. Volteó toda su casita, la ordenó, me lanzaba lo que no le servía, y como le ignoré me lanzaba menos fuerte cada vez, le di mi mano y comenzó a dármelas ahí. De nuevo me intentó dar un regalo a escondidas pero le modelé cómo hacerlo y finalmente me siguió.

24 mayo 2019
Sesión 31
Sesión con Meg y luego con el padre

En el espacio de Meg se le pidió, a modo de evaluación del proceso, un dibujo de tres momentos. Dibujó en una hoja cómo se sentía al iniciar el proceso, cómo ahora y cómo quiere sentirse al acabar la terapia; vaciló para iniciar, durante el trabajo y explicación. Dijo que al inicio se sentía extraña; ahora dijo, confusamente, que se sentía *que había crecido*, dibujó unas medidas que referían aumento de estatura y peso, indicando que ha *mejorado*, según dice su nutrióloga; y al final indicó querer sentirse en paz, feliz y que su familia sea feliz.

En el turno del padre refiere que ahora él usa más límites y que ella termina obedeciendo, que se disculpa y repara el daño; que el problema es con la madre, que él está de acuerdo con la disciplina, pero que no le gustan los modos, que se pelean tanto, que él ha tenido que dejarlas y salir de casa. Indica que ha visto cambios en Meg pero que la madre y él ya no son pareja, están juntos por Meg, y que han disminuido los pleitos entre ellos como padres porque él no sigue, lo cual la madre ha notado y le ha comentado. El padre indica que él estuvo en un proceso de terapia algunos años y cree que eso le ayuda. Dice que la madre no quiere ir a terapia de pareja.

7 junio 2019
Sesión 32
Sesión con la madre

La madre refiere que no ha notado cambios. Cuenta su historia y recalca que creció en un matriarcado, sin padre, que su madre se preocupaba por mantenerlas y no iba a sus festivales; que se fue con su pareja cuando ella tenía 20 años aproximadamente de modo que ella se quedó al cuidado de su hermana menor. Recalca que su mamá no era afectiva.

Habla de afecto hacia su esposo pero sin expresión. Dice que Meg se adueñó de todo, hasta de su pareja porque duerme con ellos. Le explico ante sus preguntas, sobre el apego y recalcamos que la dinámica entre sus personalidades influye en la situación que mantienen. Le hablo sobre el tipo de intervención que he hecho con Meg y cómo ha reaccionado a favor. Ella comenta que juega con su hija juegos de mesa, pero que no puede pasar por alto cuando quiere hacer trampa, que le es difícil y que no sabe qué hacer. Le recalqué que es necesario que los padres se pongan de acuerdo para que los cambios empiecen a notarse y ella lo acepta.

14 junio 2019

Sesión 33

No asistieron, la semana anterior avisaron que irían con otro especialista.

21 junio 2019

Sesión 34

Sesión con Meg.

Me pide que la ayude a hablar con su mamá para que cambie. Dice que su madre no se lleva bien con la familia de su esposo. Pidió hablar con títeres y le sugerí ensayar. Eligió escenificar eventos problemáticos como la comida y el aseo en las mañanas. Me asignó varios roles, como el suyo, el de mamá, tía, etc. El juego fue muy divertido. Hicimos pausas en los momentos que inicia el conflicto de modo que ella pudo decir cómo empieza y su responsabilidad así como la de los demás. Después hicimos ensayos de las alternativas para que todo salga bien.

5 julio 2019

Sesión 35

Cancelaron por festival escolar de Meg

9 julio 2019
Sesión 36
Sesión entre madre e hija.

Con dificultades y con mi apoyo lograron decir lo que les enoja de sus acciones, cómo llegan a eso y llegar a acuerdos. Se observan dificultades para hablar, comprenderse y reconocer sus responsabilidades en la situación. Meg pudo expresarse con sinceridad mientras la madre buscaba defender sus propias necesidades y subrayar cómo Meg había influido en la relación entre padres para los problemas. Subrayé el esfuerzo por dialogar para los acuerdos. La madre me pide un tiempo a solas con ella y Meg al escuchar esto se muestra ansiosa e insistente porque se me informe algo. Cuando Meg sale, la madre me informa que se darán de baja del servicio para ir con otro terapeuta y tratar a la pareja, familia y a Meg.

SESIÓN	CONTENIDO	HABILIDADES TERAPÉUTICAS	ETAPA
1	Historia Clínica	rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos, establecimiento de límites.	CALENTAMIENTO
2	Historia Clínica	rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos, establecimiento de límites.	CALENTAMIENTO
3	juego libre. Muestra cómo se relaciona con los demás y porqué.	rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos, establecimiento de límites.	CALENTAMIENTO
4	juego libre. representa su adopción. juego Dx	rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos, establecimiento de límites.	CALENTAMIENTO
5	Juego Dx. la percepción triste de su historia	reflejo de sentimientos reflejo de contenido	CALENTAMIENTO
6	historia clínica	rastreo, reflejo del contenido, reflejo de	CALENTAMIENTO

		sentimientos, establecimiento de límites.	
7	su relación familiar y percepción que le quieren dañar o vencer.	reflejo de sentimientos reflejo de contenido	AGRESION
8	Juego que refleja su vida familiar y su historia de adopción, permeado de secretos y enojo.	rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos, establecimiento de límites.	AGRESION
9	secretos de adopción. situación en casa y relación con los demás.	reflejo de sentimientos, reflejo de contenido.	AGRESION
10	revelación de la situación real	reflejo de sentimientos, reflejo de contenido.	AGRESION
11	expresión de pensamientos y sentimientos	reflejo de sentimientos, reflejo de contenido	AGRESION
12	revelación de la situación real	reflejo de sentimientos, reflejo de contenido.	AGRESION
13	relación conflictiva con los demás	reflejo de contenido reflejo de sentimientos límites	REGRESION
14	Relación conflictiva y agresiva con los demás por responder a la percepción de rechazo.	reflejo de contenido reflejo de sentimientos	REGRESION
15	Devuelve el rechazo que siente de sus pares	reflejo de contenido reflejo de sentimientos	REGRESION
16	Negativa a seguir las reglas y confusión.	rastreo;reflejo de contenido;reflejo de sentimientos;límites	REGRESION
17	Incomodidad ante relaciones con pares en las cuales es agradable	reflejo de contenido reflejo de sentimientos límites	REGRESION
18	Habló de mejoría en las diversas áreas y mostró en el juego disposición y autorregulación	reflejo de contenido reflejo de sentimientos	Dominio de habilidades
19	No asistieron		
20	Recalca en el juego mejoría en su conducta	reflejo de contenido, reflejo de sentimientos	Dominio de habilidades
21	Habla de su situación con responsabilidad y comprensión. Dirige el juego y recalca sus aprendizajes respecto al "antes".	reflejo de contenido, reflejo de sentimientos	Dominio de habilidades
22	Quiere afianzar su relación conmigo. Habla de darse cuenta de una mala relación con pares ante la cual intenta evitar sentir pero a la vez muestra enojo. juego agresivo;	reflejo de contenido, reflejo de sentimientos	Dominio de habilidades
23	La madre no ve avances.	rastreo,reflejo de contenido,reflejo de sentimientos,límites	Dominio de habilidades
24	Expresión de pensamientos y responsabilidad de sus actos	rastreo,reflejo de contenido,reflejo de sentimientos,límites	Dominio de habilidades
25	Habla de su relación con su madre y se		Dominio de

	responsabiliza así como acepta sus cuidados. Evita sentir afecto por mí. Reconoce por qué la perciben sus pares como dice. Recalca dominio de aprendizajes de terapia.	reflejo de contenido, reflejo de sentimientos	habilidades
26	Juego cooperativo siguiendo reglas y agradable.	reflejo de contenido reflejo de sentimientos	Dominio de habilidades
27	Manifiesta necesidad de expresar sus sentimientos, de confiar; expresa percepción de su situación familiar y su parte responsable.	reflejo de contenido reflejo de sentimientos	Dominio de habilidades
28	Conducta agresiva y evasiva durante el juego como reflejo de evitar mostrar afecto y hablar de sentimientos.	reflejo de contenido; reflejo de sentimientos	Dominio de habilidades
29	Mediante juego de roles se da cuenta cómo ha contribuido a deteriorar su relación con mamá; habla de cómo ha repetido conductas evitativas impuestas por mamá, para evitar sufrir.	reflejo de contenido; reflejo de sentimientos límites	Dominio de habilidades
30	Juego agresivo, alejándome de ella	reflejo de contenido; reflejo de sentimientos límites	Dominio de habilidades
31	Dibujo de tres momentos. Evaluación	reflejo de contenido; reflejo de sentimientos	Dominio de habilidades
32	Sesión con mamá, difícil que vea su responsabilidad en la situación, recalca necesidad de confirmar que su hija tiene algún problema.	reflejo de contenido; reflejo de sentimientos	
33	No asistieron		
34	Pide ayuda para que cambie su mamá. Sugiere hacerlo ella a través de los títeres. Ensaya y escenifica con ellos los problemas más relevantes haciendo pausas para recalcar responsabilidades y continuando con alternativas de soluciones.	reflejo de contenido; reflejo de sentimientos, límites	Dominio de habilidades
35	No asisten por festival escolar de Meg		Dominio de habilidades
36	Madre e hija se expresan sus percepciones de la situación, sentimientos, necesidades, responsabilidades y toman acuerdos. Informan fin del proceso para iniciar uno familiar.	reflejo de contenido; reflejo de sentimientos; límites	Dominio de habilidades

Capítulo cinco

Discusión y Conclusiones

5.1 Relación intervención- cambios observados

El modelo de intervención aplicado al caso refleja cambios en la situación de la familia, que se observan en:

- La responsabilidad de la adolescente en sus actos que ocasionan conflictos tanto en la familia como en sus relaciones interpersonales.
- El reconocimiento de la adolescente de sus dificultades para expresar sus sentimientos, acepta hacerse la fuerte para evitar el dolor del rechazo.
- El reconocimiento también de sus dificultades para relacionarse con sus pares, logra mirar las consecuencias de sus actos al tener un espacio para dirigirse libremente así como acompañamiento del terapeuta.
- Reconoce sus dificultades relacionadas con lo académico y la alimentación, como acto de rebeldía al sentir presión y rechazo.
- La aceptación y reconocimiento de la adolescente de su forma de ser, de sus cualidades, habilidades, de su persona, muestra más comodidad y seguridad consigo misma al compararse con sus pares.
- Mira sus capacidades y toma decisiones más libremente respecto a su conducta.
- Emplea en sesión nuevas conductas más adaptativas en situaciones conflictivas, que demuestran crecimiento, menos rencor, enojo, rebeldía y lucha de poder.

- Meg pudo experimentar una relación de confianza y seguridad con la terapeuta, que puede mirarse como vínculo seguro.
- Respecto a la intervención con los padres, se obtuvo que mamá logró expresar su historia de carencias afectivas con ambos padres, reconociendo que la hicieron poco afectiva con su hija pero mirando esto como una fortaleza, sin embargo acepta que tiene dificultades para confiar en los demás, para evitar ser lastimada.
- Papá reconoce que usa pocos límites a la conducta de su hija y las consecuencias de esto, es decir, se responsabiliza y manifiesta estas nuevas habilidades en sus funciones parentales.
- Ambos padres empiezan a mirar a su hija tal cual es, desde su historia, dejando a un lado sus propias expectativas, pendientes de vida, etc.
- Meg habla de su historia de adopción con la terapeuta, de sus inquietudes y sentimientos al respecto, empieza a aceptar su situación.

Así, se puede observar, que se cumplieron los objetivos planteados para la intervención, puesto que se construyó un espacio y relación de aceptación incondicional con Meg a través del juego relacional, de modo que pudo expresarse libremente en especial respecto a su historia e identidad como adoptada, experimentando así un vínculo de apego seguro y estable. Tuvo también oportunidad de conocer y emplear modos más sanos y funcionales de resolver conflictos al reconocer sus dificultades y responsabilidades en los espacios y relaciones en que se desenvuelve, lo cual impactó en su autoconcepto ya que se aceptó más así misma tal cual es, miró sus habilidades y

posibilidades, experimentó sentimientos de control y reconoció haber empleado conductas disruptivas y evitativas como protección a ser lastimada emocionalmente.

De igual forma se observa cómo se logró establecer canales de comunicación entre la familia para llegar acuerdos y cómo ambos padres fueron comprendiendo a su hija desde su historia y las influencias de sus propias expectativas en la situación problemática.

5.2 Comparación cambios observados- literatura sustento

A partir de la intervención con esta familia, se pueden mirar varios cambios desde la perspectiva teórica de varios autores.

Se muestra la situación compleja de la adopción, por el impacto de las vivencias previas a ella en el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los chicos niños, como mencionan Palacios, Román y Camacho, 2011; Palacios, Sánchez-Sandoval y León, 2005; que derivan en gran medida en problemas de comportamiento, que hace que requieran servicios de salud mental (Sánchez-Sandoval, 2002; Van IJzendoorn, Juffer, y Klein Poelhuis, 2005); como respuesta o solución ante el impacto que viven los padres al enfrentarse a estas situaciones problemáticas, de modo que tienen que ajustar su expectativa sobre el niño y la paternidad (Sallesi, 2016).

Las dificultades de la familia también se pueden concebir desde la falta de mutua adaptación o adopción, como menciona Aragón (2010) al ver la adopción como un proceso en el que la familia y el niño se adoptan y adaptan mutuamente o como también refiere Giberti, (en Scarone, Daguerre y Sánchez, 2012).

Se acomodan y ajustan mutuamente, esto se refleja en los comentarios de los padres (de la madre en específico) sobre amenazas a su hija de regresarla con su familia si no mejora así como el hecho de preferir un varón para que tenga más afecto hacia mamá.

A su vez, se notó cómo la superposición de estas dificultades con una figura materna de apego poco disponible temporal y emocionalmente para satisfacer las necesidades del niño, favoreció que Meg presente perturbaciones o graves problemas de conducta (Persano, 2018); como también sostienen Fernández, (2004) y Galeano (2015).

En ésta superposición de variables también se pueden mencionar las que indica Cherro (2012): duelos, pérdidas y renunciaciones por parte de los menores y los padres adoptivos, las cuales, como refiere Montano (2012) se deben vivir para facilitar que se identifiquen como familia adoptiva, favoreciendo así el establecimiento de un apego seguro, según Galeano (2015); lo cual influyó en este caso ya que ambas partes tenían esos pendientes. Es decir, el que la familia evitara que Meg elaborara su historia con base en la adopción, que le ocultaran información, con el fin de evitar que sufra, se puede mirar cómo evitar que viva su duelo de perder a su familia; por su parte se mira similar el que los padres no hayan podido renunciar al hijo soñado.

En el mismo sentido, el hecho que los padres evitaran la importancia de aceptar la influencia de la historia de los niños, respetarla y ayudar a procesarla e integrarla, como opinan Panchón y Heras (2009), contribuyó a lo que menciona Montano (2012), una confusión en la identidad de Meg así como su identificación desde una historia de desventaja.

Un factor que influyó mucho en este caso fue el de la función materna, ya que la

madre en su papel de mujer, madre, esposa, hija no satisfecha, lo cual es congruente con la opinión de Cetina, A; et al; (2015) resaltó los trastornos en el desarrollo emocional de Meg, pues manifestó falta de estas experiencias de afecto materno (y paterno) en la niñez, demostrando grandes dificultades para tener una verdadera relación, por sus comportamientos defensivos (Cetina, A; et al; 2015).

Por su parte la función paterna también influyó en la situación social y emocional de Meg en dos sentidos: uno desfavorable ya que no fue respetada por la madre como autoridad compartida de la familia, siendo un padre débil o muy complaciente con la madre, reflejando a Meg que no es importante el padre; y otro favorable, ya que al ser el más sano, pudo, como refieren Cetina, A; et al; (2015) rescatar a Meg, es decir, ver sus necesidades y trabajar para una relación más sana.

En cuanto a la TJCN como indica O'Connor (2017), demostró beneficios en la adolescencia en los temas de apego, ya que Meg logró jugar mostrando su mundo interno y poco a poco confiar en la relación hasta hablar de sus sentimientos y mostrar sus avances: "Necesitaba esto"; "a veces no te digo nada, solo juego y luego te digo", "no me llevo así con nadie".

Se observó también en Meg, cómo su historia previa de afecto, se mantiene a lo largo de su vida e influye en sus relaciones afectivas y sociales, tal cual indica Junquera et al. (2011), puesto que sus conductas de apego inseguro ansioso evitativo mostraron ser útiles para evitar ser perturbada y frustrada, como subraya Delgado (2004 en Galeano, 2015) aunque éstas representen una barrera y riesgo para lograr vincularse con sus padres y demás, como indican Román y Palacios (2011).

Finalmente se puede señalar que, siendo el apego observable y manifestado a través de conductas, al intervenir en él se impacta directamente en la conducta, siendo así que como se pudo encontrar en esta investigación, un apego inseguro deriva en problemas de conducta, mientras que un apego más estable y seguro disminuye la intensidad y frecuencia de dichas conductas de modo que pueden quedar fuera del término "problema".

De este modo, al intervenir en los casos de problemas de conducta en la población adoptiva y abordar el apego, se favorece la mejora de la conducta.

Finalmente se puede señalar que es relevante intervenir en casos de adopción con problemas de conducta mediante una visión del apego, ya que éste se manifiesta a través de las conductas e indica el tipo de apego. Por tal motivo, intervenir en estas poblaciones para favorecer conductas de apego más estable y seguro, implícitamente disminuye los problemas de conducta.

5.3 Sugerencias y Conclusiones

A manera de alcance de la intervención se puede mencionar el trabajo con los padres, en especial con la madre, mediante el cual pudo expresar su historia de carencias afectivas paternas y reconocer que esto influye en su manera de relacionarse con los demás afectivamente, es decir, evitando confiar, protegiéndose y siendo autosuficiente.

Así mismo se pueden resaltar los logros en la relación de Meg con cada uno de sus padres. Con su padre reforzó la afectividad pero con límites; mientras que con su madre estableció pautas de comunicación afectiva mediante la cual ambas llegaron a acuerdos.

Al respecto de la relación entre los padres, durante la intervención, informaron que se separarían por la gran dificultad para comunicarse y compartir la paternidad, pero al final del proceso indicaron voluntad de trabajar por su relación, como resultado de la información y avances obtenidos en el proceso.

Sin embargo se observan también limitaciones en la intervención; relacionados con el trastorno alimenticio de Meg que indicaron al inicio, las conductas inadecuadas en escuela y demás espacios sociales, así como en el tema del duelo. Aunque cabe resaltar que las limitaciones se miran al no haber contado con información de los padres respecto al avance o estado actual de estos temas, o por lo menos no haber contado con información contundente puesto que no coincidían las perspectivas de avance en ambos padres.

Respecto al duelo, es importante subrayar que no se pudo intervenir directamente, en el sentido de pérdidas; más bien se intervino en el concepto de aceptación de la situación actual y de lo que se tiene, ya que eso ocupaba más la atención de la familia, por lo cual se considera que de trabajarse con cada uno de los integrantes de la familia, este tema, se obtendrían mejores resultados.

Esta investigación respalda la importancia de diseñar políticas de salud mental pública especializados que brinden apoyo de calidad a padres de hijos vulnerables, como acompañamiento, pero más relevante, de prevención, es decir, a los pocos meses de formar la familia; procurando que sean espacios de fácil acceso.

De igual modo se considera importante diseñar mecanismos de intervención con los padres adoptivos desde el inicio del proceso de adopción, de modo que puedan identificar

sus motivaciones para adoptar, sus pendientes, expectativas y sobre todo vivir sus duelos y pérdidas, si las tienen y en caso que estuvieran dentro de los motivos para adoptar.

Finalmente es importante que los padres valoren los espacios de juego con sus hijos, sobre todo en las familias adoptivas, siendo estos espacios de crecimiento mutuo y de restablecimiento de vínculos afectivos.

Referencias

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Aragón, M. (2010). Aspectos relacionados con la familia. En Aragón, M. (Ed.), *Intervención con familias adoptivas* Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Aznar, M. (2010). En Aragón, M. (Ed.), *Intervención con familias adoptivas* Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Baurdy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Belsky J., Rovine M. y Taylor D. G. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, III: The origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child Development*, 55, 718-728.
- Bifulco, A., y Thomas, G. (2012). *Understanding adult attachment in family relationships: Research, assessment and intervention*. London, England: Routledge.
- Borders, L., Penny, J. y Portnoy, F. (2000). Adult adoptees and their friends: Current Functioning and psychosocial well-being. *Family Relations*, 49 (4), 407-418.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida - 1: El apego*. Barcelona, España: Paidós.

- Cantero, M.J. (1996). *Patrones interaccionales madre-hijo y conducta de apego prevención del desarrollo de conductas coercitivas infantiles: Un estudio longitudinal*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología.
- Cavell, T. A., y Elledge, L. C. (2004). Working with parents of aggressive, school age children. En J. Briesmeister y C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parenting training: Helping parents prevent and solve problem behaviors* (3rd ed., pp. 379–423). Hoboken, NJ:Wiley.
- Cetina, A., Sosa, J., Rosado, M. (2015). Funciones parentales. En Gamboa, M.; Sosa, Manuel. *El reto de ser padres. Vivir en familia*. Pp. 37 – 46. 2º edición. México. Manual Moderno
- Cherro, M. (2012). Algunas vicisitudes de la adopción. En I.Leus (Ed.) *Desvinculo y Adopción* (pp.77 - 89). Montevideo, Uruguay: Iniciativas Sanitarias.
- Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 4, 65-81.
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., y Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence. *Child Development*, 74(1), 238–256.
- Farkas, R., y Grolnick, W. S. (2008). *Conceptualizing parental provision of structure as a major dimension of parenting: Links to parental control and children's competence*. Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, New York, NY.

- Fernández, M. (2002): Descripción del proceso de adaptación infantil en adopciones especiales. Dificultades y cambios observados por los padres adoptivos. *Anales de Psicología*, 18 (1), 151-168.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Revista Aperturas*, 3. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=86&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>.
- Galeano, D. (2015). *El apego en niños y niñas adoptados*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República,
- Gamboa, M., Valdés, R. y Gutiérrez, S., (2016). La Figura De La Adopción En México. Marco Teórico Conceptual, Marco Jurídico, Instrumentos Internacionales, Jurisprudencia, Iniciativas y Opiniones Especializadas (Primera Parte). Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Análisis de Política Interior. SAPI-ISS-06-16. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-06-16.pdf>
- Gerard, H. (2017). Terapia de Juego a lo largo del ciclo vital: niños, adolescentes y adultos. En K. O'Connor, Schaefer, & L. Braverman, *Manual de Terapia de Juego* (págs. 504-526). Ciudad de México: Manual Moderno.
- Giberti, E. y Chavanneau De Gore, S. (1991). *Adopción y silencios*. Buenos Aires, Argentina: Sudamérica.
- Gottman, J., Katz, L., y Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Glover, G., & Landreth, G. (2017). Terapia de juego centrada en el niño. En K. O'Connor, C. Shaefer, & L. Braverman, *Manual de Terapia de Juego* (págs. 168- 201). Ciudad de México: Manual Moderno.
- Grolnick, W. S., y Pomerantz, E. M. (2009). Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives*, 3(3), 165–170.
- Hazan, C. y Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 336-354). New York: Guilford Press.
- Hazan, C., Zeifman, D. y Middleton, K. (1994). *Adult romantic attachment, affection, and sex*. Comunicación presentada en la 7ª Edición de la International Conference on Personal Relationships, Groningen: The Netherlands.
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., y Kaniuk, J. (2005). Change and continuity in mental representations of attachment after adoption. En D. M. Brodzinsky & J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption: Research and practice* (pp. 93-116). Westport, CT: Praeger.
- institucional del instituto del niño y adolescente del Uruguay. En I. Leus (Ed.) *Desvinculo y adopción. Una mirada integradora: una puesta a punto orientada a fortalecer las prácticas profesionales* (pp. 107- 124). Montevideo, Uruguay: Iniciativas Sanitarias.
- Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behaviour across the first year. *Child Development*, 64, 605-621.

- Junquera, C., López, J.J., García, P. & García, A. (2011, 17 de junio). Desarrollo del vínculo del apego en situaciones de adopción: Revisión bibliográfica. *Revista psicologíaCientifica.com*, 13(7). Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/vinculo-apego-adopcion>
- Kliewer, W., Fearnow, M. D., y Miller, P. A. (1996). Coping socialization in middle childhood: Tests of maternal and paternal influences. *Child Development*, 67(5), 2339–2357.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Taylor & Francis.
- Lyons-Ruth, K. (2004). La disociación y el diálogo infanto-parental: una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre el apego. *Revista Aperturas*, 17. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=290&a=La-disociacion-y-el-dialogo-infanto-parental-una-perspectiva-longitudinal-a-partir-de-la-investigacion-sobre-el-apego>.
- Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En Cassidy, J., Shaver, P. (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 520-554). Nueva York, Estados Unidos: Guilford.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. En T.B. Brazelton y M.W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

- Martínez Campos, M (2014). Terapia de Juego filial y adopción, un estudio de caso clínico. Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Yucatán México.
- Mendiola, Ma R. (2004). Teoría del apego y psicoanálisis [Fonagy, P., 2001]. Revista Aperturas No 020. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000539&a=-Teoria-del-apego-y-psicoanalisis-{Fonagy.P-2001}>.
- Montano, G. (2012). Acerca del establecimiento de un apego seguro en las familias adoptivas. En I. Leus (coord) *Desvinculo y adopción. Una mirada integradora: una puesta a punto orientada a fortalecer las prácticas profesionales* (pp. 287-304). Montevideo, Uruguay: Iniciativas Sanitarias.
- O Connor, K., Schaefer, C., y Braverman, L. (2017). *Manual de terapia de juego*. 2da ed. México: Manual Moderno.
- Oficina De Información Científica y Tecnológica Para El Congreso De La Unión. Salud Mental en México. N.007, 1-4. Enero 2018. Ciudad de México. Recuperado de: https://www.foroconsultivo.org.mx/INCYTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Palacios, J. (2007). Después de la adopción. Necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de Psicología*, 38, 181-198.
- Palacios, J., Román, M. y Camacho, C. (2011). Growth and development in internationally adopted children: extent and timing of recovery after early adversity. *Child: Care, Health & Development*, 37, 282-288.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y León, E. (2007). *La aventura de la adopción internacional. Los datos y su significado*. Barcelona: Teresa Gallifa

Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., & León, E. (2005). *Adopción internacional en España: Un nuevo país: una nueva vida*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Panchón, C., Heras, P. (2009). *Adopciones sin recetas. Diferentes maneras de vivir la adopción*: Grao.

Persano, H. (2018). *La teoría del Apego*. Editorial Akadia.

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., y Marvin, B. (2014). *The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent–child relationships*. New York, NY: Guilford Press.

Román, M y Palacios, J. (2011). Separación, pérdida y nuevas vinculaciones: el apego en la adopción. *Acción Psicológica*, 8 (2), 99-111.

Román, M. (2010). *El apego en niños y niñas adoptados. Modelos internos, conductas y trastornos de apego*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Sevilla.

Román, M. (2010). *El apego en niños y niñas adoptados. Modelos internos, conductas y trastornos de apego*. (Tesis doctoral). Sevilla.

Rosado, M. (2015). Retos del desarrollo de los hijos y tarea de los padres. En M. Gamboa, & M. Sosa, *El reto de ser padres: vivir en familia*. Mérida: Manual Moderno.

Rutter, M., Kreppner, J, y Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: Where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50(5), 529-543.

Sallesi, C. (2008). Niño soñado, Niño real: Lo que hay que saber antes de adoptar. *Revista Niños de Hoy*, 31.

Sánchez-Sandoval, Y. (2002). *El ajuste de los niños y niñas adoptados y su vida familiar.*

Un estudio longitudinal. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Sevilla.

Sanchez-Sandoval, Y., Palacios, J. Problemas emocionales y comportamentales en niños

adoptados y no adoptados. Vol. 23. N.3. España. 2012. pag.221-234

Scarone, B., Daguerre, A. y Sánchez, M. (2012). La adopción desde el marco

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán. (2015). *Programa de*

fortalecimiento a las procuradurías de la defensa del menor y la familia 2015.

Recuperado de:

<http://www.dif.yucatan.gob.mx/uploads/Informe%20ejecutivo%20Prodemefa%20Yucatan.pdf>

Smith, P.B. y Pederson, D.R. (1988). Maternal sensitivity and patterns of infant-mother

attachment. *Child Development*, 59, 1097-1101.

Tizard, B. y Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development

of eight year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 99-118.

Van den Dries, L., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J.

(2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children.

Children and Youth Services Review, 31(3), 410-421.

Van Fleet, R. (1997) Terapia Filial para hijos de padres adoptivos. En O Connor, K. J. y

Schaefer, C. E. (Comp.). Manual de Terapia de Juego. (Vol. 2 pp. 445-463).

México: Manual Moderno.

Van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., & Klein Poelhuis, C. W. (2005). Adoption and cognitive

development: A meta-analytic comparison of adopted and non-adopted children's

IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 131(2), 301-316.

- VanFleet, R. (2011a). Filial therapy: What every play therapist should know (part one).
Play Therapy: Magazine of the British Association of Play Therapists, Spring, 65,
16–19.
- VanFleet, R. (2014). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play*
(3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- VanFleet, R. y Topham, G. (2017). Terapia filial. En O'Connor, K., Schaefer, C. y
Braverman, L. (Ed.), *Manual de Terapia de Juego* (pp. 226-266) (Traductor
Cisneros, J.). Ciudad de México, México: Manual Moderno (2016).
- Zeanah, C., Smyke, A. y Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young
children. II: Indiscriminate behaviour and institutional care. *Journal of the
American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 983-989.
- Zeanah, CH (2000). «Disturbances and disorders of attachment in early childhood». In
Zeanah CH (Ed.) *Handbook of infant mental health* (pp. 358-62). New York:
Guilford Press.

Apéndices

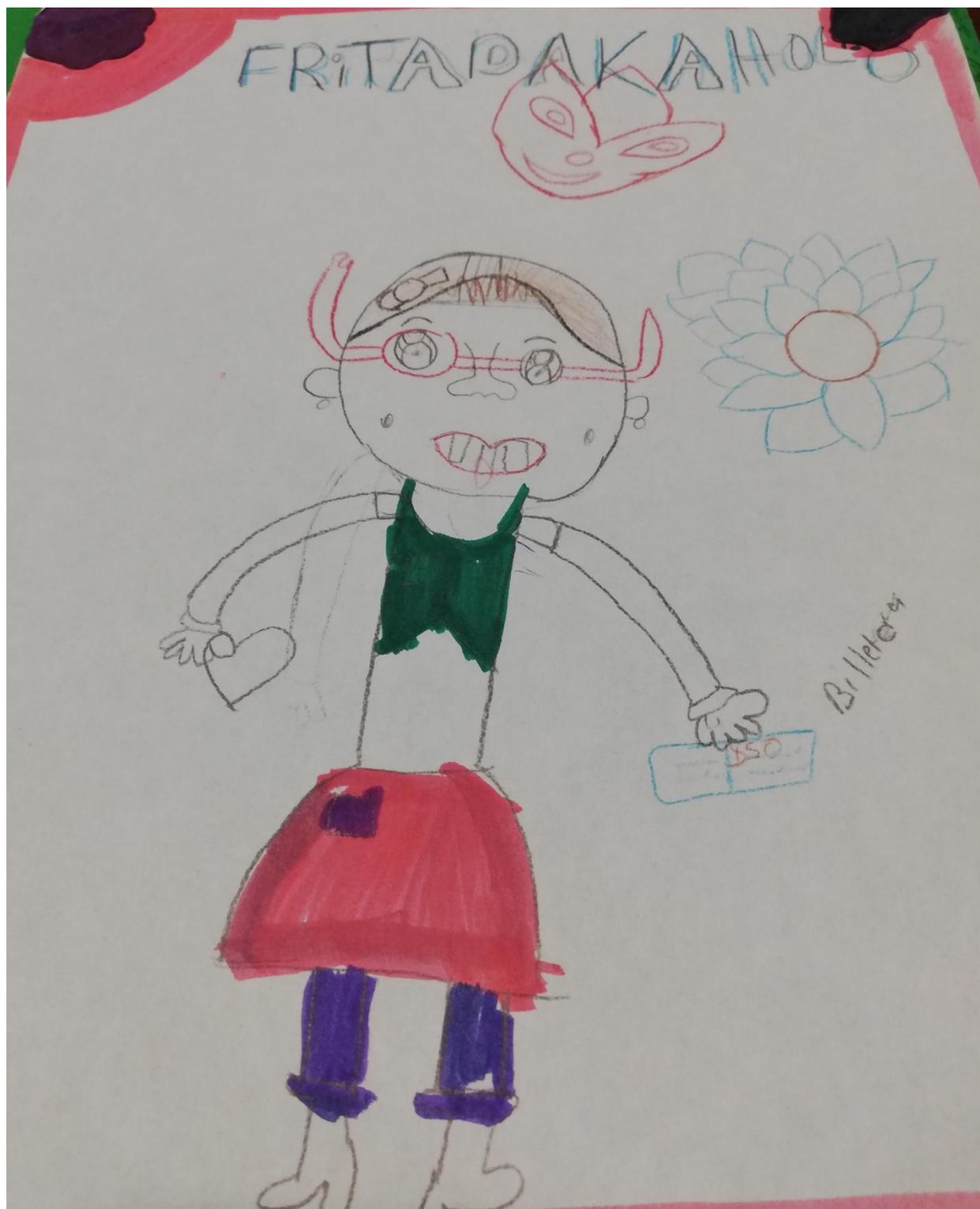
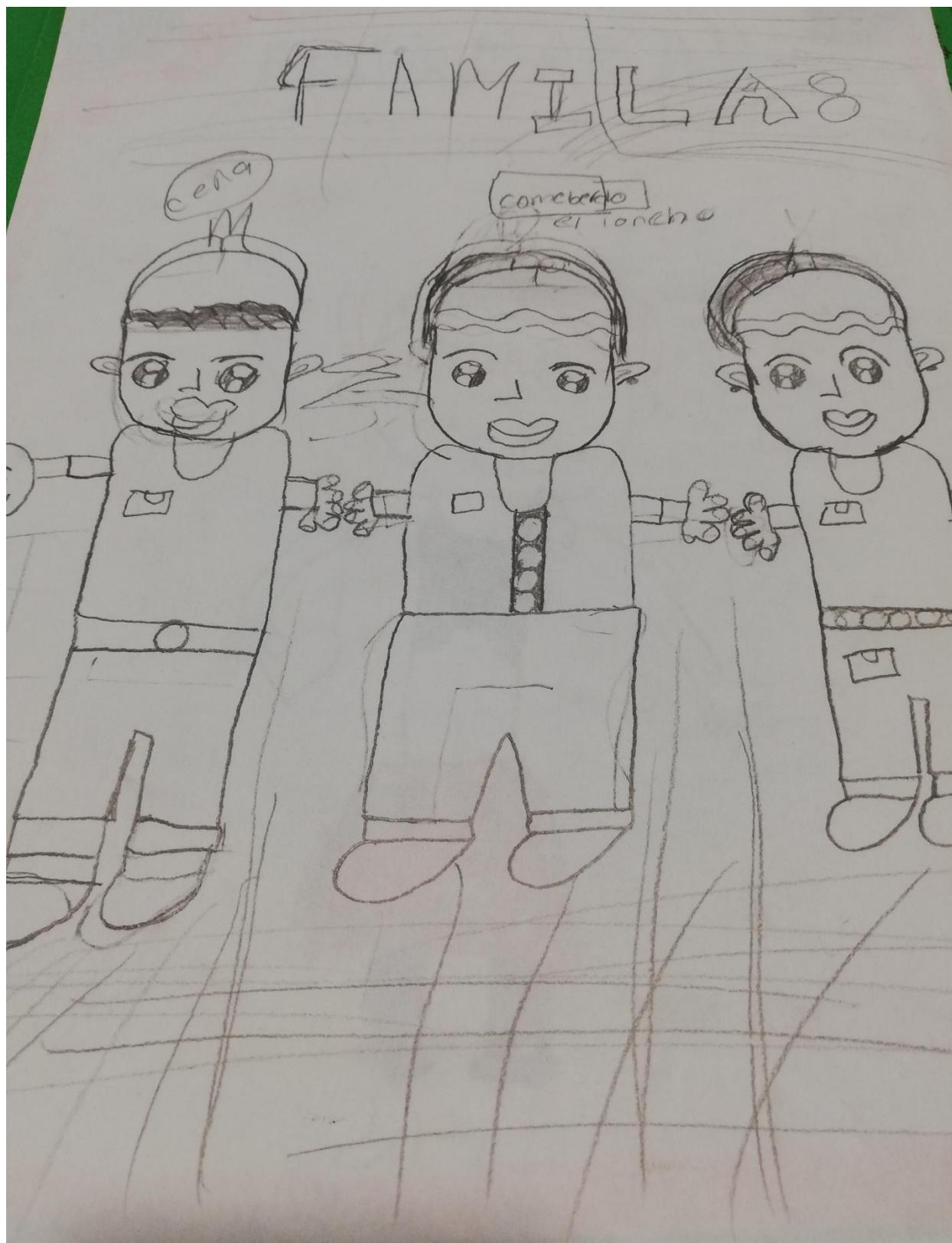
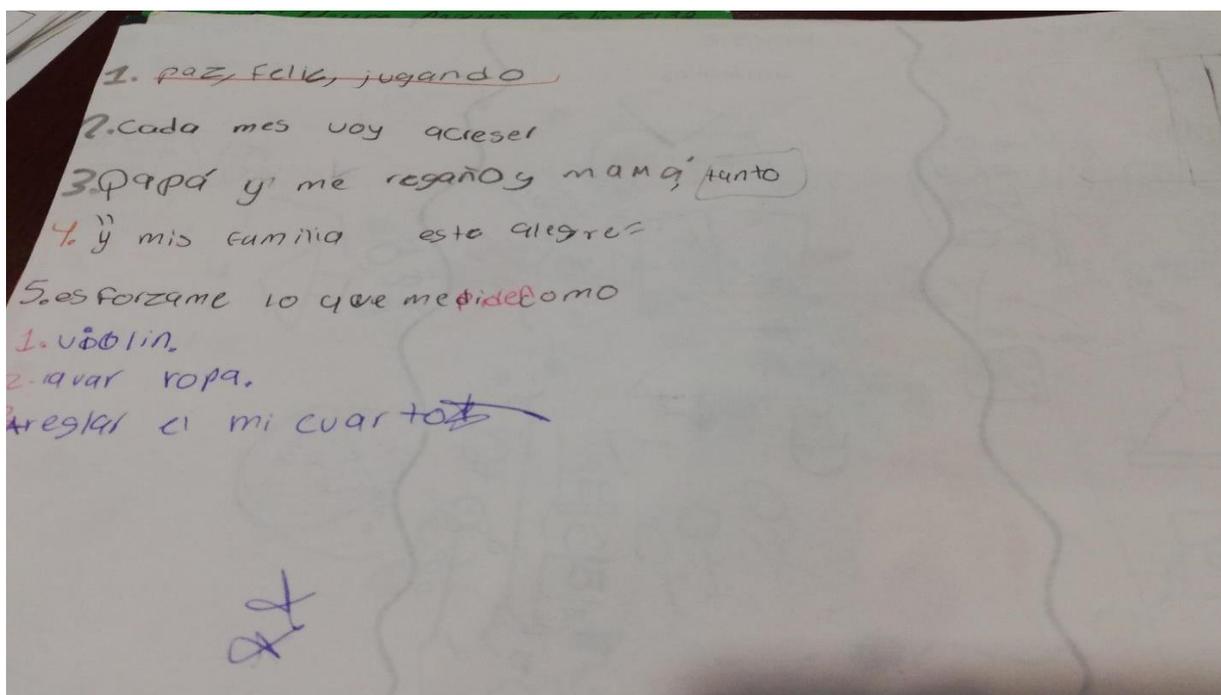
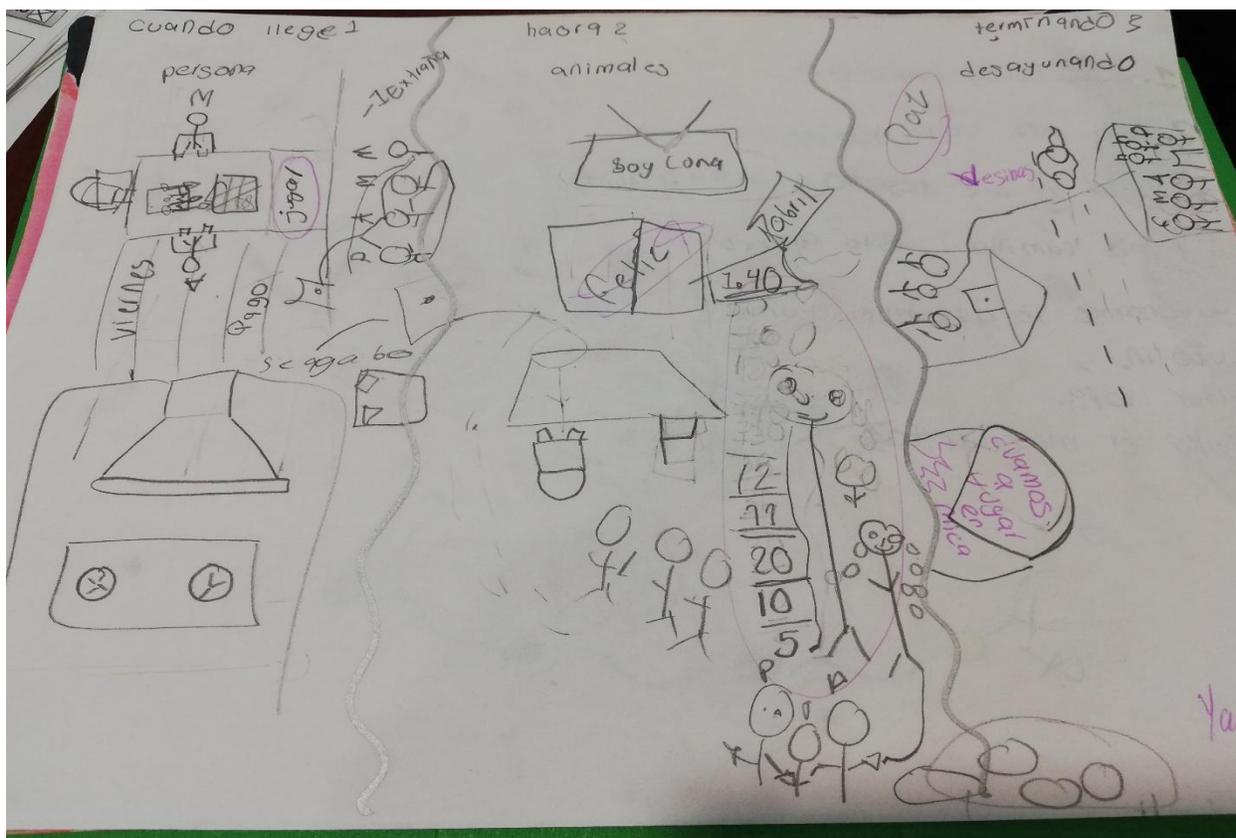


Figura Humana



Familia

Dibujo de tres momentos



Lo que desea lograr al final del proceso