



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***ANÁLISIS COMPARATIVO DE  
CINCO MODELOS TEÓRICOS  
DE PSICOTERAPIA DE JUEGO***

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

LAURA AMADA HERNÁNDEZ TREJO

DIRECTORA:

MTRA. MA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA



México, D. F.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIAS

A mis padres, sin ustedes nada de esto sería posible.

Mamá, lo mejor de la vida viene de ti.

Papá, gracias por enseñarme el camino al éxito.

Andrés, para mí siempre serás un guerrero. Eres el mejor hermano, nunca dejarás de ser un ejemplo a seguir para mí.

Daniel, gracias por tu paciencia y comprensión.

Raquel, por acompañarme en toda la carrera, nunca pensé que llegaríamos tan lejos.

Mtra. Fayne gracias por todo su apoyo, dirección, por las enseñanzas, y dedicación a este proyecto. Usted fue una gran inspiración.

Mtra. Eva Esparza, gracias por encaminarme hacia este rumbo, por transmitirme todos tus conocimientos sobre la psicoterapia infantil, así como tu gran colaboración a este proyecto.

A mis sinodales, Lic. Asunción; Lic. Aida Araceli; Mtra. Blanca Elena.

A todas las personas que estuvieron conmigo a lo largo de este camino, y que ayudaron a que este sueño se volviera realidad.

## INDICE

|  | Pág. |
|--|------|
| <b>RESUMEN</b>   | 1    |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                                    | 2    |
| <b>CAPITULO 1 Juego y Psicoterapia</b>                 | 5    |
| <b>CAPÍTULO 2 Terapia de Juego Psicoanalítica</b>      | 12   |
| 2.1 Antecedentes históricos                            | 13   |
| 2.2 Principios del enfoque                             | 15   |
| 2.3 Concepción del juego desde el enfoque              | 16   |
| 2.4 Participación de los padres                        | 16   |
| 2.5 Alcances   | 18   |
| 2.6 Técnicas   | 18   |
| 2.7 Caso Ilustrativo                                   | 19   |
| <b>CAPÍTULO 3 Terapia de Juego Centrada en el Niño</b> | 21   |
| 3.1 Antecedentes históricos                            | 22   |
| 3.2 Principios del enfoque                             | 24   |
| 3.3 Concepción del juego desde el enfoque              | 26   |
| 3.4 Participación de los padres                        | 27   |
| 3.5 Alcances   | 27   |
| 3.6 Técnicas   | 28   |
| 3.7 Caso Ilustrativo                                   | 29   |
| <b>CAPÍTULO 4 Terapia de Juego Gestalt</b>             | 31   |
| 4.1 Antecedentes históricos                            | 32   |
| 4.2 Principios del enfoque                             | 33   |
| 4.3 Concepción del juego desde el enfoque              | 36   |
| 4.4 Participación de los padres                        | 36   |
| 4.5 Alcances   | 37   |
| 4.6 Técnicas   | 37   |
| 4.7 Caso Ilustrativo                                   | 42   |

|   |    |
|---|----|
| <b>CAPÍTULO 5 Terapia de Juego Cognitivo-Conductual</b> | 45 |
| 5.1 Antecedentes históricos                             | 46 |
| 5.2 Principios del enfoque                              | 47 |
| 5.3 Concepción del juego desde el enfoque               | 50 |
| 5.4 Participación de los padres                         | 50 |
| 5.5 Alcances  | 51 |
| 5.6 Técnicas  | 51 |
| 5.7 Caso Ilustrativo                                    | 53 |
| <b>CAPÍTULO 6 Terapia de Juego Filial</b>               | 55 |
| 6.1 Antecedentes históricos                             | 56 |
| 6.2 Principios del enfoque                              | 57 |
| 6.3 Concepción del juego desde el enfoque               | 60 |
| 6.4 Participación de los padres                         | 60 |
| 6.5 Alcances  | 61 |
| 6.6 Técnicas  | 62 |
| 6.7 Caso Ilustrativo                                    | 63 |
| <b>CAPÍTULO 7 Análisis</b>                              | 67 |
| <b>CAPÍTULO 8 Conclusiones</b>                          | 85 |
| <b>REFERENCIAS</b>                                      | 89 |

# **ANÁLISIS COMPARATIVO DE CINCO MODELOS TEÓRICOS EN PSICOTERAPIA DE JUEGO**

## **RESUMEN**

En el presente trabajo se pretende analizar de manera práctica y crítica cinco de los principales modelos teóricos que sustentan la terapia de juego, así como las técnicas que cada uno de ellos utiliza. Para el desarrollo del tema, se toma como punto de partida una reseña histórica del papel que el juego ha tenido dentro del proceso terapéutico.

Los modelos que se analizan en esta tesina son: psicoanalítico, centrado en el niño, gestalt, cognitivo-conductual, y filial.

El análisis se realizó comparando a los modelos en: principios, concepción del juego, y participación de los padres en el tratamiento, así como en sus alcances terapéuticos.

## INTRODUCCIÓN

El Psicólogo en nuestra sociedad tiene la función de intervenir con métodos y técnicas específicas que vayan de acuerdo a la problemática del paciente con el fin de reestablecer su equilibrio. El interés por el proceso psicoterapéutico del niño ha llevado a los especialistas a adecuar las diferentes teorías que existen y la principal de sus aportaciones ha sido la terapia de juego; en la cual se utiliza al juego como método terapéutico, ya que éste permite que el niño exponga y comunique sus conflictos; debido a que es su medio natural de comunicación. A continuación se expone el papel que el juego tiene en la vida del niño.

El juego es de vital importancia para el desarrollo integral del niño, ya que le permite desarrollar toda clase de repertorios: psicomotrices, cognoscitivos, lingüísticos, afectivos y sociales (Esquivel, 2004).

A través de éste, el niño conoce la realidad y el mundo de los adultos. Es una actividad exploratoria que ayuda a configurar las nociones de espacio, tiempo y funcionamiento social y general (Soifer, 1976). Un niño pequeño no puede hacer otra cosa que comenzar poco a poco a explorar su mundo, y lo hace a través del juego. Hegeler (1965) considera que el juego es una necesidad de los niños que se puede equiparar con la necesidad de comer o dormir.

Para Chateu (1958) constituye el medio por el que se puede conocer al niño completamente y todo a la vez: motriz, afectiva, social y moralmente. Mediante el juego el niño conquista la autonomía y los esquemas prácticos que necesitará en su vida futura, mediante objetos imaginarios que resultan más manejables que los de la vida real. De esta manera, el juego ocurre entre la ficción infantil y la realidad del trabajo.

Aunque el juego del niño comparte algunas cosas con el del adulto, existe una diferencia básica entre éstos: el adulto juega con el fin de descansar y ocuparse contra el aburrimiento, en el caso del niño esto sólo se encuentra en un nivel secundario (Chateu, 1958), pues su juego es principalmente la afirmación del yo (Winnicott, 1988).

Darle una explicación al juego ha sido una preocupación constante en la humanidad. Diversas corrientes y escuelas provenientes de la filosofía y de la psicología han desarrollado teorías que intentan explicarlo así como a las relaciones que en él se dan.

Toda esta diversidad en los conceptos de juego ha propiciado nuevos y diferentes enfoques para su estudio, sin embargo este hecho también ha dificultado el logro de una definición universalmente aceptada. Las diferentes teorías y corrientes psicológicas describen y resaltan aspectos diferentes de un mismo objeto de estudio, no obstante hay características que se mantienen a través de ellas: el juego está estrechamente relacionado con el niño; el juego es para el niño; y el niño es para jugar (Erikson & Lowenfel, en Hartley, Frank, & Goldenson, 1955; Freud y Klein, en Campo, 1989)

La psicoterapia de juego surge como una técnica para el tratamiento de niños después de la Segunda Guerra Mundial. Desde entonces su uso se ha extendido y actualmente existen varios enfoques que la tienen como eje central de sus intervenciones.

Es bien sabido que todos los métodos psicoterapéuticos son elaboraciones y variaciones de procedimientos anteriores y por tanto se espera que tengan elementos en común, es por eso que este trabajo se enfoca tanto en las características que comparten como en las que difieren cinco diferentes modelos teóricos de psicoterapia de juego. De esta forma se espera proporcionar al lector un panorama claro y amplio que le permita llevar a cabo una elección adecuada para el uso de estos modelos.

El análisis se llevará a cabo comparando a los modelos en los siguientes aspectos:

Principios básicos, concepción del juego, participación de los padres, alcances, y técnicas.

# CAPÍTULO 1

## EL JUEGO Y LA PSICOTERAPIA

## EL JUEGO Y LA PSICOTERAPIA

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que el juego ocupa un lugar muy significativo en la vida de los niños. Ya desde el siglo XVII Rousseau escribía acerca de la importancia de observar el juego para aprender acerca de los niños y así poder comprenderlos. En su obra *Emile*, Rousseau expresó sus ideas acerca de la educación y el entrenamiento infantil resaltando que los niños no son adultos pequeños. A pesar de que sus textos referentes al juego del niño tienen una perspectiva más educativa que terapéutica, nos permiten ver la forma tan sensible en que entendía el mundo de infantil (Landreth, 1991).

En 1903, Froebel resaltó los componentes simbólicos del juego en su libro *The Education of Man*. Él consideraba que el juego tenía una intención definida conciente e inconsciente sin importar su naturaleza, y por eso se le podía encontrar un significado.

A continuación se presentan algunas definiciones que se han dado para el juego a lo largo del tiempo:

Para Huzinga (citado en Sarazanas y Bandet, 1985) el juego es una actividad voluntaria, fija en ciertos límites de tiempo y espacio que sigue una regla aceptada e imperiosa, provista de un fin en sí misma, acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y de la consciencia de ser algo diferente de la vida cotidiana.

Millar (1972) lo define no sólo como distracción o pasatiempo, sino también como aprendizaje, experimentación e imitación, considerándolo una etapa del desarrollo imprescindible para pasar a la siguiente.

Chateau (1958) opina que el niño juega únicamente porque es un niño. Su juego tiene el papel de adiestrar las funciones fisiológicas y psíquicas.

Claperède (citado en Chateau, 1958) concibe el papel del juego en el niño como el trabajo, el bien, el deber y el ideal de su vida; la única atmósfera en la cual su ser psicológico puede actuar. La infancia sirve para jugar e imitar. Por el juego, el niño hace actuar las posibilidades que fluyen de su estructura particular, realiza las potencias virtuales que afloran sucesivamente a la superficie, las asimila y desarrolla, uniéndolas y complicándolas.

Hegeler (1965) lo define como una actividad aparentemente insustancial que tiene su propia recompensa. Es análogo al trabajo del adulto, con la diferencia del fin buscado: *el trabajo se hace para lograr algún propósito, el juego se hace por sí mismo.*

Más allá de cualquier definición, la mejor forma de entender el juego, es no definirlo en lo absoluto, lo importante es conocer sus funciones y características. Para esto se toman y presentan a continuación, las características que según Esquivel (2005) tiene el juego y que lo hacen tan especial e importante no sólo en el espacio terapéutico sino en todos los aspectos de la vida del niño.

El juego:

- ☺ Es ante todo una conducta, por lo tanto ocurre en un tiempo y un espacio, es susceptible de ser observado, medido y cuantificado. Estas cualidades le permiten ser un objeto de estudio científico válido. Dado que es emitido por un sujeto, tiene una cualidad relacional ya sea con el medio externo o interno.
- ☺ Es una forma de aprehender, es un vía para el niño que le permite interactuar con su ambiente, con lo otros y modificar su estructura según los cambios en el mundo externo.
- ☺ Permite que el niño se integre, le da control sobre su cuerpo, propicia su desarrollo cognitivo y la elaboración de los conflictos básicos de sus pulsiones y psiquismo.
- ☺ Permite la socialización, pues le da al niño el dominio de lo externo y a su vez la comprensión de los otros junto con la aprehensión de los valores culturales y sociales.
- ☺ Es una necesidad básica y por tanto debe ser cubierta como la alimentación, la salud y la vivienda.
- ☺ Está lejos de ser sólo un pasatiempo pues es una actividad innata, voluntaria y espontánea.
- ☺ Manifiesta regularidad y consistencia, forma patrones en el tiempo y tiende a parecerse al juego de sus pares en la misma cultura y la misma edad.
- ☺ El verdadero juego tiene motivación intrínseca, es decir, se juega por el propio juego.
- ☺ Es la actividad a la que el niño le dedica más tiempo, el niño juega hasta sin darse cuenta.
- ☺ Implica de manera total al niño, ocupa todo su interés y todos los aspectos de su conducta.

- ☺ Es libremente elegido.
- ☺ Representa un reto, esto asegurará la atención del niño.
- ☺ Es una actividad simbólica.

Por medio del juego el niño puede expresar sus necesidades y deseos, sus quejas, temores y estados de ánimo, que de otro modo no podría expresar.

Además de todas las características arriba mencionadas, existen factores que determinan la forma del juego. Para Díaz (1997) esos factores son los siguientes:

- Sexo. Las diferencias en cuanto al sexo o género del niño se relacionan con las temáticas y la participación. Los niños prefieren juegos de destreza y fuerza física, en cambio las niñas prefieren los relacionados a lo doméstico. Sin embargo, no se puede negar que la educación es un factor influyente en este aspecto.
- Edad cronológica y mental. El juego depende de los intereses y capacidades físicas y mentales.
- Influencia familiar. Se refiere a la aceptación y estimulación de actividades así como las prohibiciones.
- Condiciones de vida (nivel socioeconómico).
- Valores culturales. El juego adquiere un significado específico correspondiente a las condiciones e intereses del grupo.

En cuanto a la relación del juego con la psicoterapia, el primer caso que hace referencia al tratamiento terapéutico de un niño, es el reportado por Sigmund Freud. En 1909 publica el caso del "Pequeño Hans", un niño de 5 años de edad con una fobia. Freud solamente vio al niño una vez sin embargo condujo su tratamiento a través del padre. El tratamiento se basó en recomendaciones al padre sobre como responder con sugerencias basadas en sus anotaciones sobre el juego de Hans. Este caso fue el primero en ser registrado que atribuía las dificultades del niño a causas emocionales.

En 1957 Kanner llevó a cabo una investigación y concluyó que cuando el siglo XX comenzó no había ningún procedimiento o aproximación que se utilizara en los niños que pudiera en cualquier sentido ser considerada como psiquiatría infantil.

Según Reisman (1966) a finales del siglo XX los profesionales que atendían a los niños creían que los desórdenes que éstos presentaban se debían a deficiencias en la educación y en su entrenamiento.

La terapia de juego en sí misma, proviene de los esfuerzos por aplicar la terapia psicoanalítica a los niños. Se cree que Hermine Hug-Hellmuth fue la primera terapeuta en utilizar el juego como parte esencial en el análisis del niño y en proporcionar al niño en terapia, materiales de juego para que se expresara. A pesar de que su trabajo antecede al de Anna Freud y Melanie Klein, Hug-Hellmuth no desarrolló una aproximación terapéutica específica. Sin embargo, dirigió la atención hacia las dificultades en la aplicación de métodos para adultos en la terapia infantil.

En 1919 Melanie Klein comenzó a utilizar el juego como una técnica que permitía analizar a los niños menores de seis años. Ella creía que el juego era determinado por una motivación igual a la de las asociaciones libres del adulto. El análisis se llevaba a cabo sustituyendo las verbalizaciones por el juego; de esta forma, se tenía un acceso directo al inconsciente del niño. Durante el mismo período Anna Freud comenzó a utilizar el juego como una manera de alentar al niño a formar una alianza con ella. A diferencia de Klein, Anna resaltaba la importancia de desarrollar una relación emocional entre el niño y el terapeuta antes de realizar una interpretación de las motivaciones inconscientes en los dibujos o juegos del niño (Freud, 1946).

A continuación se presenta la definición que Landreth (1991, citado en Sweeney y Homeyer, 1999) da a la psicoterapia de juego, la cual resume lo que aún hoy se entiende por psicoterapia de juego:

“... una relación interpersonal dinámica entre un niño y un terapeuta entrenado en terapia de juego que provee material de juego seleccionado y facilita el desarrollo de una relación segura para el niño que le permite expresarse totalmente y explorar su yo a través del medio de comunicación natural del mismo, el juego” (p. 14).

De acuerdo con Schaefer (1998) existen varias razones que permiten incorporar el juego y sus medios al proceso terapéutico de niños. Tales razones son las siguientes:

1. El juego y los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje en general del niño.
2. El niño se siente “en casa” en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juguetes y lo que les concierne.
3. Un medio de juegos facilita la comunicación y la expresión.

4. Un medio de juegos también permite una liberación catártica de sentimientos, frustraciones, ansiedades.
5. Las experiencias de los juegos son renovadoras, saludables y constructivas.
6. Un adulto puede comprender más completa y naturalmente el mundo de los niños observándolos en sus juegos, se relaciona con ellos más fácilmente mediante las actividades de juego que tratando de inducir discusiones completamente verbales de sus vidas.

Dighton (2001, en Cattanach, 2003) propone diez ideas claves que forman los parámetros de la terapia de juego, y que los terapeutas siempre deben tener presentes independientemente del modelo con el que trabajen, pues les permiten ubicarse en la situación del niño en la terapia:

1. Las experiencias de los niños relacionadas a sus problemas, dificultades o conflictos tienden hacia la expresión.
2. Las asociaciones entre la expresión y las experiencias relacionadas con los problemas, dificultades o conflictos pueden ser conocidas o desconocidas.
3. El cambio terapéutico no está sentado como premisa en la consciencia de la asociación entre la expresión y las experiencias relacionadas con el problema, dificultad o conflicto.
4. El medio de expresión natural e instintivo del niño es el juego.
5. Un elemento integral del juego es su distancia simbólica.
6. La distancia simbólica le permite al niño expresar de una forma segura sus sentimientos, pensamientos, creencias, y actitudes que rodean sus experiencias de vida relacionadas con sus problemas, dificultades o conflictos.
7. Que estas experiencias de vida se expresan, exploran y se les da sentido mediante la relación dinámica entre niño y terapeuta.
8. Que estas interacciones son un proceso que toma lugar dentro del contexto de una relación y un espacio terapéutico bien definido.
9. Que el proceso terapéutico le permite al niño tanto cambiar activamente su perspectiva en sus experiencias de vida como aliviar el sufrimiento relacionado a sus experiencias de vida.
10. Que tales cambios en su perspectiva pueden traducirse en cambios de conducta, cognición, afecto, actitud y/o creencia

En la psicoterapia de juego se requiere un cuarto especial para atender al niño, su principal característica es que debe ser un lugar seguro para el niño, privado y aislado

del ruido exterior, contar con suficiente espacio; de ser posible contar con un pequeño baño. Se recomienda que los materiales estén a la altura del niño, ya sea colocándolos en repisas, o en un pequeño armario. Se debe contar con muebles resistentes y adecuados al tamaño infantil (una mesa, sillas para niños y sillas para adultos), de tal forma que el niño pueda realizar actividades como pintura, plastilina, barro, etcétera (Esquivel, 2005).

Para lograr que éste sea un espacio seguro se deben marcar ciertos límites que tienen que ver esencialmente con la seguridad personal, la protección del cuarto de juego y de los juguetes, el mantenimiento de la integridad de las sesiones de juego, así como la restricción de comportamientos antisociales.

Algunos de los límites más comúnmente impuestos dentro del espacio de juego son:

- Los niños no deben lastimarse a sí mismos, atacar físicamente al terapeuta de juego o crear una situación peligrosa sin justificación.
- Los niños no deben beber o comer materiales inadecuados.
- Los niños no deben dañar el cuarto de juego o los juguetes.
- No se pueden sacar los juguetes del cuarto de juego.
- Los niños deben permanecer dentro del cuarto de juegos o de la sala de espera.
- Las sesiones no deben extenderse en demasía.
- Las sesiones de juego no se interrumpirán por interferencias del exterior.

En cuanto a los materiales que se utilizan, los cuales son en su mayoría juguetes, Esquivel (op cit) recomienda que cumplan ciertas características, principalmente no deben ser complicados y deben estar de acuerdo con la edad del niño. También deben despertar su interés, permitir un amplio rango de expresión creativa y emocional; generar placer; ser resistentes y no deben implicar aislamiento. Deben ser muy variados de forma que puedan categorizarse en juguetes que representen la vida real (muñecas, casa de muñecas, títeres, carros, barcos, llaves, etc.), que permitan la expresión de la agresión (pistolas, espadas, soldados, policías, animales salvajes, punching-back, etc.), y que permitan la expresión de la creatividad y la emoción (arena, agua, telas de diferente textura, etc.)

Antes de llevar a cabo una intervención terapéutica, sea cual sea el modelo elegido por el clínico; se debe realizar una evaluación. Ésta tiene como finalidad saber si el niño

muestra evidencia de psicopatología así como los factores que contribuyen a su mantenimiento.

Regularmente la evaluación se inicia con la entrevista a los padres. De esta forma, se obtiene información acerca de la naturaleza específica de los problemas de conducta del niño, su inicio, sucesos que los hayan precipitado, situaciones en las que se presentan, reacciones paternas ante éstos, y los intentos previos por manejarlos. También se indaga la historia de desarrollo del niño, su historia médica, su rendimiento escolar, sus relaciones con pares y familia, entre otros. Igualmente se valoran las expectativas de los padres en relación a la conducta del niño, y la medida en la que ellos podrían estar contribuyendo a las dificultades de su hijo. La entrevista a los padres casi siempre se complementa con una entrevista al niño que cuando es muy pequeño se realiza a través del juego y en el caso de niños mayores se puede recurrir en gran parte a la conversación. Lo importante es obtener datos sobre la manera en que el niño percibe sus dificultades. De la misma manera se le aplican al niño pruebas tanto psicométricas como proyectivas, y en algunos casos hasta neuropsicológicas (Johnson, 1992; Esquivel, et al, 2007)

Todo esto es de vital importancia para tomar una decisión terapéutica pues se valora si el niño se beneficiará de la psicoterapia, ya sea psicoanalítica, centrada en el niño, gestalt, cognitivo-conductual, filial, o cualquier otro modelo.

# CAPÍTULO 2

## TERAPIA DE JUEGO PSICOANALÍTICA

Antecedentes

Principios

Concepción del Juego

Participación de los Padres

Alcances

Técnicas

Caso Ilustrativo

## TERAPIA DE JUEGO PSICOANALÍTICA

### 2.1 Antecedentes Históricos

Biermann (1973) divide el desarrollo histórico de la psicoterapia analítica infantil en tres períodos. El primero inicia después de la Primera Guerra Mundial, en éste aparecen las primeras reflexiones teóricas y algunas prácticas que intentaban dar tratamiento a las neurosis infantiles mediante la psicoterapia.

En el segundo período que inicia en los años 20's se suscita el enfrentamiento entre la escuela de Anna Freud y la de Melanie Klein. Este período es el de mayor importancia dado que durante éste se desarrollaron los trabajos que hoy rigen la labor psicoanalítica con el niño.

El tercer periodo, que inicia a partir de la Segunda Guerra Mundial, se caracteriza por la creciente fundamentación teórica y la consolidación institucional del tratamiento psicoanalítico de niño.

Klein y Hug-Hellmuth fueron las primeras analistas en subrayar la importancia del juego en el tratamiento de niños (Esman, en Schaefer y O'Connor, 1988). De hecho, fue Klein quién originalmente utilizó el término "terapia de juego" para referirse a un proceso terapéutico que consideraba la interpretación psicoanalítica del juego del niño como equivalente a la asociación libre del adulto (Johnson, 1992). Actualmente se considera que el juego es el modo básico de expresión del niño, sin importar la teoría que sustente el tratamiento.

Para Anna Freud y el grupo de Viena el juego no era más que uno de varios modos de expresión, y rechazaban que pudiese igualarse con el acto cognitivo intencional de la asociación libre en el análisis de los adultos. Pero la controversia no se quedó sólo al nivel de la función del juego, sino que se extendió a lo relacionado con la interpretación. A pesar de que en el juego el niño exprese ideas, sentimientos y emociones, no lo hace con la intención de proporcionar al terapeuta material para analizar e interpretar.

Klein proponía la interpretación basada en la conducta de juego del niño y sugería que ésta comenzase al inicio del proceso psicoanalítico. En cambio, Anna Freud consideraba que las primeras sesiones no requerían interpretación y que la conducta de juego no siempre simbolizaba algún conflicto.

Winnicott consideraba que el juego permite al niño expresar simbólicamente sus angustias dado que no tiene a su disposición el uso de lenguaje. El niño proyecta en los objetos a los personajes de su mundo interno y pone en escena sus mecanismos de defensa. A través del juego el niño experimenta la realidad, el espacio donde se desarrollan los contactos, las transiciones entre el interior del individuo, contenido en su membrana, y la vida exterior. El juego es un ejercicio de creación de los objetos (Anzieu, et al. 2001).

Winnicott desarrolló y suavizó las reglas del análisis de los niños, resaltando la actitud del terapeuta y la utilización del juego en el tratamiento. En la terapia, el juego le permite al niño utilizar el espacio transicional y los objetos que allí encuentra y crear con toda libertad fantasmática. Puede experimentar la destrucción o la supervivencia de los objetos, y situándolos fuera de "sí mismo", crea la realidad. En su libro *Realidad y Juego*, Winnicott deja claro que el juego de los niños lo contiene todo, y que a través del juego se puede desarrollar una psicoterapia profunda sin necesidad de interpretarla, destaca que en las "consultas terapéuticas" lo que importa es el momento en que el niño se sorprende a sí mismo, no la interpretación que se hace.

Desde la segunda mitad del siglo XX, la técnica del juego es definitivamente aceptada por los analistas de niños.

En la actualidad, el tratamiento psicoanalítico del niño está mucho menos sujeto a la teoría de la libido, aunque los impulsos sexuales y agresivos aún desempeñan una función esencial. Cada vez se le da más importancia a la influencia de factores constitucionales, culturales, interpersonales, sociales, cognoscitivos y del desarrollo en general, en la formación de la personalidad y en la aparición de la psicopatología. Se conservan las ideas de asociaciones libres, interpretación y neurosis de transferencia. Al igual que el análisis de adultos, el análisis infantil es llevado a cabo con la intención de modificar la personalidad básica del paciente, de modo que el ello, yo y superyó funcionen en armonía. Dado que un tratamiento tradicional abarca sesiones de 50 minutos, cuatro o cinco veces por semana, por un período prolongado (1-3 años), hoy en día se recurre a la psicoterapia de orientación psicoanalítica. Este tipo de

orientación se distingue por una gran reducción en el número de sesiones (1-2 por semana), y se enfoca más en el síntoma o problema, aunque también se consideran los procesos inconscientes. Esta orientación permite el tratamiento de una mayor diversidad de psicopatología que el psicoanálisis infantil clásico (Johnson, 1992).

## **2.2 Principios**

De forma general este modelo pretende ayudar al niño a: reducir su sufrimiento (reduciendo la ansiedad, superando la depresión, etc.); superar traumas; y a adaptarse a los sucesos de la vida (divorcio; afrontamiento de enfermedades y sus tratamientos; dominar las fobias; manejar la ira y agresión; aceptar una discapacidad). En este modelo no sólo se busca reducir la sintomatología del niño sino lograr un cambio más amplio y profundo en las formas en las que el niño enfrenta la vida y sus pruebas (Bromfield, en Schaefer, 2005).

El espacio terapéutico debe ser seguro, libre de prejuicio físico y psicológico, un lugar donde se puede bajar la guardia para explorar los pensamientos y sentimientos. Para esto, hay que explicarle al niño la regla de la libre asociación de forma que le quede clara la libertad que tiene para expresarse (Anzieu, et al 2001).

Este modelo comparte con el modelo centrado en el niño la idea de que cuando el niño realmente sepa lo que siente, piensa y hace, comenzará a sentirse y desarrollarse mejor. Es por esto que los terapeutas deben mostrarse como seguros y confiables.

Landreth (1991) considera que en el modelo teórico de psicoterapia de juego psicoanalítica, el terapeuta no intenta dirigir, reeducar o presionar al niño hacia alguna dirección predeterminada o hacia cualquier tipo de acción.

Dado que el niño es quien está a cargo de su propia terapia, trabaja activamente sobre las experiencias en las que originalmente se sentía indefenso e impotente (Bromfield, en Schaefer, op. cit.)

Según Bromfield (en Schaefer, op. cit.) el practicante de este modelo debe “sostener terapéuticamente al niño”, tal como Winnicott lo planteaba en las madres que sostienen psicológicamente a sus bebés. Es decir, debe absorber la emoción y la angustia que la mente y el cuerpo del niño no resisten.

Para que una persona pueda llegar a ser considerada psicoanalista infantil debe evitar comprometerse con ideas preconcebidas basadas en identificaciones con el niño, razón por la cual es tan importante la supervisión del analista. Mediante la supervisión el analista elabora sus propias problemáticas e identificaciones evitando así “contaminar” con elementos personales las sesiones del niño (Anzieu, et al, op. cit.)

### **2.3 Concepción del juego**

Anna Freud se refería al juego como un recurso para promover las verbalizaciones del niño que permitía esclarecer los impulsos del “ello” pero no permitía ver el funcionamiento del “yo”. Lo utilizaba como una forma de ganarse al niño, utilizaba el juego como algo preliminar al trabajo terapéutico y no como un elemento central.

Melanie Klein creía que juego equivalía a las asociaciones libres del adulto, y por tanto lo utilizaba con el mismo fin. Consideraba que el juego le permite al niño vencer el miedo a los objetos así como a los peligros internos.

Feigelson (1974) retoma y reelabora lo expuesto por Bertha Bornstein sobre la comprensión del juego, considerando así que cada elemento en el juego tiene un significado que está sobredeterminado; que cada juego repetitivo contiene un conflicto inconsciente relacionado al síntoma del niño; que con frecuencia el juego repetitivo contiene una expresión simbólica; y que el contenido del juego repetitivo refleja con frecuencia una experiencia traumática en particular.

Actualmente el juego se utiliza como un medio por el cual el terapeuta puede analizar la resistencia y la transferencia. Es así, que el juego desde esta perspectiva, no debe usarse como un medio para lograr abreacción; no se debe utilizar para proporcionar recreación al niño; no debe ser utilizado como medio para educar al niño. Debe usarse como un recurso para establecer contacto con el niño, como medio de observación y como fuente de información, y en algunos casos como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa (Esman, en Schaefer y O'Connor, op. cit.).

### **2.4 Participación de los padres**

La participación de los padres es muy importante pues la terapia de un niño se hace con su ayuda pues rara vez es el niño quien demanda por sí mismo este tipo de intervención. La decisión del principio y de las modalidades del trabajo de intervención

dependen de las primeras entrevistas con los padres, del terapeuta, y después del niño (Anzieu, et al., op. cit.).

Entre más se logre que los padres participen en el tratamiento, se obtendrán mejores resultados. Su participación es muy necesaria, se inicia con tomar la decisión de llevar al niño a la consulta y se mantiene con la asistencia del niño a cada sesión, sin embargo, esto no es lo que más se necesita de los padres. En realidad ellos son quienes informan del inicio y desarrollo del síntoma, así como la historia de desarrollo de su hijo. El terapeuta debe pedirles su cooperación y estar dispuesto a apoyarlos y entrevistarse con ellos con frecuencia para informarles sobre el progreso de su hijo. En general el terapeuta debe mantener una buena relación con ellos pues así como pueden ser sus mejores aliados, también pueden convertirse en sabotadores del tratamiento de su hijo (Bromfield, en Schaefer, 2005; Johnson, 1992).

Sin embargo el papel de los padres en el modelo psicoanalítico no se queda en lo anterior, Ackerman (1961) resalta seis puntos de observación empírica de vital importancia para el terapeuta:

1. La presencia de trastornos psíquicos en un niño por lo general precedida por la conflictiva familiar.
2. Los trastornos específicos que se presenta durante el desarrollo de la pareja y de la relación padres-hijos van seguidos de un sutil proceso de desplazamiento y división de dichos elementos patológicos, entre los hijos; cada niño absorbe y refleja, las características e la patología de cada padre como individuo, y de ambos padres como pareja.
3. Si se trata, emocionalmente hablando, sólo al niño y se ignora el trastorno familiar, el pequeño se enferma nuevamente.
4. Si el niño mejora; se puede observar que:
  - a. Otros miembros de la familia mejoran.
  - b. Otros miembros de la familia empeoran.
5. El conflicto, la tensión y la ansiedad de algunos miembros de la familia pueden entorpecer la terapia del niño.
6. Si el grupo familiar o la pareja de padres entra a tratamiento igual que el niño, es posible unir las metas de la terapia con las referentes a la prevención de la enfermedad mental.

Actualmente se piensa que diferentes situaciones clínicas requieren de diversas medidas y programas especiales de inclusión de los padres (Estrada, en Salles, 1992)

## **2.5 Alcances**

Es buena en el tratamiento de niños que sufren de ansiedad, depresión o que tienen un comportamiento limítrofe o psicótico. También funciona con niños que necesitan aceptar sus limitaciones, tales como enfermedades crónicas o incapacidades de lenguaje. Este tipo de modelo ayuda a los niños desconectados a vincularse consigo mismos y con su familia así como a reducir el odio personal y el narcisismo problemático.

Este tipo de terapia no es recomendable para los niños que buscan un alivio rápido a una determinada fobia, o para manejar un evento de vida aislado. Dado que es un modelo verbal no es recomendable para niños que no han desarrollado un sentido de conciencia o que no sienten remordimientos ni estén interesados en realizar una introspección. Cuando el problema reside principalmente en los conflictos con los padres o familia, se recomienda se trabaje con otro método como podría ser la terapia filial.

## **2.6 Técnicas**

En el modelo psicoanalítico de terapia de juego las técnicas más usadas son la asociación libre y la interpretación. La primera debe ser fomentada de tal forma que el niño se pueda expresar libremente (Anzieu, et al., op. cit.).

A través de la interpretación, el terapeuta puede formular hipótesis sobre los conflictos del niño y debe encontrar la forma de transmitirle esas interpretaciones de modo que las pueda entender, para esto puede utilizar la situación de juego, hacerlo a través de figuras representadas, o utilizando ambas (Schaefer y O'Connor, op. cit.).

Como ya se mencionó en este modelo el niño utiliza los objetos que desee, lo que comúnmente se conoce como juego libre. Él decide que jugar y como hacerlo.

Los materiales que más se utilizan son: papel para dibujar y recortar, crayones, plumones, plastilina, cubos de diferentes tamaños para construir, muñecas, casas de muñecas, muebles, títeres para juego dramático, carros, pistolas de juguete, pelotas, entre otros. Es preferible evitar los juegos de mesa complejos y los juguetes complejos (Schaefer y O'Connor, op. cit.)

## 2.7 Caso Ilustrativo

### Caso "Toño" <sup>1</sup>

Toño contaba con cinco años cuando se inició el tratamiento. Él y su hermana son hijos de "Irma", quien padecía leucemia y había sido diagnosticada seis meses atrás y hospitalizada tres ocasiones por periodos que iban de una semana hasta dos meses.

Toño había tenido un desarrollo normal; la madre cuidaba a sus hijos tiempo completo, lo que ya no pudo hacer desde el inicio de la enfermedad. La dinámica familiar, hasta antes del diagnóstico había sido estable y sin mayores conflictos ni separaciones importantes, aunque la familia de Toño ya había experimentado la muerte de la abuela paterna tras un largo periodo de enfermedad dos años antes.

A partir de la enfermedad de Irma, la situación familiar había cambiado radicalmente, principalmente en el hecho de que los niños ya no contaban con el cuidado de sus padres debido a los frecuentes internamientos. El padre pasaba todo el día en el hospital y cuando estaba en casa se dedicaba al negocio familiar. Cuando Irma era dada de alta, permanecía en reposo total, dormía casi todo el día. Así, Toño y su hermana vivían en una especie de abandono, quedando al cuidado intermitente de otros familiares como la abuela materna, la tía y el abuelo paterno principalmente, quienes cubrían necesidades como alimentación, aseo y llevarlos a la escuela.

Al inicio del trabajo, Toño presentaba enuresis nocturna y a veces diurna, lloraba dormido, tenía miedo a la soledad y a la oscuridad. No presentaba problemas escolares, y en su conducta sólo era un poco "brusco" cuando quería llamar la atención de alguien.

Toño no sabía de la severidad de la enfermedad de su madre, sólo contaba con información superficial como el nombre y que era una enfermedad de la sangre. En ocasiones, observó algunas crisis de su madre en las que se desmayaba o sangraba.

En el análisis de las producciones lúdicas de Toño se obtuvieron diversas fantasías cuyo contenido giraba en torno a la condición de su madre, pero hubo una que se

---

<sup>1</sup> Extracto del caso presentado en: Romero, M. C., & Esquivel, M. F. (2007) El monstruo invisible: El lugar de la fantasía en el duelo infantil. *Revista Mexicana de Psicoterapia de Juego*, (1) 31-44

consideró de gran importancia, ya que a través de ella el niño se explicaba la enfermedad de su madre y depositaba la agresividad y voracidad que sentía hacia ella: “*el monstruo invisible*”.

La fantasía del *monstruo invisible*, personaje que Toño introdujo desde la primera sesión, era, de acuerdo con él, el ser responsable de la desaparición de sus juguetes porque los robaba.

En sesiones posteriores “*el monstruo invisible*” era el protagonista de las historias que representaba en el juego, en el cual, junto con su hijo monstruo secuestraron a una niña y la habían encerrado en un cofre del tesoro; lo enterraron en un panteón bajo dos cruces, una de las cruces era una trampa y la otra la señal correcta para sacar a la niña. Evidentemente se observa aquí una relación entre el monstruo y la muerte (el enterrar bajo unas cruces).

En las sesiones intermedias Toño empezaba a identificarse con el monstruo invisible, a lo que Klein denomina “identificación proyectiva”, la cual tiene como fin controlar al objeto persecutorio, sin embargo, al identificarse con él adquiere al mismo tiempo sus características: ser dañino. Así en las sesiones de juego Toño se dedicaba a destruir, romper, perder y esconder objetos, lo que posteriormente trajo culpa por su voracidad y agresividad.

El monstruo adquirió cada vez más características persecutorias, y las defensas en relación a esta fantasía fueron evidentes en diversos juegos, por ejemplo en una sesión convirtió al monstruo en príncipe.

A partir de la novena sesión, se inició un juego particularmente importante, ya que le sirvió para elaborar la separación que tendría lugar en esa semana porque Irma sería internada para recibir un tratamiento de quimioterapia: el juego de los doctores. Éste mostró en su contenido tres áreas importantes: la separación inminente, la explicación de la enfermedad y la posibilidad de reparación del objeto enfermo.

Conforme avanzó el proceso Toño se hizo responsable de sus juguetes y cuando dañaba alguno lo reparaba o pedía ayuda a la terapeuta para hacerlo. En otras sesiones fue capaz de hablar directamente de la enfermedad de su madre y expresar cuánto la extrañaba. Se dirigía hacia el inicio de la reparación.

# CAPÍTULO 3

## TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO

Antecedentes Históricos

Principios

Concepción del Juego

Participación de los Padres

Alcances

Técnicas

Caso Ilustrativo

## TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO

### 3.1 Antecedentes Históricos

Esta teoría fue desarrollada por Carl Rogers, y proviene de la experiencia clínica (Johnson, 1992). En sus inicios se le nombró terapia no-directiva, después terapia centrada en el cliente y actualmente se le denomina terapia centrada en la persona.

Rogers trabajó en el departamento de estudios del niño, en la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños (Society for the Prevention of Cruelty to Children) en Rochester, Nueva York. En ese momento sus actividades eran el diagnóstico y tratamiento de niños delincuentes y en situación de pobreza, quienes eran referidos al lugar por las cortes y las agencias de trabajo social (Sharf, 2004). El comienzo de su trabajo fue influenciado por el psicoanálisis, pero con el tiempo gradualmente cambió su visión, pues se percató de *“que es el cliente quién sabe mejor lo que le duele, qué dirección tomar, qué problemas son cruciales, qué experiencias han sido enterradas”* (Rogers, 1961, pp. 11-12). Es así que nace, a consecuencia de su trabajo en Rochester, *The Clinical Treatment of the Problem Child* publicado por primera vez en 1939.

El trabajo de Rogers también fue influenciado por Otto Rank, con él compartía que el objetivo de la terapia era ayudar a los individuos a aceptar que son únicos y responsables de su vida, y el terapeuta debía jugar un rol de ayudar sin juzgar al paciente más que como experto (Rank, 1945).

En 1940 Rogers se mudó a Columbus, Ohio para trabajar en la Universidad Estatal (Ohio State University) y donde se considera inició su segunda etapa en la elaboración de su teoría (no-directiva). En ese tiempo Rogers notó que su forma de realizar psicoterapia era una contribución novedosa al campo pues se enfocaba en que el paciente se hiciera responsable de él mismo. También destacaba la relación del terapeuta con los pacientes a quienes se les brindaba un espacio de confianza y donde no sólo se les permitía explorarse a sí mismos, sino también explorar sus sentimientos. En este momento la base de su trabajo era el reflejo de los sentimientos del paciente así como sus aclaraciones logrando de esta forma un mayor

entendimiento de éste. Las preguntas casi no se usaban pues se creía que podían interferir con el crecimiento personal del paciente (Sharf, 2004).

La terapia centrada en la persona señala dos entidades: “el organismo” y el “yo”. El organismo es el centro de toda experiencia, ya sea somática o psicológica. La experiencia es todo aquello a lo que responde o reacciona el organismo en cualquier momento. Los sucesos experimentados tanto consciente como inconscientemente pueden considerarse como la realidad subjetiva del individuo. Como consecuencia de las experiencias del organismo, este campo fenoménico genera cierto sentido del yo. El yo o “autoconcepto” es la forma en que la persona ve lo que es como individuo (Johnson, 1992).

Esta teoría cree en un sistema motivacional básico; es decir, la tendencia inherente al organismo a la “autorrealización”; es decir, la inclinación del individuo a desarrollar todas sus capacidades de manera que le ayuden a mejorar su crecimiento.

En este modelo terapéutico se intenta crear un ambiente caracterizado por un aprecio incondicional, que el terapeuta expresa a través de la aceptación e interés por el paciente, lo que le permite a éste último obtener un autoconcepto positivo y establecer las bases para experimentar la autorrealización. Los terapeutas deben ser genuinos tanto de sus palabras como en su conducta no verbal, ser congruentes con sus sentimientos, aceptar al paciente y preocuparse incondicionalmente por él, al igual que entender sus pensamientos, ideas y experiencias, destacando el entendimiento y el cuidado del paciente sobre el diagnóstico, las recomendaciones y la persuasión. Por lo anterior, Rogers creía que cuando el paciente es capaz de percibir estas condiciones en el terapeuta, entonces ocurre el cambio terapéutico.

Para hacer aplicable la metodología básica centrada en la persona deben hacerse modificaciones relacionadas a la edad y desarrollo del niño y a sus diversos modos de expresión.

Virginia Axline (discípula y colega de Rogers) modificó este enfoque y lo convirtió en una técnica de terapia de juego. Consideró que los niños buscan el crecimiento y que en el caso de los niños emocionalmente perturbados, esta búsqueda no se ha dado adecuadamente. A través de esta aproximación se pretende resolver el desequilibrio entre el niño y su ambiente para así, facilitar su crecimiento natural. (Guerney en O' Connor y Schaefer, 1998)

### 3.2 Principios

Axline incorpora los conceptos Rogerianos en su modelo de psicoterapia de juego y reformula los principios de Rogers como una guía para ser usada en la práctica. Hoy en día, estos principios se mantienen como el soporte teórico principal de la terapia de juego centrada en el niño.

Los ocho principios básicos formulados por Axline (1975) para la terapia de juego centrada en el niño son los siguientes:

1. El terapeuta debe crear una relación cálida y amistosa con el niño. Debe establecerse este tipo de relación tan pronto como sea posible.
2. El terapeuta acepta a niño tal y como es.
3. El terapeuta establece un sentimiento de permisividad dentro de la relación para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño y los refleja hacia él de tal manera que logra profundizar más en su comportamiento.
5. El terapeuta mantiene un respeto profundo hacia la habilidad del niño para resolver sus problemas si se presenta la oportunidad. Es responsabilidad del niño hacer elecciones e introducir cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño de ninguna manera. El niño conduce y el terapeuta sigue.
7. El terapeuta no intenta apresurar la terapia. Debe entender que se trata de un proceso gradual.
8. El terapeuta sólo establece las limitaciones necesarias para tener sujeta la terapia a la realidad y para concienciar al niño de su responsabilidad en la relación.

Wilson (1992) considera que los principios propuestos por Axline pueden ser expresados en forma de principios para las habilidades del terapeuta en la práctica. Según lo anterior, el terapeuta debe brindar al niño el espacio para compartir lo que él desee comunicar así que no debe dirigir la conversación; no necesita llenar las pausas pues no es un trabajo de conversación sino una escucha centrada en el niño. Debe buscar el significado personal y específico a lo que expresa el niño, sin embargo, no se lo debe de comunicar inmediatamente lo que se encuentre. Debe estar pendiente de las señales no verbales del niño pues éstas le pueden ayudar a

entender lo que el niño está sintiendo cuando está hablando o haciendo algo. Poner atención a cualquier incongruencia entre las palabras y el lenguaje corporal, pues eso puede representar un indicador de tensión o supresión de algún sentimiento relacionado a lo que se está representando o diciendo. Debe escuchar al niño en el aquí y el ahora pues al tratar de vincularlo con eventos pasados corre el riesgo de distraerse y distraer al niño, rompiendo la concentración de ambos. Lo anterior no quiere decir que nunca deba de vincular al presente con el pasado, sino que debe buscar el momento una vez que se ha terminado la sesión, esto con la intención de conocer mejor al niño y así poder reflejarle de una manera más efectiva. El terapeuta también debe escuchar a sus propios sentimientos mientras se encuentra observando al niño jugar, pues de esta forma podrá tener claro lo que le pertenece a niño y lo que él le está transmitiendo. Finalmente debe preguntarse con frecuencia si es que entendió o no lo que el niño está sintiendo.

Aunque en este enfoque no se plantean objetivos concretos, Landreth (en Schaefer, 2005) plantea diez objetivos terapéuticos generales, es decir, la terapia de juego centrada en el niño busca ayudarle a: desarrollar un autoconcepto más positivo; asumir una mayor responsabilidad personal; volverse más directivo; aceptarse cada vez más a sí mismo; volverse más independiente; tomar sus propias decisiones de manera más determinada; experimentar una sensación de control; sensibilizarse con el proceso de afrontamiento; desarrollar una fuente interna de evaluación; confiar más en sí mismo.

El proceso terapéutico centrado en el niño se puede dividir en cuatro etapas (West, 1996).

La Etapa 1 incluye obviamente la primera sesión, en ésta el niño expresará lo que constituye la clave del trabajo terapéutico. Las palabras, gestos y conductas del terapeuta permiten que el niño se familiarice con él y después con el cuarto de juego.

En la Etapa 2 los niños se sienten más aceptados y respetados y por lo tanto podrán focalizar mejor sus emociones en cosas o personas fuera de ellos mismos

Durante la Etapa 3 se da la construcción de sentimientos positivos, sin embargo, hay una situación emocional ambivalente por lo que existen cambios violentos en la conducta. Poco a poco esa intensidad en los sentimientos va disminuyendo

La etapa 4 es la etapa final. En ésta el niño presenta conductas más orientadas a la realidad y hay un surgimiento de sentimientos positivos, por lo que las conductas sociales se sobreponen a las antisociales. En esta etapa también se prepara al niño para la terminación de la terapia. Los niños se llevan la aceptación y el respeto que el terapeuta les mostró, en forma de autoaceptación y autorespeto.

West (op. cit.) plantea las condiciones necesarias para que sea posible un cambio en el niño:

- El niño necesita sentirse seguro y valorado, dentro y fuera de las sesiones de terapia.
- El niño necesita entender lo que le ha sucedido, en proporción con sus niveles de desarrollo.
- Necesita ser capaz de recapturar, expresar y explorar los incidentes perturbadores del pasado.
- El niño requiere haber sido aceptado por lo que es.
- La terapia y el terapeuta de juego necesitan haber sido consistentes y confiables.
- El pequeño requiere haber tenido una oportunidad para la regresión, volver a crecer y reparar las deficiencias de su vida temprana.
- Necesita tener oportunidades de acuerdo a su edad así como que se le permita comportarse de manera proporcional a su edad emocional, hasta que ambas cosas se encuentren en equilibrio.
- El niño necesita saber acerca del futuro, sobre todo si se espera que haya movimientos, cambios o contactos con adultos conocidos con anterioridad.

### **3.3 Concepción del Juego**

Este enfoque, y en particular Axline (op. cit.), considera que el juego es el medio natural de expresión del niño, a través del cual es capaz de expresar sus sentimientos y conflictos.

Ryan y Wilson (1996, en Cattanach, 2003) consideran que en este enfoque el juego simbólico permite que los cambios tomen lugar. De esta forma, ellos consideran que hay tres cambios que suceden a través del juego simbólico:

1. Los pensamientos y los sentimientos que anteriormente no estaban disponibles para el niño se hacen conscientes y se les da una representación simbólica.
2. El incremento en la asimilación simbólica durante la terapia cambia la organización interna de esquemas y las conexiones con otros esquemas personales se transforma.
3. Los esquemas se vuelven más flexibles en la asimilación de nuevos eventos a experiencias del pasado/pasadas esto a como resultado un cambio den la organización mental del niño al igual que cambia su conducta.

### **3.4 Participación de los Padres**

La terapia de juego centrada en el niño también requiere que intervengan los padres. El terapeuta busca atenderse con ellos y aceptarlos igual que a su hijo. Este especialista tiene asimismo una actitud más positiva hacia las intenciones de los padres que en el modelo psicoanalítico.

Moustakas afirmaba (1959) que los padres reconocen la importancia de su participación y ansían explorar la relación con su hijo ... no puede culpárseles de las alteraciones emocionales de su hijo. Los problemas surgen por la vida misma, en las relaciones. Proviene de experiencias familiares. Debido a ello, se habla con los padres, ya que la dificultad del niño aparece en el marco de su relación con ellos. Es por esta razón que necesitan ayuda tanto como el niño. (Johnson, 1992)

Cuando se ve de manera individual a los niños, los padres participan de forma periférica. En ocasiones puede ser necesario canalizar a los padres a una terapia individual, de pareja o familiar (Sweeney & Landreth, en Schaefer, 2005)

### **3.5 Alcances**

Se somete a tratamiento a los niños que experimentan conflictos emocionales o pueden tener conflictos con quienes los rodean. El terapeuta acepta al niño tal y como es y comienza a ayudarlo a comprender sus dificultades. Los terapeutas centrados en el cliente y psicoanalíticos atienden básicamente los mismos tipos de patología infantil. (Johnson, 1992)

McMahon (1992) considera que este enfoque es muy valioso en el diagnóstico cuando el terapeuta tiene poca información acerca de cómo se siente el niño y cuál es su problemática/conflicto.

Los problemas que pueden ser abordados desde la terapia de juego centrada en el niño incluyen los siguientes: conducta inmadura; dificultad para relacionarse o falta de afecto; fracaso escolar; maltrato físico o sexual de niños o animales; masturbación; cambios extremos en el estado de ánimo; trastornos del sueño; trastornos de la alimentación; problemas psicosomáticos; mentir; orinarse, defecarse o ensuciarse; trastornos de aprendizaje y rehusarse a ir a la escuela; berrinches, brotes de violencia y retraimiento; daño a sí mismo o a otros; respuestas emocionales inadecuadas; y mutismo selectivo (West, 1996).

Debido a que esta terapia se enfoca en la habilidad del niño de crear sus propias soluciones; para algunos de ellos es difícil establecer una relación con un adulto que sólo le refleja. Este tipo de relación (sólo reflexiones) puede inhibir la relación, en comparación con otra que le deje jugar libremente. Cuando los niños juegan con otras personas, ellos esperan que participen, como ocurre en cualquier tipo de comunicación y la falta de respuesta puede provocarles más ansiedad y motivarles a crear una conducta inapropiada con el fin de establecer algún tipo de relación con el terapeuta.

### **3.6 Técnicas**

En este modelo también se trabaja con el juego y el dibujo libre. West (op. cit.) recomienda que los materiales y juguetes fomenten el juego simbólico e imaginativo así como la expresión del niño.

A continuación se presentan los materiales y juguetes que se sugieren tener para trabajar desde este modelo (Axline, op. cit.; West, op. cit):

- Casa de muñecas (de presencia amueblada)
- Comida
- Muñecos
- Familia de títeres y/o muñecos
- Juegos de construcción y rompecabezas

- Juegos de mesa
- Armas
- Coches, camiones, tanques, aviones, medio de transporte en general
- Animales
- Pueblos de juguete
- Soldados
- Materiales domésticos como sillas, mesas, etc.
- Arcilla, barro y/o plastilina
- Pintura
- Cajón de arena
- Colores, plumones, gises y crayones
- Teléfono
- Papel para pintar
- Revistas o periódicos para recortar
- Escoba, trapeador y trapos
- Juegos de pala

### 3.7 Caso Ilustrativo

#### Caso Jeff<sup>1</sup>

Jeff: Voy a hacerte algo ¿está bien? ¿Qué quieres que haga?

Terapeuta: Aquí, eso tú debes decidirlo.

Jeff: Bueno. Haré un corazón. No éste no me gusta.

Terapeuta: No te gusta ése.

Jeff: Odio el café. (saca otro color y termina de pintar) ¿Te llevas esta hoja de aquí? (Señala al sujetapapeles).

Terapeuta: Es algo que tú puedes hacer si quieres.

Jeff: Está bien.

Terapeuta: Tiraste el que está de ese lado. Mira

Jeff: (Cuando cae el papel periódico) ¡Diablos! Detén esto.

Terapeuta: No te gustó que se cayera.

Jeff: Lo odio. ¿Puedo tirar éste al basurero?

Terapeuta: El basurero está ahí (lo señala).

---

<sup>1</sup> Extracto del caso presentado en: Sweeney, D; Landreth, G. Terapia de Juego centrada en el niño en: Schaefer, CH. E. (2005) Fundamentos de terapia de juego. México: El Manual Moderno

Jeff: No gracias. (Deja el dibujo en el mostrador y regresa y empieza otro dibujo) Odio el anaranjado. Lo probaré.

Terapeuta: Hay algunos colores que realmente no te gustan.

Jeff: ¡Odio los colores, los odio!

Terapeuta: Los que odias, ¡realmente los odias!

Jeff: Sí, probaré el negro. El negro es mejor, pero el café, probaré el café. El rojo parece ser el que quiero (Toma una servilleta de papel y borra la pintura café) Necesitaré diez mil de éstas. Voy a borrarlo.

Muy bien, aquí está mi dibujo. Es mío (Luego, levanta una pistola de juguete y finge dispararle al terapeuta)

Terapeuta: Fingías dispararme.

Jeff: No quise dispararte.

Terapeuta: Sólo disparabas.

Jeff: Sólo practicaba el tiro al blanco (se dirige al estante y toma la pistola de dardos). También usaré ésta para practicar al tiro al blanco. (Va hacia el espejo de dos vistas y empieza a dispararle al espejo)

Terapeuta: Jeff, sé que quieres dispararle al espejo, pero el espejo no es para dispararle; puedes disparar en todos estos otros lugares (Los señala)

Jeff: Está bien. Quieres decir que... (Se levanta y le dispara al pizarrón)

Terapeuta: Ahí mismo...

Continúa...

# CAPÍTULO 4

## TERAPIA DE JUEGO GESTALT

Antecedentes Históricos

Principios

Concepción del Juego

Participación de los Padres

Alcances

Técnicas

Caso Ilustrativo

## TERAPIA DE JUEGO GESTALT

### 4.1 Antecedentes Históricos

Fritz Perls desarrolló la terapia gestalt, fue influenciado por varias teorías psicológicas y psicoterapéuticas. Él fue entrenado en psicoanálisis, sin embargo, otras teorías psicológicas y aproximaciones filosóficas lo llevaron al desarrollo de un sistema terapéutico que difiere en mucho del psicoanalítico.

Fue influenciado por las ideas de la conducta verbal y no verbal de Wilhelm Reich, y por el trabajo en diferencia creativa de Sigmund Friedlander. Su trabajo con Kart Goldstein lo introdujo a la aplicación de la psicología gestáltica en el tratamiento psicoterapéutico. Desde una perspectiva más teórica y filosófica, el desarrollo de su terapia gestalt fue influenciado por la teoría de campo, fenomenológica, y existencialista de Lewin. En un nivel más personal, su esposa, Laura, terapeuta gestalt, escritora, maestra, hizo una contribución invaluable a la terapia gestalt.

Reich prestaba atención al lenguaje, expresiones faciales, y las posiciones de sus pacientes. Creía en la libido como excitación que era evidente en el individuo. Llamó armadura a las defensas que el individuo utiliza para reprimir su libido. Para Reich la terapia involucraba ayudar a los individuos a ser menos rígidos, atendiendo a las tensiones en su lenguaje y en su consciencia corporal.

El trabajo de Sigmund Friedlander influenció a Perls en su concepto de polaridades. Friedlander creía que cada evento se relacionaba con un punto-cero desde el cuál los opuestos se diferencian. Este punto-cero era un punto de balance desde el cuál un individuo podía moverse creativamente en cualquier dirección. Cuando un individuo se encentra muy lejos de uno u otro lado de una necesidad interna o externa, se da la tendencia de la necesidad de balancearlo o moverse hacia el centro.

Goldstein creía que la conducta se construía de ejecuciones (actividades voluntarias, actitudes, sentimientos) y procesos (funciones corporales). Igual que Friedlander, Goldstein creía que los organismos se mueven hacia el balance de sus necesidades. Perls encontró que la visión de Goldstein de que la ansiedad surge del miedo a los posibles resultados de eventos futuros y que esta ansiedad podría llevar al la

separación de las partes de la personalidad de la persona total; era relevante para la terapia gestalt.

La Teoría de campo desarrollada por Lewin, estudia un evento al observar el campo total del que dicho evento forma parte. Su objeto de estudios es la relación de las partes entre ellas y con el total. Esta teoría tiene una aproximación fenomenológica en cuanto a que el campo es definido por el observador. Para comprender un evento uno debe conocer el modo de estudiar el evento del observador.

La aproximación fenomenológica presente en la terapia gestalt sostiene que la conducta de una persona solamente puede ser entendida a través del estudio de sus percepciones de la realidad. El ambiente es visto como algo que existe aparte del observador, pero que se conoce a través de la perspectiva del último (Watzlawick, 1984)

La terapia gestalt se enfoca en la experimentación de los eventos en el presente. Al hablar de los problemas, el paciente, en ocasiones, experimenta el problema al sentirlo internamente. Considera que el cambio se da como resultado de una mayor consciencia de sí mismo y de los otros. La terapia gestalt toma en cuenta al individuo completo, el cual es visto como más que la suma de sus conductas. El término gestalt se refiere a la organización dinámica de un todo que comprende a dos o más partes que se encuentran relacionadas. Dado que es una aproximación existencial resalta la responsabilidad del individuo de sí mismo y su habilidad de determinar su propia experiencia presente. Su meta general es la consciencia del sí mismo, de los otros, y del ambiente lo que trae consigo crecimiento e integración del individuo. La gestalt destaca la importancia de tener límites apropiados entre el sí mismo y los otros. La frontera debe ser suficientemente flexible para mantener contactos significativos con los otros pero suficientemente firme para que el individuo experimente un sentido de autonomía (Sharf, 2004).

#### **4.2 Principios**

La terapia de juego gestáltica enfoca su atención hacia el qué y el cómo más que al por qué. Oaklander (1996) cree que a partir de experiencias adecuadas, el organismo puede tener una vida y un crecimiento más sanos.

En este modelo la labor del terapeuta consiste en ayudar al niño a darse cuenta de lo que está haciendo y qué realmente le causa insatisfacción, de tal forma, se promueve en él la elección de cambiar (Chávez, 2007). Su trabajo con el niño puede o no ser directivo, todo depende de lo que se necesite trabajar para el beneficio del niño.

Es así que dentro de este enfoque terapéutico cada terapeuta cuenta con su propio estilo de trabajo, donde se combinan aptitud, conocimiento, y experiencia.

Oaklander ha trabajado este modelo desde hace 32 años y ha generado un proceso terapéutico que corresponde a la teoría y práctica de la teoría Gestalt. Este proceso consta de los siguientes componentes:

- Desarrollo de la relación.
- Evaluación y establecimiento del contacto.
- Fortalecimiento del sentido del sí mismo y de la estabilidad del niño.
- Incitación de la expresión emocional.
- Ayudar al niño a fomentar el sí mismo.
- Concentrarse en el proceso del niño.
- Finalización de la terapia.

#### Relación Yo/Tú

Comprende la unión de dos personas que son iguales en derechos. Esto quiere decir que el terapeuta no es una mejor persona o que es más importante que su paciente. El terapeuta debe involucrarse completamente con su paciente en las sesiones, debe ser genuino y congruente además de respetar a sus pacientes y permitirles presentarse a sí mismos sin manipulación ni juicio, sin embargo, no debe perder de vista el potencial de salud del paciente. El terapeuta no debe llevar expectativas a la sesión pues cada una de ellas es una experiencia existencial. Nunca debe presionar al niño más allá de su capacidad o disposición. Debe procurar crear un ambiente de seguridad (Oaklander, en Schaefer, 2005).

#### Contacto y Resistencia

El contacto se refiere a la capacidad para estar presente por completo en una determinada situación. El contacto saludable permite la expresión de emociones así como el uso del intelecto (aprendizaje, expresión de ideas, pensamientos, deseos y necesidades, al igual que aversiones y resentimientos). Cuando alguna de las formas

se bloquea o inhibe, no ocurre un buen contacto lo que lleva a una fragmentación y a un funcionamiento integral ocasionándole problemas al niño. El terapeuta es el encargado de encontrar los medios para que el niño mantenga algún contacto.

La resistencia se refiere a las perturbaciones en los límites de contacto, es decir, cuando los niños buscan sobrevivir, en ocasiones inhiben, bloquean, reprimen y restringe varios aspectos del organismo (sentidos, emociones, cuerpo, intelecto) generando, de esta manera interrupciones del proceso natural de autorregulación. Ante las necesidades (físicas, emocionales, intelectuales), el organismo experimenta incomodidad hasta que éstas quedan satisfechas (Oaklander, op. cit.).

#### Fortalecimiento del Sí Mismo

Los niños necesitan apoyo dentro del Sí Mismo para que puedan expresar las emociones obstruidas. Las emociones se bloquean como consecuencia de la vivencia de algún trauma y los niños no saben cómo expresarlas. Como parte de su proceso normal de desarrollo, los niños tienden a culparse a sí mismos por cualquier trauma que presenten, además asumen muchas introyecciones negativas. Todo esto provoca una fragmentación, inhiben el crecimiento y la integración saludables dando como resultado su actitud de menosprecio de Sí Mismo así como baja autoestima. Cuando el terapeuta ayuda al niño a fortalecer su Sí Mismo, el niño logra una sensación de bienestar así como una percepción positiva de ellos mismos, también les da la fortaleza interna para expresar aquellas emociones ocultas (Oaklander, op. cit.).

#### Expresión Emocional y Energía Agresiva

La energía agresiva es más que una sensación de poder interno; implica acción. Los niños con problemas están confundidos por este tipo de energía, ya sea que la repriman o la expresen más allá de sus propias fronteras. El trabajo del terapeuta aquí es ayudar a los niños a sentir esa energía a partir de un lugar sólido dentro de sí mismo y a estar cómodos con ella para que así puedan expresar las emociones reprimidas. Para ayudar a los niños a expresar sus emociones reprimidas se utilizan muchas técnicas creativas, expresivas y proyectivas en el proceso terapéutico. En algunos casos, los niños necesitan primero expresar sus emociones en un sentido cognitivo y esto se logra hablando de sus sentimientos, enlistarlos, dibujarlos, entre otros (Oaklander, op. cit.).

### Autoformación

Este es un proceso que busca que los niños sean capaces de aprender a aceptar las partes de su personalidad que odian y de esta forma trabajar hacia los sentimientos de integración y autoestima. Este proceso les enseña habilidades para tratarse bien a sí mismos (Oaklander, op. cit.).

### Enfoque sobre el proceso del niño

La terapia Gestalt se enfoca en las conductas inadecuadas del niño, para proporcionarle la oportunidad de experimentar de un modo completo el sí mismo dentro de su propio proceso. Entonces el niño y el terapeuta planean actividades que le permitirán experimentar su Sí Mismo bajo un nuevo enfoque (Oaklander, op. cit.).

### Finalización de la terapia

La conclusión de la terapia se da cuando el niño ha logrado un estado de homeostasis y satisfacción.

## **4.3 Concepción del juego**

Para este modelo, el juego/juguetes son los medios que le abrirán al terapeuta, las puertas y ventanas de la vida interior del niño. Esto quiere decir, que el terapeuta le proporciona esos materiales al niño (en forma de técnicas), para que pueda expresar sus sentimientos, y sea capaz de sacar lo que tiene guardado en su interior y así, con ayuda del terapeuta trabajar con ese material que estaba guardado. En este modelo no es obligatoria la verbalización por parte del niño, de sus descubrimientos, introyecciones y percepciones del qué y cómo de sus comportamientos, en el caso de niños pequeños, a veces basta con sólo sacar a luz las conductas o sentimientos bloqueados que han detenido su proceso de crecimiento emocional (Oaklander, 1996).

## **4.4 Participación de los padres**

Oaklander (en Schaefer, 2005) cree que es importante que los padres entiendan los principios con los que trabaja este modelo por tanto pide que el terapeuta se encargue de proporcionarles un resumen por escrito antes de empezar la terapia. También recomienda que el terapeuta se reúna con ellos una vez al mes. Fomenta que los padres se sientan parte del “equipo” para que de esta forma se logren muchos más

progresos. Se dejan de lado las críticas y juicios y se les acepta al igual que al niño a favor de la relación Yo/Tú.

#### **4.5 Alcances**

Oaklander (1996) considera que los “problemas” presentados por los niños no son una enfermedad sino que es una evidencia de fuerza y supervivencia del niño; debido a que el niño, hará todo lo que pueda y lo que piense que es mejor para sobrevivir en este mundo y para completar la tarea de crecer.

La terapia gestalt ayuda a los niños; con conductas de ira, de agresión, de hiperactividad, de timidez; con sentimientos de temor; con eventos traumáticos; con síntomas físicos; con inseguridad, con complacencia excesiva; con la soledad. También es buena para niños con autismo; con sentimientos de culpa así como para la autoestima (Oaklander, op. cit.)

#### **4.6 Técnicas**

Existen una gran variedad de técnicas para llevar a cabo la terapia de juego gestáltica, sin embargo, Cornejo (1997) cree que todo acercamiento para vincularse con el niño puede ser considerado como una técnica, pero lo más importante es que ésta debe servir tanto al terapeuta como al niño.

*El uso de la Silla Vacía o del Oso Perls dentro de la Sesión Gestáltica Infantil (Cornejo, op. cit.).* La técnica de la silla vacía o silla caliente consiste en sentar al paciente adulto en una silla o cojín y delante de él poner una silla o almohadón vacío, y desde ahí comenzar un diálogo con ese sitio vacío., haciéndole preguntas, conversando con él, etc. Luego el paciente cambia de sitio y ocupa la silla vacía y trata de contestar desde el personaje que sentó en el sitio vacío, de esta forma se va haciendo un diálogo entre nuestro paciente y la persona, aspecto, etc. Que ha colocado en el sitio de la silla vacía. Dentro de los esquemas de una persona adulta, aunque al principio se sienta ridícula, puede entender que es una técnica que sirve para ver diferentes aspectos internos de ella puestos en el exterior y más tarde o más temprano se sentirá bien haciendo esa técnica. Sin embargo, al intentar Cornejo utilizar esta técnica con niños se dio cuenta de que no funcionaba.

Es así que surge la idea de hacer un oso grande de tela que fue bautizado como el Oso Perls. Con él, los niños podían pelear, hablar, abrazarle, matarlo, herirlo, etcétera. La idea del Oso evolucionó hacia un personaje que no fuera ningún animal definido con la intención de facilitar aún más las proyecciones. Actualmente el muñeco es de tamaño más o menos hasta el pecho de un adulto de estatura media, tiene orejas grandes, nariz puntiaguda, brazos y piernas largas.

El muñeco tiene su silla dentro de la sesión, siempre está en un mismo sitio y ese “su sitio”. El niño sabe que puede jugar con él, y para esto lo saca de la silla y lo utiliza como puede, lo disfraza, baila con él, duerme en el suelo, lo pisa o lo estrangula. Muchas veces cuando el niño comenta algo sobre el muñeco, hay que procurar que diga el por qué creen que está triste por ejemplo. Generalmente es el terapeuta quien contesta por el muñeco, haciendo una voz diferente a la propia e intentando no mover mucho los labios.

Con los niños pequeños (3-4 años de edad), se recomienda introducir en la primera sesión, al muñeco y prestárselos, eso los hace sentirse más seguros. En el caso de una evaluación, se recomienda sentar al muñeco al lado del terapeuta y que sea el propio muñeco el que vaya haciendo las preguntas o dando las instrucciones.

*Dibujos de Familia (Oaklander, op. cit.).* Un ejercicio muy eficaz es que los niños dibujen su familia en forma de símbolos o animales. Se les puede dar la siguiente instrucción: “Cierren los ojos y vayan a su espacio, ahora piensen en cada miembro de su familia. Si tuvieran que dibujarlos ahora en una hoja de papel como algo que se les viene a la mente, en lugar de personas reales, ¿Cómo sería eso? Si alguien de su familia les recordara a una mariposa porque revolotea mucho, ¿sería así como lo representarían? O tal vez alguno les evoca un círculo porque siempre está alrededor de ustedes. Empiecen con el primero que recuerden. Si quedan en blanco, cierren los ojos y vuelvan a su espacio. Pueden usar burbujas de colores, formas, objetos, cosas, animales y lo que se les ocurra”. Para trabajar con el producto final se puede iniciar pidiéndole al niño una descripción general, luego que hiciera una declaración sobre cada persona, o se puede ser más específico y pedirle que diga: “Di algo que te agrada y algo que te desagrada a cada uno, o de cada uno”. También se le puede pedir que elabore un diálogo entre dos símbolos cualesquiera. Este ejercicio se puede repetir cada mes con nuevos sentimientos y material expresados en cada ocasión.

*Arcilla* (Oaklander, op. cit). Es un material flexible y maleable, por lo que se puede “borrar”. No tiene normas claras y específicas para su uso. Es muy difícil cometer un “error” con ella. Puede ser muy útil con niños que necesitan reforzar su experiencia de autoestima pues a través de su manejo vivencia un sentido único del yo. Este material es muy gráfico, así que permite que el terapeuta observe el proceso del niño. La mayoría de las veces los niños tienen un repertorio limitado de qué cosas hacer con la arcilla. Mientras más experiencia tenga el niño con este medio, mayor será su capacidad de expresarse. Hay que facilitarles un estuche de herramientas para que trabajen con la arcilla, para este fin pueden servir varios utensilios de cocina que les permita experimentar diversas formas. Hay que dejar que el niño experimente lo que puede crear y luego trabajar con el producto y con sus sensaciones.

*La Bandeja de Arena* (Oaklander, op. cit). La arena es un medio muy bueno para trabajar con niños de todas edades. Se necesita una bandeja de plástico, suficientemente grande para que el niño pueda colocar varias figuras y realizar acciones dentro de ella; arena fina; también es necesario contar con objetos representativos de la vida real (miniaturas). De preferencia la bandeja debe colocarse en una mesa forrada de plástico de la altura del niño, para que la limpieza no sea tan difícil. Las miniaturas pueden guardarse en pequeñas bandejas o recipientes que puedan contener muchos artículos. Se les puede pedir que elijan cualquier artículo (miniatura) que deseen para hacer una “escena” o “cuadro” en la arena; en otras ocasiones el terapeuta puede escoger las piezas para centrar a los niños en una situación específica. La bandeja de arena o arenero le permite al niño crear su propio mundo en miniatura. A través de la construcción en ella, puede comunicar muchas cosas sin necesidad de hablar. Las miniaturas se pueden agrupar en:

Vehículos: autos, camiones, buques, motocicletas, trenes, tanques, aviones, helicópteros, una ambulancia, etc.

Animales: domésticos (gato, perro), de granja, de zoológico, dinosaurios, pájaros, numerosos caballos, serpientes, fieras, cocodrilos, peces, tiburones, etc.

Figurativos: gente de todo tipo, vaqueros, novios, indios, soldados, caballeros, bailarinas, un diablo, una bruja, y así sucesivamente.

Piezas de escenografía: muebles, edificios, árboles, musgo, arbustos, semáforos, postes telefónicos, banderas, puentes, conchas, guijarros, madera de desecho, plantas y flores plásticas, cercas, cubos Lego.

*Fantasía* (Oaklander, op. cit.). La fantasía permite que el terapeuta se divierta con el niño pero también averiguar cuál es su proceso. Generalmente su proceso de fantasía (la forma en que hace las cosas y se mueve en su mundo de fantasía) es el mismo que su proceso de vida. Mediante la fantasía se pueden examinar los mundos interiores de la existencia del niño. Se puede extraer lo que está oculto y además averiguar que está sucediendo en la vida del niño desde su perspectiva, gracias al resultado final de la fantasía: el dibujo. Éste será explorado de la forma en que el terapeuta crea más apropiada y según la historia del propio niño.

A continuación se presentan las instrucciones para dirigir la fantasía:

“En un minuto pediré que todos en el grupo cierren los ojos, y los conduciré en un fantástico viaje imaginario. Cuando terminemos, abrirán los ojos y dibujarán algo que estará al final de este viaje. Ahora me gustaría que se pongan tan cómodos como puedan, cierren los ojos y entren a su espacio. Cuando cierran los ojos, hay un espacio donde se encuentran a sí mismos. Esto es lo que yo llamo su espacio. Ustedes llenan ese espacio en este cuarto y donde sea que estén, pero generalmente no lo notan. Con los ojos cerrados pueden tener una sensación de ese espacio –donde está su cuerpo y el aire que los rodea. Es un lugar lindo para estar, porque es su lugar, es su espacio. Perciban que está sucediendo en su cuerpo, noten si están tensos en algún lugar. No intenten relajar aquellos lugares donde pueden estar tensos. Sólo percátense de ellos. Recorran su cuerpo desde la cabeza a los pies y dense cuenta. ¿Cómo están respirando? ¿Están haciéndolo profundamente o con una respiración corta y rápida? Me gustaría que ahora hicieran un par de respiraciones muy profundas. Dejen salir el aire con algún sonido. Ahhhhhhhhhhh. Muy bien. Ahora voy a contarles una pequeña historia y llevarlos en un viaje imaginario. Vean si pueden seguirme. Imaginen lo que les voy diciendo y observen cómo se van sintiendo mientras lo hacen. Perciban si les gusta o no ir en este pequeño viaje. Si llegan a un lugar que no les agrada, no tienen obligación de entrar en él. Sólo escuche mi voz, síganme si lo desean y simplemente veamos qué sucede.

“Quiero que imaginen que van caminando por un bosque. Hay árboles por todos lados y pajaritos cantando. El sol empieza asomar entre los árboles y está sombreado. Es muy agradable pasear por este bosque. Hay pequeñas flores, flores silvestres, en las orillas. Van caminando por el sendero. Hay piedras a los costados del camino, y de vez en cuando ven corretear a un animalito, quizá un conejo. Están caminando y de pronto se dan cuenta que el camino asciende y que marchan hacia arriba. Ahora

saben que están subiendo un cerro, cuando llegan a la cumbre, se sientan a descansar sobre una gran roca. Miran alrededor. El sol brilla; vuelan aves. Al otro lado del camino, valle por medio, hay otra montaña. Pueden ver que en aquella hay una caverna y desean poder estar en esa montaña. Se dan cuenta que los pájaros vuelan fácilmente hacia allí y desean ser un ave. De pronto, como esto es una fantasía y todo puede suceder, ¡se dan cuenta que se han transformado en pájaros! Prueban sus alas, y pos supuesto, pueden volar. Así que despegan y vuelan fácilmente al otro lado.

“Al otro lado se posan sobre una roca y de inmediato vuelven a ser ustedes mismos. Trepan por las peñas buscando la entrada a la caverna y ven una puertecita. Se agachan, la abren y entran a la cueva. Cuando están dentro, hay espacio suficiente para estar de pie. Se pasean examinando las paredes de la cueva y de improviso ven un corredor –un pasillo. Caminan por éste y pronto se dan cuenta que hay fila tras fila de puertas, cada una con un nombre inscrito en ella. De pronto llegan a una puerta que tiene su nombre. Se paran frente a ella. Saben que pronto la abrirá y entrarán al otro lado de esa puerta. Saben que ése será su lugar. Podría ser un lugar que recuerden, un lugar con que sueñan, incluso un lugar que no les gusta, un lugar que nunca vieron, un lugar interior o exterior. No lo sabrán hasta que abran la puerta, pero, sea lo que sea, será su lugar.

“Así que giren la perilla y entren. ¡Miren alrededor de su lugar! ¿Están sorprendidos? Obsérvenlo bien. Si no ven un lugar, háganlo ahora mismo. Vena que hay, dónde está, ya sea que esté dentro o fuera. ¿Quién está allí? ¿Hay gente que conocen o no? ¿Hay animales? ¿O no hay nadie? ¿Cómo se sienten en ese lugar? Perciban cómo se sienten ¿Se sienten bien o no? Miren alrededor, caminen por su lugar.

“Cuando estén listos abrirán los ojos y se encontrarán de nuevo en esta sala. Cuando los abran, me gustaría que tomaran un papel y crayones, plumones, o pasteles, y dibujaran su lugar. Por favor, no hablen mientras lo hacen. Si deben decir algo, por favor, háganlo en voz baja. Si les faltan los colores adecuados para su lugar, pueden venir tranquilamente a pedirme lo que necesitan o pedirlo prestado. Dibujen su lugar tan bien como puedan. O si prefieren, pueden dibujar sus sentimientos acerca del lugar, usando colores, formas y líneas, decidan si se pondrán a sí mismos, dónde y cómo. Yo no tengo que saber como es su lugar por el dibujo, pero podrán explicármelo. Confíen en lo que vieron cuando abrieron la puerta, aun si no les gustó. Dispondrán más o menos de diez minutos. En cuanto se sientan listos, pueden comenzar”.

## 4.7 Caso Ilustrativo

### Caso Joaquín<sup>1</sup>

Joaquín tiene 12 años de edad. Aproximadamente en Junio del 2003 se empezó a sentir mal, por lo que es enviado al Hospital General de México para su valoración y tratamiento. La médico especialista en hematología le diagnóstico Linfoma Burkitt. Lo que el paciente conocía en ese momento sobre su enfermedad era que tenía que permanecer en el hospital, por periodos cortos o largos dependiendo de la gravedad de su enfermedad.

El personal médico lo reporta generalmente malhumorado, razón por la cual se solicita la atención psicológica.

Las intervenciones que se realizaron con el paciente dependieron del tiempo de hospitalización y de su estado físico, debido al proceso propio de la enfermedad o por su tratamiento de quimioterapia. En general se consideraron tres etapas de tratamiento: inicial, intermedia y final; para cada sesión se planteó un objetivo específico y una actividad.

En las sesiones 1-3 correspondientes a la etapa inicial del tratamiento, se tuvo como objetivo dar la bienvenida al menor, que pueda estar tranquilo de que está hospitalizado con el objetivo de sentirse mejor y no por un castigo. Se exploraron las fantasías en torno al padecimiento y la hospitalización, así como también se explicaron los procedimientos médicos.

A partir de la cuarta y hasta la séptima sesión, se trabajo con la identificación y expresión de las emociones; con la adaptación al medio hospitalario; con el conocimiento de su padecimiento, etcétera.

En la fase final que corresponde a las sesiones 8-10 el objetivo era preparar al paciente para el alta y próximas hospitalizaciones.

---

<sup>1</sup> Extracto del caso Joaquín presentado en: Prado, X. (2005) Adaptación al medio hospitalario de niños con enfermedades hemato-oncológicas. México: Tesis de Maestría UNAM

Debido a que este caso consta de 17 sesiones, para los fines de esta tesina sólo se presentan las sesiones que se consideren relevantes para ejemplificar el uso de este tipo de terapia.

En la segunda sesión se sugirió que hiciera un dibujo, el cual resultó ser un fantasma que “aparece en unos videojuegos y que siempre se interpone y te impide pasar a otro nivel”. A Joaquín se le hizo el símil de los niveles de tratamiento a los que se estaba sometiendo y cuando se le preguntó que quién podría ser el fantasma, mencionó que uno mismo y al cuestionarle sobre lo que ocurría cuando no pasaba de nivel, él mencionaba que lo repetía en el videojuego hasta que pasaba de nivel, se le decía que así también es su tratamiento que algunas veces no avanzaría tan rápido y él replicaba que no importaba porque él intentaría repetirlo hasta que saliera. Esto mostraba la fortaleza y valentía que Joaquín tenía ante su situación.

Durante la tercera sesión se trabajó con las Cartas de pensamientos y sentimientos. Se barajaron las cartas y se acordó que cada uno las leería y respondería alternadamente. Una situación que resaltó en esta sesión fue su preocupación por no tener amigos en la escuela, dice desconocer la causa, pero al hablarlo sale a relucir que probablemente sea por su aspecto o porque no puede hacer ciertas actividades como correr, o tal vez por sus inasistencias. Al estar hablando de esta situación su rostro se mostraba triste. Mencionó que los maestros lo apoyaban dándole ejercicios y tareas extras. También se abordó su enojo, sobre todo cuando se encuentra en su hogar ya que en ocasiones todo le molestaba. Relataba con tristeza que sus padres estaban separados, anteriormente discutían frecuentemente y a él le hubiera gustado que se entendieran para que vivieran juntos otra vez. Una situación que lo ponía muy triste era que le dijeran que lo iban a dar de alta y no lo cumplieran.

En la quinta sesión (20 días después de haber sido dado de alta), se buscó conocer sus sentimientos acerca de su reingreso al hospital. Se le pidió que hiciera un dibujo de cómo se sentía ese día. Joaquín se sentó en su cama y comenzó a dibujar en silencio. Una vez que terminó su dibujo, se le cuestionó en torno a éste. Joaquín comentó que estaba cansado y que en el desayuno no tenía hambre, pero después de haber hecho el dibujo se sentía hambriento. Además se encontraba preocupado porque su escuela había planeado diversas excursiones, entre ellas la visita a un laboratorio para conocerlo. Finalmente comentó que en el dibujo se encontraba mostrando la lengua porque tenía sed pero que esperaba a que llegara su mamá. Al terminar la sesión se le comentó que era importante su tratamiento y que en

ocasiones, como el ya sabía, tendría que faltar a clases, pero que tenía el apoyo de su maestros para que continuara sus estudios a su ritmo.

El objetivo de la séptima sesión fue la preparación para el alta. En esta ocasión Joaquín se encontraba recostado y sonrió al ver llegar al terapeuta. Al preguntarle como se sentía respondió que bien, debido a que habían terminado con la aplicación de quimioterapia y lo darían de alta. Propuso que le gustaría hacer un dibujo, se le dio el material y dibujó un barco. Al preguntarle a donde se dirigía, respondió que “a una isla, para buscar un tesoro, lleva mucha gente, todos se sienten bien y acompañados. Es un mar tranquilo en donde viven los peces, alacranes, tiburones, ballenas y delfines, cada uno tiene su casa y son amigos. El tesoro tiene mucho dinero y peces, con el dinero comprarán un barco nuevo porque el otro se está descomponiendo. Tiene un hoyo, muchos agujeros, se siente mal, los demás lo tratan de ayudar y le ponen nuevos palos para que no tenga hoyos y así pueda sentirse bien, porque las personas lo están ayudando y le están quitando la vieja madera”.

Pareciera que Joaquín se estaba dando cuenta de la gravedad de su enfermedad y que su cuerpo, en ocasiones pareciera no resistir los embates de la misma. Se encaminó la intervención para que pudiera establecer una alianza con el personal de la institución y los viera como un equipo que lo ayudaría a que se sintiera mejor y no desplazara hacia ellos su enojo.

# CAPÍTULO 5

## TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Antecedentes Históricos

Principios

Concepción del Juego

Participación de los Padres

Alcances

Técnicas

Caso Ilustrativo

## TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO-CONDUCTUAL

### 5.1 Antecedentes Históricos

Durante 50 años la psicología americana estuvo influenciada por la filosofía conductista. Con el tiempo, los psicólogos reorientaron y dirigieron su investigación a constructos como el pensamiento, los sentimientos, los motivos, los planes, las intenciones, las imágenes, y el conocimiento-ideas que no eran consideradas por el conductismo.

Las raíces del conductismo-cognitivo se encuentran en el trabajo de Edgard C. Tolman en los años 30's. Aunque él es recordado principalmente por sus estudios del aprendizaje, Tolman postuló "variables de intervención" cognitivas y representaciones mentales en el proceso de aprendizaje y propuso que éstas eran un área legítima para ser estudiadas empíricamente.

En el campo clínico, George Nelly (1955) adoptó un enfoque cognitivo en los primeros años de la década de 1950. Él se enfocó en la interpretación individual de los eventos de la vida y en los patrones de conducta que reflejan las suposiciones e interpretaciones de los eventos. Esas ideas después fueron trabajadas por Albert Ellis.

En la década de 1960 los estudios del aprendizaje por observación de Bandura resaltaron los eventos (cognitivos) secretos en el proceso de aprendizaje y permitieron un cambio del modelo básico E-R basado en los modelos de condicionamiento animal al modelo E-O-R en donde O representa los procesos cognitivos que median la adquisición y regulación de la conducta. Este nuevo modelo provocó un incremento en el interés en la cognición dentro del proceso terapéutico.

De esta manera, la investigación básica evolucionó a formulaciones teóricas, lo que llevó a intentar aplicar estas ideas en el área clínica. Lo anterior llevó a diseñar aproximaciones cognitivo-conductuales intentando preservar lo mejor de las intervenciones clínicas conductuales pero reconociendo las experiencias cognitivas (internas) del individuo. En contraste con las intervenciones conductuales de ese momento, las nuevas aproximaciones terapéuticas no sólo reconocían el papel de los eventos cognitivos sino que también éstos se convierten en el centro del cambio.

En la década de los 70's la psicología del desarrollo ejerció una fuerte influencia en las intervenciones cognitivo-conductuales en niños, particularmente en las áreas de desarrollo del auto-control, la cognición social, la memoria, y las habilidades metacognitivas.

De manera general, las intervenciones cognitivo-conductuales “enfatan la interacción compleja entre eventos cognitivos, procesos, productos, y estructuras, afectos, conducta, y el contexto ambiental y experiencias como contribuidores a varias facetas de la conducta disfuncional” (Braswell y Kendall, en Dobson, 1998)).

Aunque la terapia cognitivo-conductual abarca una variedad de estrategias y procedimientos, todas comparten el principio de que el aprendizaje juega un papel central en la adquisición y permanencia de la conducta adaptativa o disfuncional. Además, reconocen que el aprendizaje involucra más que sólo las consecuencias ambientales de la conducta; sino que también involucra la forma en que los individuos procesan cognitivamente la información. Debido a todo lo anterior, se debe entender que “cognición” y “conducta” no son conceptos dicotómicos cuando se refieren a intervenciones terapéuticas, sino que éstas últimas pueden clasificarse en un continuo donde el grado de elementos cognitivos o conductuales puede variar. Es por esto que con frecuencia se pueden notar elementos cognitivos en la mayoría de los procedimientos conductuales de condicionamiento clásico u operante así como elementos conductuales en las terapias cognitivas tradicionales (las cuales con frecuencia incluyen un reforzamiento sutil por parte del terapeuta a ciertas conductas del paciente).

La primera aplicación de la terapia cognitivo-conductual para niños se debe al trabajo de Donald Meichenbaum quien utilizó los trabajos de Luria y Vygotsky como base. Meichenbaum y Goodman desarrollaron el Entrenamiento Auto-Instruccional (SIT por sus iniciales en inglés) para atender a niños conductualmente impulsivos.

La aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales con niños se ha enfocado a áreas específicas que se cree son el foco de muchas de sus problemas adaptativos. Estos objetivos de intervención han sido fuertemente influenciados por las tendencias teóricas y de investigación en la psicología del desarrollo.

Knell (1996) describe a la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) como la incorporación de las intervenciones cognitiva y conductual dentro de un paradigma de

terapia de juego. La terapia se basa en el cambio cognitivo. Cuando se trabaja con niños y se usa este modelo, el foco de la intervención es ayudar al niño a formular nuevos pensamientos que podrían ser adaptativos en su situación, y no, hacer pensar al niño como adulto (Cattanach, 2003).

## **5.2 Principios del enfoque**

Este enfoque es principalmente un entrenamiento, o un modelo de enseñanza; se enfoca en los problemas específicos que presenta el niño en la conducta, en sus sistemas de valores o creencias, en sus interacciones personales, así como en sus ambientes (Granvold, 1994; Cattanach, 2003). Supone que el niño al obtener más conocimiento y habilidades, cambiará sus cogniciones, conductas, y motivaciones (Persons, 1989)

Esta es una terapia directiva, por lo que el terapeuta junto con el paciente se pone de acuerdo en cuales serán las metas u objetivos de la intervención y estructuran un programa para dar refuerzo positivo a conductas deseables y extinguir aquellas que resultan indeseables.

Beck y Emery (1985, en Schaefer, 2005) esbozaron 10 principios para la terapia cognitiva. Estos principios fueron reconsiderados por Knell (en O'Connor, Schaefer, 1998, en Schaefer, 2005) con el fin de clasificarlos por su aplicabilidad a niños pequeños, los que pueden aplicarse con una modificación y los que no son aplicables.

Para niños pequeños se pueden aplicar los siguientes principios:

1. La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales. Este modelo habla de la influencia recíproca entre cognición, emociones, conducta y fisiología. En lo que se refiere a la función de la cognición, se debe tener presente que un niño en etapa preoperacional u operacional concreta puede ser ilógico, tener poca comunicación verbal de la conducta.
2. La terapia cognitiva es breve y limitada en términos de tiempo. Regularmente este tipo de terapia dura menos de seis meses, lo que alienta a la persona a ser autosuficiente y reducir la dependencia del terapeuta.
3. Una relación terapéutica sólida es una condición necesaria para una terapia cognitiva efectiva. Este tipo de terapia se basa en la confianza y aceptación.

6. La terapia cognitiva es estructurada y directiva. El grado de estructura es determinado por las necesidades del individuo. Con los niños pueden establecerse objetivos y agendas específicas para cada sesión.
7. La terapia cognitiva se orienta a los problemas. En el caso de los niños los enfoques de tratamiento deben enfocarse en el problema presente, pero teniendo presente la situación global del niño.
8. La terapia cognitiva se basa en un modelo educativo. Debido a que los síntomas se desarrollaron a través del aprendizaje de procedimientos inadecuados para manejar las situaciones diarias, lo que se busca es ayudar al paciente a cambiar sus estilos de enfrentamiento; de esta manera el terapeuta le enseña habilidades de enfrentamiento positivo y conductas alternativas.

Los siguientes principios se pueden aplicar a los niños pero requieren de modificaciones:

4. La terapia es un esfuerzo de colaboración entre terapeuta y paciente. Dado que los niños pequeños no tienen la capacidad de verdaderamente colaborar en su tratamiento, el terapeuta debe hallar un equilibrio de forma que él no se presente como autoritario. El equilibrio se halla proporcionándole al niño una estructura sin interferir en sus deseos o en su conducta espontánea.
5. En la terapia cognitiva se aplica principalmente el método socrático. En este enfoque el terapeuta utiliza la pregunta como guía evitando las sugerencias y las explicaciones directas, con la intención de ayudar al paciente a cambiar el pensamiento inadaptativo. En el caso de los niños las preguntas directas no suelen ser muy efectivas por lo que se sugiere utilizar un formato de afirmación.
9. La teoría y técnica de la terapia cognitiva se basan en el método inductivo. Desafortunadamente el método inductivo está más allá de las capacidades de la mayoría de los niños, pero la perspectiva desde el terapeuta sí debe ser aplicada poniendo a prueba las hipótesis acerca del niño, las técnicas de tratamiento, conceptualizando el caso y las estrategias de tratamiento de acuerdo con lo anterior.

Finalmente se presenta el último principio aunque no es aplicable al tratamiento de los niños:

10. La asignación de tareas en casa es una característica esencial de la terapia cognitiva. Se utiliza muy poco con los niños pequeños pues muchas veces son

los padres las que las realizan o al menos tienen una gran participación en la realización de éstas.

La TJCC pone énfasis en la participación del niño en el tratamiento:

1. La TJCC involucra al niño en el tratamiento mediante el juego. El niño es un participante activo
2. La TJCC se enfoca en los pensamientos del niño, sus sentimientos, sus fantasías y el ambiente.
3. La TJCC provee una estrategia o estrategias para desarrollar pensamientos y conductas adaptativas. Al niño se le enseñan nuevas estrategias para enfrentar situaciones y sentimientos.
4. La TJCC es estructurada, directiva y orientada a la meta, más que de final abierto. El terapeuta trabaja con el niño y la familia para establecer metas y ayudar al niño a trabajar hacia esas metas.
5. La TJCC incorpora técnicas que han sido probadas empíricamente.
6. La TJCC permite un estudio empírico del tratamiento. Las técnicas usadas pueden evaluarse.

La TJCC enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento, al encauzar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta. Al incorporar los elementos cognitivos el niño puede convertirse en un participante activo en el cambio.

### **5.3 Concepción del juego**

En la TJCC el juego parece usarse solamente como una técnica y como tal es descrito en términos concretos. En este enfoque el proceso de juego es controlado por el adulto más que por el niño. El adulto usa esos procesos de juego para enseñarle al niño la conducta. La naturaleza simbólica del juego no es explorada, sólo se enseña a través de los juguetes, títeres, y del juego dramático. Los materiales de juego son elegidos por el niño y el terapeuta (Cattanach, op. cit.). En la TJCC el juego se usa con el fin de enseñar al niño habilidades y conductas alternativas.

### **5.4 Participación de los padres**

Dada la importancia que los padres pueden tener en el éxito y cumplimiento con el tratamiento, la participación de los padres es esencial. Por ejemplo, al comienzo del

tratamiento, el terapeuta se reúne con los padres para colaborar en las metas del tratamiento y para pedirles su cooperación. Los padres y los terapeutas intercambian información relevante para el tratamiento del niño constantemente (Wright, 2004).

## **5.5 Alcances**

Este tipo de terapia se utiliza en dificultades específicas como la encopresis, enuresis, desórdenes del habla y de lenguaje, niños temerosos y niños que han sido abusados sexualmente. Kaduson (1997, en Cattanach, 2003) describe el uso de la TJCC en niños diagnosticados con TDA-H.

## **5.6 Técnicas**

La TJCC adopta técnicas provenientes tanto de la teoría conductual como de la cognitiva.

Técnicas conductuales.

En la TJCC se pueden incorporar técnicas basadas en los tres modelos de la terapia conductual: condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social.

*Desensibilización sistemática.* Es un proceso que consiste en reducir la ansiedad mediante reemplazar una respuesta inadaptativa con una adaptativa, se logra suprimiendo la asociación entre un determinado estímulo y la ansiedad o respuesta de temor que suele provocar. Se presenta el estímulo pero se impide que ocurra la ansiedad, generalmente esto se logra enseñando a la persona a relajar sus músculos para generar un estado de calma que resulte incompatible con la ansiedad. Con los niños se puede utilizar la desensibilización imaginaria o en vivo. Ejemplo: un títere que tiene miedo de utilizar el ascensor atraviesa sistemáticamente por una serie de situaciones que van de menos a más miedo y al mismo tiempo se va relajando (Knell, 2005).

*Manejo de contingencias.* Término que se refiere a técnicas que modifican un comportamiento controlando sus consecuencias. Por ejemplo, reforzamiento positivo, moldeamiento, extinción y reforzamiento diferencial, entre otros.

Reforzamiento positivo. Se identifica una conducta meta, se determinan los reforzadores y el reforzamiento se hace contingente a la manifestación de la conducta

meta. Los reforzadores pueden ser sociales o materiales. Se puede llevar a cabo de manera directa o sutil. Ejemplo: un títere al que le da miedo hablar recibe calcomanías por cada esfuerzo que hace por hablar con otro títere (Knell, 2005)

Extinción y reforzamiento diferencial de otra conducta. Algunos niños manifiestan conductas inadaptativas porque en algún momento éstas le fueron reforzadas. Por lo tanto debe eliminarse el reforzamiento que las mantiene para que éstas desaparezcan. Debido a que la extinción no enseña conductas nuevas, es necesario que se le acompañe del reforzamiento para enseñar al niño una conducta más adaptativa al mismo tiempo que se extingue la conducta inadaptativa. Ejemplo: un títere actúa en forma agresiva con otros títeres, de modo que no recibe ninguna atención positiva al tiempo que se le recompensa conductas más adaptativas como jugar de manera amable o emplear palabras en lugar de acciones.

*Autosupervisión.* Son las observaciones y registro que hace un individuo de sus propios actos y palabras (observación de actividades o estado de ánimo).

*Programación de actividades.* Se planean determinadas tareas y luego se ponen en práctica. Puede emplearse con niños pequeños pero se necesita cierto grado de participación de los padres.

Técnicas cognitivas.

Los métodos cognitivos en la TJCC consisten en cambios de pensamiento. Se parte de la hipótesis de que los pensamientos inadaptativos producen conductas inadaptativas y por tanto es necesario hacer un cambio en el pensamiento para que la conducta se modifique.

*Registro de pensamientos disfuncionales.* Ayuda a los adultos a supervisar sus pensamientos en diferentes situaciones. En el caso de los niños de corta edad se les puede incitar a utilizar grabaciones o dibujos para registrar sus pensamientos. Con frecuencia, es uno de los padres quien supervisa esta actividad.

*Planteamientos personales de afrontamiento (positivo).* Los niños necesitan aprender a tomar posturas positivas claras y autorratificantes. Tales pensamientos son en parte autogratificantes y llegan a incluir algún elemento de de las estrategias de afrontamiento. Además ayudan a reducir los sentimientos aversivos y mejorar la

valoración de la realidad. Ejemplo: un títere al que le da miedo meter la cabeza al agua en la alberca dice: “Yo puedo meter la cabeza ahí. Quisiera mojarme la cara”

*Biblioterapia.* Éste no es un método técnicamente cognitivo, y se utiliza más como complemento de la terapia. Sin embargo contiene características cognitivas sólidas, regularmente a través del modelamiento. En las historias un personaje afronta una situación similar a la del niño, reacciona y resuelve la situación.

## **5.7 Caso Ilustrativo**

### Caso “Samantha”<sup>1</sup>

Samantha era una niña de siete años de edad a la que originalmente se canalizó para una evaluación por exceso de actividad, desobediencia y comportamiento desafiante. La evaluación reveló un deterioro marcado en la interacción social y patrones estereotipados de conducta. A Samantha se le diagnosticó el trastorno de Asperger, con características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno obsesivo compulsivo. La terapia de juego con Samantha fue lenta porque costó trabajo establecer empatía con ella. Fijar límites y proporcionar reglas eran aspectos importantes porque Samantha solía insistir en hacer las cosas “a su modo”. La terapeuta se trazó varias metas: generar una mayor interacción social, reducir las obsesiones y compulsiones, y hacer que la niña se sintiera más a gusto en las situaciones sociales.

Samantha manifestaba ciertas obsesiones (por lo general relacionadas con el temor a haber hecho algo mal) y compulsiones (necesitaba que las cosas fueran “regulares”). Los esfuerzos por ayudarla con esto directamente solían toparse con mucha resistencia de su parte (p. ej., en una ocasión, Samantha gritó a la terapeuta: “¿cómo crees que voy a olvidar eso si te la pasas repitiéndomelo?”, al tiempo que se cubría las orejas con las manos). En cambio, era muy receptiva a representaciones más simbólicas de varios aspectos en el juego. Cuando jugaba con animales de peluche, Samantha solía interpretar el papel de una doctora que vendía animales. En una ocasión la terapeuta le pidió que le vendiera un animal que tenía un problema con sus pensamientos y rápidamente Samantha le ofreció un león. La terapeuta comentó que el león tenía una “pequeña parte del cerebro que no le funcionaba correctamente. Esa

---

<sup>1</sup> Extracto del caso presentado en: Knell, S. (2005) Terapia de juego cognitivo-conductual. En: Schaefer, CH. (2005) Fundamentos de terapia de juego. México: Manual moderno.

parte de su cerebro le decía que hiciera algo que él realmente no quería hacer”; la niña decidió rápidamente que el animal debía comer carne, pero él sólo quería comer pasto. Juntas, terapeuta y niña, hicieron un dibujo del cerebro del león, mostrando todas las partes buenas que lo ayudaban a hacer las cosas correctas y la pequeña parte que constituía un problema (la que le decía que comiera pasto en lugar de carne). Luego, mediante el juego, la terapeuta ayudó al león a ver que había formas de fortalecer los pensamientos correctos y lo ayudó a hacer que desaparecieran las ideas problemáticas.

# CAPÍTULO 6

## TERAPIA DE JUEGO FILIAL

Antecedentes Históricos

Principios

Concepción del Juego

Participación de los Padres

Alcances

Técnicas

Caso Ilustrativo

## TERAPIA DE JUEGO FILIAL

### 6.1 Antecedentes Históricos

El entrenamiento a padres para ser agentes terapéuticos en las vidas de sus hijos se remonta a Freud quién en 1909 llevó a cabo el tratamiento de una fobia de un niño de cinco años a través de su padre. El tratamiento fue realizado por el padre de Hans en su hogar, y Freud remarcó que los cambios en la conducta del niño no hubieran sido posibles sin la interacción con el padre.

Ya desde 1949 Dorothy Baruch planeaba sesiones de juego en casa con la intención de mejorar las relaciones padre-hijo. En 1957 Natalie Fuchs, hija de Rogers, utilizó los principios propuestos por Axline (1975) para ayudar a su hija a través de sesiones de juego especiales y en horarios regulares para reducir sus reacciones emocionales en relación al entrenamiento para ir al baño. (Landreth, 1991)

Moustakas (1959) proporcionó una de las más tempranas descripciones de este tipo de terapia consistente en sesiones de juego en casa entre padre e hijo:

“La terapia de juego es esencialmente una relación entre un niño y su madre o padre a través de la cual el niño se descubre a sí mismo como una persona importante, ve que es valorado y amado, y reconoce su pertenencia irremplazable en la familia. Es una forma mediante la cual el niño se abre a la expresión emocional y en este proceso libera tensiones y sentimientos reprimidos . . . El padre no le dice que hacer, sin embargo se sienta cerca observándolo y mostrando interés y aprecio . . . en la relación de terapia de juego creada en la casa, el niño encuentra que su padre realmente se interesa, quiere entenderlo, y lo acepta como es. (pp 275-277)”

Originalmente la Terapia de Juego Filial como tal fue conceptualizada por Bernard y Louise Guerney como un programa de tratamiento estructurado para niños de tres a diez años de edad que presentaban problemas emocionales. Se utilizaba un formato de grupos pequeños y se entrena a los padres en los principios y la metodología de la terapia centrada en la persona.

La Terapia de Juego Filial integra elementos principalmente del enfoque terapéutico centrado en el niño, de la terapia cognitivo conductual y de la terapia familiar.

Las aportaciones del enfoque centrado en el niño, serán revisadas en la siguiente sección pues son las que principalmente integran y fundamentan los principios y la forma en que se lleva a cabo la terapia de juego filial.

De la terapia cognitivo-conductual toma la idea de realizar intervenciones a partir de la capacitación de los padres (Guerny, Stollak, Guerny, 1970, 1971). El padre aprende mediante esta capacitación a: cambiar la conducta disfuncional de su hijo; identificar así como modificar los antecedentes y consecuentes de esa conducta; hacer un manejo apropiado de premios y castigos; utilizar adecuadamente el tiempo fuera; así como monitorear el desarrollo de sus habilidades (Briesmeister y Schaefer, 1989).

Un principio que resulta muy importante para este tipo de terapia, y que también es tomado del enfoque cognitivo-conductual; es la generalización (Briesmeister y Schaefer, 1989). Por medio de la generalización se intenta que los padres apliquen sus nuevas habilidades a otros espacios más allá de la hora de juego en casa.

Ryan (2005, citado en Santiago, 2007) considera que la terapia de juego filial es una combinación de la terapia de juego con la terapia familiar; esto debido a que para la terapia familiar es importante involucrar a la familia en el proceso terapéutico del niño pues todos los miembros de una familia se encuentran relacionados así que un cambio en alguno de ellos produce alteraciones en el resto de los miembros.

El terapeuta entrena y supervisa a los padres mientras ellos conducen sesiones especiales de terapia de juego centrada en el niño con su propio niño (Landreth, 1991)

Para B. Guerny (2006, en Santiago, 2007) enseñar a los padres estas habilidades terapéuticas de juego es una muy buena forma de que tengan una relación más positiva y apropiada con sus hijos, mientras que les dan una terapia efectiva. De esta manera los padres no se sienten tan amenazados por la relación que el niño tiene con el terapeuta.

## **6.2 Principios del enfoque**

Las metas de esta terapia son ayudar a los padres a crear un ambiente seguro y de aceptación en el cual el niño pueda expresar por completo sus sentimientos, obtener un entendimiento de su mundo, resolver problemas y desarrollar confianza en él mismo y en sus padres. Se espera que las familias que participan logren mejores

habilidades de comunicación, de resolución de problemas y de afrontamiento, así como una relación familiar más fuerte (Cattanach, 2003).

Ya que en este enfoque se les enseña a los padres a llevar a cabo sesiones de juego desde la aproximación de la terapia centrada en el niño, Landreth (1991) y VanFleet (2000) re-elaboran los principios planteados por Axline (op. cit.) para ser utilizados por los padres, en el establecimiento de su relación con el niño:

1. Los padres son cálidos y amistosos en la relación con el niño
2. Aceptan las expresiones, sentimientos y decisiones del niño tal como son (cuidando que sus conductas no violen ningún límite de la sesión de juego).
3. Crear un ambiente de permisividad para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos.
4. El padre está atento de los sentimientos que el niño está expresando y se los refleja para que el niño pueda entenderlos y aprender más sobre sus emociones y conductas.
5. Respeta la habilidad del niño para resolver sus propios problemas, absteniéndose de darle recomendaciones o solucionarle el problema, de esta forma el padre le permite al niño la responsabilidad de tomar decisiones y hacer cambios.
6. No dirige las acciones o pláticas del niño de ninguna manera. El padre le permite dirigir la actividad.
7. Dado que es un proceso gradual el padre debe mostrarse paciente, sin apresurar al niño.
8. Establecer sólo los límites necesarios para mantener la seguridad de los participantes.

El terapeuta también instruye a los padres en cuatro habilidades básicas que deben desarrollar para poder realizar las sesiones de juego desde este enfoque: estructura, escucha empática, juego imaginario centrado en el niño, y el establecimiento de límites (VanFleet, 2000; Cattanach, 2003).

La *habilidad de estructuración* permite a los padres darle *estructura* al espacio, es decir, el objetivo, la organización y las reglas de las sesiones de juego. En esta habilidad el padre aprende a dar la bienvenida al niño a las sesiones de juego y explicarle que en ese espacio puede hacer lo que quiera, y si hay algo que no pueda hacer se le hará saber; también debe explicarle que debe ir al baño antes de iniciar la sesión pues una vez iniciada no podrá ir; avisarle al niño con anticipación que el

tiempo de la sesión se está agotando y así darle la oportunidad de terminar lo que está haciendo; evitar generar problemas al pedir al niño que recoja los materiales, lo importante es que aprenda a respetar los límites de tiempo.

En la *habilidad de escucha empática* se busca que el padre demuestre al niño que tiene toda su atención, que lo entiende y que acepta tanto sus sentimientos como sus necesidades. Aquí los padres deben aprender a ponerse en el lugar del niño por lo que deben intentar dejar de lado sus propios pensamientos y sentimientos para poder escuchar y reflejarle al niño lo que está expresando. Es importante que evite hacer preguntas o intentar dirigir al niño.

La *habilidad de juego imaginario* espera que el padre logre representar la escena o personaje imaginario que el niño le asignó y hacerlo lo más apegado a lo que el niño desee. Lo anterior, siempre y cuando no sea ofensivo para los padres.

En el caso de la *habilidad de poner límites* es importante que los padres establezcan límites reales y racionales para que así los niños aprendan que son responsables de las consecuencias de sus decisiones. Se trata de que los niños y los padres trabajen en un espacio que sea seguro para ambos.

Para VanFleet (2000) la terapia de juego consta de cinco fases relativamente cortas, mediante las cuales el padre conoce el enfoque y aprende a utilizarlo con su hijo así como a generalizar las habilidades aprendidas a otros espacios y momentos. En la **primera fase** el terapeuta conduce una sesión de juego con el niño mientras que los padres los observan, esto con idea de mostrarle al padre cual es el trabajo que tendrá que desarrollar. Terminada la sesión de juego se discute lo que los padres observaron, sus dudas, y sus reacciones. El terapeuta se encargará de señalar las diferentes características de la sesión y hablará del juego del niño. Usualmente se le dedica una sola sesión a esta fase.

La **segunda fase** se refiere al entrenamiento, en esta fase el terapeuta se reúne solamente con los padres y les enseña las cuatro habilidades principales de las sesiones de juego. Esta fase dura de dos a tres sesiones.

En la **tercera fase** el terapeuta supervisa las sesiones de juego padre-hijo y las discute con los padres. El terapeuta estará presente en la sesión de juego conducida

por los padres, sin embargo sólo observará, no participará ni interrumpirá el trabajo su trabajo. La duración de esta fase es de cinco a seis sesiones.

La **cuarta fase** son las sesiones de juego en casa, éstas se inician una vez que los padres se sienten listos para realizar las sesiones de juego en su casa. Se recomienda que estas sesiones sean una vez a la semana durante 30 minutos y se reunirá con el terapeuta cada dos sesiones para discutir los avances.

Finalmente la **quinta fase** corresponde al cese o terminación. Esta se da cuando las sesiones en casa van bien o cuando el problema que el niño mostraba inicialmente ha mejorado. Durante esta fase la familia puede hacer un uso independiente de las habilidades y las ideas que han aprendido y que han fortalecido su vida familiar.

### **6.3 Concepción del juego**

Ya que este modelo toma como base la terapia de juego centrada en el cliente, toma la definición que Axline (op. cit.), da del juego: es el medio natural de expresión del niño, a través del cual es capaz de expresar sus sentimientos y conflictos.

El juego en este modelo es el medio a través del cual, el terapeuta enseña a los padres a practicar sesiones de juego centradas en su hijo. Con el fin de que los padres puedan entender lo que el niño comunica con su juego (necesidades, motivaciones, conflictos, etc.) y sean capaces de responder adecuadamente a las necesidades expresadas en éste.

### **6.4 Participación de los padres**

En la mayoría de los enfoques terapéuticos, el terapeuta se reúne con los padres de vez en cuando con la intención de hablar sobre el progreso y darles recomendaciones sobre el tratamiento del niño. En el caso de la terapia filial son los padres los que conducen las sesiones de juego con la guía del terapeuta y permanecen involucrados en todo el proceso terapéutico.

Para VanFleet (2000) hay muchas razones por las cuales involucrar a los padres como compañeros en el trabajo terapéutico de su hijo:

- ✓ Son los padres los que conocen íntimamente a sus hijos, por lo tanto están en la mejor posición para comparar las conductas en las sesiones de juego del niño con sus conductas diarias.
- ✓ Los padres son muy capaces de aprender a conducir este tipo de sesiones de juego.
- ✓ Los padres son las personas más importantes en la vida de los niños por lo que no se requiere que el niño construya por completo una relación nueva con un extraño, como lo es el terapeuta.
- ✓ Cuando se entrena a los padres en este enfoque ellos logran una mejor comprensión de su hijo así como desarrollan nuevas habilidades que pueden usarse después de que la terapia haya terminado, lo que conlleva a prevenir muchos de los futuros problemas.
- ✓ Este tipo de terapia fortalece directamente la relación padre-hijo, resultando en amplios beneficios para el niño, el padre, y la familia entera.
- ✓ Los niños al igual que los padres regularmente disfrutan mucho estas sesiones, y así, el proceso de cambio parece facilitárseles.

## **6.5 Alcances**

Guerney (2000) considera que la Terapia de Juego Filial es efectiva para prevenir e intervenir en problemas como el trastorno oposicionista desafiante, divorcios, familias reconstruidas, adopción, trastorno por déficit de atención, entre otros. Recalca que este tipo de terapia ha mostrado ser útil en niños y familias de diferentes culturas, y sobre todo, ha permitido disminuir el costo económico y de tiempo del tratamiento psicológico del niño.

Las investigaciones demuestran que después de implementar la Terapia de Juego Filial, padres y profesores reportan que los problemas de conducta, por los que son referidos los niños disminuyen significativamente, sobre todo aquellos que tienen que ver con la agresión y los conflictos con los padres, compañeros y otros. Además se observa una disminución en los síntomas físicos y conductuales. También se ha encontrado que el desarrollo general de los niños se acelera porque mejoran en su autorregulación emocional, en el desarrollo de patrones normales de juego, en su rendimiento académico y en su autoestima (Santiago, 2007)

## 6.6 Técnicas

Debido a que en este modelo el terapeuta enseña a los padres a tener sesiones centradas en el niño en su casa, se les recomienda que tengan juguetes especiales para realizar esas sesiones en el hogar. Estos juguetes deben ser diferentes a los que el niño regularmente usa para jugar.

Van Fleet (2000) propone la siguiente lista de juguetes para el trabajo en el hogar:

- Familia de muñecos (madre, padre, hermano, hermana, bebé)
- Casa de juguetes o una caja con muebles miniatura
- Familia de títeres/títeres de animales
- Ropa, sombreros, tela
- Utensilios de cocina
- Un recipiente con agua
- Pistolas de dardos
- Soldados miniatura y/o dinosaurios
- Bats de espuma
- Cuchillo de caucho
- Crayones o marcadores
- Papel
- Plastilina
- Arenero con miniaturas
- Teléfonos de plástico
- Bloques para construir
- Pizarrón
- Espejo
- Carros, camiones, patrullas, ambulancias, camión de bomberos, etc.
- Utensilios de doctor
- Dinero de juguete

## 6.7 Caso ilustrativo

### Caso Armando<sup>1</sup>

Armando era un niño de nueve años de edad que estudiaba el cuarto grado de primaria. Su madre fue quien pidió el apoyo psicológico.

En la primera entrevista la madre explicó que desde que nació su hermana menor, Armando mostró mucho coraje hacia ella. Conforme pasó el tiempo, este coraje incrementó, sobretodo desde la separación de los padres, de tal manera que cuando la madre solicitó la ayuda psicológica, Armando y su hermana se peleaban con palabras y hasta a golpes.

La madre mencionó que le era difícil entender a Armando, pues le hablaba de todas las formas posibles (pláticas o gritos) y parecía que el niño no le hacía caso, no la obedecía y no dejaba de pelearse con su hermana.

En la valoración de Armando se encontró que era un niño que presentaba sentimientos de tristeza y enojo, porque consideraba que era poco respetado y comprendido por sus padres lo cual le hacía creer que no tenía una cercanía física ni emocional con ellos. Asimismo, su enojo provenía de la frustración por no poder satisfacer sus necesidades; pues si intentaba cubrirlas o si las expresaba era regañado y castigado principalmente por su madre.

La principal demanda que hacía el niño era de afecto, compañía, comprensión y respeto por parte de sus padres y hermana.

Armando tenía claridad respecto al origen de sus problemas: la atención que recibía su hermana y la dificultad que tenía para convivir con su madre. Sin embargo, era un niño al que le costaba trabajo hacerse responsable de sus propias conductas y frecuentemente culpaba a los demás por lo que pasaba.

Armando envidiaba a su hermana porque creía que ella tenía la atención y cariño de sus padres. Esta situación le hacía enojar mucho, por lo que peleaba constantemente

---

<sup>1</sup> Extracto del Caso Armando presentado en: Santiago, Y. (2007). La Terapia de Juego Filial: la gran batalla contra el rival más débil ... México: Tesis de Maestría UNAM

con ella. Debido a que él la consideraba una rival, la devaluaba y negaba los sentimientos de cuidado y protección que sentía hacia ella.

De manera general la familia de Armando presentaba dificultades para relacionarse y comunicarse, debido a que no sabían como decir las cosas, a la vez que les costaba trabajo entender lo que los otros querían decir. Tenían dificultades para organizarse y disfrutar de una actividad en común. En su relación no había calidad, pues regularmente estaban discutiendo o criticándose.

En este caso se creyó conveniente que el trabajo con Armando se realizara en tres fases: 1) trabajo individual para trabajar sus sentimientos de pérdida, soledad y la rivalidad con su hermana; 2) fase de trabajo fraterno en la que se buscó fortalecer la relación entre Armando y su hermana; 3) la fase de Terapia de Juego Filial con la intención de fortalecer los vínculos afectivos entre la madre y Armando.

Las primeras tres sesiones se trabajaron en un grupo de padres. Esto permitió que los padres se involucraran en el proceso terapéutico y trabajar con la ansiedad generada por la idea de algunos de ellos de que son los únicos que tienen que solicitar ayuda profesional para manejar los problemas con sus hijos.

Los problemas que presentaban sus hijos así como la actitud que tenían hacia ellos les creaban culpa. Para disminuir ese sentimiento, se mostraron los esfuerzos que ellos hacían para ayudar a sus niños y para ayudarse a sí mismos.

En la segunda sesión la madre de Armando mostró dificultad para hacer a un lado sus propias necesidades lo que le impedía observar y centrarse en lo que le sucedía o expresaba su hijo. Lo anterior confirmó que el trabajo debía encaminarse a mejorar su habilidad receptiva.

Al parecer en la tercera sesión, la madre no se daba cuenta de que las conductas de Armando estaban relacionadas con el tipo de convivencia que existía entre ellos. Al parecer en este momento la madre no estaba convencida de tomar el control en sus manos pues culpaba a otros de lo que le sucedía a su hijo y a ella misma.

Durante la primera observación de la madre del juego de los niños, ella se esforzaba por mostrarle al terapeuta que era capaz de poner límites a la conducta de sus hijos, sin embargo sus métodos no surtieron efecto y, por más que levantaba la voz y se

mostraba enojada, los niños simplemente no le hacían caso y continuaban discutiendo. Debido a esto al final de la sesión se propiciaron espacios donde madre e hijo pudieran convivir, compartir, expresarse y escucharse mutuamente, para que se dieran cuenta de los aspectos positivos que cada uno tiene y así completaran la visión limitada que tenían (atender sólo a lo negativo).

En la primera sesión de juego filial entre la madre y sus hijos se observó la forma en que los miembros de la familia interactuaban regularmente. La relación que había entre ellos se basaba en las críticas, autocríticas, insultos, devaluaciones mutuas, amenazas, reclamos, intolerancia, desatención y en alianzas para agredir a uno de los miembros.

Aunque la madre intentaba generar un ambiente positivo, en varias ocasiones fue ella misma quien promovió situaciones que terminaban en agresiones o descalificaciones.

A pesar de estas dificultades fue importante reconocer y hacer evidente el gran esfuerzo que estaba haciendo por mejorar las relaciones con sus hijos.

A partir de esta sesión se estaban proporcionando elementos a la madre para que, al participar de manera activa en el proceso terapéutico, pudiera generar algunos cambios en ella y en el entorno que favorecieran los lazos afectivos entre ella y sus niños.

Ya en la cuarta sesión de juego filial se observaron cambios en las interacciones. En el juego mostraron la disposición de reconocer sus faltas y reparar lo hecho a través de pedir una disculpa. Asimismo, pudo verse la capacidad de los niños para esperar su turno y respetar el espacio o conversación del otro hermano.

La madre mostró mayor apertura en la convivencia con sus hijos. Fue más amable y capaz de establecer límites sin la necesidad de usar advertencias o castigos. Además hizo lo posible por distribuir su atención en los dos niños. También mostró su habilidad para escuchar los sentimientos y necesidades de sus hijos, pero sobre todo expresó la habilidad para responder a las peticiones de sus hijos.

En esta sesión la mamá no hizo críticas o señalamientos negativos hacia el trabajo o expresiones de sus hijos. En vez de ello, se dio la oportunidad para investigar lo que podrían sentir sus hijos mediante preguntas sobre lo que hacían o sentían los

personajes que utilizaban en el juego. Fue capaz de aplicar deliberadamente las habilidades de juego filial que más le costaban trabajo: poner límites y estructuración.

En la sesión de cierre se observó un gran cambio en la forma en la que Armando, su hermana, y su mamá se relacionaban. Durante la sesión manifestaron expresiones de afecto, tolerancia, guía, cooperación, respeto y disfrute de aquellos momentos que compartían juntos. Ahora aunque se presentaba el enojo, éste ya no los separaba.

# CAPÍTULO 7

## ANÁLISIS COMPARATIVO

## **Terapia de Juego Psicoanalítica - Terapia de Juego Centrada en el Niño**

En el caso de la terapia de juego psicoanalítica, el terapeuta no dirige el trabajo que se realiza con el menor, es el propio niño quien toma las decisiones acerca de qué materiales va a utilizar y cómo va a trabajar con ellos. El terapeuta centrado en el niño tampoco dirige las actividades del niño pues eso significaría una imposición y este modelo enfatiza la aceptación del niño tal y como es. En ninguno de los dos modelos se proponen metas específicas que deban cumplirse a lo largo del tratamiento.

En ambos modelos es el niño quien decide los materiales y la forma en que los va a utilizar. En el modelo psicoanalítico, el terapeuta participa como observador activo del juego del niño y no sugiere ninguna actividad o material. En la terapia de juego centrada en el niño el terapeuta está presente observando al niño y le refleja algo sobre su conducta o sus verbalizaciones.

Para el modelo psicoanalítico la interpretación es importante y debe encontrar la forma de comunicársela al niño para que la pueda entender y trabaje con ella de manera activa. En el caso de la terapia centrada en el niño, las interpretaciones no se utilizan, a menos que el niño las incorpore, a las cuales el terapeuta responde con una aceptación incondicional, no se realiza la interpretación simbólica del juego.

El juego es considerado como el medio natural que permite la expresión de sentimientos y conflictos del niño, concepción que sostiene sobre el juego el modelo centrado en el niño. Para el modelo psicoanalítico, el juego es el medio por el cual, el terapeuta puede analizar la transferencia y la resistencia, es una fuente de información.

La participación de los padres es esencial para ambos modelos, pues considera que son una muy buena fuente de información. En el caso de la terapia centrada en el niño, el terapeuta los acepta tal y como son, los atiende y si es necesario los encauza a una terapia individual o de pareja. En la terapia de juego psicoanalítica es muy importante construir una relación con ellos para que el tratamiento del niño no se vea afectado.

La depresión, ansiedad, la aceptación de limitaciones como enfermedades crónicas, problemas emocionales, el narcisismo problemático, son entre otros, algunos de los

problemas que son apropiados para el uso de la terapia de juego psicoanalítica. Los problemas para lo que el modelo centrado en el niño resulta una buena opción son: conflictos emocionales, fracaso escolar, maltrato físico o sexual, trastornos de la alimentación, trastornos de aprendizaje, cambios extremos del estado de ánimo, problemas psicosomáticos, enuresis, encopresis, brotes de violencia, daño a sí mismo, mutismo selectivo, retraimiento, berrinches, entre otros.

## **Terapia de Juego Psicoanalítica - Terapia de Juego Gestalt**

La terapia de juego gestalt a diferencia de la terapia de juego psicoanalítica, es directiva, aunque también tiene la opción de no serlo. En el modelo gestalt el terapeuta es quien decide cual es la mejor técnica para ser utilizada con el niño. Toma la decisión a partir de los conflictos que el infante presenta. La terapia de juego psicoanalítica no es directiva.

Los materiales y actividades que se realizan en el marco de la terapia psicoanalítica son elegidos por el niño. En el modelo gestalt el terapeuta elige tanto los materiales como las actividades que van enfocadas a la expresión de emociones y sentimientos. . En el modelo psicoanalítico, el terapeuta participa como observador activo del juego del niño.

La interpretación es importante para la terapia de juego psicoanalítica. El terapeuta debe encontrar la forma de comunicar sus descubrimientos al niño, para que este último pueda trabajarlas de manera activa. En la terapia gestalt no se utilizan las interpretaciones hechas por el terapeuta, lo que importa es lo que el niño exprese, mediante cuestionamientos que le haga el terapeuta.

Para el modelo psicoanalítico, el juego es un medio que permite que el terapeuta analice la transferencia y la resistencia, representa una fuente de información. En la terapia de juego gestalt, el juego/juguetes son los medios que le abren las puertas de la vida interior del niño al terapeuta, pues mediante ellos el niño puede expresar sus sentimientos, y de alguna forma sacar lo que tiene guardado en su interior y trabajarlo, junto con el terapeuta.

En la terapia de juego psicoanalítica la relación con los padres es muy importante, ellos son quienes llevan al niño y lo mantienen asistiendo a cada sesión, por esto se debe tener una buena relación con ellos. Son una buena fuente de información pues proporcionan datos sobre la historia del síntoma así como la historia general del niño. Para el modelo gestalt, los padres también son importantes, no se les critica ni se les juzga. Se recomienda mantenerse en contacto con ellos para que, terapeuta, niño y padres formen una unidad que permita más progresos a favor del niño.

La terapia gestalt ayuda a los niños; con conductas de ira, de agresión, de hiperactividad, de timidez; con sentimientos de temor; con eventos traumáticos; con síntomas físicos; con inseguridad, con complacencia excesiva; con la soledad. También es buena para niños con autismo; con sentimientos de culpa así como para la autoestima. La terapia de juego psicoanalítica se recomienda para el tratamiento de: depresión, ansiedad, la aceptación de limitaciones como enfermedades crónicas, problemas emocionales, el narcisismo problemático, entre otros.

## **Terapia de Juego Psicoanalítica -Terapia de Juego Cognitivo-Conductual**

A diferencia del modelo cognitivo conductual, en el cual el terapeuta fija objetivos para la intervención y el trabajo en la sesiones se dirige a lograr esos objetivos; el terapeuta que utiliza el modelo de psicoterapia de juego psicoanalítica no dirige el trabajo en las sesiones. En este último, los niños son los que sesión a sesión deciden cómo y con qué van a trabajar.

La terapia de juego psicoanalítica no se utiliza para enseñar al niño. Para la terapia cognitivo-conductual, éste es un objetivo principal, pues este modelo se utiliza para enseñar habilidades y conductas adaptativas.

Para el modelo psicoanalítico la interpretación es importante y debe encontrar la forma de comunicársela al niño para que la pueda entender y trabaje con ella de manera activa. La terapia de juego cognitivo-conductual utiliza la interpretación, o mejor dicho las conexiones de la conducta con el fin de que el niño las verbalice y puedan trabajar con ellas.

Un componente esencial de la terapia de juego cognitivo-conductual es el elogio, pues mediante él, el terapeuta le deja saber al niño que las conductas que está realizando son apropiadas y de esta forma las refuerza. Para el modelo psicoanalítico el elogio no es apropiado.

Cuando se trabaja desde el modelo cognitivo-conductual, tanto el terapeuta como el niño eligen los materiales y las actividades que van a realizar. En el caso del modelo psicoanalítico el terapeuta no sugiere ningún material o actividad, se limita solamente a observar el juego del niño.

El concepto de juego en la terapia de juego cognitivo-conductual se refiere a una técnica que permite que el terapeuta enseñe habilidades y conductas alternativas al niño. Para la terapia de juego psicoanalítica el juego es el medio que permite que el niño verbalice sus conflictos y de esta forma el terapeuta pueda la resistencia y la transferencia.

La terapia de juego psicoanalítica considera que la participación de los padres es muy importante pues gracias a ellos se obtiene la información sobre el síntoma, y otros

datos de la historia de menor. Además son ellos quienes toman la decisión de llevar al niño a tratamiento. El terapeuta debe mantener una buena relación con ellos, con frecuencia debe verlos para informarles sobre el progreso de su hijo. El papel que tienen los padres en la terapia de juego cognitivo-conductual recae en que ayudan al terapeuta a establecer los objetivos de la intervención así como a lograr la generalización de lo que se enseña al niño.

Se recomienda hacer uso de la terapia de juego cognitivo-conductual en los siguientes casos: mutismo selectivo, ansiedad por separación, fobias, divorcio, abuso sexual, maltrato, encopresis, enuresis, así como en niños diagnosticados con TDA-H. La depresión, ansiedad, la aceptación de limitaciones como enfermedades crónicas, problemas emocionales, el narcisismo problemático, son entre otros, algunos de los conflictos que se pueden tratar mediante la terapia de juego psicoanalítica.

## **Terapia de Juego Psicoanalítica - Terapia de Juego Filial**

En ambos modelos, el terapeuta no dirige el trabajo del niño. En el caso especial de la terapia de juego filial, el terapeuta sí dirige a los padres, con la intención de que aprendan a practicar la terapia centrada en el niño con su propio hijo. Sensibiliza a los padres para que puedan responder a las necesidades que el niño expresa en su juego. En ninguno de los dos modelos se proponen metas específicas que deban cumplirse a lo largo del tratamiento, sin embargo, la terapia filial tiene la intención de mejorar las relaciones entre los padres y su hijo.

A diferencia del modelo psicoanalítico que no especifica el número de sesiones que durará el tratamiento, la terapia filial sí tiene una estructura sobre la cual se planean las sesiones (5 fases).

La terapia de juego psicoanalítica trabaja con la interpretación del juego simbólico del niño y por tanto, debe encontrar la forma de comunicársela para que la pueda entender y trabaje con ella de manera activa. En el caso de la terapia de juego filial, no se hacen interpretaciones, lo que se utiliza es el reflejo, que al principio será dado por el terapeuta y conforme avance el tratamiento lo harán los padres.

El juego es considerado como el medio natural que permite la expresión de sentimientos y conflictos del niño, por eso es tan importante para el modelo filial, que los padres sean sensibles a lo que sucede en éste, para que puedan responder de manera adecuada a los deseos, motivaciones, etc., de su hijo. Para el modelo psicoanalítico, el que el niño expresa sus conflictos, miedos, entre otros.

La participación de los padres es esencial para la terapia de juego filial, de hecho, se trabaja más con ellos que con el niño, y al igual que al pequeño, se les acepta tal y como son. El terapeuta se encarga de enseñarles a los padres como responder de manera adecuada a las necesidades del niño. Para la terapia de juego psicoanalítica los padres también son muy importantes. El terapeuta debe buscar construir una relación con ellos para que el tratamiento del niño se mantenga en progreso.

Se recomienda utilizar la terapia filial para intervenir en los siguientes casos: trastorno oposicionista desafiante, divorcios, familias reconstruidas, adopción, trastorno por déficit de atención, entre otros. Depresión, ansiedad, la aceptación de limitaciones

como lo son las enfermedades crónicas, problemas emocionales, el narcisismo problemático, son entre otros, algunos de los problemas que son apropiados para el uso de la terapia de juego psicoanalítica.

## **Terapia de Juego Centrada en el Niño - Terapia de Juego Gestalt**

En la terapia de juego centrada en el niño no se acepta la dirección, esto sería una contradicción a lo propuesto por el mismo modelo, pues significaría una imposición sobre el niño, al cual se debe aceptar tal y como es; por lo tanto es una terapia no directiva. La terapia de juego gestalt tiene la opción de ser directiva o no directiva, por un lado el terapeuta puede guiar al niño mediante el uso de las técnicas, con materiales y actividades propuestas por el terapeuta. Sin embargo, en algunos momentos se puede permitir que el niño dirija el trabajo. Lo que se busca es un beneficio para el niño, no importa como se logre. La elección de los materiales y actividades que se utilizan en la terapia de juego centrada en el niño, son elegidos por el propio niño.

En ninguno de los dos modelos se le da una interpretación al juego simbólico. En ambos casos, lo que se busca es que el niño sea quien exprese el significado de lo que está realizando, pues solamente así se obtendrá información verídica.

El juego/juguetes en la terapia de juego gestalt, son los medios que permiten que el terapeuta pueda observar lo que sucede en el interior del niño, pues mediante ellos gracias al juego expresa sus sentimientos, y de alguna forma saca lo que tiene dentro de él, y puede trabajar ese material con ayuda del terapeuta. El modelo de terapia de juego centrada en el niño considera que el juego es el medio natural de expresión del niño.

Estos modelos comparten un poco la concepción de los padres. Para el modelo gestalt, los padres no deben ser juzgados ni criticados. Hay que mantenerse en contacto con ellos para lograr más avances en el tratamiento del niño. En el caso de la terapia centrada en el niño, el terapeuta los acepta tal y como son, los atiende y si es necesario los encauza a una terapia individual o de pareja.

La terapia gestalt ayuda a los niños; con conductas de ira, de agresión, de hiperactividad, de timidez; con sentimientos de temor; con eventos traumáticos; con síntomas físicos; con inseguridad, con complacencia excesiva; con la soledad. También es buena para niños con autismo; con sentimientos de culpa así como para la autoestima. el modelo centrado en el niño es útil para el tratamiento de: conflictos emocionales, fracaso escolar, maltrato físico o sexual, trastornos de la alimentación,

trastornos de aprendizaje, cambios extremos del estado de ánimo, problemas psicosomáticos, enuresis, encopresis, brotes de violencia, daño a sí mismo, mutismo selectivo, retraimiento, berrinches, entre otros.

## **Terapia de Juego Centrada en el Niño - Terapia de Juego Cognitivo-Conductual**

En cuanto a lo que se refiere a los principios de ambos modelos se encontró que la terapia de juego centrada en el niño el terapeuta no dirige al niño ya que lo acepta tal y como es. En cambio en la terapia de juego cognitivo-conductual se establecen metas/objetivos claros así que todos los esfuerzos de la intervención se dirigen al cumplimiento de esas metas.

La terapia cognitivo-conductual se utiliza para enseñar habilidades así como conductas alternativas, la terapia de juego centrada en el niño no se utiliza como una forma de enseñanza ya que eso sería darle dirección al trabajo terapéutico.

El terapeuta que trabaja con el modelo centrado en el niño no hace interpretaciones o conexiones del juego del niño, a menos que sea el pequeño el que las introduce. En este modelo lo que el terapeuta comunica al niño es que lo acepta incondicionalmente, no la interpretación del juego simbólico. En la terapia de juego cognitivo-conductual el terapeuta si habla de conexiones entre la conducta del niño con la intención de que este último verbalice sus conflictos.

Un componente muy importante de la terapia de juego cognitivo-conductual es el elogio pues éste es una forma en que el terapeuta puede comunicarle al niño que conductas son apropiadas y cuales no lo son. En la terapia de juego centrada en el niño, el terapeuta no puede utilizar el elogio pues esto comunicaría al niño que el terapeuta no lo acepta tal y como es y que desearía que se comportara en cierta forma.

Para la terapia de juego centrada en el niño el juego es el medio por el que el niño es capaz de expresar sus sentimientos y conflictos. El concepto de juego en la terapia de juego cognitivo-conductual se refiere a una técnica que permite que el terapeuta enseñe habilidades y conductas alternativas al niño.

En la terapia de juego cognitivo-conductual niño y terapeuta eligen y deciden en conjunto que materiales van a utilizar. En el modelo centrado en el niño, es el pequeño el que toma la decisión sobre que materiales se van a utilizar, las actividades que se realizarán y la dirección que el juego va a tomar.

La participación de los padres es muy importante para ambos modelos, la diferencia radica en que la terapia de juego cognitivo-conductual necesita de ellos para establecer las metas de la intervención así como para ayudar a que el niño mantenga las nuevas conductas en el hogar y en otros ambientes. En el modelo centrado en el niño el terapeuta también acepta a los padres tal y como son.

Los problemas que se recomiendan tratar con el modelo centrado en el niño son: conflictos emocionales, fracaso escolar, maltrato físico o sexual, trastornos de la alimentación, trastornos de aprendizaje, cambios extremos del estado de ánimo, problemas psicosomáticos, enuresis, encopresis, brotes de violencia, daño a sí mismo, mutismo selectivo, retraimiento, berrinches, entre otros. La terapia de juego cognitivo-conductual se recomienda en los siguientes casos: mutismo selectivo, ansiedad por separación, fobias, divorcio, abuso sexual, maltrato, encopresis, enuresis, así como en casos diagnosticados con TDA-H.

## **Terapia de Juego Centrada en el Niño - Terapia de Juego Filial**

Tanto la terapia de juego centrada en el niño como la terapia de juego filial, son terapias no directivas. Ambas vienen de un lugar común, la terapia filial se desarrolla a partir de la terapia centrada en el niño. Comparten la idea de que el paciente es quien debe decidir que materiales se van a utilizar en la sesión, así como el uso que se les dará. Considerarlas directiva sería cometer un gran error pues esto es totalmente contradictorio a lo que el modelo mismo propone.

La terapia filial y la terapia centrada en el niño se desarrollan a partir de una estructura en etapas, en el caso de la filial se consideran cinco fases, y para la terapia centrada en el niño, cuatro etapas.

Ambos modelos también comparten el concepto de juego, en realidad, la terapia de juego filial retoma la definición que da el modelo centrado en el niño. El juego es el medio por el que el niño es capaz de expresar sus deseos, motivaciones, necesidades, conflictos, etc. En ninguno de los dos modelos se hace uso de las interpretaciones, lo que se utiliza es el reflejo, que al principio será dado por el terapeuta y después lo harán los padres.

La participación de los padres es esencial para la terapia de juego filial, de hecho, el trabajo se realiza con ellos presentes, pues se les debe enseñar a practicar el modelo centrado en el niño. Tanto el modelo centrado en el niño como el filial, aceptan a los padres de la misma forma que aceptan al niño, tal y como son. El terapeuta del modelo filial se encarga de enseñar a los padres como responder de manera adecuada a las necesidades del niño.

Se recomienda utilizar la terapia filial para intervenir en los siguientes casos: trastorno oposicionista desafiante, divorcios, familias reconstruidas, adopción, trastorno por déficit de atención, entre otros. La terapia centrada en el niño puede ayudar a tratar los siguientes problemas: conflictos emocionales, fracaso escolar, maltrato físico o sexual, trastornos de la alimentación, trastornos de aprendizaje, cambios extremos del estado de ánimo, problemas psicosomáticos, enuresis, encopresis, brotes de violencia, daño a sí mismo, mutismo selectivo, retraimiento, berrinches, entre otros

## **Terapia de Juego Gestalt - Terapia de Juego Cognitivo-Conductual**

Estos modelos son considerados como directivos, aunque, la terapia de juego gestalt tiene la opción de ser directiva o no directiva. Se considera que la terapia de juego cognitivo-conductual, es directiva, porque desde el inicio se plantean objetivos específicos y se trabaja para lograrlos, esto constituye la base de la intervención. En ambos modelos se el terapeuta en junto con el niño, elije las actividades y materiales que se van a utilizar en la sesión. En el caso de la terapia de juego gestalt, esto no ocurre la mayoría de las veces, pero si está permitido; la mayor parte de las sesiones, el terapeuta trabaja con el niño mediante el uso de técnicas, con materiales y actividades propuestas específicas y propuestas por el terapeuta. Lo que se busca es un beneficio para el niño, no importa como se logre.

En ninguno de los dos modelos se le da una interpretación al juego simbólico. La terapia de juego gestalt busca que el niño sea quien exprese el significado de lo que está realizando, pues solamente así se obtendrá información verídica. El terapeuta de juego cognitivo-conductual si realiza interpretaciones que son mejor entendidas como conexiones entre la conducta del niño, esto con la intención de que las verbalice y se puedan trabajar en el espacio terapéutico.

El juego/juguetes en la terapia de juego gestalt, son los medios que abren al niño para que el terapeuta pueda observar lo que ocurre en su interior. La terapia cognitivo-conductual utiliza al juego como un medio mediante el cual puede enseñar conductas adaptativas al niño.

Para el modelo gestalt, los padres no deben ser juzgados ni criticados, se les debe dar a conocer el trabajo que se realizará con su hijo, para que puedan entenderlo y apoyarlo. La terapia de juego cognitivo-conductual necesita de los padres para establecer las metas de la intervención así como para ayudar a que el niño mantenga las nuevas conductas en el hogar y en otros ambientes.

La terapia gestalt ayuda a los niños; con conductas de ira, de agresión, de hiperactividad, de timidez; con sentimientos de temor; con eventos traumáticos; con síntomas físicos; con inseguridad, con complacencia excesiva; con la soledad. También es buena para niños con autismo; con sentimientos de culpa así como para la autoestima. el modelo centrado en el niño es útil para el tratamiento de: conflictos

emocionales, fracaso escolar, maltrato físico o sexual, trastornos de la alimentación, trastornos de aprendizaje, cambios extremos del estado de ánimo, problemas psicosomáticos, enuresis, encopresis, brotes de violencia, daño a sí mismo, mutismo selectivo, retraimiento, berrinches, entre otros. La terapia de juego cognitivo-conductual se recomienda en los siguientes casos: mutismo selectivo, ansiedad por separación, fobias, divorcio, abuso sexual, maltrato, encopresis, enuresis, así como en casos diagnosticados con TDA-H.

## **Terapia de Juego Gestalt - Terapia de Juego Filial**

En el caso especial de la terapia de juego filial, el terapeuta sí dirige a los padres, con la intención de que aprendan a practicar la terapia centrada en el niño con su propio hijo. Sensibiliza a los padres para que puedan responder a las necesidades que el niño expresa en su juego. La terapia de juego gestalt a diferencia de la terapia de juego psicoanalítica, es directiva, aunque también tiene la opción de no serlo. En el modelo gestalt el terapeuta es quien escoge la mejor técnica para ser utilizada con el niño.

La terapia de juego filial no hace interpretaciones, lo que se utiliza es el reflejo. En la terapia gestalt no se utilizan las interpretaciones hechas por el terapeuta, lo que importa es lo que el niño exprese, mediante cuestionamientos del terapeuta. Pues solamente el niño sabe que es lo que quiso expresar en sus dibujos o juegos.

El juego es considerado como el medio natural que permite la expresión de sentimientos y conflictos del niño, por eso es tan importante para el modelo filial, que los padres sean sensibles a lo sucede en él. En la terapia de juego gestalt, el juego/juguetes son los medios que le abren dejan ver la vida interior del niño, mediante ellos el niño puede expresar sus sentimientos, y de alguna forma sacar lo que tiene guardado en su interior y trabajarlo con el terapeuta.

La participación de los padres es esencial para la terapia de juego filial, de hecho, se trabaja más con ellos que con el niño, y al igual que al pequeño, se les acepta tal y como son. El terapeuta se encarga de enseñarles a los padres como responder de manera adecuada a las necesidades del niño. Para el modelo gestalt, los padres son importantes, no se les critica ni se les juzga. Hay que estar en contacto con ellos, y explicarles la forma en que trabaja la terapia de juego gestalt.

Se recomienda utilizar la terapia filial para intervenir en los siguientes casos: trastorno oposicionista desafiante, divorcios, familias reconstruidas, adopción, trastorno por déficit de atención, entre otros. La terapia gestalt ayuda a los niños; con conductas de ira, de agresión, de hiperactividad, de timidez; con sentimientos de temor; con eventos traumáticos; con síntomas físicos; con inseguridad, con complacencia excesiva; con la soledad. También funciona en niños con autismo; con sentimientos de culpa así como para la autoestima.

## **Terapia de Juego Cognitivo-Conductual - Terapia de Juego Filial**

La terapia de juego cognitivo-conductual si es una terapia directiva. Desde el inicio se trazan los objetivos y todo el trabajo realizado va encaminado al cumplimiento de éstos. En este modelo tanto el terapeuta como el niño eligen los materiales y las actividades. La terapia de juego filial no es directiva, el niño elige lo que desea hacer. El modelo filial también trabaja sobre una estructura de cinco fases.

En el caso de la terapia de juego filial se utiliza el reflejo, las interpretaciones nos se utilizan pues sería contradictorio ya que el modelo especifica que se debe aceptar tanto al niño como a los padres incondicionalmente. El modelo de terapia de juego cognitivo-conductual más que nada utiliza las conexiones entre las conductas para que el niño pueda verbalizar y trabajar a partir de ahí.

El juego es para el modelo filial, el medio que fomenta la expresión de sentimientos y conflictos del niño, y cuando los padres son sensibles a él, pueden responder de manera adecuada a las necesidades de su hijo. Para la terapia de juego cognitivo-conductual, el juego no es más que la técnica a través de la cual se le enseñan conductas nuevas al niño. Este modelo también considera al elogio como un componente muy importante, pues refuerza las conductas que son enseñadas al niño.

Para ambos modelos, el trabajo con los padres es vital, por una parte, el modelo filial, trabaja directamente con ellos, les enseña nuevas habilidades y les hace sensibles al juego de su hijo, además de que toma del modelo cognitivo-conductual, la enseñanza, sólo que en este caso se enseña a los padres y no al niño. También toma de ese modelo el principio de la generalización. El papel que tienen los padres en la terapia de juego cognitivo-conductual recae en que ayudan al terapeuta a establecer los objetivos de la intervención así como a lograr la generalización de lo que se enseña al niño.

Se recomienda utilizar la terapia filial para intervenir en los siguientes casos: trastorno oposicionista desafiante, divorcios, familias reconstruidas, adopción, trastorno por déficit de atención, entre otros. La terapia de juego cognitivo-conductual funciona en los siguientes casos: mutismo selectivo, ansiedad por separación, fobias, divorcio, abuso sexual, maltrato, encopresis, enuresis, así como en niños diagnosticados con TDA-H.

# CAPÍTULO 8

## CONCLUSIONES

## Conclusiones

El juego del niño siempre ha causado curiosidad a los adultos que lo observan. El placer que provoca a los pequeños es evidente. En la psicología clínica infantil, más allá de cualquier modelo teórico que soporte la intervención, el juego es el elemento central.

Los diferentes teóricos del juego destacan la importancia que éste tiene en el desarrollo infantil, cumple una función educativa, favorece el desarrollo cognoscitivo, amplía el sentido de la realidad, las experiencias, desarrolla la creatividad, fomenta nuevas habilidades, entre otros.

El juego es más que un esfuerzo por parte del niño de controlar su ambiente, a través de él, revisa, reconoce, y domina escenarios de su historia personal. El juego fomenta la resolución de problemas y permite un equilibrio saludable en el niño.

Por lo general, en el estudio del juego se le da más importancia a su aspecto que facilita el aprendizaje, sin embargo es una muy buena herramienta para que el niño logre enfrentar y dominar situaciones difíciles y dolorosas para restablecer su equilibrio.

La importancia del juego radica en que permite un enriquecimiento, prácticamente todas las corrientes que lo estudian, están de acuerdo en que a través del juego se adquieren capacidades de expresión, libertad y creatividad.

La observación y el análisis de la actividad de juego es una herramienta que puede ayudar a identificar y solucionar un amplio espectro de problemas que afectan a los niños.

Dadas las bondades del juego, la responsabilidad de elegir el modelo terapéutico del que más se beneficiará el niño, recae sobre el terapeuta. Éste debe ser suficientemente sensible a las necesidades del niño para poder tomar esta decisión. El terapeuta debe estar capacitado para la aplicación correcta de estos modelos con la finalidad de no empeorar la situación del menor, debe actuar éticamente y siempre en busca del beneficio del niño.

En este trabajo se presentaron cinco modelos de psicoterapia de juego, se compararon, y lo que se puede concluir de ese análisis, es que ninguno es mejor que otros, todos son diferentes y esas diferencias son las que los enriquecen. Los modelos obedecen a necesidades distintas, por eso el terapeuta, debe conocerlos a profundidad para saber si el problema que presenta el niño, podrá resolverse con determinado modelo.

Se presentaron casos ilustrativos de cada modelo con la intención de que el lector pudiera hacerse de una idea de la forma en que se trabajan en la práctica. Se intentó que los casos fueran extraídos de repúblicas mexicanas, esto con la intención de mostrar los avances que hay en nuestro país sobre la psicoterapia de juego. Fue difícil conseguirlos y de hecho dos de los casos fueron extraídos de publicaciones de origen extranjero.

A pesar de todo, hay que reconocer que el Programa de Maestría con Residencia en Psicoterapia Infantil, perteneciente a nuestra Facultad, realiza muchos trabajos de investigación, pues sus egresados publican sus reportes de experiencia que nos dejan ver la forma en que se trabaja la psicoterapia de juego en nuestro país.

Este año se inició la publicación, por parte del Instituto de Juego y Psicoterapia, A.C., de la Revista Mexicana de Psicoterapia de Juego, esto nos habla del interés que existe por dar a conocer la investigación que se hace desde estos modelos.

Aunque apenas empieza, es un buen comienzo.

# REFERENCIAS

## REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1972) *El psicoanálisis y sus aplicaciones*. Argentina: Paidós.
- Ackerman, N. (1961) *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Ediciones Hormé
- Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C, y Daymas, S.(2001). *El juego en psicoterapia del niño*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Arellano, O; Astorga, M. A. (2006). *Efectos de un programa cognoscitivo-conductual sobre la autoestima en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. México: Tesis de Licenciatura UNAM
- Axline, V. (1994). *Terapia de Juego*. México: Editorial Dian
- Biermann, G. (1973). *Tratado de Psicoterapia Infantil*. Barcelona: Espaxs
- Bloomquist, M. L. (2006) *Skills Training for Children with Behavior Problems: a parent and practitioner guidebook*. Nueva York: The Guilford Press.
- Braswell, L. y Kendall, PC. (1988) Cognitive-behavioral methods with children. En Dobson, K. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Briesmeister, J, y Scafefer, CH. (1989). *Handbook of parent training. Parents as co-therapists for children's behavior problem*. USA: Wiley
- Bromfield, R. (2005) *Terapia de juego psicoanalítica*. En: Schefer, CH. (2005). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Campo, J. A. (1989). *El juego, los niños y el diagnóstico*. España: Paidós
- Cárdenas, V. (2005). *El papel de los padres en la clínica psicoanalítica con niños*. México: Tesis de Licenciatura UNAM
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to Play Therapy*. Inglaterra: Taylor & Francis
- Chateu, J. (1958). *Psicología de los juegos infantiles*. Argentina: Kapelusz
- Chávez, A. (2007). *Terapia de juego en el ámbito escolar: una propuesta*. México: Tesis de Licenciatura
- Cornejo, L. Z. (1997). *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. 2ª ed. España: Desclee de Brouwer.
- Diaz, J. L. (1997) *El juego y el juguete en el desarrollo del niño*. México: Editorial Trillas
- Esman, A. (1988) *Terapia de juego psicoanalítica*. En Schaefer, CH; O'Connor. K. *Manual de terapia de juego*. Vol. 1 (12 a reimpresión) México: Manual Moderno
- Estrada, L. (1992) *El papel de los padres en el tratamiento de los niños* En: Salles, M. *Manual de psicoanálisis y psicoterapia de niños y adolescentes*. México: Grupo Editorial Planeta.
- Esquivel, F. (2005) *El juego*. México: Instituto de Juego y Psicoterapia.
- Esquivel , Heredia, C; Lucio, E.. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno
- Feigelson, Ch. (1974). Play in child analysis. *The Psychoanalytic Study of Child*. Yale University Press 29:21-26.
- Freud, A. (1946). *The psycho-analytical treatment of children: Technical lectures and essays*. London: Imago
- Freud, S. (1909) *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*: en *Obras Completas*. (1986) Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Granvold, D. K. (Ed.). (1994). *Cognitive and behavioral treatments: Methods and applications*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Guerney, B. G., Stollak, G. E., Y Guerney, L. (1970). A format for a new model of psychological practice: Or how to escape a zombie. *The counseling psychologist* 2(2), 97-104.
- Guerney, B. G., Stollak, G. E., Y Guerney, L. (1971). The practicing psychologist as educator. An alternative to the medical practitioner model. *Professional Psychology* 2(3) 276-282.

- Guerney, L. F. (1998) *Terapia de juego centrada en el cliente (no directiva)* En Schaefer, CH, O'Connor, K.; *Manual de terapia de juego*. Vol 1. México: El Manual Moderno
- Guerney, L. F. (2000) Filial Therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*. (9), 2, 1-17
- Hart, K. J. (1993) Cognitive-Behavioral Procedures with Children: Historical Context and Current Status: en Finch, A.J. et al. *Cognitive-behavioral procedures with children and adolescents: A practical guide*. Boston: Allyn and bacon.
- Hartley, R. E.; Frank, & Goldenson (1965). *Como comprender los juegos infantiles*. Argentina: Paidós
- Hegeler, S. (1965). *Cómo elegir los juguetes*. Argentina: Paidós
- Jennings, S. (1993). *Playtherapy with children: A practitioner's guide*. Oxford: Blackwell Scientific
- Johnson, J. H. (1992). *Métodos de tratamiento infantil*. México: Limusa: Noriega
- Jurado, M. B. (2001) *Análisis comparativo de las principales teorías en la terapia de juego*. México: Tesis de Licenciatura UNAM
- Kanner, L. (1957). *Child Psychiatry*. Springfield, Illinois: C.C. Thomas.
- Knell, S. (1996) Cognitive-behavioral play therapy. En *Hatherleigh Guide to Child and Adolescent Therapy*. New York: Hatherleigh Press
- Knell, S. (1997). *Terapia de juego cognoscitiva-conductual*. En O'Connor, K; Schaefer, CH. E. *Manual de terapia de juego*. Vol 2. México: Manual Moderno.
- Landreth, G. L. (1991). *Play therapy: the art of the relationship*. Munci: Accelerated Development
- López, E. (2003). *El juego en el niño de edad preescolar*. México: Tesis de Licenciatura UNAM
- Mcmahon, L. (1992). *The handbook of Play Therapy*. London; Routledge.
- Millar, S. (1972). *Psicología del juego infantil*. España: Fontanella.
- Moustakas, C. W. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationship*. New York: Harper & Row.
- Muñoz, M (2003) *Algunos Modelos de Psicoterapia Infantil Aplicados a un Caso*. México: Tesis de Licenciatura Universidad de las Américas
- Nelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton
- Oaklander, V. (1996) *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos
- Oaklander, V. (2005) *Terapia de juego gestalt*. En Schaefer, CH. *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- O' Connor, K.; Schaefer, CH. (1998). *Manual de terapia de juego*. México: El Manual Moderno.
- Padilla, M. (2003). *Psicoterapia de Juego*. México: Plaza y Valdes.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton
- Rank, O. (1945). *Will therapy, truth and reality*. New York: Knopf.
- Reisman, A. (1966). Higher education: A population flow feedback model. *Science* 153, 89-91
- Reisman, J. (1973). *Principles of psychotherapy with children*. New York: Wiley.
- Rogers, C. R. (1961) *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Romero, M. C (2006). *Fantasías infantiles ante la pérdida inminente de un padre*. México: Tesis de Licenciatura UNAM
- Romero, M. C., & Esquivel, M. F. (2007) El monstruo invisible: El lugar de la fantasía en el duelo infantil. *Revista Mexicana de Psicoterapia de Juego*, (1) 31 44
- Prado, X. (2005). *Adaptación al medio hospitalario de niños con enfermedades hemato-oncológicas*. México: tesis de Maestría, UNAM
- Santiago, Y. (2007). *La Terapia de Juego Filial: la gran batalla contra el rival más débil...* México: Tesis de Maestría UNAM

- Sarazanas, R., Bandet, J. (1985). *El niño y sus juguetes*. España: Nancea.
- Sweeney, D; Homeyer, L. (Eds.) (1999). *The handbook of group play therapy*. USA: Jossey-Bass
- Sweeney, D; Landreth, G. (2005) *Terapia de Juego centrada en el niño en: Schaefer, CH. Fundamentos de terapia de juego*. México: El Manual Moderno.
- Sharf, R. S. (2004). *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases*. Belmont CA: Thomson Brooks/Cole.
- Soifer, R. (1976). *¿Cómo juego con mi hijo? (A cada edad)*. Argentina: Kargieman
- VanFleet, R. (2000). *A Parent's Handbook of Filial Therapy*. U.S.A.: Play Therapy Press.
- Velázquez, M. (2004). *El juego como recurso psicoterapéutico*. México: Tesis de Licenciatura UNAM
- Watzlawick, P. (1984) *Self-fulfilling prophecies*. En Watzlawick, P. (Ed.), *Invented reality* (pp.95-116). New York: Norton.
- West, J. (1996). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: El Manual Moderno.
- Wilson, K. (1992). *Play therapy: a non-directive approach for children and adolescents*. London : Bailliere Tindall.
- Winnicott, D. W. (2005). *Realidad y Juego*. 10ma ed. Barcelona: Gedisa
- Wright, J. H. (2004). *Cognitive-behavior therapy*. Washington, D.C.: American Psychiatric.
- Zulliger, H. (1981). *Fundamentos de psicoterapia infantil: Un enfoque práctico*. Madrid: Ediciones Morata