
El modelo integrativo en la intervención psicológica con niños y adolescentes

PID_00270252

Núria Casanovas Puigví

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas





Núria Casanovas Puigví

Psicóloga clínica, especialista en infancia y familia. Formadora y supervisora de psicólogos y otros profesionales que intervienen en la infancia y la adolescencia (España-Francia). Cofundadora del Instituto de Formación Ayana, de París. Autora del libro *Guía práctica para la interpretación de los dibujos* (2012).

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por las profesoras: Neus Nuño Bermudez, Noemí Guillamón Cano (2020)

Primera edición: marzo 2020
© Núria Casanovas Puigví
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

1. Prólogo de la autora.....	5
2. Fundamentos de la intervención terapéutica integrativa.....	8
3. El interés de utilizar una terapia integrativa.....	11
3.1. Beneficios de la terapia integrativa	11
3.2. Posibles limitaciones que hay que prever	12
4. La escucha global del niño.....	13
4.1. Diferencia entre la comunicación verbal y no verbal	13
4.2. Comunicación verbal y no verbal conjuntas	14
4.3. Falta de expresión verbal	15
5. Intervención desde el modelo integrativo.....	18
5.1. Modelos de actuación para la integración de técnicas	18
5.2. Intervención adaptando las técnicas según el tipo de problemática	19
5.3. Elección de técnicas en función de dónde ponemos el foco: síntomas o causa	21
5.3.1. Priorización de técnicas que alivien los síntomas	22
5.3.2. Priorización de técnicas que trabajen sobre la causa	24
6. El juego simbólico desde un enfoque integrativo.....	26
6.1. Libre representación (análisis simbólico) seguida de una intervención conductual	27
7. El juego terapéutico con consignas y el trabajo psicocorporal.....	29
Bibliografía.....	31

1. Prólogo de la autora

En las primeras intervenciones como profesional dando apoyo a niños y familias, me sorprendí de la escasa experiencia que tenía en el campo de las técnicas prácticas para tratar a cada paciente. Los conocimientos que había adquirido en mi formación eran apasionantes y respondían a una parte del misterio que representa la comprensión del funcionamiento psicológico de los humanos. Pero no respondían a todo, en especial a mi necesidad de poder saber en la terapia qué técnica concreta era más adecuada para tratar a cada niño.

Esta realidad con la que me encontré me llevó a desarrollar un espíritu analítico que me permitió aprender a observar las necesidades de cada paciente y constatar, por medio de centenares de sesiones, que debemos ajustarnos a cada persona, sin olvidar que todos podemos tener **tendencias que son comunes** al resto de los humanos.

Escuchar a cada paciente es completamente necesario e interesante, pero también lo es ir más allá, estudiando los patrones típicos que desarrollan las personas según sus características personales: su edad, personalidad, sintomatología, situación familiar e historia personal, etc. Si comprendemos estos patrones típicos, podemos entender «todos los ángulos» de su problemática y, por lo tanto, decidir una intervención adecuada.

Desde otro punto de vista, estando en contacto con otros profesionales de la psicología, he constatado que muchos de ellos tienen la sensación de que utilizar una metodología concreta puede resultar muy eficaz en muchos casos, pero en otros muchos pueden sentirse faltos de recursos para avanzar en su práctica profesional.

Hay que tener muy presente que, aunque nos encontremos frente a dos personas que presentan un mismo síntoma, no podemos concluir que el síntoma tenga el mismo origen en ambos casos ni que las dos personas tengan las mismas necesidades.

Algunas necesidades quedan a veces eclipsadas bajo otra apariencia. Por ello, cuando los psicólogos vemos «A» en nuestro paciente, a veces debemos leer «A» y comprender que su necesidad es «esta»; otras veces hemos de ir más allá en el diagnóstico y quizá podemos descubrir que lo que nos estaba mostrando el paciente con su «A» es más bien un «ahora necesito B».

Fue este reto tan importante el que me llevó a descubrir diferentes enfoques terapéuticos y a aprender a utilizarlos de manera complementaria. Desde esta línea de trabajo, he observado con grata satisfacción que la utilización de diferentes enfoques de manera integrativa aporta muchos beneficios, entre los cuales destacaría sobre todo tres:

- 1) Nos podemos adaptar más fácilmente a las necesidades específicas de cada uno.
- 2) Podemos considerar a la persona de manera global, lo cual muchas veces permite un trabajo más completo.
- 3) Alternando técnicas de diferentes enfoques terapéuticos podemos utilizar lo mejor de cada uno y, a la vez, disminuir sus «defectos» o limitaciones, que se verán compensados por las otras técnicas.

En cuanto a la aplicación de este tipo de enfoque, cuando trabajamos con niños y adolescentes resulta muy enriquecedor poder proponerles un gran abanico de técnicas diferentes y diversas. Esto, ya podéis imaginar, facilita la adherencia al tratamiento: la propuesta de actividad terapéutica que ofrecemos al menor en cada sesión puede ser muy variada, ajustada a sus necesidades y a sus preferencias. Este ajuste de la metodología a las características y necesidades del niño o adolescente suele estar bien valorado por su parte.

En la terapia, muestro a los niños y adolescentes que no solamente hay una o dos puertas para acceder al trabajo terapéutico, sino que podemos encontrar diferentes vías para lograr el mismo objetivo. El mero hecho de oír esto les permite a menudo sentirse mucho más respetados y considerados, y facilita que sean más activos en la terapia.

Este punto me ha facilitado el **vínculo terapéutico** en muchos casos. Frecuentemente veo a niños o adolescentes que vienen a terapia sin que ellos lo hayan solicitado. En algunas de estas situaciones empiezan a mostrar conductas de oposición hacia el terapeuta y, por lo tanto, de oposición hacia las técnicas propuestas. Esta oposición en este contexto es normal e incluso sana: expresa su oposición a la idea de que se haga un trabajo sobre sus emociones sin que él o ella lo haya decidido.

Respetar este punto es primordial, puesto que el trabajo de las emociones no es fácil en sí mismo, y puede resultar imposible en el supuesto de que la persona se sienta obligada a ello.

Sin embargo, sería una lástima tener que interrumpir una terapia que acaba de empezar solo porque el niño no responde como el psicólogo esperaba. No deberíamos parar una terapia porque al principio el niño nos dice que no quiere venir. Si nos encontráramos con una situación similar a la hora de tratar una enfermedad física, ¿interrumpiríamos el tratamiento médico solo porque el

niño nos dice que no lo quiere? No. Dejar una enfermedad sin tratar puede ser muy perjudicial, a corto o a largo plazo. Si un tratamiento médico no fuera el adecuado, no se enviaría al niño a su casa, sino que se buscaría otro tratamiento o, quizá, se investigaría más a fondo la situación para poder percibir otra causa que explique los síntomas.

En psicoterapia, desde mi punto de vista, nos podemos regir por lo mismo: si un niño o adolescente no se adhiere a una técnica o a una serie de proposiciones del mismo enfoque, quizá es que no son las adecuadas o no, al menos, en este momento. Así pues, habrá que lanzarse a la búsqueda de otras actividades terapéuticas que respondan mejor a su situación. Además, debemos comprender que la necesidad de expresar una oposición o reticencia es un objetivo terapéutico en sí mismo, es algo que podemos tratar para ayudar al menor a vivir menos estancado y para ayudarlo a estar más receptivo en la búsqueda de soluciones.

Por todo esto, me gustaría, a lo largo de este documento, compartir el interés por trabajar de una manera integrativa cuando intervenimos con niños o adolescentes, y, sobre todo, dar algunas de las bases que hay que tener presentes en el momento de trabajar desde este modelo para llevar a cabo un trabajo eficaz.

2. Fundamentos de la intervención terapéutica integrativa

A lo largo de la historia de la psicología se han desarrollado varias corrientes terapéuticas, que han constituido las principales escuelas de psicología. Cada una de estas ha tenido sus creadores, sus seguidores, sus modificaciones y ampliaciones, y se han extendido por las universidades e institutos de formación de todo el mundo, algunas con más eco y otras con más discreción.

La **psicología integrativa** es un enfoque combinado que permite al psicólogo utilizar varios conocimientos y procedimientos provenientes de diferentes enfoques terapéuticos específicos, integrándolos para **acompañar al paciente desde una mirada global**, con una actitud abierta y sin dogmas. Esta perspectiva permite a los psicoterapeutas ofrecer respuestas creativas y flexibles que se adapten a la problemática individual de cada paciente (Beitman, Goldfried y Norcross, 1989; Beutler, Moleiro y Penela, 2004; Corsi, 2005).

Desde este modelo, en primer lugar, no se considera que un enfoque único pueda ser efectivo en todos los pacientes ni en todas las situaciones. Se considera que **los valores de cada una de las corrientes terapéuticas**, aunque parezcan a veces muy divergentes, pueden resultar ser complementarios (Novelo, 2008). Simplemente, para conseguirlo, hay que actuar integrándolos.

El segundo puntal del enfoque integrador es que este destaca que **cada persona debería ser considerada en su conjunto** como una unidad, a partir de la integración de su dimensión afectiva, conductual, cognitiva, fisiológica, social y espiritual.

Los orígenes del término *psicoterapia integrativa* los encontramos con Richard Erskine en 1972, cuando en una experiencia en la Universidad de Illinois, con el fin de acoger diferentes opiniones de terapeutas que se regían por distintos enfoques, utilizó la idea de **integración** (Erskine, 2010).

La premisa central de la **orientación integradora** es que hay muchas maneras de explorar y comprender el funcionamiento humano. Esto significa que la integración puede darse por medio de una variedad de sistemas o modelos.

Entre estos podemos destacar cuatro grandes orientaciones:

- 1) Terapias psicoanalíticas y psicodinámicas.
- 2) Terapias cognitivas y conductuales.

3) Terapia sistémica.

4) Terapias humanistas.

En las últimas décadas, distintos estudios han constatado la eficacia de las diferentes metodologías y técnicas existentes, y han destacado no solamente los aspectos más positivos, sino también sus puntos débiles (Novelo, 2008).

En la siguiente tabla se presentan algunas de las características de las principales líneas terapéuticas que se utilizan en la práctica integrativa. No se trata de una descripción completa ni detallada de cada una de estas, sino de una breve descripción de los **puntos fuertes** que cada una nos puede aportar cuando la aplicamos a la terapia infantil y algunas **posibles limitaciones** que puede ser interesante que tengamos en cuenta.

Aportaciones y limitaciones de los principales enfoques terapéuticos en psicología infantil

Corriente psicoterapéutica	Beneficios que puede aportar	Limitaciones que puede presentar aplicada individualmente
Terapia del juego (psicoanalítica)	Parte de la idea de que expresar por medio del juego o de las palabras es liberador y, por lo tanto, terapéutico. Permite no conducir al niño hacia un objetivo, sino darle el tiempo que necesite para que sea más consciente de su situación y de sí mismo. Pone énfasis en la escucha: se basa en la escucha de lo que la persona dice, hace y de los símbolos o arquetipos que proyecta (que son considerados un lenguaje del subconsciente colectivo).	Larga duración y, por lo tanto, difícil de llevar a cabo para algunas familias por razones económicas. Hablar de los acontecimientos difíciles del pasado puede ser muy difícil o desagradable para algunos pacientes. Tendencia a responsabilizar demasiado a los padres de las problemáticas de sus hijos. Tendencia a centrarse más en traumas de la infancia que en la reconstrucción de la actualidad.
Cognitiva conductual	Facilita la adquisición de estrategias de afrontamiento positivas y cambios de comportamiento. La acción sobre el síntoma permite que el niño logre cambios significativos a corto plazo. Búsqueda centrada en los factores de la vida que nos han condicionado, poniendo énfasis en el recondicionamiento.	Las estrategias centradas en la gestión de recompensas no siempre son eficaces si no se consideran causas más profundas (traumas, factores hereditarios, etc.). Los padres pueden tener tendencia a sentir cierta culpabilidad si piensan que el problema del niño solo se debía a sus malas praxis educativas. Cuando se logran cambios relativamente rápidos en el síntoma más grave, los padres suelen querer finalizar la terapia sin asegurarse de si el niño está completamente bien desde el punto de vista emocional.
Terapia Gestalt (humanista)	Se centra en la situación actual del niño y la familia, sin ignorar de dónde proviene. Utiliza el «aquí y ahora»: lo que el niño vive en la sesión como herramienta de trabajo, más que trabajar directamente sobre el pasado o los conflictos. Muy centrada en el vínculo terapeuta-paciente: el niño proyecta en la relación sus dificultades y el terapeuta puede utilizarlo para ayudarle a solucionarlas.	Puede darse la tendencia a no ir a buscar y, por lo tanto, no tratar directamente algunos conflictos del pasado. El terapeuta debe estar muy pendiente de sí mismo con objeto de no proyectar fácilmente un exceso de aspectos personales sobre el paciente.
Terapia sistémica	Gran eficacia para detectar y trabajar las interacciones circulares entre las relaciones. El trabajo no solamente se centra en el individuo, sino en este y en su vínculo con el sistema del que forma parte.	Las interpretaciones que el terapeuta hace de las dinámicas familiares pueden ser muy subjetivas.

Fuente: B. Pacheco (2018). Modelos psicopatológicos integrativos para la formulación diagnóstica en psiquiatría de niños y adolescentes. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 43(3).

Por medio de varios estudios que comparan los diferentes modelos psicoterapéuticos, muchos investigadores han llegado a la conclusión de que el cambio del paciente no está tan sujeto a una variable concreta de un modelo u otro, sino que más bien deriva de variables comunes compartidas por los diferentes enfoques (Opazo, 2001). Es decir, una terapia suele ser muy favorable para el paciente, indistintamente del enfoque que se siga.

Así pues, cada enfoque es interesante y eficaz en sí mismo, puesto que ofrece una explicación característica de la conducta humana y de sus desajustes emocionales. Cada uno utiliza claves diferentes para provocar el cambio en la persona, sean estos cambios de conducta, cambios emocionales o de pensamiento.

Cuando el terapeuta utiliza una intervención desde la orientación integradora puede fusionar las diferentes corrientes terapéuticas para obtener cambios posiblemente más globales o más reforzados, y puede aprovecharse de los puntos favorables de cada una de estas, descritos en la anterior tabla.

Los ejemplos que veremos en los apartados siguientes nos orientarán a comprender cómo y cuándo podemos integrar selectivamente diferentes metodologías. Analizaremos qué enfoque, o cuáles, puede resultar más favorable en cada momento del proceso terapéutico (inicio de una terapia o sesiones más avanzadas) y cuál o cuáles podrían ser más adecuados para cada tipo de paciente: pacientes que comunican o no su malestar, pacientes con síntomas graves o leves, etc.

3. El interés de utilizar una terapia integrativa

En el año 1983 se creó la Sociedad para la Exploración de la Integración de la Psicoterapia, que continúa explorando los beneficios de este enfoque y publicando textos, investigaciones y creando eventos para difundir su práctica (Novelo, 2008).

La terapia integrativa aporta muchos beneficios tanto para el terapeuta como para los pacientes, puesto que cuenta con un gran abanico de técnicas, que pueden ser utilizadas con mucha flexibilidad, lo que permite que nos podamos amoldar a cada tipo de situación o necesidad.

Aunque todavía faltan estudios empíricos que apoyen las propuestas integrativas (Nathan y Gorman, 2015), la investigación está progresando rápidamente para evidenciar sus beneficios (Castonguay et al., 2015; Boswell, 2017).

3.1. Beneficios de la terapia integrativa

La **psicoterapia integrativa** logra principalmente un beneficio doble. Por una parte, la persona tiene a su disposición más herramientas psicoterapéuticas para el tratamiento y la solución de sus problemas. Por otra, el terapeuta cuenta con un mayor número de enfoques terapéuticos para apoyar al paciente desde un punto de vista integrativo (Castonguay, 2000).

Otros puntos favorables de este modelo aplicado a niños y adolescentes serían los siguientes:

- Resulta beneficioso tanto para tratar bloqueos específicos (fobia, duelo, depresión, etc.) como otros de naturaleza más generalizada o con un origen más inconsciente (problemas relacionales, trastornos de conducta, baja autoestima, trastorno de ansiedad, problemas de sueño, etc.). El hecho de trabajar de una forma integrativa permite acceder a las diferentes dimensiones de la persona: la **dimensión cognitiva** (estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptuar el mundo), la **dimensión conductual** (repertorio de comportamientos y conductas en el ambiente), la **dimensión psicodinámica** (dinámica intrapsíquica en sus diferentes niveles de profundidad) y la **dimensión interaccional** (pautas de relación y de comunicación interpersonal) (Corsi, 2005).
- Permite poner más énfasis en un tipo de enfoque o en otro para adaptarse mejor a las características fisiológicas y emocionales de cada paciente. En-

tre otras, nos podemos adaptar más a cada tipo de personalidad y a cada tipo de inteligencia (cinestésica, verbal, visuoespacial, interpersonal, etc.).

- No establece una duración determinada para completar el tratamiento, sino que dependerá de las necesidades del niño (paciente), de su familia y entorno, de su malestar y de los objetivos terapéuticos preestablecidos.
- Evita que los pacientes desarrollen la sensación de desmotivación hacia la terapia, que puede darse sobre todo cuando sus distintos problemas son tratados con protocolos repetitivos. El hecho de que el terapeuta se adapte de una forma muy personal al paciente favorece el vínculo terapéutico, es decir, la relación entre el terapeuta y el paciente. Varias investigaciones permiten afirmar que la evidencia más sólida que relaciona el proceso y el resultado es la **alianza terapéutica** (Orlinsky, Ronnestad y Willutzki, 2004).

3.2. Posibles limitaciones que hay que prever

Uno de los puntos débiles del enfoque integrativo es el riesgo de no seguir una terapia estructurada (Novelo, 2008): el hecho de intercalar herramientas de naturaleza bastante diferente durante la intervención de un mismo paciente nos puede resultar contraproducente, al no concluir el trabajo terapéutico sobre alguno o algunos de los aspectos que hemos tratado con este durante la terapia. Esta variedad de técnicas o herramientas también puede crear en el paciente una cierta confusión.

Para paliar esta dificultad, es interesante que al inicio de la terapia con cada paciente el terapeuta concrete una **lista inicial de objetivos terapéuticos** y que los vaya revisando a medida que el proceso terapéutico avanza. Esta estrategia permite ver con más distancia si se sigue un trabajo coherente y si la intervención sobre cada objetivo se realiza de una manera completa.

Elaborar una lista de objetivos también permite analizar con más distancia qué herramientas han sido más adecuadas para trabajar cada aspecto de la persona y, en el trato con menores, también permite explicar a los padres o a otros profesionales (maestros, trabajadores sociales, personal sanitario, etc.) nuestra manera de proceder.

Un segundo punto que puede resultar ser una interferencia en el trabajo integrativo es el riesgo de querer llevar a cabo muchas dinámicas diferentes sin conocer la metodología. Es importante que tengamos experiencia y formación en todas aquellas técnicas que aplicaremos en la terapia con el niño o adolescente.

4. La escucha global del niño

Cuando actuamos desde este modelo como terapeutas, debemos priorizar una **relación de escucha y de apoyo** con nuestro paciente, intentando no ser críticos ni presuponer aspectos que no nos ha mostrado.

La postura óptima sería la de estar muy presente durante las sesiones, para acompañar a cada niño a explorar y reconocer su propia manera de ser, sus capacidades, y poderlo ayudar a detectar poco a poco patrones de comportamiento que supongan desajustes en su vida.

4.1. Diferencia entre la comunicación verbal y no verbal

En las personas, la comunicación no se reduce a la simple respuesta verbal. Debemos tener en cuenta que de forma general un gran porcentaje de la información la transmitimos por medio de vías no verbales y, por lo tanto, normalmente no racionales.

El investigador Albert Mehrabian (1967) descompuso en porcentajes el tipo de información que influye en el otro cuando emitimos un mensaje oral y determinó que el 7 % es verbal, el 38 % es paralingüístico (el tono de voz, los matices y otras características) y un 55 % está formado por señales y gestos.

El **componente verbal** se utiliza principalmente para comunicar información y el **no verbal** más bien para comunicar estados de ánimo o actitudes personales.

El componente no verbal cobra todavía más relevancia en los niños. Su capacidad de expresión corporal (expresiones faciales, cambios de la postura corporal), de movimiento (gestos, agitación motora, inhibición) o simbólica (metáforas, juego simbólico, expresión gráfica, etc.) toman una gran relevancia en la comunicación general del niño (Ruesch, 1964; Stokoe y Harft, 1996) y, por lo tanto, este aspecto se debe tener muy presente en el campo terapéutico.

Por medio de todas estas vías no verbales, el niño desempeña una triple función:

- 1) procesa lo que ha vivido en su vida,
- 2) canaliza sus emociones y tensiones corporales, y
- 3) lo transmite a la persona con quien está.

Los movimientos del cuerpo generalmente no son ni positivos ni negativos en sí mismos, sino que será más bien la situación y el mensaje los que determinarán su evaluación (Givens, 2000).

Por lo tanto, intentar escuchar lo que el niño expresa globalmente, por medio del cuerpo, el movimiento y las expresiones verbales o simbólicas permite una buena comprensión del proceso que está viviendo y de las necesidades que tiene en un momento dado.

Escuchar al niño en todas sus dimensiones, como hemos dicho, es la clave para trabajar desde un enfoque global e integrativo.

Algunas vías de expresión no verbal del niño pueden ser (Pacheco, 2018):

- Sonidos (risas, vocalizaciones, llantos).
- Maneras de hablar (pautas, énfasis en las palabras).
- Postura (curvar el cuerpo, estirarse en el suelo).
- Movimientos con la cabeza (asentir, negar, etc.).
- Movimientos con las manos (tocar un objeto, llevárselas a la boca, etc.).
- Movimientos oculares (cerrar los ojos repetidamente, etc.).
- Expresiones faciales (levantar las cejas, mirar al suelo, etc.).
- Barreras con los brazos o piernas.
- Jugar con objetos.
- Rascarse.

4.2. Comunicación verbal y no verbal conjuntas

En la mayoría de los casos, el niño o adolescente nos expresará verbalmente aspectos vinculados a su mundo emocional y, además, enriquecerá el mensaje con más información, que expresará corporal o simbólicamente.

En estos casos, la escucha global es interesante porque permite que la expresión y la transmisión de un mensaje sea más completa que la palabra únicamente.

Como ejemplo podríamos poner el de un niño de cuatro años, al cual al inicio de una sesión terapéutica se le pregunta cómo se siente. La respuesta es «Normal, como un tomate rojo» y justo después se desplaza a otra parte de la sala.

- Si analizamos en profundidad esta respuesta, vemos que toma tres niveles: el hecho de decir «normal» es la parte de la respuesta más racional. La que él conoce y gestiona (controla) y que puede transmitir de una forma consciente. En este caso, lo que el niño nos quiere explicar es que está en su estado normal/habitual.

- El hecho de utilizar la comparación «como un tomate rojo» es una expresión simbólica que elige de manera espontánea. Seguramente lo hace de una forma subconsciente para ilustrar su agitación interna, asociándola al color rojo.
- El hecho de empezar a desplazarse por la sala, a raíz de la pregunta que se le formula, sería la expresión comportamental que nos podría permitir comprender que el niño en este momento todavía no está preparado para continuar hablando si se queda parado. Este sería un buen momento, pues, para proponerle actividades motoras que le permitieran continuar explicando las dificultades vividas durante su semana, pero canalizando por medio de su movimiento el exceso de tensión acumulado.

Este tipo de lectura global del niño, esta consideración tanto de su expresión verbal como no verbal, permite escuchar sus necesidades de una manera más íntegra, lo que propiciará, seguidamente, poder adaptarnos a la situación utilizando aquellas técnicas terapéuticas que permitan trabajar en estos distintos niveles.

4.3. Falta de expresión verbal

Esta segunda posibilidad la podemos encontrar bastantes veces en el ámbito psicoterapéutico porque el niño **no quiere hablar** de una forma directa de un problema, o no quiere hablar de manera general de aspectos vinculados a sus emociones. Otras veces no es porque no quiera, sino porque, simplemente, no puede.

Hay diferentes situaciones que pueden hacer que el niño no se sienta con la capacidad de tratar un problema directamente por medio del área verbal. Las causas principales suelen ser que el niño:

- No dispone de unas estructuras neuronales suficientemente maduras para racionalizar lo que le pasa (niños muy pequeños, en estados de regresión o con déficits cognitivos).
- Está en una etapa de choque emocional: la herida emocional es demasiado reciente, por lo que no puede ni asimilarla, ni hablar de ella.
- Tiene un problema que se ubica en la dimensión del inconsciente (problemas de apego, traumatismos del embarazo, parto o primera infancia).
- No está nada acostumbrado a hablar de las emociones o de sus problemas.
- Está sufriendo un problema grave y este le bloquea demasiado.

- Decide conscientemente no querer hablar del problema (falta de confianza en el psicólogo, miedo a las consecuencias que pueda tener en casa, víctima de amenaza por parte de una persona maltratadora, etc.).

Así pues, vemos que hay muchas razones que pueden hacer que el niño se sienta incapaz de acceder a una expresión verbal directa para hablar de un tema que puede ser una «diana» en el trabajo terapéutico.

En estos casos, el hecho de transmitir una información por medio del lenguaje corporal o de forma simbólica facilita que el niño pueda igualmente realizar un trabajo de liberación emocional.

El hecho de poder expresar su malestar por medio de su cuerpo (como serían los tics nerviosos cuando le estamos hablando de algo), de su comportamiento (como sería tirar al suelo juguetes durante la sesión terapéutica) o, incluso, mediante su lenguaje simbólico (como sería el de un niño que dice que es un león y que nos quiere comer) es un hecho que ya le permite sacar una gran parte de su malestar emocional. Permite al niño tratar el tema desde un plano que no hace que se sienta demasiado afectado por el dolor emocional.

Si además de permitirle esta expresión como psicólogos somos capaces de acoger la expresión del niño en todas sus dimensiones, estaremos propiciando que sienta la seguridad que necesita para posteriormente darnos más información de lo que le sucede.

Tomemos un ejemplo frecuente en la intervención con niños: cuando el psicólogo hace una pregunta al niño o niña sin obtener ninguna respuesta verbal, o nos responde otra cosa que no tiene (aparentemente) nada que ver con la pregunta. En este tipo de situaciones, los profesionales tenemos la tendencia a reaccionar de una forma bastante racional: pensar que quizá no nos ha oído o no nos ha entendido y, por lo tanto, repetir la pregunta y quizá incluso reformularla. Es decir, insistimos.

¿Y si, en estos casos, en lugar de repetir lo que hemos dicho, escucháramos más profundamente lo que el niño nos responde por medio de su expresión corporal o simbólica? Si lo hacemos, podremos percibir que en la mayoría de los casos el niño o niña no está completamente desconectado de lo que le estamos cuestionando, sino que simplemente está respondiéndolo por otro medio.

Su respuesta no verbal o simbólica le permite sacar el problema de su interior, poniendo cierta distancia emocional entre él y lo que le crea malestar: este mecanismo es muy eficaz porque disminuye rápidamente la tensión física y emocional que el problema puede generar.

Los niños tienen muy desarrolladas las áreas no verbales; por lo tanto, sí que pueden procesar situaciones de malestar por medio del cuerpo, las emociones o las sensaciones, pero a veces no llegan a integrarlas en un nivel más racional por una cuestión de capacidades madurativas.

En estos casos simplemente hemos de tener en cuenta que la falta de expresión verbal de un problema no limita para nada su tratamiento.

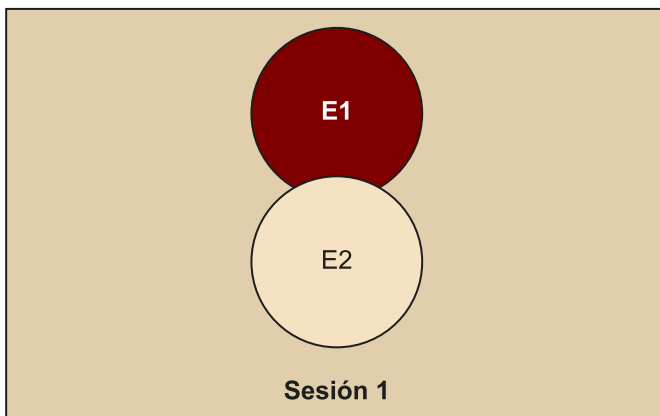
5. Intervención desde el modelo integrativo

La premisa más importante que hay que tener en cuenta desde el modelo integrativo es que podemos utilizarlo alternando diferentes técnicas o empleándolas conjuntamente.

5.1. Modelos de actuación para la integración de técnicas

A continuación veremos diferentes posibilidades que nos permiten actuar de una manera integrativa, pero teniendo en cuenta que dependiendo de la situación podemos proceder de maneras diferentes.

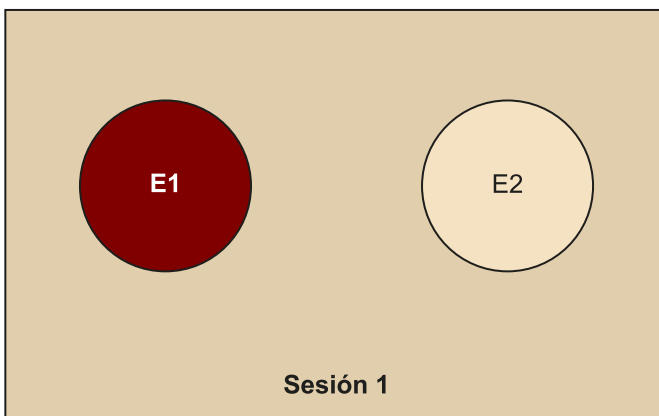
1) **Por medio de actividades terapéuticas que combinen diferentes modelos terapéuticos**, es decir, que en cada una de estas se tengan en cuenta las bases de diferentes enfoques.



Diferentes modelos terapéuticos

Aplicar en terapia una relajación que vincule una técnica cognitiva conductual con la hipnosis o la visualización libre.

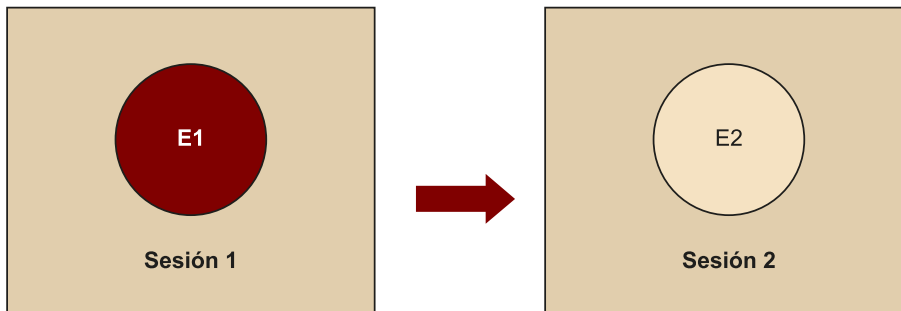
2) **Por medio de sesiones en las que cada una de estas contenga distintas técnicas** procedentes de distintos enfoques terapéuticos.



Distintas técnicas

Una actividad que consista en el juego libre, que nos permita observar el estado global del niño, seguido de un juego dirigido desde un enfoque más cognitivo-conductual, que nos sirva para proporcionarle recursos que lo ayuden a adquirir más control sobre sus comportamientos.

3) Por medio de diferentes sesiones, cada una de las cuales con actividades procedentes de un enfoque distinto.



Distintas sesiones

En una primera sesión aplicaremos una técnica de enfoque gestáltico, como por ejemplo la línea de vida. En la sesión siguiente nos centraremos en un enfoque sistémico, que nos permitirá comprender la manera de reaccionar de cada uno de los miembros de la familia desde el punto de vista del paciente.

Desde estos diferentes modelos de actuación, la terapia integrativa permite alternar las técnicas para adaptarse a cada problema según su naturaleza y para trabajar con la persona a varios niveles.

Es decir, permite elegir la técnica más adecuada según dos criterios, el tipo de dificultad que presenta el paciente y el momento de la terapia en el que estamos.

5.2. Intervención adaptando las técnicas según el tipo de problemática

Hay problemas psicoemocionales o psicopatologías para las que una técnica o un enfoque terapéutico puede ser más adecuado que otros.

La naturaleza de cada problema invita a los psicólogos a reflexionar y elegir la intervención más adecuada.

Para ilustrar este punto veamos el caso de la técnica terapéutica llamada *EMDR*.¹ Se trata de una técnica de intervención que permite tratar los **traumas** que una persona ha vivido con eficacia y rapidez (Utrera, Aguilera y Ruiz, 2016). Sin embargo, los estudios también demuestran que, para tratar otros malestares o psicopatologías no asociadas a ningún trauma, la técnica no es eficaz en la misma medida. Por lo tanto, habría que cambiarla por otra en aquellos pacientes que presenten algún otro tipo de problemática. O si pensamos que la aplicación de EMDR puede ser favorable, sería adecuado poder complementarla con otras metodologías para poder llevar a cabo una intervención completa.

Otro ejemplo sería el tratamiento de la **depresión**. Tratar a un paciente que presenta depresión desde un enfoque psicoanalítico puede suponer muchas limitaciones. Aunque en muchos casos es interesante y necesario que la persona hable de sus problemas, para una persona que está deprimida y con actitud

⁽¹⁾La técnica EMDR es el acrónimo, en inglés, de *eye movement desensitization and reprocessing*. En castellano se traduciría como la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

Lectura complementaria

Para saber más al respecto: F. Shapiro (2002). *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism*. APA.

de víctima, el hecho de proponerle que hable y que lo escuchemos le puede parecer un refuerzo positivo. El hecho de sentirse escuchado propicia en bastantes casos la sensación de sentirse apoyado, sentir una aprobación. Aunque el terapeuta psicoanalista proponga preguntas o reflexiones al paciente para cuestionar su perspectiva sobre cómo vive las relaciones o los hechos de su vida cotidiana, sabemos que, cuando una persona está bajo una visión negativa de sí misma y de la vida, no puede acceder fácilmente a una comprensión más neutra o positiva de los hechos. Esto hace que en muchos casos el enfoque psicoanalítico no aporte beneficios a corto plazo en el trabajo con personas con depresión profunda. Por el contrario, un enfoque de tipo cognitivo-conductual en estos casos podría ser más provechoso para hacer salir al paciente de este estado.

Un tipo de caso concreto para comprender este punto sería el de un adolescente que asistiera a la consulta con una desmotivación general por los estudios y por la vida.

El primer aspecto que tendríamos que verificar es si es simplemente algo pasajero, típico de la etapa adolescente (tendencia a la desidia, etc.) o si se trata de algo más crónico e intenso, como sería un estado depresivo.

Si comprobáramos que los síntomas están presentes desde hace más de seis meses –verificamos el diagnóstico con el resto de los criterios del DSM o con la ayuda de un psiquiatra–, y acabáramos confirmando la presencia de una depresión, sería necesario que efectuáramos una intervención terapéutica adecuada a la situación.

Un adolescente deprimido no es un adolescente que habitualmente quiera prestar atención a las problemáticas de su pasado. A menudo ni siquiera se quiere acercar a las problemáticas presentes de su vida.

Si está deprimido y ponemos énfasis en los problemas que puede tener en la actualidad hacia sus iguales, o queremos evidenciar que en su infancia sufrió una relación desfavorable con sus padres, lo podemos estar empujando a sentir un malestar emocional todavía más intenso.

Una cosa es que el terapeuta pueda tener en mente estas hipótesis para poder comprender los factores predisponentes y precipitantes de la depresión. Y otra cosa, muy distinta, es la de utilizar o no esto como diana en la terapia del adolescente.

Imaginemos que este adolescente no es consciente de que ha vivido con un perfil educativo sobreprotector (madre extremadamente angustiada que tenía tendencia a sobreproteger a su hijo desde el nacimiento). En esta situación podría haber una relación bastante directa entre el hecho de que el chico de pequeño pasara todo el día bajo la vigilancia de su madre y la incapacidad actual de actuar sin esta figura que estaba demasiado presente en su vida.

Por un lado, esta hipótesis sería muy interesante y habría que tenerla en cuenta a lo largo del proceso terapéutico, pero a su vez sería arriesgado abordarla directamente con el propio adolescente al comienzo de una terapia: una persona que está en un estado de visión negativa de las cosas podría interpretar este hecho como un problema adicional que podría intensificar todavía más su malestar y la visión oscura de la vida.

Podríamos desencadenar en el chico una rabia hacia su madre o más rabia hacia sí mismo o hacia la sociedad. Despertar un sentimiento parecido en un adolescente deprimido puede ser, en muchos casos, impropio: aunque la conciencia de lo que le ha sucedido podría ser positiva en ciertos momentos, en un momento en el que el chico no cuenta con suficientes recursos para gestionar sus emociones, o no siente suficientes emociones positivas para estar motivado en la vida, el hecho de hurgar en las heridas podría desencadenar problemas graves.

Si en un caso como este priorizáramos aquellos enfoques más estratégicos que le permitieran al chico empezar a mejorar su estado de ánimo, podríamos ayudarlo a sentirse mejor consigo mismo y a utilizar la poca energía de la que dispone para buscar vías para aumentar su potencial: establecer más relaciones positivas, buscar activi-

dades que le puedan resultar agradables y enriquecedoras, adquirir más autonomía personal, etc.

Técnicas provenientes de la terapia breve estratégica, por ejemplo, nos permitirían romper con dinámicas y maneras de actuar que lo estancan en su malestar. Permitirían al adolescente lograr a corto plazo una mejor relación con sus padres o compañeros, que le podrían posteriormente apoyar para la superación de sus traumas inconscientes.

Técnicas de la psicología positiva también lo ayudarían a tomar conciencia de todas sus cualidades y a saber cómo utilizarlas en su día a día, así como a buscar recursos para expulsar el malestar que ha ido acumulando. Si el chico cuenta con un físico con potencial, cocrear un programa para que encuentre un deporte que le guste sería una actividad física que podría ayudar a un chico con este perfil a subir su estado de ánimo, activando en su cuerpo la sensación de placer. Del mismo modo, le permitiría hacer una «descarga» de la tensión física, que lo prepararía para saber cómo calmar la rabia más fácilmente si en algún momento posterior de la terapia este sentimiento se despierta de una manera más intensa.

Con este caso podemos ver que la «visita» a nuestro pasado no es la prioridad o no es la necesidad en muchos pacientes. Un trabajo centrado en tratar las experiencias dolorosas puede ser difícil para un chico en esta situación.

A pesar de que, efectivamente, las experiencias vividas con nuestros padres nos han marcado y nos pueden predisponer a problemas relacionales posteriores, deberíamos analizar en cada caso si es procedente o no este trabajo sobre el «pasado», sobre la historia vivida. Y favorecer, en todo caso, que el niño o adolescente pueda desarrollar todas sus capacidades, recursos y potenciales, y también la búsqueda de estrategias y la mirada sobre la resolución de problemas.

5.3. Elección de técnicas en función de dónde ponemos el foco: síntomas o causa

Es importante considerar que a lo largo de todo el proceso terapéutico el paciente puede sentir la necesidad de trabajar sobre varios temas y a diferentes niveles. Por ello puede resultarnos convenientes reflexionar y ver **qué técnica o técnicas son más favorables según el momento** de la terapia en el que estamos (si nos encontramos en el inicio, más hacia el medio o si estamos a punto de finalizar la terapia con el paciente) y también teniendo en cuenta si nos queremos centrar en el síntoma o en las causas del problema.

Esto provoca que en las sesiones tengamos que emplear diferentes técnicas terapéuticas para hacer un trabajo progresivo.

En este sentido habrá un elemento que debemos tener especialmente en cuenta:

- A veces, va bien «ignorar» el síntoma que presenta el paciente al inicio de la terapia y trabajar sobre la causa.
- Otras veces, los síntomas que presenta el paciente al inicio de la terapia son necesarios y urgentes de tratar y, por lo tanto, serán el foco del trabajo en aquel momento.

Y es que hay enfoques más centrados en el trabajo del **síntoma**, como serían por ejemplo el enfoque cognitivo-conductual o la terapia breve estratégica, y otros que priorizan el trabajo en la búsqueda y tratamiento de las **causas**. La terapia psicoanalítica sería un ejemplo de este último caso.

A veces, es el terapeuta quien determina la propuesta de trabajo de cada sesión, decidiendo si nos dirigimos más a tratar la causa o el síntoma. Otras veces, es el paciente quien guía la terapia mediante los problemas o las necesidades que aporta en cada momento: todo depende de la línea terapéutica que sigue el terapeuta, pero también de la forma de reaccionar de los pacientes.

Para un trabajo integrativo del niño, lo más adecuado sería buscar el equilibrio entre las diferentes maneras de trabajar, es decir:

- Trabajar tanto el síntoma como las causas de este.
- Adaptarnos a aquello que el niño aporta en la sesión y, a la vez, dirigirlo a tratar aquellos aspectos que quizá no es capaz de hacer a solas.

5.3.1. Priorización de técnicas que alivien los síntomas

Hemos de tener muy presente que cuando los síntomas presentados por un niño pueden tener consecuencias negativas sobre su vida emocional y familiar, hay que priorizar las técnicas que alivien la sintomatología con mucha rapidez y eficacia. Por decirlo de una manera más directa, **hay síntomas que son una urgencia** en el tratamiento.

Esto no excluye, no obstante, que en muchos casos los podamos complementar con otras técnicas que se decanten por la detección de la causa, para así progresivamente también abordar el problema desde su raíz.

Ya hemos visto que estas técnicas paralelas, más centradas en la causa, también podríamos aplicarlas desde el inicio, o en un segundo momento terapéutico, cuando el síntoma grave que haya que tratar empieza a remitir o a desaparecer.

Uno de los casos en los que la intervención sobre el síntoma es clave sería en el tratamiento de la enuresis y la encopresis. Para un niño, vivir con la sensación de que no tiene la capacidad de controlar los esfínteres le puede ocasionar repercusiones a diferentes niveles:

- **En el plano emocional:** ansiedad, afectación de la autoimagen y la autoestima.
- **En el plano familiar:** los padres a veces, desde la impotencia, llegan a hacer sentir al niño culpable de lo que le está pasando, lo regañan o, incluso, pueden llegar a castigarlo por este hecho.
- **En el plano sociorrelacional:** si los compañeros se dan cuenta de esta dificultad (por ejemplo, cuando va de colonias con la escuela), esto puede desencadenar situaciones de humillación. A veces, los niños con este síntoma acaban por no ir a dormir a casa de los amigos y otras limitaciones similares.

Con todo esto, podemos ver que la actuación sobre el síntoma es imprescindible, puesto que puede aportar mejoras inmediatas que preservarán la salud psicoemocional del paciente. Por ejemplo, las técnicas cognitivo-conductuales serían adecuadas para llevar a cabo este tipo de intervención.

Un protocolo para intervenir en caso de enuresis sería el siguiente:

- 1) Descartar causas orgánicas.
- 2) Pedir el historial del niño y detectar, en caso de enuresis secundaria, si hay presencia de posibles factores desencadenantes.
- 3) Empezar el programa para facilitar la contención:
 - a) Revisar los hábitos alimentarios del niño (ingesta de líquidos por la tarde-noche).
 - b) Proporcionar al niño técnicas de relajación para antes de ir a dormir.
 - c) Implantar el hábito de ir al lavabo antes de acostarse.
- 4) Paralelamente al programa, trabajar con el niño y sus padres para desculpabilizarlos de esta dificultad y poder tratar los factores estresantes de la vida del niño y la familia.

Se requiere esta intervención para disminuir o hacer desaparecer el síntoma: el problema de contención. Sin embargo, no debemos olvidar que en la mayor parte de los casos esta sintomatología de hacerse pipí o caca encima tiene una función en la vida del niño: expresar un malestar o angustia interna.

La desaparición de este problema, sin tratar temas más profundos de la personalidad o historia vivida, nos puede dar una falsa impresión de que el paciente ya está bien y, si no es el caso, al cabo de un tiempo el niño podría acabar desencadenando otros síntomas –que incluso pueden llegar a ser más contraproducentes.

Por lo tanto, el hecho de emplear paralelamente a estas técnicas cognitivo-conductuales otras que se centren en un trabajo sobre los problemas emocionales o las dificultades familiares permitiría descubrir algunas raíces que han desencadenado la enuresis y tratarlas progresivamente, permitiendo reparar el problema de una manera más profunda y definitiva.

En este ejemplo empleado de enuresis, sería recomendable que la intervención cognitivo-conductual estuviera guiada por un **trabajo sistémico**, que nos permitiría observar qué dinámica provoca tensión en el núcleo familiar o en la escuela, y ver qué característica de la madre o del padre desencadena esta angustia en el niño.

El enfoque sistémico propiciaría cambios en las dinámicas familiares que permitirían a los padres percibir a su hijo desde otro punto de vista y también podrían permitir que el niño pudiera aprender a reaccionar ante sus dificultades de otro modo: daríamos a la familia la posibilidad de descubrir nuevas formas de actuación y de interacción.

5.3.2. Priorización de técnicas que trabajen sobre la causa

A veces trabajar el síntoma no es conveniente.

En estos casos es importante que sepamos que si procedemos de una manera estratégica en la terapia, el síntoma acabará, de todos modos, por desaparecer.

Así pues, ¿en qué tipos de casos es importante tratar la causa en primer lugar?

Cuando el acontecimiento que es **la causa de los síntomas sigue vigente**. Imaginemos a un niño que vive una situación en la que la madre le pega si se porta mal y que presenta problemas de sueño: se despierta numerosas veces durante la noche. Este sería un niño que necesita de forma urgente que lo protejamos y lo desculpabilicemos. En estos casos, centrarnos en los problemas de sueño que presenta no sería algo recomendable, porque sería como querer parar la alarma cuando la casa todavía está ardiendo. Con dificultades podríamos frenar el síntoma, pero el malestar surgiría por otra vía. Sí que se le debería ayudar a gestionar mejor sus emociones, a calmarse, etc., pero no

solamente con el fin de que duerma bien, sino más bien con el objetivo de poder ayudar al niño y a su familia a salir de esta dinámica gravemente desfavorable para todos.

También es importante tratar directamente y en un primer estadio de la terapia la causa, aunque esta se ubique en el pasado, **cuando el niño ha contenido mucho** y necesita urgentemente centrarse en esto. Podemos encontrar casos parecidos en los duelos no elaborados. A veces el niño ha sufrido una pérdida de un ser querido a una edad muy temprana, pero si el duelo no ha sido elaborado, puede desencadenar síntomas de malestar tanto a medio como a largo plazo. Un niño que ha tenido apoyo para tratar sus problemas conductuales (que podrían ser un síntoma de ello), pero que no ha elaborado el duelo de la muerte de su abuelo, por ejemplo, es un niño que quizá tiene miedo a volverse a relacionar con otras personas de forma positiva o intensa, por miedo a perderlos del mismo modo. Ayudarlo a tener más habilidades sociales y más control sobre su comportamiento podría no ser nada eficaz si no se le ayuda a elaborar el duelo pendiente.

Si tratamos a un niño que tiene malos resultados en la escuela, con problemas de comportamiento en casa, con un nivel de autoestima más bien bajo, y en su historia personal percibimos que todo esto se desencadenó en una situación en la que sufrió tocamientos cuando tenía cinco años (por una persona desconocida un día mientras él estaba jugando en el parque), ¿por dónde empezaríamos la terapia?

En este tipo de casos podemos reflexionar sobre nuestra actuación de manera general, teniendo presente que nos deberemos cuestionar en cada caso si es procedente o no actuar del mismo modo, puesto que puede haber factores específicos que se deben tener en cuenta en cada niño. Pero hay que señalar que, de manera general, podemos tener en cuenta el funcionamiento de la psique humana y, concretamente, de la psicología infantil para saber por dónde encauzar el proceso terapéutico.

Cuando la variedad de síntomas que el niño presenta es tan extensa, a veces es mejor no perdernos y establecer desde el comienzo una diana concreta y clara que trabajar en terapia.

Es verdad que en las primeras sesiones no buscaremos que el niño nos hable del abuso sexual sufrido. Un niño en esta situación se sentiría demasiado vulnerable. Pero enfocar el primer objetivo del tratamiento en trabajar sobre esta causa, si avanzamos de forma progresiva y respetuosa, sería lo adecuado.

Podríamos empezar por darle estrategias para gestionar mejor sus emociones, reforzar su autoestima, facilitar que comunique con fluidez sus sentimientos y necesidades. Y una vez logremos estos objetivos, si lo vemos preparado, podríamos empezar a trabajar el hecho traumático de una manera respetuosa. Esto permitiría trabajar no sobre un síntoma, sino sobre todos a la vez, porque sería como tratar el tronco que mantiene todas las ramas en pie. Sin tronco, no hay ramas.

La prueba de la adecuación de este enfoque en casos similares es que muy a menudo ya es el propio niño o adolescente el que, cuando se siente con seguridad al cabo de un rato de hablar con el terapeuta (o al cabo de un par de sesiones), él mismo puede acabar exponiendo lo que le pasó, sin que tengamos que hacerle la pregunta directa sobre ello.

6. El juego simbólico desde un enfoque integrativo

El juego terapéutico propicia en sí mismo un trabajo global del niño. En todas sus variantes (juego simbólico, juego dirigido y otras técnicas psicocorporales), podemos ver que permite un trabajo tanto corporal como emocional, y también de mente y de relaciones.

«El juego simbólico es una necesidad catártica esencial en los niños para recuperar su estabilidad emocional y su ajuste a la realidad».

P. Arnáiz (1987). *Evolución y contexto de la práctica psicomotriz* (p. 95). Murcia: Editum, Ediciones de la Universidad de Murcia.

El **juego simbólico** es un tipo de juego que el niño utiliza de una forma muy intensa sobre todo de los 2 a los 6 años de edad, aunque puede continuar estando muy presente incluso más tarde, según la personalidad y las preferencias de cada niño.

El juego simbólico se da cuando el niño puede utilizar un símbolo o arquetipo, un objeto o incluso el mundo imaginario, para representar a una persona o algo que no está presente (Piaget, 1982).

Mediante el juego simbólico, el niño procesa las experiencias y situaciones vividas, hace frente a sus miedos y desarrolla recursos personales para afrontar nuevas situaciones.

En este sentido, el lenguaje por medio de los símbolos y arquetipos permite elaborar un trabajo profundo sobre las emociones. Las dificultades se traducen en retos, aventuras o personajes: el monstruo, el lobo, el dragón, los tiburones, etc., son expresiones simbólicas de los miedos o las angustias internas.

Como psicólogos, si observamos la expresión del niño por medio de su juego simbólico e intentamos comprender lo que este nos quiere expresar, podemos acceder a una comprensión no solamente de su situación, sino también de cómo lo está viviendo.

Si cada «agresor» expresado representa un problema, no solamente intentaremos comprender la naturaleza de este, sino que, observando la reacción corporal del niño, podremos ver además su manera de afrontarlo: desde el miedo, desde la agresividad, desde la evitación, etc.

Enfoques más analíticos permiten ver la importancia de dejar al niño expresar su mundo interno y utilizar esta expresión para interpretar su estado y sus necesidades. La sabiduría proveniente del «subconsciente colectivo», descubrimiento de C. G. Jung, nos permite comprender que todo símbolo y arquetipo es universal, y nos habla de una parte de la persona, de sus fantasías y de sus relaciones interpersonales (Shedler, 2010).

Sin embargo, quedarse en una visión meramente analítica no permite sacar todo el provecho del juego simbólico. A veces, en terapia el niño elabora representaciones por medio del juego en las que:

- No vemos ningún interés interpretativo: el juego parece pobre en emociones o símbolos.
- Encontramos mucha tendencia a la repetición (el niño juega a lo mismo durante mucho tiempo o incluso en sucesivas sesiones).

En estos casos, bastante frecuentes, el juego del niño provoca al psicólogo una incomprensión que nos puede conducir a la sensación de frustración o incompetencia.

Cuando el juego no evoluciona o no nos conduce a ninguna parte, complementar la observación con otras técnicas más directivas le permite al niño poder hacer un trabajo mucho más completo estando conectado a su lenguaje simbólico.

Alternar el juego simbólico espontáneo, no inducido, con proposiciones de cambio, con proposiciones que intensifiquen las emociones, con proposiciones que favorezcan el hecho de tomar más conciencia de uno mismo y de los propios recursos, permite hacer un trabajo integral interesante, tanto para el niño como para el psicólogo.

6.1. Libre representación (análisis simbólico) seguida de una intervención conductual

Cuando el niño representa de una manera espontánea sus conflictos, muy a menudo no es consciente de las consecuencias de algunos de sus actos o actitudes, ni mucho menos de las causas. Permitir la expresión libre en un primer momento permite al niño liberar su malestar y sus tensiones internas.

Para un trabajo más completo e integral, podríamos seguir el juego libre con una proposición más directiva que permitiera mostrar al niño varias posibilidades de actuación, con sus correspondientes posibles consecuencias o recompensas.

Para ilustrar este modo de intervención podríamos tomar el ejemplo de un niño que en terapia coge figuritas articuladas, y por medio del juego libre, elige una y juega a matar un dinosaurio, de manera reiterativa y agresiva. Con este tipo de dinámica terapéutica, este niño estaría haciendo un trabajo interno interesante: la hipótesis que deberíamos elaborar en este caso sería que está luchando contra sus propias pulsiones más primarias.

Esta elaboración ya es importante y necesaria para preservar o reconstruir el equilibrio psíquico del niño: cuando en su vida diaria las pulsiones primitivas invaden su personalidad y dominan su comportamiento, esto puede acabar haciéndolo sentir débil, con falta de control y, por lo tanto, crear un sentimiento de inseguridad que puede hacer tambalear su autoestima. En el juego, este niño puede estar retomando el control de su vida: él decide que sus pulsiones primarias no le gustan, que las rechaza, y esto le permite vivir el sentimiento de fortaleza interior, puesto que puede ver, mediante objetos transaccionales, que con la lucha y el esfuerzo podría aniquilar esta parte suya tan alteradora o incómoda.

Para ir más allá, y sobre todo para ayudar a aquellos niños que solo con la expresión simbólica no llegan a hacer cambios en su vida, podríamos añadir una propuesta: como terapeutas, nosotros podríamos aplicar una variante que denominamos *juego simbólico basado en un modelo*. La base de esta metodología se fundamenta en el modelo conductista, y consistiría en el hecho de que el psicólogo tomara a un personaje, sea otro dinosaurio o equivalente, y mostrara, mediante el juego simbólico, varias maneras de hacerle frente.

Si le mostráramos con nuestro personaje que podemos hablar con el dinosaurio, que le podemos pedir que se vaya, que se tranquilice, etc., estaríamos permitiendo al niño adquirir de una forma bastante rápida posibles respuestas constructivas, respuestas que lo podrían ayudar porque hasta ahora él no las conocía o no sabía aplicarlas.

Sus **neuronas espejo** –neuronas que facilitan que el niño adquiera aprendizajes por medio de lo que observa–, le permitirían incorporar en su abanico de recursos la conducta positiva que le hemos mostrado. Este hecho por sí solo ya es positivo e interesante.

Pero todavía podríamos ir más allá. Si no nos limitamos a mostrarle que nuestro muñeco puede utilizar la comunicación para intentar resolver un problema con el dinosaurio, sino que además esta acción provocara que el dinosaurio se marchara y dejara al muñeco tranquilo, podríamos crear un **condicionamiento positivo**: el niño no solo vería que hay varias posibles respuestas para hacer frente a un conflicto, sino que además hay algunas que comportan beneficios inmediatos.

El hecho de que el dinosaurio que estaba atacando a un personaje del juego se aleje resultaría ser un premio, una recompensa que haría que el niño se motivara y tuviera ganas de reproducir el mismo comportamiento que con el terapeuta había tenido tanto éxito.

Con esta simple utilización de una retroalimentación positiva tras una conducta positiva estaríamos mostrando al niño alternativas de comportamiento que pueden ser más constructivas que el ataque. Y, sobre todo, alternativas que permiten preservar la necesidad que hacía que el niño buscara este tipo de juego: la necesidad de sentir el sentimiento de fuerza interior, de victoria, de ser capaz de controlar la situación. No siempre se puede «destruir» o «ignorar» al agresor, pero a menudo lo que sí que es posible es actuar sobre él: en este caso, por ejemplo, alejándolo.

7. El juego terapéutico con consignas y el trabajo psicocorporal

El **juego terapéutico con consignas** es aquel en el que el psicólogo propone al paciente actuar –jugar– con una cierta finalidad y teniendo en cuenta unas consignas que dirigen la actividad y que permitirán que la acción de jugar sea sanadora: que el trabajo corporal vaya de la mano del trabajo emocional.

Los juegos que hacen que el niño experimente un objetivo concreto a partir de objetos, juguetes o por medio del trabajo psicocorporal están especialmente indicados para el trabajo con niños a partir de tres o cuatro años y con adolescentes.

Desde el enfoque integrativo se procura partir de **consignas abiertas**, es decir, que sean modificables según la necesidad del paciente.

Las propuestas de juego terapéutico basadas más en el trabajo psicocorporal que en la utilización de objetos permiten efectuar un trabajo muy directo, muy intenso y muy interesante para el niño o adolescente, puesto que el movimiento corporal permite entrar más en contacto con el propio cuerpo y, por lo tanto, facilita la conciencia de las sensaciones propioceptivas y de las propias emociones.

Algunas veces el psicólogo puede recurrir al uso de técnicas de juego o técnicas psicocorporales sin hacer un análisis posterior. Aunque esta manera de actuar aporta múltiples beneficios, se aconseja intensamente acompañar este trabajo psicocorporal, en los casos en los que sea posible, con un trabajo más cognitivo: **la toma de conciencia**. Tomar conciencia de las emociones que hemos trabajado con el niño, de los aspectos de su vida que han sido tratados durante la sesión.

Un ejemplo de trabajo más racional que podría acompañar a una intervención emocional o corporal sería el trabajo psicoeducativo.

Entendemos por **psicoeducación** el hecho de facilitar los datos y los conocimientos necesarios a nuestro paciente para poder explicarle, de una forma lo más objetiva posible, un conocimiento que le permitirá entender mejor su funcionamiento, el de los otros o el de la sociedad (Donley, 1911).

Algunos buenos ejemplos de psicoeducación podrían ser explicar a nuestro paciente:

- En qué consiste el proceso de duelo por el cual puede estar pasando.
- Qué respuestas corporales podemos tener en una situación de ansiedad.
- En qué consiste un diagnóstico concreto (por ejemplo, hiperactividad, TOC, etc.).
- Cómo funciona el cerebro humano en situaciones de estrés.
- La explicación neurobiológica que justifica el funcionamiento de una adicción y sus posibles consecuencias desfavorables.
- Etc.

Un ejemplo para ilustrar los juegos dirigidos bajo un enfoque integrativo sería el de, con un niño con altas capacidades que ha vivido un duelo, intercalar un trabajo de psicoeducación con un juego de descarga.

Podríamos empezar por ayudarlo a entender que la fase de rabia es una fase propia del proceso de duelo, por la cual todo el mundo pasa con más o menos intensidad, y que es una fase que se puede superar, que la rabia no perdura toda la vida. Esta explicación puede ayudar a todas las personas que pasan por un proceso similar, pero todavía más a personas muy mentales o con alto potencial intelectual, dado que tienen la tendencia a querer y necesitar saberlo todo y controlar lo que les sucede.

Si solo nos limitáramos a esta explicación racional, sin embargo, no sería suficiente: la intelectualización de las emociones, la conciencia sobre lo que nos pasa, nos ayuda a mejorar nuestro estado en un gran porcentaje, pero no permite una mejora completa.

A este niño que está en la fase de rabia le podríamos proponer juegos terapéuticos para descargar su tensión acumulada físicamente, como serían juegos basados en lanzar pelotas, ayudándolo a imaginar que cada pelota es un elemento que puede simbolizar el malestar interior.

Actuando de esta doble manera, mental y físicamente, alternando dos enfoques terapéuticos muy diferentes, estaríamos llevando a cabo una intervención terapéutica que actuaría tanto en el campo del cerebro cognitivo como en el campo de los otros cerebros más primitivos: el cerebro límbico y el cerebro reptiliano. Esta actuación sobre los tres cerebros, en terapia, permite un cambio emocional instantáneo y una evolución rápida del niño en su vida.

Bibliografía

Araínz, V. y Abad, J. (2011). Realidad y fantasía en el juego simbólico. En A. Ruiz de Velasco y J. Abad (Ed.), *El juego simbólico*. Barcelona: Graó.

Arnáiz, P. (1987). *Evolución y contexto de la práctica psicomotriz*. Murcia: Editum, Ediciones de la Universidad de Murcia.

Beitman, B. D., Goldfried, M. R., y Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 146(2), 138-147.

Beutler, L. E., Moleiro, C., y Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación: ¿Qué funciona en psicoterapia? En H. Fernando-Álvarez y R. Opozo (Ed.), *La integración en psicoterapia: manual práctico* (pp. 69-104). Buenos Aires: Paidós.

Boswell, J. F. (2017). Psychotherapy integration: Research, practice, and training at the leading edge. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 225-235.

Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., y Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365-382.

Castonguay, L. G. (2000). Training in Psychotherapy Integration: Introduction to Current Efforts and Future Visions. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 229.

Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. México: Paidós.

Donley, J. E. (1911). Psychotherapy and re-education. *The Journal of Abnormal Psychology*, 6(1), 1-10.

Erskine, R. G. (2010). Integrating Expressive Methods in Relational Psychotherapy. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1, 55-80.

Gendreau, G. (2001). *Intervention psychoéducatrice et jeunes en difficulté*. Montréal/Québec: Éditions Science et Culture.

Givens, D. B. (2000, octubre). Body speak: what are you saying? *Successful Meetings*, 51.

Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (Ed.) (2015). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.

Novelo, G. M. (2008). La psicoterapia integrativa multidimensional en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 16(1), 44-51.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica*. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcomes research: Continuity and change. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-393). New York: Wiley.

Pacheco, B. (2018). Modelos psicopatológicos integrativos para la formulación diagnóstica en psiquiatría de niños y adolescentes. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 43(3).

Quiras, V. (2005). Juego y Psicomotricidad. *Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 8, 24-31.

Piaget, J. (1982). *La formación del símbolo en el niño*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ruesch, J. (1964). *Comunicación terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.

Santibáñez, P. M., Roman, M. F., y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.

Stokoe, P. y Harft, R. (1996). *La expresión corporal en el jardín de infantes*. Barcelona: Paidós.

Utrera, E., Aguilera, M. J, y Ruiz, G. (2016). Eficacia de la desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR) en personas con trastorno por estrés post-traumático (TEPT). *Boletín Psicoevidencias*, 45.