



CENTRO UNIVERSITARIO
INDOAMERICANO

Conocer para Trascender

CENTRO UNIVERSITARIO INDOAMERICANO

INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE 8909-25

**"TERAPIA DE JUEGO DESDE LA
PERSPECTIVA HUMANISTA"**

T E S I S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MARÍA ELENA NAVARRO MERCADO**

**ASESOR: LIC. MARÍA ESTELA DE LOS REMEDIOS FLORES
ORTIZ**

TLANEPANTLA, EDO. DE MÉX.

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.

AGRADECIMIENTOS

A mi abuelita Elsa:

Abuelita linda, este logro especialmente te lo dedico con todo el cariño y amor que te tengo...las palabras no alcanzan para expresarte cuanto te quiero y lo que eres para mí... siempre serás la abuelita ejemplar. En donde quiera que estés, te doy mil gracias por haberme dado tu amor, cariño, compañía, y por todos esos momentos tan hermosos que compartimos juntas. Te quiero muchísimo mi abuelita linda, me duele en el alma que hayas partido, pero sé que estás feliz a lado de Dios. Gracias abuelita linda y hermosa, fuiste y serás mi segunda madre, TE ADORO.

A mis padres Ma. Elena y Genaro:

Mamá, sabemos que pasamos momentos muy difíciles...ahora mi abuelita linda está descansando. Te quiero mucho mami, y como se lo prometí a mi abuelita linda en sus últimos momentos, te cuidaré y te apoyaré siempre. Gracias mamá por tu paciencia y apoyo incondicional, sin ti este gran esfuerzo no lo hubiera concluido. TE AMO MAMÁ.

Papá, gracias por el gran apoyo económico que me has dado hasta ahora, pero también, agradezco tu comprensión, apoyo y tolerancia que me brindaste a lo largo de este camino profesional. TE QUIERO MUCHO PAPÁ.

A mis hermanos Gaby y Genaro:

Gaby y Genaro, gracias por compartir conmigo este gran logro. Tanto ustedes como yo, hemos vivido momentos difíciles... el apoyo fraterno es muy importante para salir adelante y vencer cualquier obstáculo que se nos interponga en el camino.

A mi tío Fer:

Tío, no tengo palabras para decirte lo que siento...pero quiero que sepas que siempre contarás con mi apoyo, amor y comprensión, te quiero muchísimo. Gracias por compartir conmigo este momento tan especial para mí.

A Ismael:

Mi amor, te agradezco infinitamente el apoyo, comprensión, paciencia, cariño y amor que me has dado desde el inicio de mi carrera profesional. Gracias por estar conmigo en todos los momentos alegres y tristes...TE AMO.

Estelita:

Estelita, gracias por creer en mí, por haber compartido conmigo tus enseñanzas y experiencias. Agradezco el gran cariño, confianza, paciencia y apoyo que me brindaste desde el inicio de este camino, mismas que han dado la luz para emprender mi camino laboral en el campo infantil.

Meche:

Mil gracias por haberme apoyado en la toma de las fotografías de este proyecto. Gracias, por haberme dado el espacio terapéutico, mismo que me ha ayudado e impulsado a crecer como profesionista y ser humano.

Maru y Lilia:

Mi más profundo agradecimiento por haberme impulsado en el mundo de la psicología, y haber creído en mí. Su apoyo permanente y orientaciones dieron forma y estructura al proyecto presente, mismo que podré llevar a cabo a lo largo de mi profesión.

Ma. Elena Maroto, Ana Laura Elías y Moni Morales:

Les agradezco mucho su apoyo académico y emocional que me brindaron al finalizar mi carrera profesional. Gracias por brindarme sus enseñanzas y experiencias, mismas que ayudaron a impulsarme al crecimiento profesional y espiritual.

Lilia Ortiz:

Gracias por haber proporcionado en mi carrera profesional, tus enseñanzas y experiencias, pero sobre todo por haberme facilitado el formato de la historia clínica infantil para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCION.....	1
-------------------	---

RESUMEN

1. FUNDAMENTOS TEORICOS DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

1.1. Surgimiento y desarrollo del enfoque.....	7
1.2. Definición y objetivos.....	11
1.3. Concepción del ser humano.....	13
1.4. Teoría de la personalidad.....	18
1.5. Teoría de la terapia.....	22
1.6. El terapeuta.....	29

2. TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO

2.1. Lineamientos generales del juego.....	43
2.2. Importancia del juego para el desarrollo biopsicosocial del niño.....	45
2.3. Antecedentes históricos de la terapia de juego centrada en el niño..	49
2.4. La terapia de juego no-directiva.....	53
2.5. Objetivos y metas.....	57

3. ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA TERAPIA CENTRADA EN EL NIÑO

3.1. El infante referido a terapia de juego.....	59
3.2. El concepto de sí mismo del niño.....	63
3.3. El cuarto de juegos.....	65
3.4. Material de juego.....	67
3.5. El proceso terapéutico del niño.....	84
3.6. Terminación de la terapia de juego.....	90
3.7. Resultados de la terapia de juego.....	92

4. EL TERAPEUTA DE JUEGO

4.1. Cualidades y requisitos del terapeuta de juego.....	95
4.2. Actitudes y habilidades del terapeuta de juego.....	98
4.3. Principios básicos de la terapia de juego centrada en el niño.....	105
4.4. Establecimiento e importancia de los límites.....	111
4.5. Poniendo a prueba al terapeuta de juego.....	118
4.6. Factores necesarios para una buena preparación como terapeuta..	120
4.7. Consentimiento informado y ética profesional.....	127

CONCLUSIONES.....	133
-------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	137
---------------------------------	-----

ANEXOS.....	143
-------------	-----

INTRODUCCION

La posmodernidad y los avances tecnológicos han producido diversos cambios en la vida cotidiana y como consecuencia se deja a un lado la importancia que tiene el juego en la etapa infantil. Tales acontecimientos muestran que en los últimos años, el jugar al doctor, a la casita, a la comidita, a los bomberos, o bien, con carritos, aviones, soldados, títeres, juegos de mesa e incluso narrar cuentos, han disminuido paulatinamente en la vida de muchos infantes. En este sentido, los niños del siglo XXI han cambiado el tiempo de juego creativo por el repetitivo, teniendo como elementos centrales la televisión, la computadora y los videojuegos.

Flores y Morales (2007) explican que hoy en día, comúnmente se observa que el anhelo de los padres, está centrado en la realización de actividades académicas, pues a ellos les gustaría que la prioridad básica fuera el aprendizaje escolar, y como resultado, se presiona al menor para que se dedique totalmente al estudio y sea “un alumno con calificaciones de diez”. También en el ámbito familiar, se le exige que cumplan diversas tareas, como el cuidar a sus hermanos más pequeños y apoyar en los quehaceres de la casa, debido a que sus padres tienen largas jornadas de trabajo o, porque existe una crisis dentro de la familia, que desencadenan conflictos emocionales en el menor.

En esta problemática, existen distintos estresores psicosociales, por ejemplo: ausencia de los padres por su actividad laboral, la separación o el divorcio de los padres, abandono, maltrato, violencia intrafamiliar, abuso sexual, adicciones, enfermedad o muerte de algún miembro de la familia, nacimiento de un hermano, entre otros., que ocasionan una inestabilidad en el niño. Además de estos factores, se viven otras condiciones sociales que impactan a la población infantil: el calentamiento global, los secuestros, homicidios, guerras y la excesiva violencia que generan los adultos. Por tanto, tales realidades han generado un cambio en la actitud de los padres, pues actualmente, ellos restringen la libertad física y emocional de sus pequeños, en contraste con lo que se vivía en años atrás, en donde podían salir a

jugar a la calle o expresar cualquier inquietud, sin preocuparse de las situaciones antes mencionadas.

Reforzando la idea anterior, Arreola, Dávalos, Escobar, Luna y Mosqueira (2007) opinan que en hoy en día, los niños cuando tienen la oportunidad de divertirse, buscan los videojuegos, como un medio de escape ante la tensión acumulada, y que han ocasionado comportamientos agresivos, aislamiento, e incluso complicaciones físicas y de salud. Ante esta situación, la comunidad infantil desarrolla incapacidades para exteriorizar sus sentimientos, emociones y pensamientos, manifestándolos en diversas conductas o dificultades en su estado de ánimo. Al respecto, Lara (2000) encontró en un estudio realizado por la “Coordinación del Sistema Nacional e-México”, que en los últimos cinco años, hubo un incremento del 70% en problemas conductuales, emocionales, cognoscitivos y psicofisiológicos en los infantes, de los cuales están ligados con tales estresores psicosociales.

Con base en este hecho, Caraveo y Colmenares (2004) reportan el porcentaje de los principales síntomas que muestran los niños entre los 4 y 11 años de edad, de acuerdo a una investigación realizada en la Ciudad de México, en donde se encontró que el 19% presenta inquietud o nerviosismo; 17% irritabilidad; 14% déficit de atención; 13% desobediencia; 9% conducta dependiente; 8% obesidad; 7% dificultades en el aprendizaje y problemas alimenticios; 6% depresión; 5% bajo rendimiento académico; 4% dificultades en relaciones interpersonales, enuresis y encopresis; 3% dolores físicos y trastornos del sueño; 2% aislamiento y fobia escolar; y el 1% conductas delictivas. Ante estos datos preocupantes, solamente el 26% de los padres consideraron que sus hijos requieren ayuda psicológica, sin embargo la percepción de necesidad fue del 60%.

Las cifras anteriores sugieren diversas interrogantes: ¿Cómo se sienten emocionalmente los niños?, ¿Qué estrategias tienen ellos para enfrentarse al mundo?, ¿Cuántos se sienten no escuchados, criticados, abandonados, rechazados o maltratados?, ¿Existirán suficientes psicólogos preparados para intervenir

oportunamente en cada caso?, ¿Qué se ha hecho a nivel psicológico y social para enfrentar y atacar los síntomas que traen consigo los eventos estresantes que viven los menores?

En este sentido, Caraveo y Colmenares (2004) aseguran que hay una falta de apoyo psicológico, debido al aumento constante de estas manifestaciones que padecen ya sea dentro del hogar, escuela o institución social. Sin embargo, los pequeños no están conscientes de por qué los adultos, como los padres y maestros, los han etiquetado como “niños problema”, pues al no saber como expresar su sentir sobre la situación que los conflictúa, comienzan a actuar de tal forma, como un “llamado de auxilio”, para luchar contra un mundo poco amistoso, falto de simpatía y calidez.

Asimismo, West (2000) considera que la intervención terapéutica en la infancia es fundamental, pues no sólo mejora el ajuste durante esta fase, sino también reduce la incidencia de la sintomatología que los menores padecen, de lo contrario llevarían una época difícil. Cabe resaltar que la infancia es el momento más significativo de la vida del individuo en cuanto a que es determinante en el proceso físico, cognitivo, afectivo y social. Por tanto, la atención psicológica que se les brinde durante este periodo se considera que debe de ser oportuna y apropiada para favorecer el desarrollo armónico y prevenir un trastorno futuro. En este caso si no se interviene inmediatamente, podría presentarse en la adolescencia, conflictos como, el alcoholismo, la drogadicción, trastornos psicóticos, alimenticios, depresivos, disociales, entre otros.

Aguilar (1999) agrega que al presenciar diversos problemas conductuales y emocionales en los infantes, existen pocos expertos en psicoterapia infantil. Por esta razón, es necesario que el psicólogo que desee trabajar en dicho campo, reciba un entrenamiento especializado al concluir su licenciatura, pues de esta manera, podrá ampliar sus conocimientos y obtener las herramientas adecuadas para intervenir eficazmente en cada evento que se le presente. Por tanto, es necesaria una

formación académica que incluya elementos teóricos y metodológicos sobre la terapia de juego.

Con base en este hecho, la Psicología Clínica desde sus diversos enfoques (Psicoanálisis, Conductismo, Humanismo, entre otros), en el transcurso de su historia, se ha preocupado por explicar e intervenir en la problemática infantil. En este sentido, llama la atención la Terapia de Juego propuesta por Virginia Axline, quien tomó los principios del Enfoque Centrado en el Cliente de Carl Rogers, para aplicarlos en dicha población. Su teoría sostiene que existe una fuerza dentro de cada individuo que lucha continuamente por la autorrealización. En otras palabras, tal impulso lleva al ser humano hacia la madurez, independencia y realización, de las cuales se obtienen cuando se da el permiso para ser él mismo con la completa aceptación de sí y de las demás personas.

De este modo, Castillo (1996) indica que la Terapia de Juego desde la perspectiva humanista, es un método terapéutico que se utiliza para la solución de conflictos, siendo éste, una forma de autoexpresión natural de los infantes. Actualmente se considera como un tratamiento basado en un conjunto de actitudes (empatía, aceptación y respeto incondicional) principalmente transmitidas por el terapeuta, a través de las cuales el menor se siente suficientemente libre para expresarse en su propia forma, alcanzando sentimientos de seguridad, adecuación y estimación personal. De esta forma, se le proporciona al pequeño, un espacio de desarrollo para exteriorizar cualquier actitud, pensamiento, inquietud, emoción o sentimiento; con el objetivo de descubrirse él mismo como un ser completo capaz de hacer lo que desee dentro de los límites, sin ser criticado o juzgado. Por tanto, la terapia de juego desde este enfoque, tiende a resolver el desequilibrio entre el niño y su ambiente, siendo la oportunidad vital para facilitar el crecimiento natural bajo las condiciones más favorables y menos agresivas, ya que el juego constituye el recurso esencial para mostrar sentimientos, emociones, actitudes y problemáticas que por otros medios difícilmente podría manifestar.

Finalmente, con el objetivo de contribuir en la solución de la problemática ya planteada, el propósito de este documento, es brindar los elementos teóricos y metodológicos de la Terapia de Juego desde la perspectiva Humanista. Pues al considerarse como un tratamiento eficaz y no aversivo, potencializa el desarrollo de los seres humanos y por ende, de la sociedad. Dando la esperanza de que se conviertan en mejores personas, utilizando de forma óptima su libertad, creatividad y responsabilidad. Al enseñarles la importancia de estos valores humanos, se logrará que, el hombre no sea considerado como un objeto mecánico.

RESUMEN

Actualmente la sociedad infantil presenta la incapacidad para manifestar sus sentimientos, desarrollando de esta forma, diversas problemáticas que se manifiestan en conductas y en cambios en su estado de ánimo, dentro del ambiente familiar y educativo. Ante esta situación, la función del psicólogo es central, sin embargo existen dudas sobre la capacidad de éstos especialistas, para intervenir en esta realidad. Con base en lo anterior, el presente documento tiene la finalidad de brindar los elementos teóricos y metodológicos de la Terapia de Juego desde la perspectiva Humanista de Virginia Axline. Para lograr este objetivo se retoman las ideas centrales de autores como Rogers, Lafarga, West, entre otros., quienes enfatizan que la terapia de juego es un medio de expresión natural donde el niño guía a través del juego, su propio proceso terapéutico, teniendo como resultado el reestablecimiento del equilibrio emocional. Finalmente, se enfatiza en la importancia ética en la formación del terapeuta infantil.

Palabras clave: *enfoque humanista, terapia centrada en el cliente, terapia de juego, juego, terapeuta de juego, ética infantil.*

1. FUNDAMENTOS TEORICOS DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

A continuación se presentan los aspectos más importantes acerca del surgimiento y desarrollo del Enfoque Centrado en la persona, los objetivos, el concepto del ser humano desde esta perspectiva y las teorías que dan soporte al modelo Rogeriano.

1.1. Surgimiento y desarrollo del enfoque

El nacimiento de la psicología humanista se remota a la filosofía existencial europea de la posguerra, teniendo como principio la filosofía que prevalecía en la civilización occidental acerca del ser humano. González (2004) señala que la Primera y Segunda Guerra Mundial, la guerra fría, la amenaza atómica y la insatisfacción social, ocasionaron una importante crisis en la humanidad y como consecuencia, intentó el hombre buscar los valores perdidos y la reformulación de su propia existencia, debido a que se vio involucrado en la imposibilidad de su libre expresión y al vacío interno que lo rodeaban los fenómenos sociales. Fue así que decidió luchar ante tales adversidades, enfrentando cada uno de sus efectos, y al mismo tiempo tratando de hacer una revalorización de su persona, pues su vida carecía de valor y sentido.

De dicha manera, esta serie de hechos favorecieron el auge y el desarrollo de una tercera fuerza: La Psicología Humanista. Segreña (2002) resalta que esta corriente nace alrededor de 1950 y 1960 en Estados Unidos como un movimiento intelectual y social, apoyado por la política del presidente Roosevelt quien tenía como propósito, superar la crisis económica mundial y la necesidad de fomentar los valores humanos en una sociedad desequilibrada moral y económicamente. Quitmann (1989) agrega que esta ideología aparece en parte como una revolución contra la reducción psicoanalítica del hombre y contra la deshumanización del mismo que presentaban los conductistas, pues lo trataron como objeto de estudio de adiestramiento y control.

Al respecto, Brink, Farber y Raskin (2001) mencionan que la psicología humanista no estuvo de acuerdo con la concepción freudiana del ser humano, el cual menciona

que la personalidad se encuentra dominada por fuerzas inconscientes. Es decir, está influido por instintos primarios o impulsos, que de no ser controlados lo llevan a la destrucción personal y comunitaria. Por otro lado, Mainou (2006) explica que el conductismo, es la segunda fuerza que surge en 1913 y que sus precursores señalan al ser humano como un objeto que suprime su independencia y libertad, que depende totalmente de su carga genética y de su medio ambiente. La Psicología Humanista por tanto, lo describe como un ser que nace con un gran potencial a desarrollar, ya que tiene la libertad de elegir y hacerse responsable de su bienestar y crecimiento. González (2004) resalta que efectivamente el humanismo es una corriente psicológica que aparece como una reacción al psicoanálisis y al conductismo, llamada como la tercera fuerza, pues hace énfasis en la libertad del hombre para conducir su propia vida, desenvolverse en su propia forma, conocerse a sí mismo y autorrealizarse¹ que es lo que lo hace humano. En este sentido, Carl Rogers es uno de los exponentes más representativos del Enfoque Centrado en la Persona (Tercera Fuerza) quien plantea la unificación y sistematización del avance individual y social.

Rogers (2002) sostiene que el desarrollo de este enfoque se debió a sus aportaciones que proporcionó a lo largo de su experiencia profesional. En 1939 publicó su primer libro llamado *El tratamiento clínico del niño problema*, pero en 1940 desarrolló una investigación que le permitió identificar algunas constantes en el proceso de crecimiento de las personas que recibían ayuda psicoterapéutica, para sustentar las bases que sostienen su teoría. Tales fundamentos fueron expresados en una conferencia en la Universidad de Minnesota, donde consideró el nacimiento de la Terapia No Directiva. Esta reunión dio como resultado en 1942, la exposición de su segunda obra, en la que presenta una perspectiva terapéutica innovadora titulada *Consejo y psicoterapia*. Durante este tiempo, puso en práctica sus ideas y escritos, al dedicarse a la psicoterapia, y al consejo de estudiantes y pacientes en

¹ Para Maslow, la autorrealización implica la culminación de la tendencia al crecimiento, al obtener la satisfacción de necesidades progresivamente superiores y, junto a esto, la satisfacción de la necesidad de estructurar el mundo a partir de sus propios análisis y valores. Para Rogers, es el impulso del ser humano para realizar las imágenes que se ha formado de sí mismo, la cual es importante y promueve el desarrollo de la personalidad.

Chicago, donde pudo examinar más a fondo el proceso terapéutico². De esta forma, Lafarga y Gómez del Campo (1986) indican que Rogers en 1951, publicó su libro *Psicoterapia centrada en el cliente*, la cual contiene la primera hipótesis formal de la terapia, la teoría de la personalidad y algunas de las investigaciones que utilizó para formular sus conclusiones. En esta obra se incluye el establecimiento de un enfoque actualizado junto con su aplicación en terapia de juego (por Elaine Dorfman), psicoterapia centrada en el grupo (por Nicholas Hobbs), y la enseñanza centrada en el estudiante.

Con estos y otros postulados, Rogers intenta ofrecer una visión revolucionaria de la psicoterapia³ no directiva, es decir que frente a las técnicas tradicionales de diagnóstico, consejo autoritario, tratamiento e interpretación psicoanalítica, propone una nueva forma de intervención, cuyo objetivo primordial es abstenerse de toda inferencia extraña al propio curso de la terapia marcado por el cliente⁴ y reflejar lo más fielmente posible los sentimientos expresados en su discurso verbal.

Lafarga y Gómez del Campo (1986) comentan que de esta manera, la teoría de Rogers fue aceptada en Estados Unidos de América por parte de psicólogos clínicos y orientadores, quienes no veían en el método psicoanalítico una herramienta adecuada para satisfacer las necesidades de los individuos, al mismo tiempo que los procedimientos directivos no tenían garantía para obtener resultados perdurables. Por esta razón, el enfoque fue aprobado por la sociedad, pues resaltó los valores del ser humano, el concepto de libertad y la importancia de las relaciones interpersonales de ayuda. En este sentido, Rogers y Stevens (2003) explican que se llevaron a cabo reformulaciones e innovaciones en sus investigaciones y escritos, teniendo a medida que se desarrollaba, gran aplicabilidad en niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad. Asimismo, afirman que su campo de trabajo

² El proceso terapéutico está fundamentalmente motivado por el impulso de la persona hacia el crecimiento, la salud y adaptación.

³ La psicoterapia consiste en liberar a la persona de los elementos que obstaculizan su desarrollo normal.

⁴ Carl Rogers elige el nombre de "Cliente", puesto que es quien viene activa y voluntariamente a buscar ayuda para resolver un problema, pero sin ninguna intención de renunciar a su propia responsabilidad en la situación. Se evita además la connotación de que está enfermo, de que es objeto de experimento, etc.

es muy amplio, abarca tanto el área clínica, educativa y laboral. Es decir, se trabajan experiencias terapéuticas, de consejería y orientación, e incluso dinámica de grupos y relaciones de pareja.

Por su parte, Mainou (2006) destaca el panorama que tiene dicha corriente psicológica en diversos países, puesto que actualmente en Canadá, Estados Unidos, México, Brasil, Argentina, Venezuela, Inglaterra, Francia y España, tiene gran difusión tanto en la formación académica como en la práctica profesional. Frente a esta posición, Lafarga y Gómez del Campo (1986) revelan que en México, la obra de Rogers fue introducida en 1950 por Rogelio Díaz Guerrero en la Universidad Autónoma de México (UNAM), pero en 1967 Juan Lafarga implementó en la Universidad Iberoamericana (UIA), un postgrado a dos grupos interesados en la teoría humanista. En 1972, creó una maestría en Desarrollo Humano; y en 1974 un doctorado. Actualmente, se han efectuado diversos programas y estudios sobre esta corriente psicológica, como por ejemplo en la Universidad de Guadalajara; en la Universidad Vasco de Quiroga en Morelia, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES IZTACALA) y en el Colegio de Especialidades Psicoterapéuticas (COPSI).

Cabe resaltar que, entre los representantes más importantes de la psicología humanista se encuentran William James, Gordon Allport, Abraham Maslow, Carl Rogers, Victor Frankl, Eric Fromm y Rollo May. Sin embargo, Carl Ransom Rogers es uno de los pilares indiscutibles del Enfoque Centrado en el Cliente, el cual ha tenido una evolución continua. El desarrollo de este modelo se basa en una concepción filosófica del hombre, de la sociedad, de la cultura y del mundo, pero al mismo tiempo aporta una teoría de la personalidad y del crecimiento, además de contener ideas específicas del papel del terapeuta y del cliente en el encuentro terapéutico.

1.2. Definición y objetivos

Rogers (1997) considera que el enfoque no es una teoría ya que no es algo terminado o estático. Las aportaciones en cuanto a lo teórico y lo metodológico están abiertas a la crítica del desarrollo y de la transformación, por lo cual es una perspectiva dinámica, flexible y donde no existen leyes ni reglas rígidas las cuales sean universales e inequívocas.

La Psicología Humanista como lo indica Martínez (1999), se ha definido como una nueva filosofía que comparte con otras tendencias filosóficas el origen europeo, un punto de vista que propicia difundir una revolución en la ciencia, pues estudia al hombre en pleno respeto a su naturaleza, como algo dinámico más que en las técnicas y métodos que se centran las teorías psicológicas hasta entonces prevalecientes, enfatiza los intereses y preocupaciones de lo que es ser realmente humano. Dicha corriente se caracteriza por tratar de entender al individuo en toda su estructura, proceso, desarrollo, relaciones, etc., dándole prioridad a lo subjetivo, pero sin descartar la influencia de los factores ambientales.

Dentro de los postulados que maneja este modelo se encuentra que, el ser humano tiene la capacidad de responsabilizarse de su propia existencia, y que posee ciertas características distintivas tales como: raciocinio, decisión, creatividad, compromiso, autorrealización, libertad de elección, etc. Sobre este último, la persona reconoce que a pesar de su libre albedrío, existen ciertas limitaciones, pero él sabe que es el único que puede hacerse responsable de sí mismo. Por tanto se comprende, que demuestra tener la habilidad para elegir lo que desee hacer y no lo que otros quieran o desean que él haga, dentro de los límites que las condiciones le impongan. Con base en lo anterior, González (1995), citado por Mainou (2006, p.21) refiere:

Sólo es humanista la psicología que sostiene que el hombre tiene la posibilidad de tomar conciencia de sí mismo, responsabilizarse por su propia existencia y a pesar de las limitaciones físicas, ambientales, o de

experiencias⁵ que obstaculicen su desarrollo natural, es capaz de autodeterminarse⁶, autorrealizarse y trascender.

Por tanto una de las finalidades del enfoque, de acuerdo a Ortiz (1998) es “obtener una descripción completa de lo que significa estar vivo como ser humano” (p. 11). Esto impondría reconocer en el individuo todas las características innatas de la persona y que estén en desarrollo, mostrando un gran interés en la observación de sus propias experiencias que se viven diariamente, pues es a partir de ahí donde se experimentan sentimientos, pensamientos y acciones, de acuerdo a su interacción que tenga con el ambiente y con otras circunstancias. De este modo, cualquier aspecto del individuo, tienen que ver con su vida diaria, determinando así su crecimiento y desenvolvimiento social. Asimismo, este modelo se ocupa sobre la manera de cómo se puede enriquecer y hacer más significativa la experiencia del hombre, empleando técnicas o métodos que la acrecienten, al liberar por medio de éstas, cualquier evento que pueda limitarla, produciendo un impulso hacia el desarrollo de sus potencialidades. Contribuyendo en este sentido al crecimiento y a la evolución plena de su autorrealización como ser humano.

De lo anterior, se desprende la necesidad de una valoración más humana del hombre, mismo que implica su propia realización y enriquecimiento de su experiencia. La meta de los teóricos del enfoque, es que la persona alcance a vivir satisfactoriamente sus vivencias, obteniendo así un equilibrio y al mismo tiempo, encontrar la manera de establecer relaciones interpersonales más constructivas, promoviendo su salud y madurez. Al respecto, González (2004) indica que los objetivos primordiales de este enfoque son:

- Apoyar el crecimiento del individuo, de modo que pueda afrontar sus problemas presentes y futuros de manera más integrada.

⁵ Se entiende como experiencia a todo lo que sucede en el organismo en un momento determinado y que está disponible a la conciencia.

⁶ La autodeterminación, es la capacidad de elegir y asumir decisiones libres de influencias o interferencias externas. Es el control de la propia libertad.

- Ofrecer una comprensión y aceptación auténtica de las actitudes profundas y conscientes del cliente, en el momento en que éste explora paso a paso las áreas peligrosas que ha negado su conciencia.
- Facilitar el proceso de reorganización de sí mismo y de crecimiento del hombre, el cual él es responsable.
- Propiciar el funcionamiento óptimo o pleno de la persona.

Se pretende con esta corriente psicológica, tener una visión óptima del individuo como espontáneo, libre, creador e independiente; al plantear que él mismo tiene la capacidad de desarrollar su potencial humano con el cual nace, teniendo bienestar y desarrollo personal. Frente a esta posición, podrá llegar a su autorrealización y a la madurez, mismas que dependen de sus aptitudes. Meléndrez (2000) con lo anteriormente mencionado, sostiene que la llamada Tercera Fuerza: El Enfoque Centrado en el Cliente, tiene como objetivo central: “revalorar al ser humano como persona; tomando en cuenta para ello la experiencia subjetiva del hombre como primordial y como base de sus acciones, demostrando un gran interés por el comportamiento excepcional e impredecible del ser humano” (p. 12).

1.3. Concepción del ser humano

Martínez (1999) expresa que el hombre fue visto primero como un ente “reactivo”, sujeto a la casualidad, del cual se daban sólo explicaciones descriptivas de los fenómenos psicológicos que en éste se presentaban. El surgimiento de la psicología de Freud vino a definirlo como un ser impulsivo, irracional e inconsciente de sus actos, caracterización que más tarde, con la Psicología Humanista cambiaría, ya que ésta última hace hincapié en lo decisivo de los factores ambientales.

De esta manera, las concepciones del hombre, han sido estudiadas desde diferentes perspectivas, donde algunas veces se han complementado entre sí o en otras, se han contrastado. En general, la psicología ha seguido tres orientaciones: La

Psicoanalítica, la Conductista y la más reciente la Humanista a la cual se hace referencia.

La concepción del ser humano desde la postura humanista es positiva. Esto quiere decir que el individuo tiene una fuerza que lo impulsa hacia la perfección y no hacia la destrucción. En este sentido, González (2004) señala que como parte de la naturaleza humana, tiene una disposición natural a conservarse y mejorarse, este concepto es denominado *tendencia actualizante*, y que se refiere a una fuerza innata e impulsora hacia el crecimiento, y a la capacidad de obtener seguridad y libertad de elección. Al respecto, Sánchez (1998) indica que dicha tendencia, implica adquirir confianza en el propio organismo, la cual conduce a la persona a que actúe para lograr su satisfacción, desarrollo corporal y espiritual. Este proceso está en constante y en continuo cambio, debido a que posee la capacidad de ser consciente de su existencia. Tal facultad origina el darse cuenta de la influencia que ejerce sobre el medio y viceversa, e incluso, posibilita la toma de decisión y el poder de elección, asumiendo las consecuencias que puedan traer éstas.

Por otro lado, Lafarga y Gómez del Campo (1994) sostienen que Rogers describe al ser humano como un ente cooperativo, leal, constructivo, realista y digno de confianza, debido a que posee los medios suficientes para comprender su esencia y su existencia, así como también, la capacidad para cambiar el concepto de sí mismo⁷, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. Posee además, la aptitud para autodeterminarse a partir de valores propios significativos; y para lograr un autoajuste de problemas que le causan un desequilibrio psicológico. Los medios para lograr el funcionamiento pleno pueden ser explotados con sólo proporcionar un clima favorable de cualidades psicológicas, la relación interpersonal que se establece a través de las actitudes básicas de aceptación incondicional, congruencia,

⁷ Llamado también como "Self", y se refiere a todas las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo, sobre él y sus relaciones con los demás y con el mundo. La primera parte se denomina autoconcepto, la cual es la imagen de uno mismo.

autenticidad y empatía, promueven la actualización⁸ de tendencias autorrealizantes y fomenta el desarrollo de las áreas de personalidad organizadas dentro del self o conciencia personal.

De acuerdo con lo anterior, Meléndrez (2000) considera que efectivamente, el hombre es un ser consciente de su propia existencia y que está en constante cambio, puesto que se enfrenta a cualquier circunstancia o condición en forma libre, permitiéndole la toma de decisión y la dirección de sus elecciones, de las cuales ayudan al desarrollo y a la maduración de sus potencialidades. De este modo, logra tomar conciencia de su mundo interno por medio de las vivencias y experiencias, para percibir el ambiente externo de acuerdo a su realidad subjetiva. En estrecha concordancia con Rogers, y con los autores antes mencionados, Martínez (1999) apunta de modo esquemático, diez características sobre el concepto del ser humano, las cuales van unidas y entrelazadas con una fuerte interacción:

1. El hombre vive subjetivamente.

El hombre comienza su labor cognoscitiva tomando conciencia de su mundo interno experiencial y de sus vivencias, pero también percibe el mundo externo de acuerdo con su realidad personal y subjetiva (sus necesidades, deseos, aspiraciones, valores, sentimientos, etc.) es decir, con un enfoque *de-adentro-hacia-afuera*, y no como generalmente se enseña de afuera hacia adentro e incluso perderse o no tomarse en cuenta de la experiencia como individuos.

2. La persona está constituida por un núcleo central estructurado.

Allport (1977) explica que el núcleo central estructurado, se refiere al concepto del ser humano y del sí mismo. Es decir, es el origen, el portador y el regulador de los estados y procesos del hombre; por ejemplo al presentar un examen profesional, posiblemente se nos revolverá el estomago (sí mismo corporal), nos daremos cuenta del significado que tiene el examen en relación con el pasado y el futuro (identidad

⁸ La actualización es considerada como una motivación positiva que lleva al organismo a progresar, es directiva y va de lo simple a lo complejo: "la meta que el ser humano ha de querer lograr, el de volverse él mismo".

de sí mismo), de cuánto afectará al amor propio (estima de sí mismo), del éxito o fracaso que pudiera darnos y de lo que puede significar para nuestra familia (extensión de sí mismo), y de nuestras aspiraciones (imagen de sí mismo).

3. El hombre está impulsado por una tendencia hacia la autorrealización.

En el plano físico el ser humano tiende al crecimiento, a la armonía y a la madurez, siempre y cuando no haya obstáculos externos graves. En el plano psicológico sucede lo mismo, pues el individuo muestra capacidad y también deseo de desarrollar sus potencialidades. Pareciera que esto se debiera a una motivación suprema: una necesidad o motivo fundamental que orienta, da energía e integra al organismo humano. Este impulso natural lo guía hacia su plena autorrealización, lo lleva a organizar su experiencia y, si lo puede hacer en ausencia de factores perturbadores graves, esta organización lo lleva a la madurez y funcionamiento adecuado, es decir, a la conducta racional y social subjetivamente satisfactoria y objetivamente eficaz.

4. El hombre es más sabio que su intelecto.

Cuando un individuo está libre de mecanismos defensivos⁹, actúa espontáneamente, observa y explora todas las reacciones de su propio organismo, dispone de un cúmulo inmenso de datos que se procesa en él en forma inconsciente, generando conclusiones que se presentan como intuiciones. Estos juicios pueden ser más sabios que el pensamiento consciente, ya que el carácter racional del hombre le lleva en ciertas ocasiones, a negarse a sí mismo y a desconocer aquella parte que se presenta con una aparente incoherencia. Por tanto, el ser humano es un ser total, intuitivo y organísmico.

5. El hombre posee capacidad de conciencia y simbolización.

Al mencionar acerca del núcleo central del ser humano, la persona posee la capacidad de autorrepresentarse, autoproyectarse, etc., siendo una característica

⁹ Los mecanismos de defensa son una reacción del organismo ante una amenaza, cuya intención es mantener la estructura del yo.

distintiva de sus cualidades más elevadas. Esta capacidad le permite distinguirse en sí mismo del mundo exterior, le posibilita vivir en un tiempo pasado o futuro, le permite hacer planes para el porvenir, utilizar símbolos y usar abstracciones, verse a sí mismo como lo ven los demás y tener empatía con ellos, comenzar a amar a sus semejantes, tener sensibilidad ética, ver la verdad, crear la belleza, dedicarse a un ideal y quizá morir por él. Realizar éstas posibilidades es ser persona.

6. Capacidad de libertad y elección.

La libertad que goza el individuo no es absoluta; hay grados de libertad. Si sólo posee dos opciones o conoce dos soluciones, únicamente tendrá un grado de libertad. Pero si tiene muchos conocimientos relacionados con la situación en que se encuentra, si posee una amplia educación y cultura y una extensa experiencia, tendrá más grados de libertad y su acción posible será más libre.

7. El hombre es capaz de tener una relación profunda.

Cabe destacar que el individuo se siente solo ante su propia existencia, es por esta razón que busca la compañía de otros como un medio para superar la soledad, sin embargo esto es constructivo pero al mismo tiempo destructivo, pues depende de la actitud que se tenga para relacionarse con otros. De este modo, se puede entender que el ser humano busca obtener relaciones auténticas y profundas, donde pueda ser él mismo en todas sus dimensiones y aceptado plenamente como es, sin que se le utilice para cualquier tipo de diagnóstico, evaluación o análisis, y sin que se le pongan barreras cognoscitivas o emocionales.

8. El hombre es capaz de crear.

Maslow (2003) señala que la creatividad es una característica humana que puede dar resultados extraordinarios. La actitud creativa y la habilidad de tener experiencias dependen de ser libre de otras personas, pero también, ser libre de obligaciones, deberes y temores. Es decir, al tener libertad, el individuo se convierte en un ser real y auténtico, capaz de formular ideas o hipótesis, de probar tales conjeturas, algo que

se da en cada persona en diferentes formas, siempre que el producto sea algo nuevo y desconocido para quien lo realiza.

9. El hombre busca un sistema de valores y creencias.

Asimismo, dicho autor afirma que la búsqueda de valores en una persona no consiste en un examen de conceptos vagos o irrelevantes para vivir cotidianamente, sino en un esfuerzo continuo por encontrar una identidad que establezca y apoye los compromisos o responsabilidades que toma, el cual pueden ser referidos en la moralidad, fisiología y religión.

10. Cada persona es un sistema de unicidad configurada.

El hecho de la individualidad, singularidad y unicidad de cada persona es algo firme. Cada hombre es una creación única de las fuerzas de la naturaleza. Nunca hubo una persona igual a él ni volverá a haberla. Lo que sucede en las huellas digitales es extensible a muchos otros aspectos del ser humano, y sobre todo, a la unicidad que resulta de su conjunto configurado.

Esta concepción del ser humano es positiva. Al respecto, Maslow (2003) sustenta que el hombre tiene la capacidad para desarrollar sus potencialidades a partir de una actitud creativa. Por medio de ésta, tiene el impulso para llegar a la autorrealización, es decir, vivir plenamente como ser humano a partir de las metas que se establecen sin temor o duda. De esta manera se puede mencionar, que la concepción acerca del ser humano se entiende como una totalidad organizada que avanza en dirección de la maduración y al crecimiento.

1.4. Teoría de la personalidad

Meléndrez (2000) opina que actualmente existen diversas teorías acerca del desarrollo de la personalidad y que han surgido a raíz de las observaciones clínicas, de las hipótesis formuladas, de las experiencias personales, y de las grandes contribuciones que han aportado diversos investigadores del enfoque humanista,

como Maslow, Rogers, entre otros. Esta teoría ha tenido un gran impacto en nuestro pensamiento, siendo la aportación más importante del periodo de la terapia centrada en el cliente (1946-1953), pues representa la cúspide de la teoría no-directiva. En este sentido, Rogers (1981), citado por Ortiz (1998, p.57) dice:

No hay necesidad de una teoría hasta que existan fenómenos que explicar...la teoría se revisa y se modifica con el propósito de proporcionar...un marco conceptual completo que pueda abarcar adecuadamente los fenómenos observados. Lo básico son los fenómenos no la teoría.

De acuerdo a lo anterior, Rogers (1997) afirma que existe un *campo fenoménico o campo experiencial*¹⁰ propia de cada persona, que incluye todo lo que es experimentado conscientemente o inconscientemente por el organismo. La *experiencia* se define como todo aquello que está potencialmente disponible en la conciencia del ser humano, no importando si en un momento dado es o no consciente de lo que ocurre dentro o fuera de él. Esto comprende las percepciones, las sensaciones y los sucesos; un mundo personal y privado que corresponde o no a la realidad observada. Al respecto, Fadiman y Frager (2001) explican que dentro de esta esfera o campo, se va estructurando el sí mismo (self)¹¹, definido como el proceso o sistema que está en constante cambio, reconocimiento y formación. Asimismo, la percepción que tiene el ser humano de sí, está basada en sus experiencias pasadas, presentes y expectativas.

Referente a este último, se construye el *self ideal*, una estructura al igual que el self, está sujeta a un cambio constante, puesto que es el concepto de sí mismo que desea obtener el individuo, y al cual le asigna un valor superior; es por esta razón

¹⁰ El campo experiencial es todo lo que percibe el individuo, pero puede o no estar en la conciencia, y que a su vez está disponible a la conciencia.

¹¹ La estructura del sí mismo es una configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son asimilables a la conciencia. Se compone de elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; el concepto de sí mismo en relación con los demás y con el medio; las cualidades, metas e ideales.

que requiere una redefinición continua. Sin embargo, cuando el self ideal refiere del self real, la persona se siente insatisfecha e inconforme y por ende, sufre de una tensión psicológica. Pero, ¿Cómo se da esta situación?; Ortiz (1998) aclara que algunas veces recibimos indirectamente, percepciones de otras personas, mismas que son vistas como algo real y propiamente nuestras. Dichas apreciaciones son simbolizadas¹², asimiladas y organizadas en relación con el sí mismo, pero también pueden ser ignoradas. No obstante, cuando son simbolizadas en forma distorsionada, se debe a que no concuerdan con la estructura del self. Cuando esto sucede, se produce la inadaptación psicológica, es decir, el individuo rechaza de la conciencia, experiencias sensoriales y viscerales significativas que en consecuencia no son instauradas en su totalidad.

Rogers (1997) expresa que al existir este desequilibrio en el sí mismo, cualquier experiencia incompatible con éste, se percibe como amenazante y cuanto más numerosas sea ésta, la estructura del self será más rígida para preservarse. Esta inadaptación se resuelve al existir ciertas condiciones que impliquen la ausencia de peligros. En este sentido, dentro del ambiente terapéutico, se pueden revisar las vivencias incongruentes, para que la persona las asimile y las perciba de distinta manera. Una vez integradas y simbolizadas todas sus experiencias sensoriales y viscerales, la persona comprenderá mejor a los demás y los observará como personas diferenciadas. Esto se da debido a que el organismo se mueve desde la tendencia de actualización, para mantenerse y desarrollarse. El comportamiento dado, básicamente intencional, se orientará hacia la satisfacción de sus necesidades tal y como las experimenta en el campo, acompañado y facilitado por emociones. El tipo de emoción que conduce la acción está relacionado con los aspectos de búsqueda y su intensidad con la significación percibida de la conducta para la preservación y desarrollo del individuo.

¹² La simbolización significa representar la experiencia física, emocional, mediante símbolos (como el lenguaje) y es un proceso en el que la experiencia se lleva a la conciencia.

A partir de lo anterior, resulta evidente que el ser humano no sólo demuestra tener la capacidad de obtener su crecimiento y el desarrollo personal, sino que los cambios positivos constituyen una progresión natural y esperada. De este modo, la psicoterapia centrada en el cliente pretende establecer un ambiente que permita la expresión de las partes negadas o reprimidas e inclusive aceptadas, eliminando cualquier condición que lo lleve a la incongruencia. Respecto a este concepto, cabe destacar que Rogers no divide a las personas en enfermos o sanos, inadaptados o adaptados, anormales o normales. Más bien, habla en términos de *congruencia* e *incongruencia*. De acuerdo a Fadiman y Frager (2001), éste último se refiere cuando ocurren diferencias entre la conciencia, experiencia y la comunicación; es decir, cuando no existe relación entre lo que se expresa, se piensa y se hace. Es precisamente aquí, donde la terapia Rogeriana hace énfasis en el apoyo incondicional de la persona, para que de esta forma, tome conciencia y se de cuenta de sus actos, pensamiento y actitudes, mostrando congruencia. Esto implica la expresión de sus sentimientos, logrando así un equilibrio entre su experiencia (lo que ocurre), comunicación (lo que expresa) y conciencia (lo que percibe).

Por tanto, la persona congruente o que funciona plenamente es una persona en proceso y en constante cambio, debido a que muestra una completa disposición para vivir totalmente sus vivencias, debido a la confianza y libertad que tiene como ser humano, logrando así su autorrealización. Con ello, Rogers (1961), citado por Meléndrez (2000, p.15) señala: “La buena vida es un proceso no un estado del ser, es una dirección, no un destino”.

Con lo anteriormente mencionado, se observa que la teoría de la personalidad se basa principalmente en el conocimiento de sí mismo, en la tendencia actualizante y en el sistema de valoración, de los cuales se deriva la dinámica y desarrollo de la persona como un proceso continuo y que está en constante cambio. Por tanto, se puede decir, que una de las formas de encontrar o de vivenciar dicho proceso de reintegración es por medio de la relación terapéutica.

A continuación se describirán cuáles son las condiciones que se necesitan para entrar en contacto terapéutico, las fases por las cuales pasa este proceso y los efectos que tiene según la teoría expuesta por Rogers, pues permitirá dar una idea de qué, cómo y cuando ocurren.

1.5. Teoría de la terapia

De acuerdo a Ortiz (1998) la teoría de la terapia centrada en el cliente se desarrolla a partir de la necesidad de ordenar los lineamientos del proceso terapéutico. Sobre este último, Rogers (1978) enuncia doce pasos que lo caracterizan, mismos que son retomados por Rosso y Lebl (2006):

1. La persona llega al espacio terapéutico para recibir ayuda de parte del terapeuta. Esto quiere decir, que el cliente ha tomado una decisión importante de responsabilizarse de sí mismo y para enfrentarse con sus problemas.
2. Se define la situación de ayuda. El individuo se da cuenta de que el terapeuta no tiene las respuestas de sus problemas, por tanto, hace conciencia de que la psicoterapia le proporciona un ambiente propicio para que él mismo logre llegar por sí mismo a la solución de dichos conflictos.
3. El terapeuta promueve la expresión de los sentimientos negativos, mostrando empatía, aceptación incondicional y congruencia.
4. Éste reconoce, acepta y clarifica dichos sentimientos que le comunique el individuo.
5. Cuando la persona haya expresado su sentir, se produce el crecimiento y al mismo tiempo descubre sus cualidades positivas.
6. Al reconocer, aceptar y clarifica los sentimientos positivos del cliente, le dan la oportunidad de comprenderse a sí mismo.

7. Surge el *darse cuenta*¹³, misma que es dada en el momento en que se ha logrado el reconocimiento y la aceptación de sí mismo. Por consiguiente, ya no existe la necesidad de negar esos sentimientos negativos que no son socialmente aceptables o que no estén en conformidad con el self ideal.
8. Junto con el darse cuenta, surge el proceso de clarificación de las decisiones y acciones posibles, en otras palabras, el cliente se observa a si mismo de un modo más claro y congruente.
9. La persona inicia acciones positivas y significativas, obteniendo así una satisfacción inmediata de sus propias necesidades.
10. Desarrollo completo del darse cuenta, esto es, alcanza el conocimiento de sí mismo en una forma clara y adecuada.
11. El individuo toma decisiones con mayor seguridad y confianza, una vez alcanzada la independencia.
12. Tal autonomía fomenta el recibir ayuda con menor frecuencia, pues existe un reconocimiento de que la relación terapéutica podrá llegar a su término. Frente a esta posición, el terapeuta le ayuda a clarificar la sensación que le produce este hecho, haciéndole ver que ahora él se hace cargo de su propia situación con más certeza.

Como se puede ver, el proceso terapéutico constituye una experiencia dinámica, puesto que se producen grandes cambios en la personalidad del cliente. No obstante, para que éste pueda llevarse a cabo, Rogers (1957), citado por Lafarga y Gómez del Campo (1994, p.74) puntualizan las condiciones necesarias para que éste ocurra:

- Hace falta que dos personas entren en contacto (el cliente y el terapeuta).
- Exista un encuentro entre ambos. Es decir, que el cliente esté en un estado de desacuerdo interno, de vulnerabilidad o de angustia. Y por otra parte, el

¹³ El *darse cuenta* es la capacidad que tiene cada ser humano para percibir lo que está sucediendo, aquí y ahora, dentro de sí mismo y del mundo que le rodea.

terapeuta esté en un estado de acuerdo interno¹⁴, al menos durante la duración de la entrevista y en relación con el objeto de su relación, con el cliente.

- Los sentimientos que el terapeuta experimente, sean accesibles para él y para su conciencia pues tiene la capacidad de sentirlos y comunicarlos si es apropiado.
- Mientras tenga la capacidad el terapeuta para escuchar en forma aceptable lo que ocurre en sí mismo y afrontar la complejidad de sus sentimientos sin temor, más elevado será su nivel de congruencia.
- Asimismo, tiene que experimentar sentimientos de consideración positiva incondicional hacia el cliente, el cual consiste cuando el terapeuta experimenta una actitud cálida, positiva y de aceptación, facilitando así el cambio.
- Siempre tiene un sentimiento positivo, franco, sin reservas ni evaluaciones hacia el cliente.
- Experimenta una comprensión empática del marco de referencia interno del cliente, es decir, sentir los significados privados y personales como si fueran su propio mundo, pero sin perder el sentido de sí mismo.
- El cliente así, puede percibir claramente, la presencia de la consideración positiva incondicional y de la empatía por parte del terapeuta.

Es importante mencionar que la relación terapéutica es la clave para el crecimiento del individuo, en donde aprende a conocerse a sí mismo, a tomar decisiones importantes en forma independiente y, a relacionarse satisfactoriamente con los demás. En este sentido, al mantenerse la relación y las condiciones que se acaban de presentar, se pone en marcha un proceso que de manera detallada propone Rogers (2002), el cual consta de siete etapas sucesivas que pasan de la fijeza al flujo, es decir, de la rigidez al movimiento.

¹⁴ Este acuerdo interno es llamado congruencia y se refiere, según Rogers cuando el terapeuta es el que él es, cuando en la relación con el cliente es genuino, presentándose sin máscaras y mostrando abiertamente los sentimientos y las actitudes que en ese momento fluyen de él.

Primera etapa:

- El cliente se encuentra en una fase de fijeza, y por ende no acudirá fácilmente a una ayuda terapéutica.
- Muestra evasión para comunicar el sí mismo, sufriendo un intenso bloqueo.
- Los sentimientos y significados personales no se reconocen como tal.
- Las relaciones interpersonales se consideran peligrosas.
- No reconoce sus problemas, por lo que no existe un deseo de cambiar.

Segunda etapa:

- Percibe un recibimiento pleno por parte del terapeuta, lo que produce relajamiento y fluidez en su expresión.
- Los conflictos se observan ajenos al sí mismo, es decir, externos.
- No existe aún el sentido de responsabilidad en relación con las situaciones que está presentado o viviendo.
- Describe sus sentimientos como si fueran objetos que no le pertenecen o que son del pasado.
- La posibilidad de vivenciar plenamente, se ve restringida por la estructura rígida del pasado.
- Se encuentra limitada la diferenciación de significados y sentimientos personales.
- Expresa contradicciones, pero son pocas las que se aceptan.

Tercera etapa:

- Fluye con mayor libertad su expresión, sintiéndose totalmente recibido.
- Las experiencias vividas son exteriorizadas como si fueran objetos y en tiempo pasado.
- El sí mismo se manifiesta como objeto reflejado, que existe en los demás y no en él.
- Habla de sus sentimientos no pertenecientes al presente.
- Es mínima la aceptación de sus sentimientos, siendo estos vergonzosos, malos e inaceptables.

- La diferenciación de significados y sentimientos se torna un tanto nítido y menos global.
- Las decisiones tomadas son vistas con ineficacia.

Cuarta etapa:

- En ocasiones describe sentimientos más intensos en tiempo presente, el cual se siguen viendo como objetos.
- No obstante existe una tendencia por experimentarlos en el aquí y *en el ahora*¹⁵, lo cual van acompañados de temor y desconfianza, sin embargo, intenta aceptarlos pero en forma escasa.
- Existe la responsabilidad en relación con los problemas, aunque de modo vacilante.
- A pesar de la amenaza de la relación, el cliente se arriesga a involucrarse con sus sentimientos.

Quinta etapa:

- Aparece flexibilidad, libertad y flujo organísmico¹⁶, debido a que los sentimientos son presentados en tiempo presente aunque todavía exista cierto temor y desconfianza, y por ende no producen placer.
- Comienzan a reconocerse como propios cada vez en mayor medida, hay un deseo de ser el “yo verdadero”.
- La experiencia se construye con menor rigidez, por tanto, se intenta descubrir nuevos constructos personales, los cuales se examinan y cuestionan con críticas.
- Hay una tendencia intensa por diferenciar los sentimientos y significados.
- Las incongruencias y contradicciones son enfrentadas con mayor claridad.
- Aumenta la responsabilidad de los conflictos, provocando una mejoría en la comunicación interna y en la reducción del bloqueo.

¹⁵ El “aquí” es la experiencia, que implica el darse cuenta; el “ahora” cubre todo lo que existe e incluye el equilibrio de estar en ese aquí.

¹⁶ El flujo organísmico es la capacidad que tiene el sí mismo para obtener una autorregulación o equilibrio, tomando del medio ambiente lo que necesita.

Sexta etapa:

- La persona experimenta sus sentimientos como inmediatos, mismos que fluyen sin dificultad, pues ya no hay temor o necesidad de negarlos.
- El sí mismo como objeto tiende a desaparecer, llegando a una relajación fisiológica.
- La comunicación interna es libre.
- No existen confusiones, esto es porque la vivencia es clara, plena y definida.
- Los conflictos han dejado de ser objeto.

Séptima etapa:

- Los sentimientos nuevos se experimentan de manera inmediata y como propios, tanto afuera como dentro de la relación terapéutica.
- Las situaciones se experimentan como nuevos y no como algo pasado.
- El sí mismo se percibe cada vez menos como objeto, sintiendo más confianza y seguridad.
- La comunicación interna es clara, por tanto, el cliente experimenta elecciones efectivas y con responsabilidad.

En términos generales, a medida que el proceso se orienta al equilibrio armónico del organismo, el individuo se convierte en una unidad de flujo y movimiento, y lo más importante es que se ha convertido en un proceso integrado de cambio. Es primordial señalar que las etapas descritas, no sean vistas como un esquema rígido de lo que ocurre en la terapia, sino se considera la característica dinámica de cada cliente y relación terapéutica. Asimismo, no existe un tiempo determinado para que cada etapa se cumpla, pues la ocurrencia dependerá del ritmo de la persona y del encuentro interpersonal con el terapeuta. A pesar de que no se puede afirmar que todos estos elementos aparecen en el proceso terapéutico, se hace notar que si no se produce alguno de los cambios antes dichos, existe la posibilidad de explorar muchos factores que estén influyendo en la no aparición de resultados, es decir, que aparezca una condición desfavorable y amenazante por parte del terapeuta.

Sin embargo, a partir de la empatía, congruencia y consideración positiva incondicional que se le proporcione al cliente en el proceso terapéutico, se manifiestan en éste último, ciertos efectos tanto en su personalidad como en su conducta. Al respecto, Márquez (2001); Rogers y Kinget (1971) explican dichos efectos y que se desglosan en las siguientes quince características:

1. El cliente evoluciona hacia un estado de acuerdo interno completo, pues está abierto a su experiencia y es menos defensivo.
2. Sus percepciones son más realistas, más objetivas y diferenciadas.
3. Resuelve sus problemas con su mundo externo e interno.
4. Su funcionamiento psíquico mejora y desarrolla en sentido óptimo, una integración de los elementos de experiencia que habían sido deformados o no confesados.
5. A consecuencia del aumento del acuerdo entre el yo y la experiencia, la vulnerabilidad de la amenaza disminuye.
6. Percibe a su yo ideal en forma realista, realizable y objetiva.
7. Existe un acuerdo entre el yo ideal y la experiencia.
8. Se produce una disminución general de la tensión fisiológica y psicológica.
9. Aumenta la consideración positiva respecto de sí mismo.
10. Hay una confianza respecto de sí mismo y siente la capacidad de dirigir su vida gracias a sus valores que se apoyan en un proceso de valoración organísmica¹⁷.
11. Distingue de sus semejantes un mundo más realista y correcto.
12. Debido a que es menos la necesidad de deformar sus experiencias con otras personas, tiene hacia ellas una tolerancia mayor.
13. Su conducta se modifica en varios sentidos: como la variedad de las experiencias compatibles con la imagen del yo aumenta, el número de conductas que pueden ser aceptadas por el yo aumenta también; por lo mismo, los actos que antes no eran concurrentes con la imagen del yo,

¹⁷ La valoración organísmica se refiere a un modo de valoración que no deja de evolucionar, de cambiar. Es la tendencia actualizante la que sirve de criterio de valores de los demás.

disminuyen en cantidad; la persona se siente apta para controlar y dirigir su conducta.

14. La valoración de la conducta del individuo por terceras personas es favorable, siendo maduro y social.
15. El cliente se revela como un ser creador, flexible, capaz de adaptarse a condiciones nuevas y problemas nuevos. Por lo que es un ser que expresa plenamente sus metas y sus valores propios.

Para Rogers y Kinget (1971) el elemento esencial de estos efectos en la terapia, es la capacidad de llegar al estado de acuerdo interno y a la aceptación de las vivencias. Uno de los resultados más marcados de la orientación con éxito, conforme se va teniendo la experiencia con la relación y actitudes del terapeuta, es que la persona tiende a ser más real, va aprendiendo a alejarse de lo que no es, conociendo su propia identidad, es decir, quien es, lo que quiere, lo que piensa y lo que siente en su situación vital. Al ser de esta manera el cliente, las demás personas se dan cuenta del cambio, considerándolo más maduro, menos tenso y con la capacidad de resolver sus problemas por sí sólo.

1.6. El terapeuta

A pesar de que el cliente posee la llave para obtener su recuperación personal, de acuerdo a Rosso y Lebl (2006) el terapeuta asume un papel importante dentro del proceso, esto no quiere decir que interfiera con explicaciones diagnósticas, interpretaciones, consejos, sugerencias, críticas o juicios, sino más bien, proporciona una profunda comprensión y aceptación incondicional, con el fin de que el cliente confirme y realice sus propias potencialidades. Al respecto, Armenta (2002) opina que efectivamente tiene un rol elemental pues al considerarlo un ser falible, se encuentra abierto a la experiencia de la persona al validar su sentido de realidad, y de este modo se promueve la autorrealización. Por tanto, el terapeuta humanista es un compañero y un ser abierto al diálogo, ya que no busca imponer objetivos o hacer a un lado los deseos del cliente, ni tampoco controlar su conducta o mostrar una

actitud suspicaz y condicional. Asimismo, dentro de esta perspectiva, como se dijo anteriormente, no se diagnostica al individuo, siendo éste un elemento de etiqueta, imposición, discriminación, invalidación y control social.

Frente a esta posición, Fadiman y Frager (2001) consideran que la función del facilitador¹⁸ es primordial, porque cuando el individuo se siente bloqueado por sus conflictos e incapaz de poder resolverlos, busca ayuda profesional. Una vez que haya desarrollado una actitud abierta en el proceso terapéutico, logra solucionar sus problemas al comprenderse a sí mismo, obteniendo así una satisfacción plena de su funcionamiento individual. Sin embargo, Rogers (1997) señala que para que esto ocurra, es necesario que se establezca la relación entre cliente-terapeuta, y que se funda sobre las cualidades personales del facilitador. En este sentido, Rogers y Kinget (1971) proponen tres actitudes principales que tiene que ejercer en su profesión: Congruencia, consideración positiva incondicional y comprensión empática.

Congruencia-

Rogers (1962), citado por Lafarga y Gómez del Campo (1978, p.123) menciona que esta actitud es una de las primeras condiciones que el terapeuta experimenta, el cual se refiere al acuerdo que existe entre sus sentimientos, la expresión de ellos y su conducta; es decir, que aparezca una correspondencia entre lo que él cree que está sucediendo, sus palabras, así como la forma de actuar en la relación con el cliente. En este sentido, McConaughy (1987), citado por Brazier (1997, p.28) considera:

La congruencia requiere, más que nada, que el terapeuta sea un individuo bien desarrollado e integrado psicológicamente, suficientemente “completo” (o “curado”) y en contacto consigo mismo. Esto significa entre otras cosas, conocer vulnerabilidades, aceptar partes

¹⁸ Se le considera facilitador, ya que como su nombre lo indica, facilita el crecimiento del individuo. Sin embargo, también se le conoce como terapeuta, puesto que utiliza técnicas para facilitar dicho proceso.

positivas y negativas de uno mismo con cierta indulgencia, siendo capaz de abrirse sin defensividad a lo que se vive en uno mismo.

Por tanto, Rogers (2002) afirma que un terapeuta congruente se muestra tal como es, siendo él mismo y sin máscaras. Sin embargo, ningún facilitador llega a esta condición fácilmente, pero mientras tenga la capacidad para escuchar lo que está sucediendo dentro de sí, y acepte sus sentimientos sin temor, más alto será el grado de su congruencia. Asimismo, Rogers (1961), citado por González (2004, p.91) añade:

Ser congruente, es saber la complejidad de los propios sentimientos sin temor, es decir, que la persona se sienta a gusto consigo misma y tenga una actitud de apertura que le permita presentarse de manera natural y genuina en su relación con el otro.

Lo anterior significa que el terapeuta tenga accesible a su conciencia todo sentimiento, y los reconozca como suyos, y que a partir de la vivencia de su propio proceso, logre una adecuada y precisa simbolización de la experiencia, para que cuando tome el papel de facilitador, pueda comunicarla oportuna y prudentemente con autenticidad. De esta manera, es esencial tener la habilidad de escuchar cada frase que manifiesta el cliente, aún cuando éstos se perciban aburridos, pues es deseable mostrar sinceridad en lugar de exponer una actitud falsa, de interés o de gusto; esto no significa que se expresen impulsivamente lo que siente. Sin embargo, surge una interrogante: ¿Cómo se puede ser sincero en caso de aburrimiento dentro de la terapia?.

Rogers (1962), citado por Lafarga y Gómez del Campo (1978 p.123) revela que primeramente es necesario asumir la capacidad para reconocer los sentimientos sin atribuir características; y en caso de percibir aburrimiento, enojo o desagrado, se reconoce, se acepta y se le expresa dicha sensación con proximidad, es decir, hablar directa y abiertamente de lo que sucede, con el objetivo de formar una relación íntima

y de confianza. Por ejemplo, el terapeuta dice: "Cada vez que vienes, tocas el tema de tu esposo, llega un momento en que me siento aburrido. ¿Cuántas veces haces esto en tu vida, con las demás personas?". Al compartir el facilitador este sentimiento negativo o cualquier otro, tiende a desaparecer la barrera que se interpuso entre ambos. De este modo, surge la aptitud de escuchar totalmente después de haber sido sincero, y por su parte el cliente desarrolla el entendimiento y el darse cuenta de lo que está expresando.

Rogers y Kinget (1971) aseguran que es importante ser genuino y claro, debido que los sentimientos que se tienen hacia el cliente, no solamente se expresan siempre a través del habla, sino también por medio del tono de voz, ritmo de la conversación y lenguaje corporal. Por tanto, cuando la persona observa una incongruencia, se podrá desarrollar un deterioro en la relación.

Frente a esta posición, González (2004) indica que el terapeuta debe pensar en como expresar sus sentimientos, pues en ocasiones tiene cierta complejidad para exteriorizarlos. Con base en este aspecto, el ser congruente no consiste en decir impulsivamente su sentir hacia lo que se está viviendo en ese instante, sino implica la habilidad de elegir la forma adecuada para su revelación, estando dispuesto a comunicarlos cuando sea conveniente, ya que ayuda a establecer un encuentro personal directo con el cliente; consolidando de esta forma, una relación de persona a persona. Aunado a ello, el facilitador se presenta como es, sin máscaras y con honestidad, promoviendo así seguridad y confianza. En este sentido, se beneficia al cliente para que dedique toda su atención a sí mismo, pues la conducta auténtica activa sinceridad con sus vivencias, produciendo una actitud menos defensiva y desarrollando al mismo tiempo, mayor congruencia entre sus sentimientos y manifestaciones.

Referente a lo anterior, Rogers (2002) sostiene que si no percibe el terapeuta en sí, la capacidad para reorganizarse, difícilmente confiará en la otra persona para que logre dicho objetivo. Es por esta razón, que la congruencia es considerada como la

cualidad fundamental que facilita el encuentro y hace posible que exista comprensión empática y consideración positiva incondicional.

Comprensión empática-

Rogers (1962), citado por Lafarga y Gómez del Campo (1978, p.125) señala que la empatía es la segunda condición esencial en la relación, pues que gira alrededor de la capacidad para establecer una relación interpersonal y entrar al campo de experiencia del individuo.

Pero, ¿qué significa la empatía?, González (2004) refiere que esta actitud deriva del concepto alemán *einfühlung*, es decir, sentir como si se estuviera dentro del otro. Por su parte, Rogers y Kinget (1971) la describen como la comprensión de los aspectos tanto cognitivos como emocionales de la experiencia de los demás. Al respecto, Egan (1981) y Mainou (2006) coinciden que es la habilidad del terapeuta para entrar al mundo de percepciones de la persona y sentirse dentro de ella, esto es, sentir su coraje, tristeza, confusión, alegría, etc., como si fueran propias, pero sin perder el sentido del sí mismo. De este modo, Rogers (1962), citado por Lafarga y Gómez del Campo (1978 p.126) explica que cuando el mundo del cliente es claro para el terapeuta y se mueve libremente dentro de él, se puede transmitir tanto el entendimiento y los significados de lo que el individuo expresa.

Por tanto, tal apertura ayuda a captar y asimilar el marco de referencia de la persona, para que de esta forma, se le comunique sus sentimientos sin juicios, críticas e interpretaciones; incluso, de acuerdo a Sánchez (1998), ayudarle a describir los significados afectivos, cognoscitivos y perceptuales de ese campo experiencial, dentro de un espacio seguro y libre de amenazas. Así, se le facilita al cliente la integración de su autoconcepto¹⁹ en una forma creativa, reconectando las partes perdidas o abandonadas de su sí mismo. En este sentido, Rogers (1962), citado por Lafarga y Gómez del Campo (1978, p.125) aclara: “esta clase de empatía

¹⁹ Para Rogers, el autoconcepto es la imagen que el individuo percibe de sí mismo.

elevadamente sensitiva es importante para hacer posible que una persona se acerque a si misma y aprenda a cambiar y a desarrollarse”.

No obstante, para que ocurra lo anterior, González (2004) comenta que es necesario un terapeuta que tenga la habilidad de escuchar, sentir y entender al ser humano completamente, es decir, que además de comprender su lenguaje verbal, se entienda el lenguaje no verbal, tales como las posturas, tono de voz, gestos, silencios, etc., con el objetivo de saber si en realidad concuerda con lo que está diciendo el individuo y tratar de reflejárselo. Sobre este punto, Moreno (1986), citado por Zarazua (1990, p.24) demuestra que el saber escuchar, implica dos aspectos importantes:

- a) Comprensión. Se refiere el sentir al mundo íntimo de los significados personales del cliente como si fueran propios, esto es, asumir cada uno de sus sentimientos, emociones y vivencias, pero no totalmente ya que el marco de referencia interna solamente el otro lo conoce. Por tanto, al responder comprensivamente, la respuesta del individuo es positiva, pues acepta y aclara lo que le está sucediendo. Pero si esta comprensión se entorna declarativa, puede convertirse en una valoración o juicio, debido a que él podrá pensar que es una persona incomprensible e inentendible, y por ende se entorpecerá su proceso y perjudicará su autoestima²⁰.
- b) Comunicación. El terapeuta informa por medio de las técnicas de reflejo, el lenguaje verbal y no verbal del cliente, para que de este modo pueda verse a si mismo. Dichas técnicas serán explicadas más adelante.

Por otra parte, Egan (1981) enfatiza que existen dos niveles de empatía:

²⁰ Rogers define la autoestima como un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refiere al individuo. Señala también que es lo que el sujeto reconoce como descriptivo de sí y que él percibe como datos de identidad.

1. Empatía exacta a nivel primario-. El terapeuta le comunica explícitamente al cliente, lo que entiende de las experiencias y de los sentimientos que está expresando, con el objetivo de facilitar la autoexploración.
2. Empatía precisa avanzada-. El terapeuta comunica el entendimiento que experimenta de los sentimientos, experiencias y motivaciones que la persona manifiesta de manera implícita, con el fin de encontrar eslabones perdidos de la información obtenida en la autoexploración. Esto es, ver lo que está detrás de las palabras, lo que enuncia la mirada, los gestos, el tono de voz y la habilidad del facilitador para expresarlo.

El primer nivel se da en el primer contacto que tenga el terapeuta con el cliente, asegurando de tal forma, la relación. Posteriormente, en el momento en que se haya desarrollado la confianza y la seguridad por parte de ambos, comienza el segundo nivel de la empatía, el cual posibilita a la persona, el acercamiento a sí misma, el aprendizaje, el cambio y el desarrollo.

Frente a esta posición, para favorecer a la terapia al manifestar empatía, es importante según Egan (1981) que el facilitador:

- Se comunique con la persona siendo él mismo, sin máscaras, mostrando disposición y espontaneidad.
- Exprese respeto al darle su espacio y atención.
- Sea concreto al manifestarle y esclarecerle sus sentimientos, experiencias y conductas.

De acuerdo con lo anterior, Rogers (1997) puntualiza que el terapeuta domine su propio marco de referencia para que no haya una fusión con el cliente y sólo se sitúe lo más exactamente posible en ese entorno, sin perderse dentro de él. Sin embargo, para ser un facilitador empático, lo primero que se tiene que hacer es saber escuchar, esto es, no oír lo que dice el individuo, para contestarse las preguntas acerca de lo que es éste, sino escuchar para entender y sentir lo que le está

sucedendo. Por tanto, dicha cualidad tiene que ver con lo que se hace y se dice, y al momento de captar la percepción del otro, se transmita tal emoción, sentimiento y pensamiento, mediante la expresión de un lenguaje cálido y seguro.

Consideración positiva incondicional-

Este término fue introducido por Standal (1957), citado por Sánchez (1998, p.79), la cual se caracteriza principalmente por la permisividad del terapeuta y por el interés positivo hacia el cliente, es decir, ver a la persona sin prejuicios y valorarlo como un ser íntegro y capaz de desarrollar sus potencialidades de crecimiento y de salud. Por su parte, Rogers (1997) postula que esta actitud es el punto en que el facilitador se encuentra a sí mismo experimentando una aceptación cálida de cada elemento de la experiencia de la persona como parte de éste. Por lo que no existen condiciones para aprobar o admitir al cliente, puesto que implica aceptarlo tal y como es, en otras palabras, apreciar cualquier aspecto tanto negativo como positivo; que se puede dar a partir de la comprensión empática, debido a que si el terapeuta se centra en el marco de referencia del ser humano, no tendrá oportunidad de criticarlo o evaluarlo. Dicha cualidad para González (2004), constituye el recibir en una forma libre y cálida al individuo, acogiéndolo como es realmente; y que dentro de su proceso terapéutico, se involucra el aceptar todos sus sentimientos, congruencias e incongruencias, pensamientos, deseos, experiencias y necesidades. Por tanto, la aceptación incondicional tiene que ver con una actitud afectuosa positiva y aceptante del terapeuta, el sentir por el otro una gran comprensión, respeto y apoyo.

Referente a lo anterior, Rogers (2002) entiende por aceptación:

Un cálido respeto hacia él como persona de mérito propio e incondicional, es decir, como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos. Significa también, el respeto y agrado que siento hacia él como persona distinta, el deseo de que posea sus propios sentimientos, la aceptación y respeto por todas sus actitudes al margen del carácter positivo o negativo de estas últimas, y aun cuando ellas

puedan contradecir en diversa medida otras actitudes que ha sostenido en el pasado (p. 218).

En este sentido, esta actitud implica aceptar todos los sentimientos que manifiesta el cliente, tanto positivos como negativos, y sin emitir críticas o juicios. No obstante, para que se pueda dar esta condición, es primordial que exista una relación profunda con el cliente, en otras palabras un contacto entre ambos, volviéndose incondicional cuando todo lo expresado por el individuo es vivido como digno de respeto por el terapeuta. De esta manera, se tiene un interés por la persona como tal, teniéndole una confianza absoluta y permitiéndole la manifestación de sus verdaderos sentimientos o sensaciones que está experimentando y aceptarlos tal como son.

Por su parte, Carkhuff (1982), citado por Lazcano (2006, párr. 2) menciona que esta cualidad se da a lo largo del proceso terapéutico; sin embargo, en ciertos lapsos de tiempo, se puede experimentar un interés negativo hacia el otro; por tanto, enuncia cinco niveles o grados que el terapeuta sin darse cuenta, puede llegar a realizar:

1. Mantener un rol activo y asumir la responsabilidad del cliente, esto es, darle consejos o sugerencias.
2. Poner poco interés en el individuo, ser desatento o responder con frialdad e ignorar los sentimientos.
3. Sentir la responsabilidad por el cliente, es decir, comunicar el interés por aconsejar lo que es conveniente para él.
4. Conseguir y expresar el bienestar del cliente, al manifestar mensajes como: "puedes hacer lo que quieras, pero yo quisiera que hicieras las cosas de tal manera".
5. Sentir posesión por el otro, y apresurarlo a que sea un individuo independiente y libre.

No se puede negar, que algunos terapeutas experimenten cualquiera de estos cinco niveles, mismos que producen el desarrollo de una terapia poco efectiva. Para que

sucedan lo contrario, es importante crear una relación cálida, respetuosa y segura, sin hacer interpretaciones o sugerencias. De este modo, el cliente estará dispuesto a explorar sus aspectos más profundos para llegar así al desarrollo de sus potencialidades.

Por medio de estas tres actitudes, se crea una atmósfera adecuada para el ser humano, logrando de tal modo, que se propicie la relación terapéutica. Al respecto, Rogers (1997) manifiesta que es primordial que el centro de la terapia sea el cliente, puesto que el terapeuta va a interactuar con él en función de sus experiencias. Gondra (1981), citado por Zarazua (1990, p.35) explica que el vínculo terapéutico es una relación de persona a persona, la cual está constituida por tres características principales:

- a) Relación emocional entre cliente y facilitador, que implica el interés, el acogimiento y el calor, pues éstas hacen lo posible para crear un ambiente propicio, lo cual va evolucionando hacia una relación más profunda.
- b) Relación permisiva, en lo que respecta a la expresión de sentimientos; entendiendo como el término de permisividad, una serie de actitudes, tales como la aceptación, la comprensión y no evaluación o crítica; es decir, el terapeuta acepta al cliente tal y como es, así como trata de ponerse en su lugar para entenderlo.
- c) Relación libre de presión, el terapeuta no debe introducir sus propios deseos, reacciones o prejuicios dentro de la relación.

Tal como se puede ver, la relación es tomada como una experiencia de crecimiento, además de que la confianza que se tiene en el individuo es la esencia de la no-dirección. Por tanto, la meta de la relación terapéutica es crear a una persona totalmente abierta a su organismo, y que se autodirija para desarrollar sus potencialidades, siempre y cuando sea ayudado por las actitudes del terapeuta y técnicas del reflejo.

Respecto a este último, Mainou (2006) apunta que aunque son primordiales las actitudes del facilitador, éstas se instrumentan mediante el reflejo, pues los problemas del cliente son parte de un error perceptivo, es decir, una distorsión de la percepción del sí mismo y del entorno. En este sentido, el objetivo del terapeuta es precisamente aclarar por medio de estas herramientas, dicha apreciación para lograr una reorganización de la misma. De esta manera, el *reflejo* de acuerdo a Márquez (2001) consiste en resumir o acentuar la comunicación manifiesta o implícita del individuo, con la finalidad de satisfacer las condiciones necesarias y suficientes de la terapia, e incluso, el tomar conciencia de las experiencias vividas. No obstante, es primordial tener cuidado al utilizar dicho instrumento, ya que no se implementa de forma mecanizada, esto quiere decir que se lleve a cabo espontáneamente. Asimismo, no es necesario reflejar solamente el contenido de lo que la persona está transmitiendo, sino también los sentimientos no expresados y profundos que provocan las situaciones o problemas.

Referente a esta técnica, Mariscal (2004), citado por Rosso y Lebl (2006, p.96) indica su valor que tiene dentro del proceso terapéutico:

1. Al inicio de la terapia, el cliente experimenta una sensación profunda de ser comprendido.
2. La función del facilitador, es devolverle su auténtico Yo, es decir, tal como él lo está manifestando, siendo como un espejo.
3. Por medio de éste, se ayuda al individuo para que llegue a los más íntimos sentimientos de su sí mismo, cuyo objetivo es aclararlos y resolverlos.
4. El reflejo es el instrumento apropiado para establecer la relación entre cliente-terapeuta, asumiendo una total comprensión de lo que es el ser humano.

Sin embargo, para que el reflejo no pierda su validez, es esencial que la actitud del terapeuta se mantenga constante a lo largo de las sesiones terapéuticas. Y si esta permanece, entonces se nutrirá el sí mismo con experiencias seguras y valorizantes.

En ese sentido, con el firme apoyo, el cliente establece su propio ritmo de trabajo y libertad para decidir la orientación de su proceso. Pero, ¿Cuáles serían estos reflejos que el terapeuta maneja para que el individuo logre tomar el camino a la autorrealización?, Mainou (2006) sintetiza las principales técnicas que utiliza el facilitador, y que están en función del grado de esclarecimiento de la intervención, clasificándose de la siguiente forma:

1. Reflejo simple. De acuerdo a Mariscal (2004), citado por Rosso y Lebl (2006, p.97) se refiere a una devolución verbal de lo que el cliente ha expresado en la sesión terapéutica, esto es, el resumir la comunicación de la persona al poner en manifiesto un elemento importante o bien, el reproducir las últimas palabras para facilitar la continuidad del relato. Al respecto, Ortiz (1998) opina que esto se obtiene mediante la repetición o el parafraseo de lo que el individuo ha dicho. Su ventaja principal es esclarecer el material proporcionado por la persona.
2. Reflejo de sentimiento. Mainou (2006) explica que este reflejo tiene un carácter más dinámico pues trata de estabilizar y de precisar el sentimiento o el contenido emocional, procurando transmitir comprensión, empatía y respeto. De esta manera, se sintetizan las emociones implícitas de lo que capta el terapeuta, con el fin de que tome conciencia de las situaciones experimentadas. Por tanto, Ortiz (1998) cree que mediante la utilización de esta técnica, se puede ampliar el marco de referencia interno de la persona, dándose cuenta de lo que siente en ese preciso momento; asimismo, implica obtener una empatía profunda entre ambos.
3. La elucidación. Mariscal (2004), citado por Rosso y Lebl (2006, p.97) menciona que este reflejo posee la característica de resumir y esclarecer cognitivamente lo dicho, es decir, aclarar lo que él no ve de esa información expresada. El terapeuta, de este modo, deduce lo que le ocurre al individuo, procurando exteriorizar en forma lógica los sentimientos y actitudes que

están contenidos en la comunicación del cliente. Por ejemplo, el facilitador dentro de la sesión podrá decir: “Me parece que...”; “Pudiera ser...”.

4. Confrontación. Ortiz (1998) indica que se utiliza cuando la relación terapéutica tiene una base sólida, en otras palabras, el ambiente que proporciona el facilitador es estable. En este sentido, se sacan a la luz, los significados profundos o enterrados de la información obtenida de la persona. Se llama así, porque generalmente los elementos que utiliza el terapeuta, provienen de “contradicciones” que el cliente hace de su experiencia y que no son muy claras para él. Por tanto, su manejo favorece el “darse cuenta” de tales discrepancias o distorsiones.
5. Autorrevelación. El facilitador puede revelar experiencias personales para ayudar al ser humano a que comprenda sus propios sentimientos y las consecuencias de su conducta. Sin embargo, es esencial tener compromiso y responsabilidad al utilizar este recurso, sobre todo si es adecuada y útil. Cabe destacar que no debe emplearse para dar un ejemplo, ni para ganar el afecto o sugerirle lo que debe hacer. Sino más bien usarlo, para crear aún más el clima de confianza y lograr la empatía avanzada.
6. Atención y escucha. La relación terapéutica requiere de mucha atención y escucha, mismas que incluyen: mirar a la cara, mantener un buen contacto ocular, una postura corporal abierta (sin cruzar brazos o piernas), inclinarse hacia el otro mientras habla y permanecer en una posición relajada. Cuando el cliente lo percibe, se refuerza el deseo de seguirse expresando. Y por la otra parte, comunica su congruencia de su propio escucha, esto es, saber lo que está ocurriendo dentro de sí mismo, y si es apto comentarlo, se lleva a cabo para que el individuo se sienta atendido en su totalidad.

Aunado lo anterior, se afirma que el terapeuta es un facilitador del cambio constructivo en la personalidad del cliente y promotor de las potencialidades del ser

humano, posee además ciertas cualidades que se ejercitan en un nivel de desarrollo personal interno y en la relación interpersonal. Es necesario entonces, que su labor se encuentre en constante preparación y actualización de sus habilidades personales y profesionales. Hasta aquí se ha descrito los fundamentos básicos del Enfoque Centrado en la Persona que Carl Ransom Rogers, pionero de esta tercera fuerza de la psicología contemporánea, plantea a lo largo de su experiencia e investigaciones clínicas. Lo expuesto, hace entender de una manera más clara la Teoría Rogeriana y con ello, en los siguientes apartados se logre describir y analizar la Terapia de Juego Centrada en el Niño, misma que se apoya en el enfoque que se acaba de explicar.

2. TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO

La terapia de juego desde la perspectiva humanista tiene sus bases en la teoría de la personalidad, en la teoría de la terapia propuesta por Carl Rogers y en la concepción del ser humano, mismos que se acaban de explicar en el apartado anterior. En esta sección se aborda el concepto del juego y su importancia para el desarrollo biopsicosocial infantil. Asimismo, se explica el origen de la Terapia de Juego Centrada en el niño, en qué consiste dicho método, cuáles son sus objetivos y las metas que propone.

2.1. Lineamientos generales del juego

A través de la gran cantidad de investigaciones teóricas, se han formulado varias definiciones acerca del juego, debido a que cumple una serie de funciones que le permiten al niño relacionarse con su mundo, experimentar toda clase de situaciones, resolver sus conflictos, entre otros. Por tanto, al existir un sin número de conceptos sobre éste, únicamente se exponen lo que proponen ciertos autores.

Básicamente el juego es una actividad vital que brinda oportunidades de crecimiento físico, social, emocional e intelectual en todos los niños. Tal como indica West (2000):

El juego ayuda al niño a desarrollar habilidades físicas, entender las relaciones, experimentar e identificar emociones, descargar la tensión, practicar roles, reducir eventos atemorizantes y traumáticos, proporcionar aprendizaje y diversión, explorar situaciones y representar aspectos problemáticos (p. 14).

Por su parte Axline (2004) señala: “El juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño para comunicarse con lo que lo rodea” (p. 24). Frente a esta posición, Moustakas (1981), citado por Jardón (1997, p.47) agrega “el juego es el medio

natural de autoexpresión mediante el cual el niño manifiesta su personalidad y el mundo que lo rodea". En efecto, Nickerson (1973), citado por West (2000, p.15) puntualiza que es un recurso natural del ser humano que facilita:

1. La autoexpresión, la experimentación y el aprendizaje.
2. La relación con los juguetes y "jugar" sus preocupaciones con ellos.
3. La comunicación.
4. La liberación de sentimientos, frustraciones, etc.
5. La renovación, sanación y construcción de la vida del infante.
6. El entendimiento por parte del adulto, pues al observarlo, puede relacionarse con él de un modo más sencillo en las actividades de juego que por medio de una plática.

De acuerdo a lo anterior, se considera el juego como la forma en que los infantes expresan sus emociones, elaboran sus temores y ansiedades generados por el escenario escolar, la familia y en general la sociedad del mundo actual. En este sentido, Aranda y Ochoa (2007) sostienen:

El juego ocupa un lugar fundamental en el desarrollo emocional e intelectual del niño, permitiendo una apreciación de su realidad exterior y una elaboración de la misma mediante la incorporación de la realidad exterior a su mundo psíquico, condición fundamental para la estabilidad psicológica del menor que se refleja en su desarrollo emocional, biológico, social y académico, dado que el juego es la vía para la elaboración de problemas (p.122).

Por tanto, además de ser una actividad placentera, es necesaria para el desarrollo cognitivo y afectivo del menor, pues favorece la maduración y el pensamiento creativo para la solución de conflictos. Asimismo, constituye una herramienta fundamental para el desarrollo del lenguaje, de la motricidad y de forma especial, ayuda también en el rendimiento escolar. No obstante, ante la definición que diversos

investigadores han propuesto, Garaigordobil (2000), citada por Asociación Española de Fabricantes de juguetes (2000, p.3) agrega que es una experiencia que no tiene un fin particular, ofreciéndole al niño, placer, diversión, libertad, espontaneidad, acción y aprendizaje, e incluso le ayuda afirmar su personalidad y mejorar su autoestima.

De esta manera, es un recurso esencial para el menor, ya que por medio de él, puede expresar sus fantasías, conflictos, sentimientos, pensamientos, emociones, y temores, pero al mismo tiempo le permite desarrollar habilidades grupales, físicas, educativas y de lenguaje. Siendo entonces, una actividad satisfactoria, divertida y voluntaria, que va de acuerdo con los deseos, intereses y motivaciones del niño para lograr un óptimo desarrollo biológico, psicológico y social.

2.2. Importancia del juego para el desarrollo biospiciosocial del niño

Básicamente, el juego representa una actividad vital e indispensable para el ser humano, por lo que tiene un papel primordial en el desarrollo biopsicosocial del infante, pues como se dijo anteriormente, involucra aspectos tanto biológicos, educativos, psicológicos y sociales. En este sentido, es un elemento que está estrechamente relacionado con su personalidad y el modo en que se comportará ante el mundo que lo rodea. A continuación se señala la importancia que tiene éste, en el ámbito biológico, psicológico y social:

Ámbito Biológico:

Piaget (1961) explica que desde el nacimiento, el bebé comienza a utilizar sus sentidos y las habilidades motrices, mismas que están en pleno desarrollo, para explorar el ambiente externo donde se encuentra. Al respecto, Padilla (2003) añade que el recién nacido, inicia una secuencia motora que le posibilita diferentes aprendizajes posteriores, a la vez que va tomando conciencia del escenario donde vive, como su entorno familiar, los objetos cotidianos, las rutinas, entre otros. Por tanto, empieza a explorar, interactuar y jugar con su propio cuerpo, permitiéndole

obtener sensaciones corporales agradables y placenteras, por ejemplo, hacer balbuceos, movimientos, succionar y manipular objetos.

Frente a esta posición, Piaget (1961) señala que a partir de los primeros días de vida, se origina el *juego de ejercicio*, el cual se observa durante los dos primeros años de vida, y consiste en ayudar al niño a pasar de las sensaciones al conocimiento. Es decir, que por medio de los sentidos, empieza a captar los colores, texturas, olores, sonidos y sabores, en una constante interacción entre el juego, crecimiento y desarrollo. Conforme juega, se establece el contacto con el mundo externo y los objetos que son vistos, escuchados y tocados, pasan a su cerebro como una experiencia que enriquece su vida.

De esta forma, el menor logra fortalecer estructuras motoras, orgánicas y neuronales, es decir, adquiere la coordinación tanto de sus movimientos finos como gruesos, así como también, alcanza la manipulación de objetos, el equilibrio y el desplazamiento. Las actividades que tenga el bebé con su propio cuerpo y la relación que tenga con su medio ambiente externo, van a contribuir totalmente en el conocimiento de sí mismo, en el proceso de su maduración y en el incremento de sus capacidades físicas y sensoriales. En este sentido, Padilla (2003) revela que el juego es un agente de crecimiento neuronal, pues en el nacimiento, las fibras nerviosas no están definitivamente estructuradas, y mediante esta actividad natural, se estimula y promueve la evolución del sistema nervioso.

Ámbito Psicológico:

Dicho aspecto, abarca tanto el desarrollo afectivo, cognitivo y emocional en el infante. Martínez (1998) puntualiza que el juego le brinda una salud mental e integral, puesto que posibilita:

- La satisfacción emocional al permitir expresar y asimilar experiencias difíciles o dolorosas.
- El control de la ansiedad y su disminución.

- Conocer sus sentimientos sobre los acontecimientos vividos.
- El desarrollo de la imaginación y la creatividad.
- La discriminación fantasía-realidad.
- La formación de las funciones psíquicas necesarias para el aprendizaje como el lenguaje y la memoria.
- La estimulación de la atención.
- La disminución del aburrimiento, renovación de energía y reposición del cansancio; otorgando relajación.
- La acción, toma de decisión, participación y motivación.

Frente a esta posición, el juego desde este punto de vista, promueve placer, entretenimiento y alegría. Permite también, la expresión libre de sus vivencias emocionales, encauzando sus energías positivamente y descargando sus tensiones. Siendo entonces, un refugio de todas las dificultades que el infante enfrenta en su vida diaria, ayudándole a reelaborar su experiencia para acomodándola a sus necesidades, constituyendo así un importante factor de equilibrio psíquico y de dominio de sí mismo. Asimismo, como lo indica Piaget (1961) el menor se ejercita cognitivamente, pues estimula el desarrollo de las capacidades de pensamiento, creatividad e imaginación e incluso, crea zonas potenciales de aprendizaje, de las cuales le dan la oportunidad de solucionar problemas.

Sobre este punto, Schaefer y O' Connor (2000) aseguran que el juego constituye una herramienta que contribuye a la salud mental, al ser la principal actividad del niño por medio de la cual libera toda su energía. Además, otorga la oportunidad de canalizar y estructurar una determinada problemática al exponer sus sentimientos que están representando una amenaza hacia su persona, llevándolo así a una mejor salud psicológica. Sin embargo, cabe señalar que en todo buen juego existen esfuerzos físicos y mentales, y para que resulte ser además educativo, es esencial estimular la atención, memoria, imaginación y creatividad. Por lo que el trabajo o las actividades artísticas son frecuentemente una fuente de placer, debido a que al llevarse en forma espontánea, proporciona alegría, triunfo y satisfacción.

Ámbito Social:

Medrano (2000), citado por Asociación Española de Fabricantes de juguetes (2000, p.4) considera que el juego es un instrumento de comunicación y socialización infantil, debido a que:

- Promueve la comunicación y la cooperación con los iguales.
- Lo prepara para el mundo laboral.
- Facilita el autoconocimiento y el desarrollo de la conciencia personal, esto es que mejora el autoconcepto de sí mismo y aumenta la aceptación de los demás.
- Lo ayuda en los procesos de adaptación socio-emocional.
- Controla su agresividad.
- Estimula la responsabilidad.
- Aumenta el nivel de participación en actividades escolares.
- Origina el contacto físico positivo en el juego libre, disminuyendo el contacto físico negativo y las interacciones verbales negativas.

Asimismo, Jardon (1997) indica que favorece la comunicación y el intercambio, ayuda al niño a relacionarse y a comunicarse con las demás personas al expresar sus ideas, emociones y experiencias, con la finalidad de prepararlo para su integración y adaptación social. Siendo por tanto, un medio por el cual el menor ensaya sus actividades y roles interpersonales, establece vínculos con los individuos y objetos de su ambiente; a partir de la cual, desea tener contacto con su mundo social donde se desenvuelve.

Elkonin (1980) y Esteva (1988), citado por Hernández (2002, p.37) indican que cuando el infante se somete por medio del juego a la vida social, comienza asumir ciertos roles que son reproducidos y causados por el ambiente externo, es decir, empieza actuar “como si” fuera un médico, un maestro, un carpintero, un papá, una mamá, entre otros; y así va creando personajes cuyas acciones contienen experiencias, vivencias e impresiones de la sociedad actual. En otros términos,

Piaget (1961) lo denomina *juego simbólico*, el cual consiste precisamente en hacer “como si”, es decir, empieza a proyectar las acciones a objetos nuevos, atribuyendo sus propias conductas; por ejemplo, hacer como si la muñeca caminara, llorara o comiera; siendo estas las situaciones que identifica en sí mismo, pero que ahora juega a que otros lo hagan también.

Con base en lo dicho, el juego se distingue por ser una actividad completa, conforme se va desarrollando el menor, que va desde la ejecución sensomotora, hasta la capacidad de asimilar y abstraer la realidad para después transformarla. En este sentido, es el fundamento principal del desarrollo biológico, psicológico, social y educativo. Es además, un proceso ligado a las emociones y que contribuye enormemente a fortalecer el proceso emocional, cognitivo, físico y social. Desde esta perspectiva, Meléndrez (2000) opina: “a mayor conciencia lúdica, mayor posibilidad tiene el infante de comprenderse a sí mismo y de comprender el mundo” (p. 21).

Al tener el panorama general acerca del concepto del juego y su importancia en el desarrollo del niño, se verá como éste ha sido utilizado en el proceso terapéutico como una herramienta clave para su expresión emocional.

2.3. Antecedentes históricos de la terapia de juego centrada en el niño

Casillas (1999) expresa que a través del desarrollo histórico de la psicología clínica bajo cualquier enfoque, generalmente se trata en primera lugar con adultos y posteriormente se trabaja con los menores, lo cual ha dado pauta a que de una teoría y práctica clínica para adultos se trabaje casi sin ninguna modificación en terapia para infantes. En este caso, Clarizio y McCoy (2000) argumentan que las contribuciones del tratamiento infantil, han procedido principalmente del psicoanálisis y de la psicología genética, mismos campos que han permitido incrementar los conocimientos sobre los pequeños. No obstante, las principales aportaciones proceden de quienes se interesan directamente en ellos, y sobre este punto,

sobresalen las investigaciones de Anna Freud, Melanie Klein, Virginia Axline, entre otros.

Al respecto, Miro y Mitjavila (1994), citados por Pacurucu (2002, p.26) revelan que la primera analista infantil y educadora fue Hermine Hug-Hellmuth, quien en 1920, comenzó a tratar a los niños desajustados dentro del marco de la teoría freudiana. Utilizó el juego como parte básica de sus procedimientos terapéuticos y como una vía de comunicación para entenderse con los menores. La investigadora creía que se podía facilitar con frecuencia el proceso terapéutico, al involucrarse en las actividades y en los juegos del infante. En esencia, su método que combinaba los elementos freudianos con procedimientos educativos, consistía en visitar tres o cuatro veces por semana a los pacientes en su casa, observar el juego del infante y traducir cada patrón de conducta. Por otro lado, resaltó la importancia de la función educadora del terapeuta infantil, esto es, que además de darle terapia al niño, es primordial ofrecerles a los padres una orientación psicológica.

En 1928 Anna Freud, de acuerdo a Dorfman (1951), citada por Rogers (1997, p.209) empezó a emplear el juego para acercarse a los infantes para ganar su confianza, es decir, como una forma de atraerlos a la terapia y así construir en la relación con sus pequeños pacientes. A medida de que el menor desarrollaba una relación satisfactoria, el énfasis del enfoque de la sesión se trasladaba lentamente del juego hacia interacciones de tipo verbal. Cabe destacar que Anna Freud, utilizó a los sueños y a los dibujos de los niños, como técnicas para facilitar su análisis.

En el momento que la analista lograba construir esta relación terapéutica, en 1932 Melanie Klein propuso el juego como el medio de expresión natural del infante, considerándolo como el mejor sustituto directo de las verbalizaciones debido a que su habilidad verbal está poco desarrollada para expresar satisfactoriamente los pensamientos complejos y los afectos. En este sentido, Klein (1932), citada por Johnson, Rasbury y Siegel (1992, p.120) afirmaba que:

El pequeño expresa mediante el juego y en forma simbólica fantasías, deseos y experiencias reales...ya que es un medio fundamental de expresión. Si se utiliza la técnica basada en el juego, pronto veremos que el niño relaciona tantas cosas con los elementos separados de su juego, al igual que hacen los adultos con las partes fragmentadas de sus sueños.

Asimismo, la autora propuso que el papel del terapeuta fuera simplemente hacer interpretaciones directas de la conducta de juego del niño para adaptarlo a la realidad, disminuir las dificultades educativas y tolerar cualquier frustración.

A partir de lo anteriormente mencionado, Anna Freud y Melanie Klein formularon sus propios métodos de tratamiento, los cuales tienen diferencias totalmente significativas. No obstante, coinciden en que mientras los adultos utilizan el lenguaje verbal para contar sus problemas, el juego cumple una función semejante para los menores. De esta forma, los esfuerzos de estas dos grandes precursoras de la terapia infantil, han influido considerablemente en el pensamiento de los especialistas de la salud mental, teniendo consecuencias directas para el establecimiento del movimiento de orientación psicológica en los infantes.

Por su parte, Schaefer y O' Connor (2000) refieren que hacia 1935, se desarrolló una técnica de terapia de juego conocida como la *terapia estructurada*, que usaba el psicoanálisis como una base para un enfoque orientado hacia objetivos. Después en 1938, desarrolló Levy, un método llamado *terapia de liberación*, para tratar a los niños que habían experimentado un suceso traumático específico. Este investigador proporcionaba al menor, materiales y juguetes dirigidos únicamente para ayudarlo a recrear el suceso traumático mediante el juego, lo cual no quiere decir que se forzaba al infante, pero si se le otorgaban pocos juguetes a excepción de aquellos que el terapeuta consideraba los mejores para expresar el suceso emocional. En el mismo año, Salomón desarrolló una técnica llamada *terapia de juego activa*, para usarla con niños agresivos. Este autor pensaba que ayudar a un niño a manifestar su

ira y temor a través del juego, tendría que aprender a dirigir sus sentimientos a conductas más aceptadas socialmente orientadas a esta actividad.

Posteriormente, de acuerdo a Pacurucu (2002), Carl Rogers en 1951, desarrolló el Enfoque Humanista Centrada en la Persona, y en 1969 Virginia Axline, adoptó los lineamientos Rogerianos para emplearlos en los infantes, denominándola *Terapia de Juego No-directiva*. Sobre este aspecto, Schaefer (2005) comenta que además de conocerse bajo dicho nombre, también es nombrada como *Terapia de Juego Centrada en el Niño*, por el hecho de que se fundamenta en la teoría centrada en el ser humano.

Al darse a conocer esta orientación terapéutica infantil, Elkonin (1980) explica que de acuerdo a Axline, este tipo de intervención le brinda al menor, la oportunidad de establecer una relación profunda con el terapeuta en un escenario donde se sienta más seguro que en cualquier otro lugar debido al acuerdo terapéutico básico. Evidentemente, se le ayuda a explorar situaciones interpersonales usando la seguridad que se le otorga desde el primer encuentro con el facilitador. Respecto a este punto, Meléndrez (2000) comenta que de esta forma se destacó la importancia de la relación terapéutica, considerando que no es necesario entrar de manera activa en el pasado, a menos que el cliente indique que eso es lo apropiado. Por tanto, el aspecto más relevante en las sesiones, se encuentra en las emociones y sentimientos del niño en el presente.

De esta manera, se considera que la terapia de juego centrada en el niño deriva de las aportaciones de diversos investigadores que proporcionaron las bases del tratamiento infantil y que hoy en día, es una herramienta esencial para intervenir en el desarrollo emocional de los infantes.

2.4. La terapia de juego no-directiva

De acuerdo a Schaefer y O' Connor (2000) la Terapia de Juego Centrada en el Niño incorpora la mayor parte de los principios Rogerianos que se aplican en los adultos a los menores. En este sentido, el método terapéutico implica aspectos diseñados para cubrir las necesidades de los infantes, pues se utiliza al juego como el recurso natural y esencial para la expresión de sentimientos, emociones, tensiones, etc. Frente a esta posición, Landreth (2002), citado por Schaefer (2005, p.47) define a la terapia de juego desde la perspectiva humanista como:

Una relación interpersonal dinámica entre niño y terapeuta entrenado en procedimientos de terapia de juego que proporciona materiales de juego seleccionados y facilita el desarrollo de una relación segura para el niño, a fin de que exprese y explore completamente a sí mismo (sus sentimientos, comportamientos, pensamientos, experiencias) mediante el juego, el medio de comunicación natural del niño, a fin de que tenga un crecimiento y un desarrollo óptimos.

En relación con lo anterior, Axline (2004) explica que este tipo de terapia es una técnica indispensable que se utiliza para la solución de conflictos en la infancia, pues el juego representa ser el único medio que emplea el infante para autoexpresarse. De esta manera, la autora puntualiza:

Es una experiencia en que participan dos personas y que da unidad a la finalidad de que aquella que busca ayuda; al realizar tan plenamente como sea posible su autoconcepto y el convertirse en un individuo que logra satisfacer a sí mismo, que fusiona en un todo cualquier conflicto entre las fuerzas internas de su yo o entre el autoconcepto interno y la conducta externa (p. 34).

Por tanto, es el momento que se le brinda para adquirir un sentimiento de autoestima y autodirección de su propia conducta, así como el de poseer la habilidad de ser independiente, de aceptarse a sí mismo y de asumir la responsabilidad de su persona. No obstante, para que se lleve a cabo dicho proceso, es necesario ofrecerle al cliente infantil un ambiente donde no se le evalúe, critique, presione o sugiera para cambiar. En este sentido, la terapia desde esta perspectiva, no debe ser considerada como un medio para modificar una conducta no deseada por otra más aceptable, pues si esto ocurre, no se dejaría al niño ser como es dentro dicho espacio.

Por esta razón, es importante darle un ambiente bajo condiciones de aceptación y permisividad, de tal manera que pueda exteriorizar sus sentimientos acumulados a fin de que los afronte, controle o abandone. Una vez que haya logrado la relajación emocional, comienza a descubrirse y aceptarse tal como es, obteniendo así, la libertad de dirigir su propio camino y asumiendo el compromiso de sus propias decisiones. Al respecto, Axline (2004) señala que cuando el infante juega libremente, experimenta un periodo de independencia a través de la acción, y al mismo tiempo, reorganiza e integra sus actitudes, pensamientos, emociones y sentimientos para alcanzar su autorrealización.

Asimismo, la autora indica que en todo individuo existe una fuerza que constantemente lucha por obtener dicha autorrealización. Como se mencionó anteriormente, tal fuerza innata que impulsa al infante hacia la madurez, independencia y autodirección es llamada tendencia actualizante. Y para llegar a ésta, la persona necesita ser el mismo, aceptarse y ser aceptado por los demás. La autorrealización por tanto, es un impulso constante a lo largo de la vida y cuando el ser humano se encuentra con alguna dificultad, este persiste y lucha por establecer su autoconcepto. Sin embargo, se necesita de un contexto que favorezca el crecimiento para poder desarrollar una estructura totalmente equilibrada.

De esta manera, la terapia de juego no-directiva se basa en la suposición de que cada infante lleva dentro de sí mismo, la habilidad para resolver sus propios

problemas de una manera efectiva, e incluso tener el impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura. En esencia, la terapia comienza justo cuando el niño permite que los cambios ocurran; no obstante, éstos dependen de la reorganización de las experiencias que el menor vaya acumulando, así como también de sus pensamientos, actitudes, sentimientos y emociones que hacen posible llegar al darse cuenta, siendo éste, un requisito primordial para que la terapia avance.

A partir de éste último, el cliente según Meléndrez (2000) llega a conocerse completamente, de tal forma que se convierte en el propio dueño de su vida, siendo un ser humano libre, capaz de elegir y dirigir su camino; percibiéndose como un individuo que merece ser valorado, respetado por los demás y por sí mismo. Pero también, se permite aceptarse, creer en sus capacidades y asumir la responsabilidad de su persona. Cabe destacar que el elemento del éxito terapéutico, radica en el desarrollo y mantenimiento de la relación entre niño y terapeuta. Sobre este punto, Moustakas (1959), citado por Schaefer (2005, p.47) considera que: “mediante el proceso de autoexpresión y exploración en una relación significativa, mediante la comprensión del valor interno, el niño llega a ser un individuo positivo, con autodeterminación y autorrealización”.

Retomando lo anterior, Carmichael (2006), citado por Garza-Louis (2007, p.2) está de acuerdo que este tipo de tratamiento propicia resultados altamente significativos a partir de la relación terapéutica que se establece. Siendo de este modo, un método efectivo para aquellos infantes que han experimentado maltrato, ansiedad, rechazo, inseguridad, pérdidas, problemas académicos, de lenguaje, de alimentación, entre otros. Sin embargo, West (2000) señala que la terapia de juego no-directiva resulta ser inapropiada cuando:

- La familia no acepta la ayuda, o bien, no coopera.
- El niño tenga graves problemas de aprendizaje, presente autismo, esquizofrenia o déficit de atención con hiperactividad, entre otros.

- El terapeuta no tiene tiempo suficiente para atender al cliente, se encuentre sin supervisión y sin un apoyo adecuado.

Por otro lado, surge una cuestión: ¿Cuánto tiempo puede el infante permanecer en una terapia de este tipo?; Landreth y Carmichael (2002), citados por Garza-Louis (2007, p.3) en primera instancia comentan que las sesiones tienen una duración entre 30-50 minutos, una vez a la semana. Por otra parte, West (2000) propone una escala de tiempo para trabajar con los menores (véase *Tabla 1*), aunque no puede ser suficiente para niños muy problemáticos, de aquí depende de la valoración del facilitador para terminar, continuar o referir al infante a otro tipo de intervención.

Tabla 1: Tasas de respuesta para el niño promedio referido a terapia de juego

Edad	Se espera mejoría en	Se espera mejoría significativa de
Hasta 6 años	4 semanas	2 a 4 meses
6 a 8 años	4 a 6 semanas	3 a 6 meses
8 a 10 años	4 a 8 semanas	4 a 12 meses
10 a 12 años	4 a 8 semanas	4 a 15 meses

Landreth y Carmichael (2002), citados por Garza-Louis (2007, p.3) dicen que en efecto, el menor necesita tan sólo 4 meses para resolver sus problemas o conflictos. No obstante, algunos mejoran mucho más rápido, pero depende totalmente del tipo de problemas y de la forma en cómo ellos pueden solucionarlos.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, la terapia de juego no-directiva es un proceso dinámico que permite al terapeuta, relacionarse con el cliente infantil en sus propios términos y en formas adecuadas al desarrollo mediante su medio natural de comunicación, el juego. Asimismo, es un método seguro que otorga el autodescubrimiento, la autoexploración y la autodirección. Siendo entonces, uno de los modelos teóricos más estudiados en los últimos tiempos.

2.5. Objetivos y metas

Schaefer (2005) sugiere que es importante indicar que el término *meta* no es muy manejable de acuerdo con la filosofía de la terapia centrada en el niño, debido que tiende a ser evaluativa, e incluso pretende imponer logros específicos que el infante debe establecerse a lo largo de su proceso terapéutico. En este sentido, para poder entender a los menores como clientes, es primordial observarlos y relacionarse con ellos como seres humanos que son, y no consignarles objetivos para llegar a cumplirlos, pues resultaría totalmente contradictorio con los lineamientos de la teoría Rogeriana. Por esta razón, el terapeuta tiene que creer y confiar totalmente en las habilidades del cliente, e impulsarlo en su crecimiento emocional por medio de las actitudes que le comunica.

Asimismo, Rogers (1997) comparte que la terapia se basa en la hipótesis central de la capacidad del individuo para crecer y autodirigirse, es decir, realmente el terapeuta cree en el niño y confía en su verdadero cambio, porque dentro de él está la fuerza para elegir su propio camino. Aunque para que ocurra dicho cambio, el facilitador debe comunicar una actitud de respeto, empatía y valoración positiva que le permita experimentar al infante una relación de calidez y comprensión, y que pueda sentirse lo suficientemente seguro para relajar sus defensas en la medida necesaria y poder apreciar como funciona sin ellas.

Del mismo modo, Axline (2004) señala que la persona busca ser él mismo; y mediante la terapia de juego autodirectiva se le da la posibilidad de descubrirse y aceptarse sin presiones, evaluaciones, ni regaños, pues implica una aceptación total por parte del terapeuta, quien le da la libertad al niño de dirigir e indicar el camino a seguir, asumiendo así la responsabilidad de tomar decisiones. La relación que se establece entre el facilitador y el menor, da la posibilidad de desarrollarse emocionalmente y tener fe en él, debido a que empieza a darse cuenta de la potencialidad para ser un individuo que piensa por sí mismo y toma conciencia de su individualidad.

Una premisa primordial de esta terapia, es proporcionar al cliente una experiencia de crecimiento positiva en presencia de un adulto que lo apoye y comprenda, a fin de que pueda descubrir sus fortalezas internas. Dado que la terapia de juego desde esta perspectiva, se enfoca en la persona de éste y no en el problema que presenta, el énfasis se coloca en facilitar sus esfuerzos para que logre afrontar en forma más adecuada como ser humano, los problemas actuales y futuros que pueden influir en su vida. Por tanto, para entender más a fondo lo que se propone la terapia no-directiva, Reddy, Files-Hall y Schaefer (2005), citados por Garza-Louis (2007, p.3) revelan que este modelo puede ayudar al niño a:

1. Desarrollar un autoconcepto más positivo.
2. Asumir una mayor responsabilidad personal.
3. Obtener confianza, respeto, aceptación de sí mismo y de los demás.
4. Adquirir independencia.
5. Tomar sus propias decisiones de manera más determinada.
6. Desarrollar sus propias habilidades a fin de dar soluciones nuevas y creativas para sus problemas.
7. Aprender a expresar emociones, sentimientos y pensamientos.
8. Sensibilizarse con el proceso de afrontamiento.
9. Generar empatía y respeto por los pensamientos y sentimientos de los demás.
10. Iniciar una fuente interna de evaluación.

Referente a lo anterior, la terapia de juego desde esta perspectiva, no impone objetivos específicos para que el cliente los alcance, pues llevaría al control del proceso del menor. No obstante, los investigadores antes señalados, enumeran diez puntos clave que el niño puede obtener una vez iniciado su tratamiento. Por tanto, para que logre tener resultados óptimos, es fundamental que el facilitador le brinde respeto y aceptación incondicional, pero sobre todo, no trate de dirigirlo.

3. ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA TERAPIA CENTRADA EN EL NIÑO

A continuación, se comenta el por qué el menor es llevado a terapia de juego, así como también se menciona las conductas que manifiesta para ser canalizado y aceptado para este tipo de intervención. Asimismo, se nombran los candidatos que pueden seguir este proceso y cuáles no. Por otro lado, desde la perspectiva de diferentes autores que abordan este enfoque centrado en el niño, se explica como se forma la imagen del sí mismo en el infante. Posteriormente, se señalan las características del cuarto de juegos, el tipo de juguetes y los materiales que se llegan a utilizar dentro de él. Finalmente, se aborda el proceso terapéutico que sigue este modelo y los resultados que se obtienen en los menores al concluir dicho tratamiento.

3.1. El infante referido a terapia de juego

De acuerdo a Castillo (1996) el menor es remitido a terapia cuando la familia o la escuela lo observa agresivo, inquieto, ruidoso, mal humorado o berrinchudo, ocasionando problemas a los demás, pero también a él mismo. A pesar de ello, no está conciente de ser “niño problema”, y sin su consentimiento, es llevado a un tratamiento psicológico para remediar el conflicto. Por tanto, los padres o maestros creen que una vez que el menor es llevado a terapia, podrá inmediatamente cambiar su comportamiento, pero esto no es así. Axilne (2004) comenta que la terapia de juego no directiva no tiene el propósito de sustituir una conducta por otra “más deseable”, sino más bien, como se explicó anteriormente, por medio de ella, se le intenta proporcionar un ambiente propicio para que experimente con libertad sus sentimientos, emociones y pensamientos; y de este modo desarrolle un autoconcepto más firme.

Una vez que se ha decidido facilitar la intervención terapéutica, surge la siguiente cuestión: ¿cuáles son los niños que se pueden beneficiar con la terapia de juego?.

West, coincide con Axline acerca de quienes son los menores que pueden recibir dicho enfoque, al presentar alguna de las siguientes características:

- Conducta inmadura¹, seudomadurez o ambas.
- Dificultades para establecer vínculos.
- Fracaso escolar.
- Maltrato físico, o abuso sexual de otros niños o de animales.
- Masturbación, o insertarse objetos dentro de los genitales o ano.
- Sufrir problemas psicosomáticos².
- Trastornos en la alimentación.
- Trastornos del sueño.
- Orinarse, defecar o ensuciarse.
- Decir mentiras.
- Respuestas emocionales inadecuadas.
- Mutismo por elección o con problemas de lenguaje.
- Retraimiento, berrinches, brotes de violencia.
- Cambios extremos en el estado de ánimo.
- Daño a sí mismo, lastimar animales o niños más pequeños.
- Bajo funcionamiento sin razón aparente.
- Trastornos de aprendizaje y problemas para asistir a la escuela, en particular rehusarse a ir a ésta.
- Maltrato emocional.
- Enfermedad o accidente grave.
- Muerte de una persona significativa.
- Pérdida (s) excepcional (es).
- Dolor o tensión emocional.
- Paternidad inadecuada.

¹ La conducta inmadura se presenta por una escasa capacidad de concentración, preocupación y pasividad. Se suele manifestar en niños socialmente problemáticos que no actúan de modo adecuado en determinadas situaciones con sus padres, compañeros o profesores.

² Un problema psicosomático es aquel que, teniendo un origen psicológico, presenta síntomas fisiológicos y puede producir alteraciones a nivel corporal.

- Estilo de vida trastornado o necesitado.
- Exposición al alcohol o drogas.

No obstante, Axline no aclara para quienes está contraindicada la terapia de juego, sin embargo, West (2000) menciona que resulta inapropiada para el niño que:

- Presente gran dificultad para el aprendizaje.
- No pueda diferenciar entre realidad y fantasía.
- Padezca autismo, esquizofrenia o trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Sea hostil hacia la terapia de juego.
- Su familia no acepte la ayuda, no coopere y que en vez de favorecer al niño, lo afecten más.
- Tenga conductas desadaptativas aprendidas, resultantes de una disfunción familiar.
- Esté al borde de un cambio vital importante.
- Sea menor de 4 años o mayor de 11 años, cuya seguridad y protección no están aseguradas y cuyas necesidades básicas no están satisfechas de manera clara.

Con base en lo dicho, Schaefer y O' Connor (2000) explican que este tipo de problemáticas no son apropiadas para este tratamiento, debido a que los daños extremos en las capacidades físicas o emocionales para generar un concepto del yo dentro del contexto social, podrían interferir negativamente. En ese sentido, la terapia humanista tiene el propósito de elevar el autodesarrollo del menor, no de perjudicarlo. Por otra parte, Axline (2004) puntualiza la edad de los candidatos a la terapia, e indica que el trabajo terapéutico es adecuado para clientes de 4 años hasta los 12 años. Al respecto, West (2000) hace la observación sobre la edad de los menores que entran a la terapia de juego, y que pueden estar entre los 4 ó 5 y 10 ú 11 años de edad, pero sólo en casos especiales se trabajaría con niños menores o mayores de este rango. En relación al sexo del infante, su raza o grupo étnico,

Guerney (1988), citado por Casillas (1999, p.83) subraya que no existe ninguna interferencia para que se realice exitosamente la terapia intervención.

De acuerdo a lo anterior, es interesante observar que existe una gran variedad de manifestaciones en las que el niño puede expresar sus experiencias, mismas que van a dar un valor amenazador al sí mismo. Sobre este aspecto, Castillo (1996) menciona que el enfoque humanista aclara que las causas del comportamiento del cliente se deben a que no obtiene una satisfacción plena, por lo que su self se estructura de una forma negativa trayendo como consecuencia dichas conductas. En este sentido, la autoimagen³ que el menor tenga va a influir directamente con el tipo de conflicto que se desarrolle, y que cualquiera de las problemáticas antes mencionadas, son viables para que se considere su tratamiento psicológico. No obstante, el terapeuta no debe dejar a un lado las contraindicaciones, posiblemente en vez de ayudar al infante, se empeore su problemática, y tendrá que ser canalizado a otro tipo de enfoque terapéutico.

De esta manera, es necesario recabar la información acerca del historial clínico y los motivos de referencia, para que de este modo, se conozca el tipo de dificultad que se está presentando y se determine si la terapia de juego desde esta perspectiva sea la adecuada; y si es así, el infante referido podrá descubrir y desarrollar por medio de ella una imagen de si mismo más saludable. Cabe destacar que el facilitador de este modelo, de acuerdo a Sweeney (1997), citado por Schaefer (2005, p.47) no debe enfocarse solamente en la evaluación y en el diagnóstico del conflicto, ya que se perdería totalmente de vista al cliente, a pesar de que los síntomas son primordiales, pero tal como su nombre lo indica, la terapia está centrada en el niño y no en el problema.

³ La autoimagen es la opinión que tiene el individuo sobre su propia personalidad y sobre su conducta. Normalmente lleva asociado un juicio de valor (positivo o negativo). Constituye el núcleo básico de la personalidad según Rogers. Se construye tanto a partir de la propia observación de uno mismo como de la imagen que los demás tienen de la persona (o al menos, la imagen que parecen tener en función de su comportamiento).

3.2. El concepto de sí mismo del niño

La teoría de la personalidad Rogeriana, parte de la definición de las características del infante, como base para entender el surgimiento y la evolución del sí mismo. En este sentido, Rogers (1951), citado por Schaefer (2005, p.46) revela que el individuo u organismo, constituye todo lo que es el niño, es decir, consiste en autopercepciones que incluyen pensamientos, sentimientos y conductas. Tal como se dijo anteriormente, en la medida que interactúa con su ambiente, gradualmente va construyendo el concepto de sí mismo, e incluso el concepto que tenga de él en relación con dicho contexto.

Castillo (1996) menciona que tales conceptos están ligados a los valores que son parte de la estructura “me gusta o me disgusta”, siendo un proceso flexible y modificable en un sistema establecido. Por ejemplo, el infante puede gustarle y disgustarle ciertos platillos, juegos o actividades, puesto que van a depender de las necesidades que tenga en ese momento. Frente a esta posición, Ortiz (1998) explica que cualquier experiencia que vaya teniendo el cliente, va a ser valorada por su organismo ya sea positivo para aquellas que favorezcan su crecimiento, y negativo a las que vayan en contra de su equilibrio y enriquecimiento del mismo.

Asimismo, Schaefer (2005) agrega que el menor posee dos necesidades básicas: la consideración positiva de los demás y la autoconsideración positiva. La primera se refiere al ser amado, aceptado y aprobado por los demás; y si esta sucede entonces se genera la segunda, que es amarse a sí mismo. Por tanto, la valoración de los otros hacia el infante es un elemento importante, debido a que su sí mismo se va a establecer a partir de las interacciones que tenga con los demás. Por ejemplo, los padres al brindar gratificaciones, el menor las simboliza en su conciencia, dando lugar a la noción del yo. Sin embargo, muchas veces estas gratificaciones pueden convertirse en castigos, rechazos, falta de afecto, entre otros, dando como resultado que el cliente se comporte de cierta forma para obtener ese cariño o atención que no se tiene. Esto es, que si un niño le jala el cabello a su hermana o le pega, y escucha

de sus padres que es un grosero, tomará dicho comentario como propio y originará que se desarrolle una discrepancia entre el concepto que tiene de sí mismo con lo que experimenta con su realidad, pues se actúa y se valora en función de los criterios externos y no tanto de los propios; a este fenómeno se le conoce como *Incongruencia*.

Sobre este último, Fadiman y Frager (2001) señalan que ocurre cuando existen diferencias entre la conciencia, la experiencia y la comunicación, siendo la incapacidad de percibir con exactitud la realidad. Tal discrepancia, genera un estado de vulnerabilidad ya que el individuo puede sentir una tensión o desajuste. En otras palabras, cuando las experiencias no son congruentes con el autoconcepto, el niño las percibirá como una amenaza, traducida en una conducta disfuncional. Sin embargo, cuando no existe peligro alguno, el menor está en libertad de revisar su autoconcepto para asimilar e incluir las experiencias previamente inconsistentes con la imagen de sí mismo. Dicha imagen ya integrada o positiva, permite de acuerdo a Landreth y Sweeney (1997), citados por Schaefer (2005, p.46) que el cliente comprenda mejor a los demás y por ende, tenga mejores relaciones interpersonales.

Con base en lo anterior, la consecuencia de este proceso es cuando las experiencias pueden ser integradas y asimiladas, pero también, negadas o deformadas en función del grado o desagrado que producen en la estructura del sí mismo. Esto quiere decir que el medio ambiente donde el niño se desarrolla, es el determinante del tipo de sentimientos que éste asocia con su autoconcepto. Si en la relación con el padre, la madre, los hermanos y con otras figuras importantes, el infante se experimenta como un ser no querido, no aceptado, incapaz y poco valioso, los sentimientos asociados con el self serán de rechazo y de disgusto.

Frente a esta posición, Axline (2004) sostiene que la manera en que la imagen de sí mismo es percibida, tiene una relación directa con el tipo de conducta que el niño manifiesta. Por ejemplo, un menor que pelea todo el día; que molesta a sus compañeros y se mete en problemas sin importar donde se encuentre, puede

canalizar algunas de sus tensiones por medio de su comportamiento agresivo y una autoestima baja, debido a su disfuncionalidad o inadaptación. No obstante, para romper este último, Rogers (1962), citado por Lafarga y Gómez del Campo (1978, p.128) propone que es primordial tratar al individuo mediante una relación terapéutica empática, congruente e incondicional, ya que de esta manera se encamina a la persona hacia una apertura total a la experiencia; debido a que se le da libertad para experimentar sus propios sentimientos y la de los otros sin ser amenazado.

Con base en dichas premisas, para que el cliente infantil construya positivamente una imagen de sí mismo y la preserve, quizá distorsione tales experiencias y niegue a la conciencia su satisfacción. En este sentido, la Terapia de Juego Centrada en el Niño ofrece la oportunidad para que el terapeuta vea al cliente como un ser humano positivo dentro de una atmósfera de permisividad y de aceptación; y dentro de un ambiente terapéutico, comienza a descubrir una imagen clara de su self.

3.3. El cuarto de juegos

Axline (2004) opina que el cuarto de juegos es la base del crecimiento, siendo el área donde el niño se desenvuelve sin inhibiciones, pone a prueba sus ideas, y se expresa con seguridad y privacidad para obtener de esta manera, la independencia que tanto requiere. Dentro de este espacio, nadie lo critica, juzga, molesta o sugiere, pues él es la cabeza de la situación y de sí mismo.

Al ser este lugar físico, el ambiente terapéutico de gran importancia, se deben tomar ciertos aspectos para que su funcionalidad sea óptima. Al respecto, Axline (2004) y West (2000) están de acuerdo que si se dispone de dinero y de alguna área para acondicionar una habitación para implementar la terapia de juego, se sugiere:

1. Tener un lugar de tamaño regular para que le permita al niño moverse con facilidad y comodidad. Por tanto, es aconsejable que la medida del cuarto sea de 42 X 56 metros para terapia individual, y de 84 X 112 metros para

terapia grupal. Sobre este aspecto, Ginnot (1961), citado por Castillo (1996, p.81) sustenta que al efectuar terapias grupales, resulta ser una desventaja un lugar reducido, debido a que puede generar hostilidad e intensificación de las defensas en los miembros del grupo al tener una gran proximidad en dicho espacio; pero por el contrario, una zona amplia, podrá provocar que los niños tímidos y retraídos se aíslen más, mientras que los agresivos se desplacen por toda la habitación.

2. Que el cuarto esté construido de manera que no represente un peligro para el niño, tomando en cuenta la necesidad de una buena iluminación, calefacción y ventilación para ofrecer un ambiente adecuado de trabajo.
3. Proteger el piso y las paredes con un material que pueda limpiarse fácilmente, y que sea resistente a constantes golpeteos y a sustancias como arcilla, pintura, agua u otros.
4. Colocar cristales seguros y con protección en las ventanas, sobre todo si se encuentra el cuarto en un piso alto. Respecto a las cortinas, es preferible que sean útiles para que el niño las pueda cerrar si lo desea.
5. Adaptar la habitación contra ruidos, con la finalidad de preservar la confidencialidad de las palabras y las acciones del menor; incluso que puedan interferir en actividades que estén fuera del espacio terapéutico, sea clínica, institución u otro.
6. Que la decoración no sea demasiado estimulante, siendo ésta sencilla, no quiere decir que sea monótona pero que sea alegre.
7. Que los muebles que conforman el lugar sean funcionales, sencillos y adecuados al tamaño del niño.
8. Acondicionar un cuarto de baño como una extensión de la habitación, para evitar que el infante se vea en la necesidad de salir.
9. Disponer de un lavabo con agua caliente y fría. Ginnot (1961), citado por Castillo (1996, p.80) recomienda una llave fuera del cuarto que controle la salida de agua cuando su uso esté contraindicado.
10. Que en caso de utilizar sesiones de juego con fines didácticos (auxiliar de aprendizaje de estudiantes y terapeutas principiantes o de investigación), se

propone ajustar la habitación para llevar a cabo grabaciones y equiparla con una cámara de Gesell para observaciones.

11. Si se tiene un espacio lo suficientemente grande, es esencial adaptar distintas áreas para diferentes tipos de juego; por ejemplo, un cuarto de arena, uno con agua, un cuarto tranquilo, otra para ruido, una para trabajo en madera, etc., y así el infante pueda decidir a cuál ir.

Estas son algunas de las características ideales del lugar donde debe llevarse a cabo la terapia, sin embargo Casell (1972), citado por Castillo (1996, p.81) considera que si no se tiene los recursos necesarios para implementar un espacio con tales aspectos, se puede diseñar un cuarto de juegos portátil, la cual consiste en llevar en diferentes maletas, los materiales de juego básicos como una solución al problema de no tener un espacio permanente.

Evidentemente el cuarto de juegos⁴ es sumamente importante, debido a que es el escenario donde el menor se siente cómodo, seguro, libre e independiente. Por tanto, es imprescindible que las condiciones físicas de éste lugar sean las adecuadas para que el niño se desenvuelva sin dificultad. A pesar de que el terapeuta no cuente con dicho espacio, puede armar un cuarto portátil, adecuando el área a utilizar y llevar a cabo la terapia.

3.4. Material de Juego

West (2000) refiere que los juguetes y el material de juego son los instrumentos terapéuticos que promueven la expresión emocional del cliente, pues la manipulación que hace el menor de éstos, muchas veces proporcionan más información que las propias palabras, y es a través de ellos que manifiesta su sentir, representa experiencias de su vida y de las personas que lo rodean. En este sentido, los juguetes cumplen con el propósito de proyectar inquietudes, conflictos, frustraciones,

⁴ Psic. Mercedes Galindo Favela, proporcionó el cuarto de juegos para la toma de fotografías de los juguetes.

estados de ánimo y dificultades, es decir, el comportamiento general del niño. En efecto, Ginnot (1961), citado por Schaefer y O' Connor (2000, p.30) señala que la relación que tienen los materiales con la conducta de juego durante la sesión terapéutica es primordial, pues el material tiene ciertas cualidades que provocan el comportamiento del infante. Por ello, se recomiendan juguetes que permitan exponer simbólicamente las emociones y necesidades del cliente, puesto que para él no es fácil reflejarlo a través del lenguaje, y elige la manera más conveniente para apoyarse y comunicarse en una forma más sencilla a través de estas herramientas. De este modo, se sugieren que los instrumentos que se lleguen a usar, faciliten:

- La prueba de realidad.
- La expresión simbólica de las necesidades.
- El darse cuenta.

Frente a esta posición, es primordial proporcionarle diversos materiales para que tenga la oportunidad de elegir el que más le convenga y así, logre manifestar sus sentimientos. No obstante, es esencial no presentarle una acumulación de los mismos o no llegar a la predilección personal del terapeuta, debido a que podría provocar que se disperse su atención o bien, que el facilitador incite el juego dirigido. Con base en este hecho, Ginnot (1961), citado por Schaefer y O' Connor (2000, p.30) señala que al establecer un cuarto de juegos, se aconseja tomar en cuenta los siguientes criterios para seleccionar a los juguetes:

1. Utilizar juegos de construcción (caja de herramientas, madeja de cuerda, bloques, etc.).
2. En algunos casos, se incluyen pistolas de diferentes tamaños y tipos (*ver pág.76*).
3. Buscar accesorios que ayuden a promover sentimientos difíciles de tratar en la vida real, tales como la agresión y la dependencia. Existen algunos que pueden dar pauta para que se manifiesten tales sentimientos como los sacos para golpear o bolsas con forma de figuras de villanos o superhéroes.

Llaman la atención las navajas de goma inofensiva, soldados, carros armados, así como biberones, trastos, utensilios de cocina, agua y recipientes para verter líquidos.

4. Tener por lo menos un par de cada material, debido a que el niño podrá tener la opción de incluir al terapeuta en el juego que él desee.

Por su parte, Axline (2004) advierte que los materiales de juego sean de fácil manejo y sencillos en su construcción, esto es para evitar que el menor se frustre con un equipo que no puede manipular, así como también, evitar manejar instrumentos tóxicos o muy pequeños, pues el cliente puede introducirlo a la boca o lastimarse. Referente a las condiciones de éstos, Castillo (1996) comenta que la labor del terapeuta es fundamental, siendo necesario llevar a cabo una revisión constante de los accesorios que se tengan dentro del cuarto de juegos; esto es quitar los juguetes rotos e inservibles, y reponerlos o repararlos. Asimismo, posee la responsabilidad de que se coloquen siempre de la misma forma en cada sesión, en otras palabras, que el niño los encuentre igual al inicio de la terapia, pues así evita el uso sugestivo y sobre todo se sostiene la relación terapéutica al instaurar estabilidad dentro de dicho espacio, de tal modo que sirva como una fuerza constante que actúe sobre el cliente. También, no hay que olvidar que cada vez que se comience una nueva sesión, la habitación debe estar ordenada y limpia.

De acuerdo a Axline (2004) y West (2000), los juguetes y materiales que comúnmente se utilizan son:

- Muñecos (de trapo, de guante y de plástico).
- Muñecos bebés.
- Animales.
- Soldados, indios.
- Familia de muñecos (papá, mamá, hijos, abuelos, etc.).
- Casa de muñecas o rincón hogareño amueblado (2).
- Casas para animales.

- Títeres y escenario.
- Biberones o botellas para el alimento infantil.
- Utensilios de cocina: estufa, platos, vasos, cubiertos, etc.
- Comida simulada.
- Utensilios de limpieza: Trapos, escobas, recogedor, trapeador.
- Utensilios para lavado: cordel de tender, pinzas para ropa, cesto, ropa.
- Juguetes de transporte como: carros, aviones, camiones, ambulancias, patrullas, barcos, etc.
- Pistolas, cuchillos, armas, espadas de plástico.
- Bolsas para golpear o muñecos inflables con base de plomo.
- Juego de palas.
- Caja con herramientas de carpintería.
- Maletín de doctor con accesorios.
- Caballete de pintor.
- Bloques de Lego.
- Teléfonos de juguetes (2).
- Teléfonos celulares (2).
- Cuentos.
- Agua.
- Cajón de arena.
- Arcilla.
- Barras de plastilina.
- Pinturas de agua.
- Lápices, colores, plumones, crayolas.
- Hojas de papel.
- Periódico, revistas, fotografías, etc.
- Un pizarrón, una mesa y sillas.

A continuación, Meléndrez (2000), Oaklander (2005), Padilla (2003) y West (2000) mencionan las características y finalidades terapéuticas de algunos materiales y juguetes antes descritos, considerados como básicos para el trabajo con los niños:

Juquetes:

- Casa y familia de muñecos.

La casa puede ser de plástico o de madera (véase *Figura 1*), con partes removibles y equipada con muebles y muñecos representativos de una familia (véase *Figura 2*). Dentro de este “Rincón Hogareño” con frecuencia, el infante relata casi en su totalidad lo que ha vivido en ella, lo que ha atestiguado y lo que ha fantaseado. Por otro lado, permite experimentar roles y relaciones, debido a que puede utilizar diversos personajes como el bebé hasta el abuelo; y además incluir animales domésticos. En este sentido, la casa constituye el mundo en miniatura del menor, la cual propicia el juego dramático y espontáneo al manifestar experiencias familiares y sociales.

Figura 1: Casa de muñecas.



- Herramientas de construcción.

Su uso puede revelar cómo se ha sentido el niño dentro de su contexto social, es decir, sentir rechazo o abandono; por lo que trata por medio de estos utensilios, unirse a ese ambiente y hacer algo nuevo; o bien al demoler sus creaciones intenta deshacerse de ese lugar o situación (véase *Figura 4*).

Figura 4: Herramientas de construcción



- Muñecos y bebés.

Es recomendable que sean desarmables y fáciles de restaurar, pues frecuentemente el cliente expresa sentimientos de hostilidad al quitar la cabeza o suprimir otros miembros. Al igual que la familia, los bebés y otros muñecos incitan diferentes roles, como figuras de autoridad, policías, médicos, maestros, etc. Los niños juegan con ellos de una manera realista, colocándolos en la cama, dándoles de comer, llevándolos de paseo y demás. En algunos casos, usan el muñeco bebé para expresar la parte de bebé propia. Lo que le hace el infante a este personaje puede que sea lo que se le hizo a él cuando estaba en esta etapa (véase *Figura 5*).

Figura 5: Bebé y accesorios.



- Títeres.

Son una rica fuente de juego simbólico y un auxiliar terapéutico útil. Con frecuencia, es más fácil para el niño hablar a través de un títere, que decir directamente lo que le cuesta expresar. El títere da distancia, y el menor se siente más seguro para revelar por este medio, algunos de sus más íntimos pensamientos, expresándolos de manera abierta sin sentirse responsable. Este tipo de juguete proporciona creatividad, sirviendo al juego dramático y teniendo como ventajas: la expresión de sentimientos a través de terceras personas; favorece la identificación con un títere que representa a un niño de su edad; manifiesta sentimientos profundos y amenazantes, y también sentimientos ambivalentes hacia miembros de su familia con libertad y sin temor.

Las colecciones de los títeres varían. Dado que los problemas de los infantes en general se centran alrededor de las situaciones en casa, e incluso escuela, por tanto, es importante contar con una multitud de personajes, como por ejemplo: una bruja, un mago, un hada madrina, un diablo, un rey y una reina, un príncipe y una princesa, un bebé sonriente y un bebé llorón, un hombre y una mujer, dos niños y dos niñas,

figuras de abuelos, un médico, un policía, un cocodrilo, un tigre, un perro, un lobo, una serpiente y otros (véase *Figura 6*).

Figura 6: Familia de títeres.



- Animales.

Representan diferentes aspectos de la naturaleza del individuo o de las fuerzas instintivas diferentes del intelecto, voluntad y razón. Puede haber toda clase de animales, como de la selva, de granja y los domésticos. Por ejemplo, los salvajes reflejan el control y la expresión de los impulsos agresivos, así como la capacidad de sobrevivencia ante situaciones de peligro. Los de granja muestran el cuidado y la satisfacción de las necesidades básicas del niño; y los domésticos simbolizan la protección y también la compañía. Su utilización, es para aquellos clientes que les cueste trabajo expresar sentimientos hacia las personas, y por ende, su uso hace que la manifestación de su sentir sea menos aversivo (véase *Figura 7*).

Figura 7: Animales



- Juguetes agresivos.

Pueden ser armas, pistolas, cuchillos o espadas de plástico; así como sacos o bolsas para golpear o muñecos inflables de grandes dimensiones con base de plomo. Se utilizan como defensa de las partes atemorizadas, indefensas e inmaduras de la personalidad, y para atacar las amenazas del exterior. Asimismo, son el medio para librarse de lo viejo y abrirle paso a lo nuevo. Cabe destacar que la agresión no necesariamente indica maldad, ya que es una parte saludable del desarrollo normal, por lo que los niños con frecuencia pelean para sobreponerse y sobresalir de las batallas. Aquellos que se sienten inseguros están en mayor disposición de combatir, a menos de que se les subyugue o intimide tanto que pierdan el empuje. Los que han sido abusados quizá sean crueles, realizando en otros lo que les sucedió a ellos y presentando lo que querrán hacerle al atacante. De este modo, por medio de éstos, se facilita la expresión directa de sentimientos hostiles sin peligro de culpa (véase *Figura 8*).

Figura 8: Pistolas de juguete.



- Soldados e indios.

Constituyen comúnmente a la figura masculina. El infante expresa su hostilidad pero también rivaliza, compite, conquista, gana o rescata (véase la Figura 9).

Figura 9: Soldados



- Comida y utensilios de cocina.

La comida es un elemento esencial que transmite de manera simbólica la valoración y el cariño, lo mismo que el hecho de tener aspectos nutritivos prácticos. Algunos terapeutas de juego introducen comida real a fin de observar los diferentes comportamientos que se tienen con la misma. Al igual que el alimento, los utensilios de cocina otorgan el nivel de gratificación y satisfacción de las relaciones afectivas, la capacidad de demora y la demanda de sus necesidades (véase *Figura 10*).

Figura 10: Comida y utensilios de cocina.



- Vehículos de transporte, aviones y barcos.

Pueden simbolizar la actitud social, es decir, la forma en que el niño se conduce con los demás. También indican la protección y el cuidado que se le tiene dentro del ambiente donde vive. Su uso refiere además el manejo de los límites y de las reglas que se le dictan dentro de su ambiente, y cómo él responde a ellas. Se incluyen de diferentes tipos, tamaños y colores para su uso (véase *Figura 11*).

Figura 11: Carros, camiones, trailer, aviones



Materiales:

- Agua y arena.

Son materiales básicos que deben tenerse dentro del cuarto de juegos. De preferencia se colocan juntos para que se mezclen a la consistencia elegida por el menor. Por medio del agua, el niño obtiene grandes gratificaciones, siendo por tanto la herramienta que no requiere de gran habilidad para su manejo, puesto que proporciona: sentimientos de logro; estimulación al cliente inhibido y pasivo; y tranquilidad para el menor explosivo. Por otra parte, la arena propicia el juego agresivo, prestándose para el juego destructivo y constructivo, debido a que puede ser arrojada con relativa fuerza, servir para enterrar muñecos o para crear un mundo dentro de ella (véase *Figura 12*). Lo ideal es tener cajones de arena seca y mojada, siendo accesible para el cliente que se coloquen en el suelo y en un extremo del cuarto de juegos.

Figura 12: Cajón de arena



- Bloques.

Pueden ser de madera o plástico y en diferentes tamaños (véase *Figura 13*). Éstos dan la oportunidad de construir o destruir, pero también proporciona satisfacción de crear o armar. Pueden ser también empleados como proyectiles, lanzándolos contra muñecos o animales.

Figura 13: Juego de bloques



- Cuentos.

Con frecuencia, los menores relatan cuentos acerca de un niño o de una niña, o de una persona o animal con el cual se identifica. Cuando se narra, el terapeuta de juego intenta indagar su significado y puede relatar otro que se base en el mismo tema o temas, pero con adaptaciones y resoluciones alternativas a los conflictos que arrojó la narración del cliente (véase *Figura 14*).

Figura 14: Cuentos



- Plastilina y arcilla.

La arcilla es un material blando, suave y sensual, atrayente para todas las edades. Promueve un trabajo totalmente distinto al de la plastilina, el cual permite un mayor control, fluidez y atención. Para trabajar, se introduce en un recipiente un poco de ella, misma que se va humedeciendo hasta tener la cantidad deseada por el menor. Su uso es especial para niños con problemas de percepción y motricidad, introversión, enuresis, encopresis, limpieza compulsiva, agresividad, baja autoestima, inseguridad y estrés. Cabe señalar que es importante proveer toallas humedecidas para tranquilizar los temores de ensuciarse.

Por otra parte, la plastilina es un recurso que se emplea como un motivador para la creatividad, el desarrollo psicomotor y también para problemas emocionales. Al tener una variedad de colores de este tipo de material, le facilita al infante una estimulación visual, y al mismo tiempo una experiencia táctil y sensorial (véase *Figura 15*). Para su utilización dentro del cuarto de juegos, el cliente puede hacer diferentes figuras de colores mediante el empleo de utensilios. Estas herramientas proporcionan la capacidad de adquirir, dominar y controlar. Ayudan al trabajo tridimensional que puede moldearse y alterarse, teniendo por ello más flexibilidad y a veces más realismo que la pintura y el dibujo. Asimismo, ofrecen experiencias táctiles y kinestésicas⁵, siendo el puente entre los sentidos y sus sentimientos. Durante su uso, el niño puede cambiar de opinión a medida que avanza, así que con frecuencia sus manos, más que su cabeza, guía el camino.

Figura 15: Plastilina y accesorios



- Pinturas en general.

Proporcionan una vía de exploración, experimentación, expresión de deseos y sentimientos (véase *Figura 16*).

⁵ La experiencia kinestésica se refiere a la sensación que el niño tiene de su cuerpo, en especial, de los movimientos que realiza.

Figura 16: Pinturas y acuarelas



Estos son los materiales y juguetes con los que se deben contar para llevar a cabo la terapia de juego, siendo muy útiles para la expresión total de los sentimientos del niño. Cabe mencionar que mediante su utilización, el cliente en algunas ocasiones puede retroceder a una edad más temprana de manera espontánea, debido a que intenta:

- Cubrir sus necesidades que no fueron satisfechas en aquel momento.
- Defenderse de las presiones que fueron excesivas para él, o cuando se ha enfrentado a un evento o una pérdida traumática.
- Sentirse más seguro en una etapa anterior y con menos demandas.
- Volver a experimentar una fase de desarrollo que no se manejó adecuadamente.

Sobre este aspecto, Jackson y Todd (1964), citados por West (2000, p.77) señalan que la regresión terapéutica:

Puede expresarse no sólo en los materiales utilizados sino en el tipo de juego, la niña dentro de la fantasía toma el rol de otros y se constituye

a sí misma en la madre, la maestra o el bebé, en escenas en las cuales vive por el momento, revelando su conflicto individual a medida que juega.

En efecto, este tipo de defensa es normal y con frecuencia se considera valiosa para el menor, puesto que trabaja con la confianza y las relaciones paterno-infantiles básicas, pero sobre todo lo impulsa a crecer. Asimismo, el tener dentro del cuarto de juegos todas estas herramientas y utensilios, le permiten tener la máxima libertad de expresión, pues libera sus tensiones y sus sentimientos más profundos; pero también facilitan el proceso terapéutico, mismo que se explicará enseguida.

3.5. El proceso terapéutico del niño

Al principio de este documento, se expuso el proceso terapéutico que de acuerdo a Carl Rogers, realiza el adulto a lo largo de sus sesiones. No obstante, cabe señalar que Axline y Dorfman, cuando escribieron sus trabajos sobre la terapia de juego, no hacen alguna descripción explícita o teórica sobre las etapas del proceso terapéutico en el niño. Sin embargo, Moustakas (1952), citado por Jardon (1997, p.81) y West (2000) hablan de dicho proceso que sigue el infante a través de la terapia, el cual consiste en cuatro etapas que se desarrollan a continuación:

Etapa 1:

En el momento de la referencia, la conducta del cliente parece ser extremosa, indiferenciada y difusa, pues es posible que haya perdido el contacto con su sí mismo, lo que ocasiona que se encuentre enojado, temeroso, ansioso, agresivo o triste por todo y con todos los que se encuentran alrededor de él. Por tanto, estas actitudes negativas que presenta, son consecuencia de las relaciones interpersonales deterioradas, ya que muchas veces los padres u otros individuos que conviven con él por determinada circunstancia, le hacen ver de manera indirecta y en ocasiones directa, que no lo consideran como una persona valiosa sino por el contrario, sólo lo ven como una responsabilidad y una carga. En este caso, el infante

al estar emocionalmente inestable, actúa de forma confusa y desesperanzada, la cual va desarrollando sentimientos de culpa y una ansiedad interna intensificada. Al mostrar hostilidad, se siente confundido y únicamente se defiende a sí mismo actuando como una persona incapaz de expresar su potencialidad. En tales situaciones, aparentemente no hay cambios para que pueda desarrollarse y valorarse como ser humano, sin embargo las fuerzas del crecimiento están presentes.

De esta manera, se puede observar que al inicio de la terapia, el infante se siente asustado y enojado, presentando sentimientos negativos hacia él mismo, hacia los juguetes o hacia el terapeuta de juego. Esto quiere decir que en un principio, no se puede definir el foco de sus sentimientos en uno o varios individuos o experiencias personales, revelando continuamente en él, actitudes de ansiedad, hostilidad y regresión. Por tanto, es en este justo instante donde se comienza a establecer la relación entre niño y terapeuta, al proporcionarle actitudes de empatía, congruencia y de aceptación incondicional. De igual modo, el menor se dedica a explorar el cuarto de juegos y a él mismo como ser humano en un ambiente absolutamente distinto, sintiéndose respetado y valorado. En esencia, a partir del vínculo que se crea con el facilitador del crecimiento, comienza a desarrollar confianza para localizar y manifestar su sentimiento más profundo, pues se le permite expresarse con toda libertad. Aunque todavía en esta fase, la conducta del cliente sigue siendo difusa, generalizada, fácilmente estimulada y provocada, fluctúan sentimientos y actitudes diversas.

Tales comportamientos son aceptados dentro del espacio de juegos, pero hay algunas que no se consideran apropiados como la agresión hacia él mismo o hacia el terapeuta. Por lo que en sesiones iniciales es importante fijar ciertos límites, los cuales se abarcarán más adelante.

Etapa 2:

Conforme la relación entre el niño y el terapeuta se clarifica y se fortalece, el menor comienza a confiar más en el facilitador, pues se siente aceptado, seguro y

respetado. Esto permite que la agresión se vaya nivelando, así como la expresión de actitudes negativas sea focalizada hacia alguna situación particular o hacia determinadas personas u objetos, fuera de ellos mismos. Así se inicia el proceso, donde se presenta una fuerte ambivalencia en el infante, es decir, surgen sentimientos positivos que luchan contra el enojo y el rechazo. Dichos sentimientos contradictorios en ocasiones son de intensidad grave al principio ya que parece que el menor en vez de mejorar, empeora. Sin embargo, van desapareciendo conforme se van expresando una y otra vez en la relación. A medida que libere y reconozca cada vez éstos en forma directa, logra que le afecten menos, lo cual trae consigo que tenga la capacidad para sentirse mejor internamente, creyendo que es una persona valiosa, al mostrar ambivalencias menos intensas y aflorando conforme avanza, sentimientos positivos que le permitan verse a sí mismo y a los demás.

Etapas 3:

En este momento llega la construcción de sentimientos positivos. A medida que el cliente infantil se convence de ser una persona valiosa, ya no se torna tan negativo sus sentimientos. Sin embargo, aunque aparezcan algunas veces verdaderos, este sigue siendo también un periodo de ambivalencia aguda debido a que ama y odia aún al objeto, persona o situación, lo cual quizá sea doloroso e incomprensible para él. No obstante, someterá tentativamente a prueba, sentimientos buenos de amor y confianza pidiéndoles cosas a las personas importantes y cercanas. Como todavía no confía en lo que sucederá más adelante, al mostrar su sentir verdadero de la experiencia, se pueden dar cambios violentos, esto es, al preocuparse mucho por un muñeco bebé, lo acaricia, lo cuida, le da de comer, etc., para después golpearlo con ferocidad. Asimismo, de manera alternativa, quizá agrede al terapeuta y sea amable con él, o bien, posiblemente le pida algo para luego arrojarlo.

Cabe señalar que desde la fase inicial, el facilitador recurre a la técnica de reflexión de sentimientos, con el propósito de aclarar cada vez más las emociones del niño que se encuentran ambivalentes, y propiciar una atmósfera terapéutica que ayude a su crecimiento personal.

Etapa 4:

Aparecen sentimientos más realistas, por lo que el enojo se enfoca de una manera más adecuada. El cliente se adapta a la realidad y ve a las otras personas como son, y lo más primordial, es que muestra capacidad para aceptar sus propias faltas y deficiencias sin temor. A través de las primeras tres etapas, el facilitador admitió de manera consistente y completa al menor, proyectándole una imagen cálida. De esta manera, el niño comienza a sentirse más seguro, valioso y comprendido. Por tanto en este periodo, la intensidad de los sentimientos negativos disminuye al ser expresados en forma continua y persistente, hasta desaparecer.

Durante el proceso terapéutico, el menor comienza a liberar efectos de hostilidad y ansiedad que lo dañan, lo cual permite explorar la intensidad y significados de los sentimientos negativos que percibe, dándose cuenta de que tienen un sentido de valor personal. Este último estadio, se logra al obtener relajación y satisfacción interna, al confiar en sí mismo, al ser creativo y al estar abierto a su propia experiencia, siendo capaz de escucharse y vivenciar lo que en su interior sucede, experimenta y vive, manifestándola hacia los demás. Al respecto, Rogers (2002) dice que la persona que se abre a su experiencia, induce a la aceptación de los demás, ya que en la medida que el infante la acepta, puede valorar la de los otros, y apreciarlos por lo que son.

La aceptación de sí mismo, resulta ser uno de los objetivos y resultado de la terapia, el menor no solo llega a autoaceptarse⁶, sino que logra quererse. El tener la capacidad de percibir y vivir los sentimientos en lugar de rechazarlos, permite obtener una apreciación de sí como una persona que funciona de manera plena. Durante la terapia, Axline (2004) añade que el cliente va manifestando una tendencia a sentir que la base de evaluación de sus acciones se encuentra en él mismo, considerando que el centro de las decisiones, elecciones y juicios de valor, se dan en

⁶ Al asumir una actitud de menor evaluación y de mayor aceptación, puede abandonar conductas defensivas y mostrarse como verdaderamente es. Al volverse más conciente de sí mismo y más abierto, al aceptar y expresar mejor su personalidad, el cliente descubre que por fin es libre de cambiar, desarrollarse y actuar en las direcciones naturales para el organismo humano.

su interior. Admite que en él, se encuentra la habilidad de elegir lo que le satisface completamente, dándose cuenta que no necesita acudir a las demás personas para que aprueben o no sus actos.

Meléndrez (2000) por su parte, comenta que el infante tiene un lugar esencial y único a lo largo de su proceso, pues es quien guía el camino, quien decide si juega o no, quien resuelve sus dificultades y permite cambios, ya que se encuentra en plena libertad de expresarse. Sin embargo, antes de iniciar el proceso terapéutico, el niño generalmente tiende a apoyarse en el juicio de otras personas para realizar determinada acción, siempre buscando la aprobación de ellos, pero conforme avanza, confía en sus relaciones orgánicas ante situaciones nuevas, descubriendo así que su organismo es digno de confianza, pues le permite optar la conducta más satisfactoria para cada situación. Así en la medida en que capta su experiencia, descubre la elección que más se aproxima, lo cual no quiere decir que no decida erróneamente a pesar de que puede corregir o prever con más facilidad consecuencias insatisfactorias, puesto que confía en su organismo y es menos el temor hacia sus reacciones emocionales.

Con base en lo antes dicho, el menor va luchando hacia el crecimiento, afrontando situaciones que antes le producían conflicto, obteniendo de este modo, cambios que no sólo están en la situación de juego sino también en ambientes en los que convive en su vida diaria. Pero cabe resaltar que esto no se da fácilmente, y se lleva con precaución, ya que la libertad del individuo implica responsabilizarse de sí mismo, eligiendo metas y alcanzando autonomía. Por tanto esta libertad, involucra un funcionamiento pleno, en el momento en que el niño vive cada uno de sus sentimientos y utiliza sus recursos para captar situaciones internas y permanentes, utilizando de manera consciente la información que le transmite su sistema nervioso, y confiando totalmente en su organismo, debido a que está dispuesto a captar y aceptar las consecuencias de sus actos.

A partir de ello, el infante adquiere cierto grado de madurez emocional que le concede moverse en dirección hacia el crecimiento, ante experiencias pasadas que le provocaron malestar y temor, tratando de enfrentarlos de la mejor forma de acuerdo a su criterio, provocando así cambios en éstos, en su persona y en los individuos que lo rodean. Por tanto, el proceso terapéutico no ocurre automáticamente en una situación de juego, sino que llega a ser posible en una relación donde el terapeuta está en constante sensibilidad con los sentimientos del niño, aceptando sus actitudes y transmitiendo respeto sincero hacia él. Al respecto, Jardon (1997) agrega que para que se dé este proceso, es necesario que el niño experimente su crecimiento bajo las condiciones más favorables, y que a través del terapeuta va a obtener aceptación incondicional, respeto y empatía que no puede obtener fácilmente en otros medios.

De esta manera, West (2000) indica que la terapia de juego desde este enfoque, provee al infante las bases para propiciar los cambios en sí mismo y en el ambiente donde se desarrolla; los problemas por los que ingresa a terapia desaparecen o disminuyen, esto no quiere decir que se convierta en un niño modelo, o que se libró de manera milagrosa para el resto de sus días, dado que permanecen sujetos a las vicisitudes de su vida. Sin embargo, muestra la capacidad para manejar circunstancias adversas y propiciar cambios en las personas que le rodean al lograr estas cuatro fases terapéuticas.

Tal es el caso clínico que Axline (2006) publica como un ejemplo representativo acerca del proceso terapéutico y de los cambios que surgen en el niño mediante este tipo de terapia. Dibs, un infante de cinco años que fue considerado por sus padres y maestros como un débil mental, debido a que era sumamente retraído, no hablaba, no mantenía contacto visual, tampoco jugaba, y en algunas ocasiones manifestaba un comportamiento berrinchudo y hostil. Por tanto, ante la intervención terapéutica que Axline realizó con el menor, se comenzaron a observar grandes logros a nivel personal y social, esto es, que a partir del establecimiento de la relación terapéutica, el niño logró elaborar, identificar y expresar sus sentimientos más profundos,

obteniendo de esta manera confianza, seguridad, relajación, libertad aceptación de sí mismo y de los demás.

3.6. Terminación de la terapia de juego

Cuando se piensa en la finalización terapéutica, surgen las siguientes cuestiones:

- a) ¿Existe algún avance en la mayoría de los conflictos mostrados por el niño?
- b) ¿Se siente mejor el menor?
- c) ¿Está progresando de manera adecuada en casa, escuela y en otros ambientes?
- d) ¿El infante tiene una comprensión realista de sus antecedentes familiares?
- e) ¿La terapia de juego no está mostrando ser provechosa para el menor, o los custodios la rechazan?
- f) En caso de que no esté dando resultados la terapia, ¿Se beneficiará mejor el niño al referirlo a otro lugar?

West (2000) refiere que en la mayoría de los casos, se decide en la terminación cuando el cliente tiene más confianza en sí mismo, exhibe una disminución en la conducta problemática, es más realista en cuanto a dónde residen las dificultades, y muestra mejorías en las relaciones sociales y trabajo escolar. En las sesiones de terapia, el juego en general se ha vuelto más organizado, constructivo y apropiado a la edad, y existe un sentimiento de confianza mutua en la relación entre terapeuta-niño. Sin embargo, puede haber una o dos áreas problemáticas aún, pero el facilitador trata de analizar y decidir en la finalización terapéutica. Cabe destacar que es poco objetivo esperar, que un menor esté totalmente curado para siempre, pues en ocasiones las dificultades regresan en una fase posterior al desarrollo, pero una vez que se desarrolle en forma sana, el proceso de crecimiento se encuentra del lado del cliente. Algunos niños maduran cuando se discute la conclusión de su tratamiento, otros son indiferentes, o pueden estar molestos y podrían interrumpir su terminación.

Sobre este aspecto, Padilla (2003) cree que es primordial que en caso de que se decida finalizar, se plantee junto con los padres y con el niño tal situación, a modo de que no se generen sentimientos de rechazo. Esto se quiere decir, que no es aconsejable que se decida por sí solo culminar el proceso del niño, sino más bien preguntarle cuántas sesiones más piensa que necesita, pues el cuestionarle se hace ver que él tiene la capacidad de decidir y tomar sus propias decisiones.

West (2000) está de acuerdo que es esencial promover cierta autonomía parcial en el proceso de terminación, pues así el menor determina el tiempo que le falta para irse del espacio de juegos, y al plantearlo, con la ayuda del terapeuta se emplea de manera efectiva el tiempo restante. En otras palabras, resulta útil decirle cuántas sesiones ha tenido, cuántas más faltarán y cuántas serán en total. Algunas ideas incluyen, el dibujar un tren con un número de vagones que equivalen al número de sesiones restantes, y en las reuniones posteriores el cliente pintará algo en cada vagón, de modo que el tren quede completo el último día y pueda llevarse dicha pintura. También, se puede relatar algunos recuerdos de las sesiones, por ejemplo, cuando llegó, los juegos que se hicieron, los dibujos que se realizaron, y cómo está el niño en la actualidad.

Por otro lado, algunos terapeutas rechazan la idea de darles regalos, pero otros consideran que éstos son positivos y terapéuticos. Por ejemplo, las tarjetas de cumpleaños y Navidad, les sirve como un recordatorio del terapeuta, mismos que pueden guardar y apreciar. Otra podría ser el tomar una fotografía al cuarto de juegos y se le otorgue al menor como obsequio y recuerdo de su estancia en la misma. Al llegar a la sesión final, se le pregunta al niño: ¿Qué quieres dejar aquí?, ¿Qué querrías llevarte contigo?, por lo que esta sesión va a recapitular los problemas manifestados, los juguetes que se utilizaron y de igual forma presentarle algún indicador de que ha progresado. Por tanto, en esta última reunión es fundamental:

- Compartir los sentimientos al repasar lo que ha sucedido a lo largo de las sesiones.

- Asegurarse de que el menor comprende lo referente a cualquier contacto futuro con el terapeuta de juego.
- Celebrar lo que se ha logrado en la terapia.
- Hacerle saber que él ha sido especial e importante.

Cabe destacar que cuando la terminación ocurre de manera inesperada, el terapeuta de juego tiene que sacar el mejor partido de una situación mala y, si se da la oportunidad, se señalará la ocasión. Si se plantea la finalización de la terapia, se determina una fecha y el facilitador junto con el niño, trabajan hasta que alcancen el final.

3.7. Resultados de la terapia de juego

De acuerdo a Emperador y Cantonero (2005) no existe una distinción clara entre proceso terapéutico y los resultados, por lo que son vistos en conjunto dentro de la teoría Rogeriana. Sin embargo, aquí se ha dividido para lograr una mejor comprensión de ambos.

Antes de enunciar cuáles son los efectos terapéuticos en el niño, es importante señalar que el elemento clave para el éxito de ésta, radica totalmente en la relación que tenga el terapeuta de juego con el menor. Sobre este aspecto, Moustakas (1959), citado por Schaefer (2005, p.47) considera que: “mediante el proceso de autoexpresión y exploración en una relación significativa, mediante la comprensión del valor interno, el niño llega a ser un individuo positivo, con autodeterminación y autorrealizado”. En otras palabras, al establecer una relación profundamente personal con el cliente, el facilitador por medio de sus actitudes, el menor va a percibir atención, comprensión, valoración y respeto hacia su persona; e incluso sentirse libre en ese espacio de juegos para poder llegar a ser él mismo como individuo que es. Frente a esta posición, Landreth (2002), citado por Schaefer (2005, p.47) indica que la relación terapéutica para que sea eficaz, debe enfocarse en:

- a) La persona del niño, en vez del problema.
- b) El tiempo presente, en lugar del pasado.
- c) Los sentimientos, y no en los pensamientos o actos.
- d) La aceptación, en vez de la corrección.
- e) El entendimiento, en lugar de la explicación.
- f) La dirección del infante, y no en las instrucciones o guías del terapeuta de juego.
- g) La sabiduría del menor, en vez del conocimiento del terapeuta.

A partir de este vínculo, el cliente infantil va a sentirse aceptado incondicionalmente, de tal forma que le permite explorarse y crecer de forma progresiva, obteniendo resultados efectivos por medio de esta intervención.

Axline (2004) explica los resultados que se obtienen al vivir una experiencia exitosa dentro de la terapia de juego no-directiva, las cuales se comentaron en el proceso terapéutico del niño:

- Adquiere respeto por sí mismo considerándose como un individuo merecedor de valor.
- Aprende a aceptarse.
- Asume la responsabilidad para su persona.
- Su conducta es adaptativa y creativa frente a nuevas situaciones al permitirse hacer uso de todas sus capacidades.
- Sus percepciones son más realistas, más diferenciadas y objetivas.
- Se hace más abierto a la experiencia siendo menos defensivo.
- Cualquier experiencia va a estar accesible a su conciencia.
- Percibe en sí su centro de evaluación, y se guía de una manera personal y organísmica⁷.

⁷ Se da al tener confianza en el propio yo; en el sí mismo real y la única manera que se tiene para conocer lo que es verdaderamente el self.

- Su percepción del yo ideal se hace más realista, mismo que es dado al haber mayor congruencia entre sus experiencias y en el concepto del yo, éste último concordará mejor con el yo ideal.
- Se hace más congruente y de este hecho, resulta que está menos sujeto a los estados de inadaptación (angustia, ansiedad).
- Observa a los demás de un modo más óptimo y de manera más real, por lo que se sentirá más tolerante y su comportamiento será más maduro, más creador, más capaz de adaptación, etc.
- Logra un verdadero respeto hacia los demás individuos.
- Cree también en las capacidades de los demás y respeta sus decisiones.
- Comienza a vivir en armonía con él mismo y con los demás.

Esta es una creencia genuina en la integridad del individuo y enfatiza una forma de vida positiva y constructiva, pues como se puede ver no sólo cambia la personalidad del menor sino también la forma de relacionarse interpersonalmente. Por esto mismo, la autora dice que no es indispensable mantener un contacto con los padres del niño para obtener el éxito de la terapia de juego, sin embargo afirma que si reciben una orientación psicológica, ayuda a que el tratamiento tenga mayor éxito.

4. EL TERAPEUTA DE JUEGO

En este apartado, se exponen algunos puntos inherentes del terapeuta de juego en su labor, tales como sus cualidades, características, su función, sus principios básicos, los límites que marca dentro de la terapia y los factores que implican para ser un buen facilitador del crecimiento, ya que como se ha estado diciendo a lo largo de este documento es esencial el papel que juega dentro de la proceso, pues influye notablemente en el cliente o en el niño en un alto grado.

4.1. Cualidades y requisitos del terapeuta de juego

Es importante conocer y reconocer cuáles son las cualidades que debe contar un terapeuta de juego centrado en el niño, pues es el elemento primordial para facilitar el crecimiento del infante y quien comienza a promover la relación terapéutica. Al respecto, Axline (2004) y West (2000) revelan que es necesario que el terapeuta tenga la capacidad de:

- Relacionarse con los sentimientos, es decir, que trabaje con sus propias experiencias y sentimientos de su etapa adulta, adolescente e infantil, para que cuando entre al cuarto de juego pueda comprender e identificar los efectos emocionales del niño respecto a la situación o situaciones en las que está respondiendo.
- Analizar, comprender y reconciliarse con las vivencias de su niñez, incluyendo aspectos de nacimiento, crianza, paternidad, maternidad, cuidados recibidos, etc., debido a que no es sencillo conseguir una estabilidad personal para trabajar a lado de niños que viven un evento negativo en esa etapa. En caso de que el terapeuta en dicho periodo haya experimentado algún tipo de maltrato o abuso y no fue atendido, existe la posibilidad de que se relacione emocionalmente con el menor dentro de la terapia y como consecuencia ésta fracase.

- No compadecerse o identificarse demasiado con el cliente, pues no le corresponde utilizar a la terapia como una forma de satisfacer sus necesidades inconscientes y conscientes en lugar de las necesidades del menor.
- Trabajar con los infantes sin ser dañado por el dolor que estén pasando, pues como se mencionó anteriormente, es fundamental que no se relacione emocionalmente y por ende, es preciso que mantenga un equilibrio personal y una habilidad para no dejarse llevar por los sentimientos del niño.
- Ocuparse dentro de un marco centrado en el niño, esto es, que el terapeuta le ofrezca la libertad de ser él mismo sin enfrentar una evaluación o presión para cambiar. Tal libertad va a permitir que el menor guíe su propio camino.
- Comunicarse con el cliente, pues él trata de expresar cualquier circunstancia que haya vivido o esté viviendo; por tanto, el terapeuta debe estar preparado para detectar y reflejar el afecto y el contenido que esté intentando mostrar en sus actitudes tanto verbales como no verbales dentro y fuera del cuarto de juegos
- Participar en las actividades que proponga el menor, esto es, si lo invita a jugar, que muestre interés para interactuar con él. Sobre este aspecto, en caso de sentirse cansado o aburrido constantemente, no deberá trabajar con los infantes.
- Actuar como intermediario dentro de la terapia, en otras palabras, no porque el niño vaya a jugar, no se lleven a cabo intervenciones, debido a que éstas son importantes para lograr aún más su expresión. Asimismo, a pesar de que el menor es quien guía su propio camino, no se debe dejar que juegue o haga alguna actividad, mientras el terapeuta hace otras labores.
- Respetar el ritmo del menor, es decir, no hay que presionarlo para que se solucione el “problema”, sino más bien, tenerle confianza total para que él mismo encuentre alternativas.
- Demostrar paciencia, empatía, sentido del humor, confianza, responsabilidad, sensibilidad, voluntad para guardar secretos y adoptar e integrar en su personalidad las actitudes que se señalan más adelante.

Por otra parte, las autoras están de acuerdo que ciertas características personales del terapeuta como la edad, sexo y apariencia física no parecen ser factores significativos en la relación terapéutica, más bien lo primordial es su actitud. Boute (1971), citado por Castillo (1996, p.75) concuerda con dicha opinión, puesto que en un estudio respecto al género del terapeuta, encontró que no es vital que sea del mismo sexo que el niño. No obstante, algunos menores se relacionan mejor con personas de su propio género u opuesto, o sencillamente no muestran preocupación por ello.

En cuanto a los requisitos que debe tener el facilitador, West (2000) puntualiza que es básico contar con los siguientes conocimientos:

1. Teoría y práctica de la terapia de juego centrada en el niño.
2. Teoría de sistemas; terapia familiar, cognitiva, conductual, arte expresivo y psicología infantil.
3. Aspectos éticos y legales, esto es, revisar y tener bien claro el código ético del psicólogo para trabajar profesionalmente tanto con los niños como con los padres o miembros de la familia.
4. Edades y etapas de los niños, como por ejemplo, revisar las teorías de diferentes investigadores acerca del desarrollo físico, cognitivo, conductual, social y psicosexual; así como también, del lenguaje y de la personalidad.
5. Efectos de una paternidad temprana defectuosa o conflictiva, problemas de apego, maltrato, abuso, pérdidas, traumas, cambios constantes de residencia o escuela.
6. Conciencia de la raza y de la discapacidad, es decir, que a lo largo de su labor profesional pueda trabajar con niños de bajos recursos e inclusive con discapacitados.

Tales conocimientos brindan al terapeuta una mayor preparación teórica para intervenir adecuadamente con el menor, pues al no contar con ellos puede perjudicar el proceso del cliente. Asimismo, el trabajar experiencias emocionales de etapas

anteriores y actuales, es un requisito para los profesionales clínicos que se dedican al campo infantil, ya que de este modo el sobrellevar una regresión terapéutica y volver a experimentar sus vivencias pasadas puede llegar a reconstruirlas y resolverlas; y así logre un mejor apoyo, entendimiento y comprensión del infante. En este sentido, el éxito de la terapia comienza con el terapeuta, puesto que además de resaltar sus características y requisitos que se acaban de explicar, es necesario que posea, adopte e integre en su personalidad algunas actitudes, las cuales son esenciales para trabajar con los adultos y que son retomadas también para su labor en este campo.

4.2. Actitudes y habilidades del terapeuta de juego

Al principio de este trabajo, se comentó que Rogers y Kinget (1971) plantearon las tres actitudes principales que debe optar el terapeuta: comprensión empática, congruencia y aceptación positiva incondicional. De igual manera, Axline (2004) y West (2000) opinan que dichas actitudes son expresadas por el facilitador.

Comprensión empática-

Meléndrez (2000) indica que la empatía consiste en ponerse en el lugar del niño, es decir, ver su mundo como si fuera el propio, como si se estuviera dentro de él para poder comprenderlo sin llegar a analizarlo. A esto, se le añade que el terapeuta sea sensible a lo que el menor siente y expresa a través del juego y de la verbalización. Al respecto, Axline (2004) comenta que dicha sensibilidad requiere de una gran atención hacia lo que el infante manifiesta en sus actitudes y acciones, ya que de esta forma intenta captar el simbolismo que implica no sólo los actos, sino también el material y el tipo de juguetes que utiliza, puesto que por medio de ellos expresa sus sentimientos más profundos.

Por tanto, la actuación del facilitador a través de la terapia no-directiva, no es pasiva, ya que requiere de toda su atención y comprensión. De tal forma, es preciso que demuestre calidez, aceptación y entendimiento total hacia el menor, mostrando un

gran interés en él, y apreciando lo que hace o lo que hable, para que se le pueda proporcionar una sensación de seguridad dentro del cuarto de juegos.

Congruencia-

Ser congruente es ser sincero, verdadero, transparente, auténtico, libre y genuino; es ser uno mismo, sin máscaras o fachadas. Esta actitud establece aún más la relación terapéutica, promoviendo la seguridad y la confianza del individuo. Con base en lo antes dicho, Rogers (1997) señala que para que se de esta cualidad, es elemental que el terapeuta acceda a sus propios sentimientos y esté dispuesto a comunicárselos al menor, esto implica que al estar atento a sus propias emociones internas y al estar abierto para aceptarlas, facilite el cambio de la persona; debido a que aporta una especie de *espejo*, que refleja los efectos posibles que pueden provocar su actitud y su conducta, gracias a la integridad y al profesionalismo que el terapeuta promueve a lo largo del proceso, garantizan que el niño pueda entrar en contacto fácilmente con sus propios sentimientos.

Por otra parte, Axline (2004) agrega que debido a que el infante es muy sensible y capta fácilmente la sinceridad o inconsistencias del facilitador, éste debe esclarecer sus sentimientos y realizarlos con honestidad, es decir, que bajo una disciplina personal pueda trabajar sus experiencias y sus emociones a fin de no interferir negativamente en el menor. Al respecto, se podría pensar que si se reconocen y se aceptan los sentimientos y las emociones, entonces se favorecerá el crecimiento y el desarrollo del niño.

Aceptación positiva incondicional-

Cabe destacar que en ocasiones, la aceptación es más importante que la comprensión, ya que antes de escucharlo, es necesario aceptar al individuo tal como es, tal como se siente, tal como dice él que se siente. Rogers (1997) puntualiza que el comunicar la aprobación del cliente, implica que las actitudes y los comportamientos verbales y no verbales del terapeuta, demuestren al individuo que existe alguien que está tratando de entenderlo y de aceptarlo tal como es. Sin

embargo surge la siguiente interrogante: ¿Cómo se podría manifestar esta aceptación al niño?.

Axline (2004) apunta que dicha aprobación se le da al infante, al apreciar todo lo que diga y haga, es decir, ser permisivo, accesible y respetuoso en todo momento. Este último, de acuerdo a Dorfman (1951), citada por Rogers (1997, p.211) se transmite para que el menor perciba que él puede ser independiente, pero también para informarle que su espacio u hora terapéutica es solamente para él, y que no se va a apresurar o retrasar ningún aspecto de su proceso, puesto que se acepta su ritmo y que no se le va a presionar para que juegue o hable. Asimismo, Meléndrez (2000) refiere que esta actitud se expresa al conservar las citas puntualmente y en caso de llegar tarde o cancelar, es importante disculparse de la misma forma en que se haría con un adulto. Por otro lado, sus confidencias se mantienen en secreto y no se debe dar por terminada la sesión sin tomar en cuenta los sentimientos del infante, avisándole con anticipación que debe terminar su juego.

De esta manera, las actitudes que refleja el terapeuta son de suma importancia, ya que cuando se confía en el niño y se le refleja a lo largo de su proceso terapéutico dichas actitudes, el menor las experimenta y las percibe, e invariablemente ocurre un cambio constructivo en él. Cabe aclarar que el facilitador además de cumplir con ciertos requisitos y características, y de integrar en su personalidad las actitudes antes mencionadas, también es necesario que desarrolle ciertas habilidades especiales. Brady y Friedrich (1982), citados por West (2000, p.182) identifican algunas de estas habilidades de las cuales, se van a presentar de forma gradual en los cuatro niveles de interacción terapéutica que se describen a continuación:

Habilidades del nivel I: Escuchar y atender.

De acuerdo a Egan (1981) el *atender* se refiere a dos aspectos: el físico y el psicológico. El *físico* significa mirar al niño directamente, aún cuando esté jugando o haciendo otras actividades; mantener una postura abierta al ubicarse en el mismo plano que el menor y estar totalmente relajado. Por otro lado, la *atención psicológica*

se refiere el escuchar la conducta verbal y no verbal del menor, puesto que las palabras u oraciones son modificadas por los movimientos corporales, los gestos y el tono de voz, siendo éstos los conductores de las dimensiones emocionales verdaderos de los mensajes. Por tanto, este nivel cubre la presencia física del terapeuta de juego, los ademanes no verbales, las afirmaciones reflexivas o simples, el escuchar y prestar absoluta atención. En este sentido, es básico el requerir de un alto nivel de concentración para:

- Otorgar al niño tiempo y espacio para que él pueda compartir lo que desee.
- Permanecer incondicionalmente con el menor. No introducir variables como el hablar por teléfono, estar atendiendo a otra persona o hacer otras labores que estén fuera del enfoque de trabajo.
- Escuchar sus sentimientos.
- Verificar si se comprende al niño en cuanto a cómo se está sintiendo en ese momento.
- Centrarse en el aquí y en el ahora.
- Estar pendiente de cualquier mensaje verbal y no verbal.
- Buscar incongruencias que pudieran estar envueltos en el lenguaje corporal y las palabras.
- Señalar el significado específico y personal de que está diciendo y haciendo; por lo que es esencial que dicha intervención sea oportuna y adecuada.
- Trabajar con los sentimientos del niño, así como también con lo que hace y dice.

Habilidades del nivel II: Reflejar y parafrasear.

Además de las destrezas de la etapa I, el terapeuta de juego va a reconocer y ubicar las acciones, los sentimientos y las palabras que el niño manifieste en sus sesiones terapéuticas, por lo que entonces va a requerir la utilización de:

- El reflejo de contenido y de sentimientos: Esta técnica de acuerdo a Mainou (2006) y Márquez (2001) es el instrumento Rogeriano que actúa como un cálido espejo, puesto que por medio de la comprensión empática, se pretende resumir, interpretar o acentuar la comunicación implícita o explícita del menor. Al respecto, Schaefer y O´ Connor (2000) agregan que este tipo de reflejos son aquellos que demuestran un entendimiento sobre el estado del infante y de lo que está experimentando. Un ejemplo del reflejo de sentimientos sería: Bruno se ve desanimado para describir una experiencia desagradable que tuvo con sus compañeros de clase, respondiendo solamente con sus expresiones faciales y palabras tal sensación, por lo que el terapeuta le dice: “De verdad te duele cuando tus compañeros de clase no quieren jugar contigo”. Por otro lado, el reflejo de contenido podría ser: “Me dices que tu papá te castigó debido a que no hiciste tu tarea”.

- El parafraseo: Es la repetición de lo que el cliente ha dicho, en otras palabras se expresa la necesidad que está subyacente en tal relato. Como por ejemplo: Rosa esta en la cama y se despierta porque su bebé comenzó a llorar y ella dice: “Te voy a llevar al doctor”. Después, regresa a casa diciendo: “Estoy muy cansada, mi bebé estuvo enfermo”. Entonces el terapeuta parafrasea: “Te despertaste cuando escuchaste que tu bebé estaba llorando, decidiste llevarlo al doctor. De regreso a casa, te empezaste a sentir cansada debido a que no pudiste dormir, ya que tu bebé estuvo enfermo”. Por tanto, esta habilidad se usa para:
 - ✓ Confirmar datos, intereses, sentimientos o valores.
 - ✓ Mostrar comprensión y que se haya escuchado con atención.
 - ✓ Clarificar y ordenar lo que el niño quiere decirnos.
 - ✓ Efectuar la retroalimentación de la información que hemos recibido del cliente.

- Amplificación: Consiste en incitar al infante a que amplíe lo que se ha dicho o hecho. Por ejemplo en el caso anterior, el terapeuta además de parafrasear, amplifica: "...te sentiste muy cansada. ¿Me pregunto cuando te has sentido así antes?".
- Confrontación: Dentro de la terapia infantil, en ocasiones se llega a utilizar para relucir contradicciones subyacentes en el discurso o en la conducta del niño. Es decir, Bruno llega enojado al cuarto de juegos y comienza a pegarle al saco de boxeo, sin embargo se detiene. Entonces el terapeuta le dice: "Llegas enojado al cuarto de juegos e inmediatamente empiezas a pegarle al saco de boxeo, por tanto hay una parte enojada tuya que necesita venir aquí para golpear al saco de boxeo".

Habilidades del nivel III: Interpretación en tercera persona desde la empatía primaria.

Anteriormente, se explicó que la empatía es la capacidad de sentir y entender la situación que vive el cliente, es decir, ver el mundo del niño como si fuera el propio. Egan (1981) refiere que existen dos niveles de comprensión empática. El primero es la empatía primaria o exacta, la cual conlleva a comunicar el entendimiento básico inicial de lo que el infante está sintiendo y expresando. Esta habilidad se da desde el inicio de la relación terapéutica, puesto que el facilitador no profundiza sino que solamente trata de dejar que el menor perciba que se le está escuchando y comprendiendo para que a su vez, se sienta seguro dentro de un ambiente favorable y cálido. Por tanto, la importancia de esta destreza radica en captar y reflejar los simbolismos implícitos de las conductas verbales y no verbales, pues a diferencia del adulto, su lenguaje se ve envuelto en el juego y no tanto en las palabras. En este caso, para que se de la empatía primaria, el terapeuta de juego:

- Refleja su entendimiento sobre los sentimientos, pensamientos y afectos desde el punto de vista del menor, pero no de manera directa, sino en tercera persona, tratando de no criticar o juzgar. Entonces el terapeuta dice: "El bebé..."; "A veces los niños sienten...", "La mamá...".

- No debe olvidar seguir la dirección del cliente.
- Evita las sugerencias, los consejos y el hacer demasiadas preguntas.
- No debe generalizar las experiencias del niño, puesto que no todos perciben o viven de la misma manera cierto problema o situación.

Habilidades del nivel IV: Interpretación directa desde la empatía avanzada.

Constituye el segundo grado de la comprensión empática, la cual consiste en comunicar el entendimiento que el terapeuta experimenta por los sentimientos, experiencias y motivaciones que el niño manifiesta en el cuarto de juegos, en otras palabras, significa el detectar lo que está detrás del juego, tono de voz, gestos, movimientos y de las palabras, para que el terapeuta se lo exprese al infante.

Al respecto, West (2000) puntualiza que la empatía avanzada se construye sobre la información que resulta disponible en un número de sesiones en las que el terapeuta se ha concentrado en hacer afirmaciones empáticas primarias. A medida que avanza la terapia, es apropiado que el facilitador exponga sus sentimientos, sin embargo resulta importante que distinga cuáles sentimientos son los verdaderos y los congruentes que deben utilizarse en beneficio del proceso terapéutico del niño. Por ejemplo, Rita involucra a su terapeuta en el juego de la arena, no obstante este se percibe un tanto repetitivo y mecánico, entonces el terapeuta puede decirle: “Hemos jugado este juego durante mucho tiempo y ya me aburrí, ¿me pregunto si tu ya te aburríste también?”.

Para entender de una manera más completa las habilidades de los cuatro niveles de intervención terapéutica, se observa el siguiente ejemplo: Lilia esparce arena en el piso. Ve hacia abajo de manera ansiosa y después arroja a la muñeca madre diciendo: “Yo no la quiero”. El terapeuta podría responder:

- Nivel I: “No hay problema si pones arena en el piso”
- Nivel II: “Arrojas la mamá muñeca porque no la quieres”

- Nivel III: “A veces los niños se sienten enojados con su madre, o en ocasiones los niños se asustan cuando hacen algo que podría disgustarle a su mamá”.
- Nivel IV: “¿Me pregunto si a veces te sientes enojado con tu madre, o quizá conmigo”

Las destrezas y niveles de intervención terapéutica que se acaban de describir, van de la mano con las tres actitudes principales: comprensión empática, congruencia y aceptación incondicional. En este sentido, es primordial que el terapeuta de juego tenga la capacidad para escuchar, atender, entender, sentir, reconocer, examinar y compartir los sentimientos del infante, pero sobre todo que esté comprometido emocionalmente con él, una vez que haya trabajado con su propio niño interior en psicoterapia personal.

4.3. Principios básicos de la terapia de juego centrada en el niño

Schaefer (2005) sostiene que el terapeuta no debe asumir el papel de director, maestro, predicador, policía, niñoero, rescatador o padre sustituto. Del mismo modo, Meléndrez (2000) asegura que no le corresponde tomar el rol de protector, supervisor o figuras suplentes. Rodríguez (2005) está de acuerdo con lo anterior, y agrega en este caso que tiene que ser una persona madura, eficiente y digna de confianza que acompañe al niño en su proceso terapéutico y que reconozca su responsabilidad acerca del trabajo con los infantes. Por lo tanto, Axline (2004) plantea ocho principios que recaen principalmente en el terapeuta, y que son básicos en la terapia de juego no-directiva.

1. Estableciendo la relación.

El terapeuta entrevista al niño por primera vez, por lo que comienza entonces a darse el contacto inicial. La autora puntualiza que la estructuración empieza en el momento de introducir al menor a que exprese y libere sus propios sentimientos para que adquiera un mayor conocimiento de sí mismo. Dicha estructuración no es una

explicación verbal de lo que trata su proceso terapéutico, sino es un método cuidadosamente planeado para asentar la relación, en la cual éste únicamente va a desarrollar una relación interna, cálida y amigable, mostrando una gran armonía.

Al respecto de la estructuración, Guerny (1988), citado por Casillas (1999, p.73) afirma que a pesar de que la terapia no directiva no es estructurada, es esencial que en la primera sesión se le proporcione información acerca del material que dispone para jugar, así como también lo que sí se puede hacer y lo que no se puede hacer dentro del cuarto de juegos. Por tanto, el establecer un rapport en la primera entrevista con el cliente es muy importante, ya que marca el principio del proceso terapéutico y sobre todo que las primeras palabras de saludo son suficientes para formar la relación.

2. Aceptando al niño como individuo.

Axline (2004) refiere que la total aceptación del menor se manifiesta al conservar una relación tranquila, segura y amigable. De esta manera, es indispensable no demostrarle impaciencia, críticas o reproches, pero sobre todo es fundamental eliminar cualquier halago ya sea con palabras o acciones. Es decir, esto no implica que el terapeuta apruebe todo lo que hace el infante, sino más bien aceptarlo tal cual es. Sobre este punto, Rodríguez (2005) dice que cuando se acepta al niño tal y como es, significa que éste deja de luchar consigo mismo, de tal modo que comienza abrir nuevas oportunidades de aprendizaje; por lo que es necesario darle un espacio libre sin prejuicios y sin presiones externas, esto es, darle un lugar donde se sienta seguro para que comience a explorar hacia el interior de su ser.

Asimismo, Dorfman (1951), citada por Rogers (1997, p.212) añade que aceptar al menor, no quiere decir que se intente moldearlo de alguna manera socialmente aprobada, sino más bien, que se respete y se acepte su ritmo al no tratar de apresurarlo en su proceso terapéutico. Este principio, va más allá de establecer el contacto inicial, por tanto, es importante que el tono de voz, la expresión facial y los gestos del facilitador, muestren una actitud de aceptación incondicional, pues el

infante es un ser muy sensitivo y está capacitado para captar desde su aprobación hasta su rechazo.

Por otra parte, cabe señalar que cuando el niño está expresando cualquier sentimiento, sea enojo, tristeza, alegría o miedo, el terapeuta tiene que observar las dificultades que se le presentan al hacer contacto con ellos, y estar vigilante para aceptarlos y comprenderlos. Por ejemplo, si el menor decide permanecer en silencio en toda la sesión, el facilitador debe aceptarlo y únicamente debe de estar a la expectativa para reflejar su sentimiento que pudiera manifestar al permanecer callado, como un suspiro profundo o una mirada. Meléndrez (2000) de esta forma, menciona que la aceptación del infante como individuo, parece ser de vital importancia para el éxito de la terapia, a medida en que se le otorga un espacio suficientemente seguro para que él pueda relajar sus defensas y experimentar como se siente sin ellas.

3. Estableciendo un sentimiento de permisividad.

Es indispensable crear una atmósfera de permisividad, haciéndole saber al cliente que es libre de expresar cualquier sentimiento, emoción o pensamiento. No obstante surge la siguiente cuestión: ¿Habría algún peligro al darle esta permisividad al menor?, Dorfman (1951), citada por Rogers (1997, p.225) asegura que difícilmente esta libertad constituye un conflicto para el niño, pues tiene la capacidad de sentirse responsable de sus expresiones y está consciente de que las sesiones terapéuticas son diferentes a su vida cotidiana. Asimismo, el terapeuta evita halagarlo, pero marca algunos límites para evitar que el menor se haga daño o que perjudique al facilitador.

Pero, ¿cómo es posible llevar a cabo entonces este principio?, Axline (2004) considera que básicamente se transmite cuando se le permite utilizar su hora terapéutica como él quiera, de tal modo que pueda realizar cualquier actividad, mediante el uso de los materiales que se encuentran dentro del cuarto de juegos. Sin embargo, la intensidad con que el infante va exteriorizar sus sentimientos y sus experiencias en su espacio terapéutico, va a depender de la expresión verbal, facial y de las acciones que marque el terapeuta desde el principio, como por ejemplo,

cuando el niño entra por primera vez al cuarto de juegos, es recomendable que se le muestre éste y se le expliquen los juguetes y los materiales; sin olvidar que no es factible el animarlo para que los utilice ya que originaría el no respetar su capacidad para que tome sus propias decisiones. Meléndrez (2000) está de acuerdo con la autora, pues indica que es fundamental demostrarle fe, aceptación y respeto. La fe implica, el creer en todas las potencialidades del niño, ya que tiene la habilidad de elegir, guiar y resolver sus propias dificultades. Al respecto, Jardon (1997) sugiere que para que el infante se sienta libre y exprese cualquier sentimiento, es fundamental el no dar consejos y no hacer preguntas que pudieran afectar la integridad del menor; por tanto, es preferible que el terapeuta esté alerta del comportamiento y de las emociones que el infante manifieste dentro del cuarto de juegos.

4. Reconocer y reflejar sentimientos.

El facilitador debe reconocer, captar y comprender los sentimientos que el niño exteriorice en su espacio terapéutico, para que de esta forma, pueda reflejarlos, y a su vez el menor logre una mejor comprensión de sí mismo. Axline (2004) asegura que a pesar de que es mejor contestar a preguntas objetivas con respuestas directas, el terapeuta de juego tiene que estar alerta para captar cualquier sentimiento que el cliente pudiera demostrar, ya sea a través de su conversación o de su juego. No obstante, no se deben de interpretar tales sentimientos, sino únicamente reconocerlos. Sobre este aspecto, Casillas (1999) puntualiza que el reconocerlos e interpretarlos son posturas distintas. Es decir, *reconocer* involucra el distinguir e identificar lo que le está sucediendo al menor, e *interpretar* corresponde a la atribución de un significado personal de datos que se obtienen de la información recibida.

Por tanto, es primordial que en caso de hacer interpretaciones, éstas sean en tercera persona en un principio, ya que son más seguras para que el cliente descubra algo de sí mismo y logre el darse cuenta. Resulta ventajoso, el uso de la interpretación para las actividades del juego del niño, una vez que la relación se haya establecido,

debido a que el juego del menor es símbolo de sus sentimientos y cada vez que el terapeuta intente transformar el comportamiento simbólico en palabras, es porque está infiriendo lo que posiblemente el infante ha expresado en sus acciones, por tanto, la respuesta del facilitador deberá incluir el símbolo que el niño ha utilizado. Respecto a lo dicho, Guerny (1988), citado por Casillas (1999, p.76) sostiene que la respuesta empática que proporcione el terapeuta, se da a partir de los reflejos de sentimientos o de contenido, siendo estos las habilidades del *nivel III*; las cuales señalan el entendimiento sobre el estado del cliente y de lo que está experimentando en ese momento. Con esto se intenta decir, que la interpretación se toma para el simbolismo del juego y el reconocimiento para detectar los sentimientos; y para llevar a cabo este último, es importante la comprensión empática del terapeuta. Por tanto, para que se pueda cumplir con este principio, es necesario:

- 1) Ser sensible y receptivo con el fin de entender totalmente al menor.
- 2) Mostrar una actitud completa de atención en forma visual, facial, muscular y de postura.
- 3) Transmitirle al infante que se le está comprendiendo y que de ninguna manera se rechazan sus percepciones, es así que resultan inapropiadas las preguntas que se hacen para favorecer las hipótesis o simplemente para satisfacer la curiosidad.

5. Conservando el respeto hacia el niño.

El terapeuta guarda una actitud profesional en el momento en que se hace responsable de la confianza que el menor ha depositado en él. Tal confianza se observa cuando se le brinda la oportunidad de actuar de manera libre, siempre y cuando se respete su capacidad para decidir, resolver problemas y realizar cambios. Axline (2004) explica que los cambios que tenga el cliente, deben provenir de él, pues es quien guía el camino de las sesiones y es el único que puede tomar decisiones para modificar su conducta y su estado de ánimo aún cuando sea demasiado inseguro. El dejar al infante de que sea el responsable para realizar cambios en su persona, significa que el facilitador está centrando la terapia en el

niño, pues intenta apoyarlo para que comprenda sus sentimientos por medio de los reflejos. Asimismo, para demostrarle respeto es necesario no apresurar el curso del proceso terapéutico, ni tampoco producir cambios acelerados en el infante, ya que de lo contrario, ocasionaría una falta de confianza en su persona para valerse por sí mismo. En este sentido, el facilitador debe darle la oportunidad de obtener un equilibrio, al confiar en él y al demostrarle aceptación.

6. El niño guía el camino.

El terapeuta elimina halagos, críticas, sugerencias y opiniones, durante la hora de juego, pues es la hora del niño y es él quien guía el camino y ritmo de la sesión mientras el facilitador solo lo sigue en su decisión o decisiones. Al respecto, Axline (2004) comenta que no se dirigen las acciones o conversaciones del menor, solamente en caso de que pregunte acerca del uso de ciertos materiales, se le orienta. De este modo, es esencial que omita consejos y deseos de ordenarlo en su hora terapéutica. Por ejemplo, en un caso clínico, la autora relata que un cliente llamado Richard comenzó a pintar burbujas de color en un papel. El infante habló sobre su cumpleaños y del deseo que tenía por comprarle un regalo a su madre. La terapeuta únicamente hizo reflejos de contenido y enseguida Richard, quiso que jugara con él, y la autora contestó: "Tu me vas a indicar que voy hacer" (p. 129). Con este enunciado, se observa que no hubo ningún intento por dirigir el juego del niño, ni tampoco de insinuar a qué jugar o qué hacer.

7. La terapia no debe ser apresurada.

Al tratar de analizar cómo percibe el cliente su mundo cotidiano, se llegaría a la conclusión de que efectivamente el menor vive de forma apresurada y presionada puesto que el adulto lo apura para que se levante, desayune, vaya a la escuela, haga la tarea y se bañe. En este sentido, la terapia no intenta presionarlo, pues tiene alguien que lo escuche y comprenda sus vivencias, ya que él necesita un espacio para poder asimilar sus experiencias y que hable de ellas cuando él lo desee sin ser regañado o juzgado.

De esta manera, la autora indica que el terapeuta entiende y reconoce la naturaleza gradual del proceso terapéutico, por lo que no intenta apresurarlo. Por tanto, al mostrarle comprensión, paciencia, aceptación y las demás actitudes, el menor estará dispuesto para expresar cualquier sentimiento, emoción y pensamiento dentro del cuarto de juegos. Frente a esta posición, es esencial no forzarlo ya que puede ocasionar retraimiento, en este caso, si el facilitador le da libertad y el tiempo necesario para comunicar su sentir ante las experiencias vividas, el niño podrá afrontarlas sin ser interferido.

8. El valor de las limitaciones.

Dorfman (1951), citada por Rogers (1997, p.225) refiere que el terapeuta no establece límites sobre la expresión verbal de los sentimientos del niño. Sin embargo, no se permite que algunos sean expresados directamente hacia la acción. Por ejemplo, no se puede disminuir el enojo al pegarle a las ventanas o pegándole al propio terapeuta. Por tanto, el facilitador va a establecer los límites necesarios para anclar la sesión a la realidad, las cuales van ayudar al menor a que acepte la responsabilidad de una relación personal y apropiada. Referente a este punto, se profundizará más adelante acerca de los límites que se imponen dentro del cuarto de juegos y su importancia. Cabe destacar que estos ocho principios no van de manera secuencial, pues están interrelacionados entre sí y son flexibles. Es decir, si se le da permisividad al menor, al mismo tiempo se le respeta y se le acepta tal como es.

4.4. Establecimiento e importancia de los límites

Resulta importante señalar que cualquier enfoque acerca de la terapia de juego, requiere el establecimiento de límites terapéuticos, a pesar de que su imposición pueda ir en contra de la naturaleza autodirectiva. Axline (2004) aclara que el fijar límites desde esta perspectiva humanista, sirve para asentar las sesiones terapéuticas al mundo real del infante, crear responsabilidad y proteger la relación de malentendidos, sentimientos de culpa, daños, confusiones e inseguridad. West (2000) comparte su opinión, al decir que los límites dan seguridad y contención

terapéutica. Sin ellos, el menor al sentirse totalmente libre, puede originar temor e inseguridad, es así que se conciben como un valor positivo para la terapia.

Dorfman (1951), citada por Rogers (1997, p.228) sostiene que al utilizarlos en forma coherente, facilitan la estructura de la situación terapéutica ya que reducen el índice de ansiedad, y con ello aumentan la seguridad, la confianza del niño y también del terapeuta. Asimismo, permiten que el cliente pueda expresar sus sentimientos sin herir a otras personas o ciertos materiales. En este sentido, su uso le proporciona el apoyo para que enfrente un problema de inadaptación al ambiente y afronte las relaciones que se le imponen dentro de ésta. Es así que su establecimiento es fundamental, pues logra conocer lo que sí puede hacer y lo que no dentro del cuarto de juegos, haciéndole sentir a través de las actitudes del terapeuta, que su juego es totalmente libre y seguro.

Frente a esta posición, Landreth (2002), citado por Schaefer (2005, p.49) y Schaefer y O' Connor (2000) subrayan que las limitaciones son útiles tanto para el facilitador como para el menor, debido a que:

- Definen el vínculo terapéutico.
- Demuestran el empeño del terapeuta por otorgar seguridad al cliente.
- Establecen el bienestar y la seguridad tanto física como emocional de ambos.
- Auxilian al infante para enfrentar el problema de desadaptación al medio ambiente.
- Permiten que el facilitador mantenga una actitud empática, tolerante y de aceptación hacia el niño en forma persistente; siempre y cuando sus sentimientos y su bienestar físico no se vean amenazados.
- Anclan la sesión terapéutica a la realidad.
- Suscitan el darse cuenta mediante canales simbólicos.
- Proporcionan la expresión de sentimientos negativos, sin ocasionarle daños ante su exteriorización.

- Promueven y mejoran la sensación de responsabilidad personal y autocontrol del menor, logrando así, definir y accionar en las áreas en las que es libre de realizar.
- Ofrecen estabilidad y consistencia.
- Protegen el ambiente de la terapia de juego.
- Aseguran el mantenimiento de estándares legales, éticos y profesionales.

Una vez teniendo claro su importancia, es trascendental precisar que deben ser pocos, pero muy claros, específicos, definibles y consistentes. Al respecto, Axline (2004) explica que es necesario imponerlos cuando el infante entra por primera vez al cuarto de juegos, esto es para que no se sienta traicionado, reprendido o frustrado al ponerle el límite. Sin embargo, Schaefer (2005) argumenta que no es indispensable enumerar una lista de éstos y detallársela en el principio del proceso, puesto que no fomentaría o facilitaría la exploración y la expresión del mismo. A pesar de ello, West (2000) esclarece que el terapeuta deberá decidir cuándo explicarle los límites terapéuticos siempre y cuando no se le haga una larga explicación de ellos.

Pero, ¿Cuáles son estos límites?. En un primer momento, Bixler (1949), citado por Castillo (1996, p.67) incluyó en su libro *Limits are therapy* los siguientes límites, de las cuales no se le permite al niño que:

1. Arruine las propiedades de la habitación.
2. Se lleve juguetes fuera del cuarto de juegos.
3. Ataque físicamente al terapeuta.
4. Permanezca más tiempo del programado para la terapia.
5. Aviente juguetes o algún otro material por la ventana.

Posteriormente, Moustakas (1956), citado por Meléndrez (2000, p.38) agregó:

1. Marcar el tiempo de duración de las sesiones terapéuticas.
2. Determinar qué juguetes o qué material si se puede destruir.
3. No agredirse a sí mismo.

4. En caso de salir del cuarto de juegos, ya no se permite el regreso a esté en ese instante.
5. No beber o comer materiales inadecuados.
6. Las sesiones no serán interrumpidas por llamadas telefónicas ni por interferencias del exterior.

De acuerdo con lo anterior, existen varias restricciones que se marcan en la terapia de juego, de las cuales han cambiado o aumentado por la época y por las experiencias clínicas. Frente a esta posición, Axline (2004); Dorfman (1951), citada por Rogers (1997, p.223); Jardon (1997) y West (2000) recapitulan y explican a detalle, las limitaciones que se consignan al infante, siendo los siguientes:

1. Establecer el horario de la terapia.

Es esencial definir la hora de la sesión, siendo este el primer límite que se le indica al niño desde el principio, por lo que resulta útil tener un reloj dentro del cuarto de juegos. El terapeuta es quien muestra compromiso y respeto al ser puntual y evitando que se extienda la duración de la terapia, puesto que le brinda al cliente la comprensión del tiempo. Por otra parte, es aconsejable que al finalizar la sesión, se le avise que faltan cinco minutos; esto en ocasiones puede originar que el menor quiera prolongarse, por lo que el cierre es el trabajo del facilitador. Por otro lado en caso de cancelar, se le avisa al menor llamándole a su casa o escuela.

2. No dañar el cuarto de juegos.

No se debe averiar la habitación, como por ejemplo, rayar o pegar en las paredes, pues es el espacio que se comparte con otros niños.

3. No salir del espacio terapéutico.

Se le permite abandonar el cuarto de juegos antes de terminar la sesión si así lo desea, pero se le impide regresar ese mismo día.

4. No averiar a los juguetes o materiales.

Se mencionó acerca del tipo de juguetes y materiales que se requieren tener dentro del cuarto de juegos. Por tanto, se sabe que éstos son los medios por los cuales el menor puede expresar sus sentimientos. De este modo, es necesario estar consciente que ante una expresión de enojo, el niño puede destruirlos y así logra liberar tal sentimiento. No obstante, no todos los juguetes pueden ser destruidos, aunque si es recomendable tener juguetes que no dañen la integridad tanto del terapeuta como del niño, por lo que es aconsejable tener disponibles algunos de éstos para que canalicen sus acciones.

5. Sacar juguetes del cuarto de juegos.

Llevarse uno o varios juguetes del espacio terapéutico, implica que el cliente no reconozca lo que es “tuyo” y lo que es “mío”, además de que con este límite, podrá respetar los objetos de otras personas, como por ejemplo: el no robar o el de no tomar las cosas sin permiso. Aunque hay sus excepciones, pues el terapeuta y dependiendo del caso del menor, puede prestar algún juguete o material para hacerlo responsable de los cuidados, pero lo debe regresar en la siguiente sesión. Por otro lado, los dibujos y trabajos de arcilla o plastilina, pueden ser llevados siempre y cuando el niño lo desee.

6. Comer ni beber materiales inadecuados.

Para salvaguardar la integridad del infante, no se considera viable que coma o beba materiales inadecuados, como pinturas, acuarelas, arena, telas, etc. Además de protegerlo, también este límite lo ajusta a la realidad, es decir, cuando se enfrente al mundo en el que vive, sabrá lo que sí puede hacer y lo que no, evitando así hacerse algún daño.

7. Lastimarse a sí mismo.

Tal como en el límite anterior, es importante proteger al menor de cualquier situación que pudiera ocasionar perjuicio. En este sentido, se le enseña que las emociones o los sentimientos que le provoquen malestar sean expresados hacia el exterior en una

forma adecuada. Por ejemplo, un niño está muy enojado porque su mamá regaló a su mascota, tal sentimiento hace que este niño comience a jalarse el cabello bruscamente; por tanto, en vez de llevar a cabo dicho acto, intenta no jalarse el cabello manifestando su enojo con otra acción, como pegarle al saco para golpear. Es así que esta limitación, intenta evitar que se realicen actos autodestructivos tanto a fuera del cuarto como adentro de él.

8. Atacar físicamente al terapeuta.

Así como se le prohíbe hacerse daño a sí mismo, este límite consiste en prohibir al cliente de cualquier ataque o abuso físico hacia su terapeuta, pues debe fundarse un respeto mutuo entre terapeuta y menor. La razón es impedir que éste sea lastimado puesto que al herirlo puede provocar culpa y ansiedad profunda en el infante. Por tanto, el propósito de este lineamiento, es ayudar a que el niño comprenda que no es conveniente golpear o lesionar a otros simplemente por querer expresar su sentir hacia algo o alguien.

9. Interrumpir las sesiones por llamadas o interferencias externas.

Retomando acerca de las actitudes del terapeuta, es claro que éstas además de darle un encuadre a la terapia y al proceso del cliente, promueven el respetar la sesión, es decir que el facilitador no puede interrumpir la hora del menor por llamadas telefónicas o por interferencias externas.

10. Desvestirse (excepto chamarras o zapatos).

En la terapia humanista y en la terapia gestalt, tanto el cliente como el terapeuta pueden quitarse los zapatos dentro del consultorio, ya que estimula tranquilidad y libertad. No obstante, no está permitido el desvestirse, pues algunos niños creen que por el hecho de quitarse los zapatos, pueden despojarse del pantalón o del vestido. De tal forma que este límite suscita el respeto y la ética profesional del terapeuta.

11. Evitar que defecue en el cuarto de juegos.

No se le permite al infante que defecue dentro de su espacio terapéutico. Si esto ocurre, se le comenta que hay un baño para su uso y si lo vuelve hacer en ese momento se abandona la sesión. El fin de este límite es para ayudar a los niños enuréticos o encopréticos para que poco a poco este síntoma vaya desapareciendo.

Hasta aquí se han descrito las limitaciones que se marcan en la terapia de juego. A pesar de que no se le permite al niño realizar ciertas acciones, el facilitador se compromete a hacerle sentir que es aceptado y respetado. Por otra parte, Axline (2004) destaca que el terapeuta debe de tratar de no confundir un límite con la presión impuesta hacia el cliente para que logre un cambio en su conducta, ni tampoco utilizarlo para enfocarse en el problema. Es decir, si a un menor le cuesta trabajo comunicarse con otras personas, no se lo obliga a que hable a la fuerza. Asimismo, Landreth (2002), citado por Schaefer (2005, p.49) resalta que antes de aplicar el límite, es fundamental reconocer primeramente los sentimientos, deseos y necesidades del infante; y posteriormente aceptar su emoción e intención.

Una vez que se tenga el conocimiento de lo anterior, se procede a explicarlos. Referente a este aspecto, West (2000) indica que el terapeuta debe elaborar la forma de cómo se le informará al niño sobre ellos, cómo se harán valer y qué pasaría si no se respetan. Ante esta situación se le puede decir: "El cuarto de juegos es un lugar donde tú puedes hacer, decir y sentir lo que quieras, pero hay ciertas reglas..." Sin embargo, puede pasar que algunos infantes no logren respetarlos. Respecto a este punto, Schaefer y O' Connor (2000) explican el procedimiento para su aplicación, siendo el siguiente:

- 1) A la primera infracción, se establece la norma: "No puedes romper esa muñeca o, no puedes picar el saco para golpear con la punta del lápiz".
- 2) En caso de que lo vuelva a llevar a cabo, se debe ser explícito y firme con el límite; y continuar verbalizando sus sentimientos o intenciones diciéndole: "Recuerda que te expliqué que no debes tratar de romper esa

muñeca o, no puedes picar el saco de golpear con el lápiz. Si vuelve a pasar, voy a tener que quitarte la muñeca, o el lápiz” (o cualquier cosa que se considere inapropiado).

- 3) Si el niño persiste tal conducta, se procede a una sanción que sería acortar la sesión, comentándole: “Recuerda que te dije que si volvías a tratar de romper esa muñeca o, si volvías a picar el saco con el lápiz, tendría que...ahora vamos a salir de la habitación, deja la muñeca o el lápiz (o lo que traiga) y nos vemos en la siguiente sesión.”

No obstante, Ginnot (1961), citado por Castillo (1996, p.86) supone que al retirar al cliente de la sesión puede deducir a un rechazo innecesario. Es así, que sería aceptable que el terapeuta saliera junto con el menor del cuarto de juegos, para que el límite se experimente como el final de la sesión y no como una expulsión; pero no dejando a un lado lo sucedido, y ayudándole a que exprese sus sentimientos acerca de lo ocurrido. Por esta razón, se subraya que los límites deben reafirmarse constantemente para proveer un sentimiento de seguridad, además de ser suficientemente consistentes, claros y específicos, para que no tenga dificultades dentro del cuarto y que en su vida real pueda enfrentarlos sin inconvenientes. Como consecuencia, sabrá que va a tener que regular su conducta, adquiriendo al mismo tiempo, un mayor control en sus impulsos y más fortaleza en su yo, pero también lo motivará a su independencia.

4.5. Poniendo a prueba al terapeuta de juego

En relación a los límites que se marcan dentro de la terapia de juego, cabe destacar que la intención que tenga el infante de no cumplirlos, quizá con lleve a someter a prueba al facilitador. En este sentido, Reisman (1973), citado por West 2000, p.176) menciona seis pruebas que le pone el cliente a su terapeuta:

- a) Prueba de atención: Consiste en interrogar constantemente al facilitador acerca de la información que le ha brindado, así como también de sus acciones que realice en su sesión o sesiones. Esto es para verificar si en realidad le ha prestado la atención suficiente a lo que ha dicho o ha hecho. Por esta razón, se recalca la importancia de las actitudes del terapeuta, puesto que en un momento determinado el infante puede hacerle preguntas de otras sesiones cuyo fin es sentirse atendido, escuchado y comprendido en su totalidad debido a que en otros ambientes no lo percibe.

- b) Prueba de memoria: El niño comprueba la memoria del terapeuta respecto a sesiones previas, es decir, además de confirmar si éste le presta atención, al mismo tiempo lo examina para saber si recuerda sucesos importantes que le han ocurrido al cliente. Sobre este aspecto, se sugiere que el facilitador al finalizar la sesión, anote lo más relevante que sucedió en la sesión, así como también de lo que se habló en ella.

- c) Prueba de tolerancia al enojo: Esta prueba tiene mucho que ver acerca del cumplimiento de los límites, pues como se había dicho, el menor puede no seguirlos provocando enojo e intolerancia al terapeuta de juego. No obstante, éste no tomará represalia alguna hacia el menor, sino más bien habrá sanciones, como la que se señaló anteriormente, el terminar la sesión de juego en ese instante.

- d) Prueba de amor: El facilitador distingue de manera adecuada los cumpleaños y las ocasiones especiales. De esta manera, entregar algún regalo o reconocimiento, es aceptable siempre y cuando no sean excesivos, pues significan una señal de respeto, reconocimiento y empatía. Por otro lado, es frecuente que el terapeuta reciba obsequios, por lo que es esencial que refleje el motivo del presente y decidir si lo acepta o no.

- e) Prueba de rechazo: El cliente infantil en algunos momentos requiere de confirmación verbal de que el terapeuta no lo va a rechazar. En caso de que ocurriera, el menor inmediatamente repudiará a éste y por ende, la terapia fracasa. Como se señaló anteriormente, si se finaliza la sesión por no haber respetado los límites marcados, el facilitador no puede quedarse dentro del cuarto, pues no es una expulsión, y así el infante no se sentirá rechazado.

- f) Prueba de la confianza: El niño en cualquiera de las sesiones puede revelar un secreto o una información primordial, de tal modo que el terapeuta no debe olvidar su ética profesional, ya que es importante que salvaguarde y respete el secreto o los datos que le otorgue el cliente, puesto que son totalmente confidenciales.

Con todo lo anteriormente explicado, para ser un buen terapeuta de juego requiere de varios requisitos como: integrar en su personalidad actitudes de bondad, paciencia, comprensión, constancia, responsabilidad, confianza; tener conocimientos teóricos acerca del desarrollo infantil; manejar los ocho principios básicos, conocer a fondo los límites y saber la forma de su aplicación dentro del cuarto de juegos, así como también tomar en cuenta que el niño podrá someterlo a prueba. Por este motivo, parece elemental que para llegar a ser un facilitador de crecimiento altamente calificado, se necesita de una adecuada preparación académica y profesional.

4.6. Factores necesarios para una buena preparación como terapeuta de juego

El terapeuta es una persona muy importante dentro del proceso de la terapia de juego desde el enfoque humanista, pues su papel es el de precipitar la acción en el niño para que él pueda resolver sus propios problemas de manera satisfactoria, al brindarle la oportunidad para expresarse con cierta libertad. En este sentido, es

esencial que el psicólogo tenga una preparación profesional como terapeuta de juego, debido a que los infantes requieren de un cuidado y un compromiso de salud serio. Por tanto, West (2000) recomienda algunos criterios necesarios para ser un terapeuta calificado, siendo los siguientes:

1. Capacidad personal.

Guerney (1983), citado por West (2000, p.171) apunta que el terapeuta en formación debe dirigir todo su interés y empeño para desarrollar su habilidad de autoexploración y de autoconciencia personal. Es decir, es indispensable que esté totalmente abierto para trabajar profesionalmente y personalmente, puesto que se requiere de una gran labor el dedicarse al campo de la terapia infantil.

2. Apertura al enfoque centrado en la persona.

Sobre este punto, Rogers (1997) refiere que es fundamental tener un amplio conocimiento acerca de los fundamentos básicos que marca el enfoque humanista, tales como: el surgimiento y el desarrollo del enfoque, el concepto del ser humano, la teoría de la personalidad y de la terapia, así como también el papel que desempeña el terapeuta. Dichos conocimientos son complementados con la comprensión de los elementos teóricos, el trabajo terapéutico individual, la experiencia clínica del psicólogo y por un entrenamiento supervisado.

3. Comprensión acerca de las cualidades personales y actitudes necesarias en la terapia de juego y posesión de las mismas.

La actitud empática, aprecio positivo incondicional y congruencia, deben formar parte de la personalidad del terapeuta. Dichas actitudes se proporcionan al establecer relaciones cálidas y efectivas hacia las demás personas. Asimismo, es primordial que se tomen en cuenta los requisitos y las cualidades que se mencionaron al principio de este trabajo. Puesto como lo menciona Carkhuff (1969), citado por Schaefer y O' Connor (2000, p.24) pueden facilitar al terapeuta de juego para aprender y mantener la integridad de la terapia.

4. Conocimientos y práctica del enfoque centrado en el niño.

Axline (2004), Schaefer (2005) y West (2000) coinciden en que el aspirante a terapeuta de juego se compromete a:

- Revisar el contexto histórico general de la terapia de juego no-directiva.
- Comprender y manejar los elementos principales de la terapia centrada en el niño, así como también los principios básicos.
- Saber cuáles niños son los adecuados y cómo obtener referencias.

5. Comprensión total acerca del desarrollo infantil.

De acuerdo a Carkhuff (1969), citado por Schaefer y O' Connor (2000, p.25) y West (2000) el terapeuta debe tomar un curso completo sobre el desarrollo normal y anormal del cliente, para lograr una comprensión profunda de su personalidad, conducta y crecimiento. Esto incluye observar a los menores de cualquier edad e involucrarse con ellos, no dejando a un lado los obstáculos que pudieran tener en su aprendizaje, capacidad física o trastornos psiquiátricos, puesto que proporcionaría los métodos y las normas de trabajo para cada infante.

6. Conocimiento acerca de diferentes teorías psicológicas.

West (2000) indica que es recomendable revisar algunas teorías, tales como el psicoanálisis infantil, teoría sistémica, terapia familiar, terapia cognoscitiva, terapia conductual y terapia de arte expresivo; debido a que así comprenderá la situación del infante y podrá intervenir de una mejor manera.

7. Conocimiento sobre la estructura familiar donde vive el niño.

Respecto al punto anterior, la autora hace hincapié en que es muy importante saber cuál es la estructura familiar en la que vive el menor, esto es porque su conducta y sus emociones van a estar muchas veces relacionadas con este ambiente. En relación a este aspecto, el facilitador podrá analizar tanto a la familia desintregada, maltratadora, amalgamada, rígida, sobreprotectora o estable.

8. Revisión acerca de los principios y la práctica de la comunicación con niños.

Álvarez (2007) refiere que es importante que el terapeuta observe los gestos, la postura del niño y su movilidad, así como el contenido la forma y la configuración de su juego. Al considerar dichos factores, Schaefer y O' Connor (2000) aseguran que el facilitador podrá establecer una relación personal de calidad. Asimismo, el transmitir dichas formas de expresión, ofrece una mayor seguridad y confianza en las sesiones. Por otro lado, Johnson et al. (1992) mencionan que dentro de la comunicación terapéutica, es recomendable incluir preguntas, afirmaciones o clarificaciones para obtener información o animar al infante a que continúe hablando, como por ejemplo: "Ya veo" o "¡Que interesante!"; "Parece que le pegaste duro a esa muñeca", "En verdad te pone furioso...". En este caso, el lenguaje del terapeuta debe ser accesible, tomando en cuenta la edad y nivel de desarrollo del niño.

9. Estudio de los diferentes lenguajes en terapia de juego

Álvarez (2007) explica que existen diferentes modos de comunicación, tales como el juego de la escenificación, la historia, el dibujo, el uso de la masa, arena y agua. Al respecto, Oaklander (2005) y West (2000) concuerdan que los infantes se comunican con los adultos mediante la acción, es por esta razón que es fundamental relacionarse a través de: dramatizaciones, narración de cuentos, títeres, danza, artes plásticas, música, juegos, etc.

10. Valoración del menor antes, durante y después del tratamiento.

Johnson et al. (1992) explican que la valoración es un requisito esencial para la intervención terapéutica, la cual se inicia con la entrevista de los padres (*ver Anexo 1*). Al respecto, Sattler (1996) indica que ésta es sumamente importante, pues a partir de ella, se establece la relación con los padres del menor. En este sentido, el terapeuta de juego deberá obtener la información necesaria acerca de los problemas conductuales o emocionales que tiene el cliente; desde cuándo existen, los sucesos que se presentan, cómo reaccionan los demás ante tales situaciones, así como

saber qué intentos se han hecho para manejarlos. Por tanto, los objetivos principales de dicha entrevista son:

- Reunir la información acerca de las preocupaciones y metas de los padres.
- Evaluar las percepciones de los padres acerca de los conflictos y aspectos relevantes.
- Obtener la historia clínica.
- Identificar las áreas problema, los eventos antecedentes y consecuentes relacionados.
- Evaluar la motivación y recursos de los padres para el cambio.
- Obtener un consentimiento informado.
- Discutir los procedimientos de evaluación y los contactos de seguimiento.

Además de indagar acerca del motivo de consulta, es primordial conocer la historia clínica (*ver Anexo 2*), misma que abarca el desarrollo, la historia médica, el rendimiento escolar, las relaciones interpersonales que tiene el infante con sus compañeros y familiares, entre otros factores que pudieran influir en su comportamiento o problema. Con frecuencia, la entrevista junto con la historia clínica puede bastar para tomar una decisión sobre el tratamiento, sin embargo se sugiere realizar también una entrevista con el niño. Sobre este aspecto, West (2000) señala que no es recomendable entablar una conversación formal con el menor tal como se hace con el adulto, sino más bien, efectuar un juego de evaluación (*ver Anexo 3*), el cual consiste en observar el tipo de juego, la elección de los materiales y su conducta. Asimismo, se sugiere incluir la aplicación de pruebas psicológicas para definir con mayor claridad la situación del cliente. Una vez realizada la evaluación, el facilitador define la duración del tratamiento, los riesgos probables y los beneficios esperados, explicándoles a los padres o responsables del infante dichos lineamientos.

Por otra parte, es fundamental que el terapeuta durante la intervención, analice las cuatro etapas terapéuticas, pues indican la forma de trabajo que se está llevando, así

como también cómo responde el niño y con ello, se tome la decisión acerca de cuándo finalizar la labor terapéutica.

11. Implicaciones institucionales: instalaciones y registros.

Axline (2004) y Casillas (1999) señalan que en algunas instituciones no se tiene la instalación del equipo de trabajo adecuado e incluso, las condiciones del lugar no favorecen a la terapia, pues es un espacio pequeño, ruidoso y con poca iluminación. Es por ello, que el facilitador debe contar con una maleta o una caja donde pueda colocar y transportar fácilmente los materiales y juguetes primordiales para llevar a cabo la terapia del menor en dicho establecimiento, sea escuela u hospital. Por otra parte, West (2000) menciona que el terapeuta no debe olvidar registrar cada sesión que se tenga del niño, por lo que debe contemplar: resumen de la sesión, temas que se tocaron, juguetes que se utilizaron, en qué etapa está el menor, entre otros aspectos (ver Anexos 4, 5 y 6). En algunos lugares los formatos de registro no son apropiados, sin embargo son indispensables para llevar un control de las sesiones de juego.

12. Entrenamiento y supervisiones de casos.

El entrenamiento del psicólogo para ser un buen terapeuta de juego, va más allá de los conocimientos obtenidos en sus estudios profesionales y de los conocimientos acerca del enfoque centrado en el niño, es decir, va a estar en función de la práctica y de la experiencia hacia la aplicación de los casos infantiles y de una supervisión clara y oportuna. Sin ésta, en cualquier esfera terapéutica, se puede poner en riesgo al cliente, y al mismo tiempo causar un conflicto en la labor profesional del terapeuta. Por tanto, West (2000) sostiene que es elemental llevar una supervisión y asesoría. En este sentido, el asesor primeramente debe recibir una terapia personal para que pueda de este modo, apoyar al psicólogo en su aprendizaje y en su desarrollo como terapeuta de juego. Por tanto, es necesario que el supervisor sea un experto en la materia, al tener los conocimientos y habilidades sobre el enfoque y de otros temas como el desarrollo normal y anormal infantil, trastornos conductuales y trastornos

emocionales. Frente a esta posición, West (2000) comenta que el entrenamiento y la supervisión deben contener los siguientes puntos:

- Conocimientos teóricos sobre el enfoque humanista y la terapia centrada en el niño.
- Apoyo durante el proceso terapéutico del menor, esto es, estudiar el motivo de consulta e identificar cuál es el motivo de consulta real, encontrar el simbolismo de los juegos del menor, marcar los límites en el cuarto de juegos, verificar en qué etapa está, y no olvidar los principios básicos.
- Apertura del psicólogo ante el enfoque, la supervisión y la terapia individual.
- Integración de las actitudes: empatía, congruencia y aprecio positivo incondicional.
- Cumplimiento ético de la psicoterapia infantil.

Con lo anterior, el facilitador reflexionará como ha sido el proceso del infante y esclarecerá lo que ha sucedido en cada sesión. Al respecto, Schaefer y O' Connor (2000) añade que si el psicólogo sigue estos elementos, logrará ser un terapeuta de juego competente sobre todo después de haber recibido supervisiones de calidad en el método de trabajo terapéutico de acuerdo a los casos estudiados y presentados. Cabe destacar que de manera implícita, se encuentra el compromiso constante del propio del profesional para obtener su desarrollo óptimo en este ámbito.

13. Responsabilidad y ética.

Constantemente se ha escuchado sobre la ética que todos los profesionales de la salud ejercen en su práctica clínica, sin embargo poco se ha profundizado la importancia que tiene ésta, en la intervención psicológica infantil. En este sentido, West (2000) refiere que el psicólogo que emprende la terapia de juego debe contemplar, conocer y manejar el código ético puesto que se requiere de un especial

cuidado para llevar a cabo un trabajo terapéutico en niños, del cual hablaremos en el siguiente apartado.

4.7. Consentimiento informado y la ética profesional del terapeuta de juego

De acuerdo a Clarizio y McCoy (2000) los maestros o los padres son quienes llevan y piden una intervención psicoterapéutica inmediata para el niño, pues son los primeros que reconocen o perciben algunos problemas en el menor. Por tanto, es aconsejable que dicha intervención se practique en estrecha cooperación con ellos, en este caso con los papás, pues son los responsables del bienestar de su hijo.

Al respecto, Jardon (1997) señala que debido a que el infante no acude por sí solo a terapia, los padres deben asistir a sesiones con el terapeuta de juego, con el fin de discutir precisamente la responsabilidad que les toca asumir en el proceso terapéutico y dentro del hogar. No obstante, Axline (2004) considera que no es indispensable que acudan con el facilitador, para propiciar el éxito del tratamiento, pues únicamente basta que se desarrolle en un ambiente de comprensión, calor y aceptación sin juicios. Sin embargo, afirma que si los responsables del infante reciben algún tipo de intervención, resulta de gran ayuda para que la terapia de juego tenga mayor avance. En este sentido, Schaefer (2005) afirma que el determinar cuál es el grado de participación directa de los padres, es una decisión clínica que toma el terapeuta. Cuando se ve al cliente en forma individual, tanto la madre como el padre deben participar en el proceso, pero no necesariamente tiene que ser por medio de la psicoterapia, sino mediante un asesoramiento psicológico, para que de este modo logren comprender, fortalecer y mejorar la relación con el menor.

Con lo anterior, Sweeney (2001), citado por Schaefer (2005, p.51) puntualiza: “Al trabajar con niños, resulta obligatorio recordar que, si bien el menor debe ser el enfoque del tratamiento, el guardián legal es esencialmente el cliente desde una perspectiva legal y ética”. En otras palabras, no hay que olvidar que el centro es el

niño, aunque es primordial propiciar que los padres tomen conciencia del propósito de la terapia de juego a partir del consentimiento informado apropiado que el terapeuta les otorgue una vez solicitada la intervención. De esta manera, resulta importante que antes de dar paso a un tratamiento psicológico, es adecuado comunicar a los padres acerca del proceso en el que se someterá su hijo. Frente a esta posición, Rueda (2007), Velcoff y Verduci (s.f.) indican que el consentimiento informado (*ver Anexo 7*) representa el intercambio de información clara y precisa entre el profesional de la salud y las personas que recibirán la asistencia sanitaria, el cual debe incluir:

- La evaluación del menor de acuerdo al motivo de consulta y de la historia clínica.
- La explicación del proceso de la terapia de juego y su duración aproximada.
- Los riesgos probables.
- Los beneficios esperados.
- Posibles alternativas.

Dichos elementos, de acuerdo a la Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. (2005) deben ser explicados bajo un lenguaje entendible y claro, a fin de que los padres logren conocer a fondo y sin engaños la naturaleza de la atención que va a recibir su hijo, para que a su vez, decidan rechazar o aceptar la terapia de juego. Por tanto, es básico el contestar a todas las preguntas, aclarar conceptos no entendidos y resolver las inquietudes, además de considerar las preferencias y los intereses que tengan los tutores del infante.

Una vez efectuado el consentimiento informado y que se de pie a la intervención, es esencial notificar si es conveniente, que en ocasiones tendrán que acudir a ciertas sesiones para comunicar acerca del progreso en el desarrollo y del cambio emocional o conductual del cliente, así como también el hacerles ver su responsabilidad, pues como lo indica Jardon (1997) a veces se deslindan de los

conflictos y cuidados del menor y por ende, dejan a un lado sus derechos. Al respecto, West (2000) señala que la mayoría de los padres de familia no tienen claro cuáles son las necesidades básicas que debe recibir el infante, y cuáles son sus principales derechos, puesto que algunos creen que su hijo:

- Necesita recibir un alto control y numerosos castigos.
- Puede recibir golpes, sustos y privación de sus necesidades (alimento, vestido, descanso, diversión, entre otras).
- Hace lo que los tutores deciden, sin importar si le gusta o no.
- En ocasiones es una carga; por tanto, puede ser asistido por una niñera, doméstica, o bien, quedarse en la guardería o escuela después de la hora acordada.

Es por esta razón, que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2005), explica que la Convención de los Derechos del Niño, es un movimiento internacional que entró en vigor en 1989, de las cuales profundiza los derechos del menor y que abarca cuatro áreas generales:

1. Sobrevivencia:

El niño tiene derecho recibir vivienda, alimentación, vestido y servicios médicos adecuados.

2. Desarrollo:

Además de lo anterior, es indispensable que obtenga una educación para que pueda lograr un crecimiento físico, mental, moral, espiritual y social en forma saludable, así como en condiciones de libertad y dignidad. En este caso, el aprendizaje académico debe ser gratuito y encaminado al desarrollo de la personalidad, aptitudes, capacidades físicas y mentales, mismas que le van a permitir tener un sentido de responsabilidad y compromiso. Asimismo, debe de disfrutar plenamente de juegos, recreaciones y descansos.

3. Protección:

Tiene derecho a una protección y ayuda especial en caso de que tenga o no a sus padres. Siempre que sea posible, es indispensable que crezca bajo la responsabilidad de éstos y en todo caso, en un ambiente de afecto, seguridad moral y material. En caso de estar internado en una institución para salvaguardarse o para curarse de una enfermedad física o mental, es esencial que reciba una atención oportuna.

4. Participación:

El menor tiene la libertad de exponer sus ideas, así como el de participar en las decisiones concernientes a su persona. Según Gath (1985), citado por West (2000, p.30) los niños que son referidos a terapia de juego, han experimentado un alto grado de privación, y por tanto por medio de este enfoque humanista, se le da esa libertad para expresarse sin juicios o críticas y llegar así a la autorrealización.

Aunado lo anterior, Rueda (2007) opina que el bienestar emocional infantil es también un derecho que tiene el niño para desarrollar de esta forma una integridad física y mental. Por tanto, es necesario que reciba una atención sanitaria adecuada en tiempo y en forma cuando sea requerido, para que pueda mejorar su nivel de vida, misma que está en pleno desarrollo. Es por esta razón, que los profesionales de la salud se han preocupado por brindar una atención psicológica apropiada para cualquier individuo que llegue a solicitarla, pues es el beneficio que tiene para llevar a cabo una un estado emocional más estable. De esta manera, diversos investigadores se han preocupado por la atención y el derecho que tiene el individuo respecto a su bienestar, desarrollándose así la disciplina de la Bioética.

Sobre esta última, Dibarbora (2007) la define como el estudio de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención a la salud, con el fin de sistematizar el respeto del ser humano y construir una calidad de vida óptima y autónoma. Cabe señalar que a partir de su surgimiento, se establecieron cuatro principios:

- No maleficencia: Está relacionada con evitar algún daño al cliente, por ejemplo, discriminarlo o maltratarlo. Al respecto, el terapeuta de juego debe de reconocer las situaciones de abandono, negligencia, disciplina e incluso estar atento de cualquier aspecto que pudiera afectar la salud mental de los padres, y con ello reducir los daños que ocasionarían en el menor.
- Justicia: Define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones culturales, ideológicas, políticas, sociales o económicas. En este caso, el facilitador debe de dar un trato equitativo a todos los niños que reciba, así como también trabajar coordinadamente con el sector educativo, familiar y legal, si es necesario.
- Beneficencia: La preocupación por dar una atención psicológica en la edad infantil es la clave de los profesionales de la salud para otorgar una intervención terapéutica oportuna y eficaz.
- Autonomía: Este principio se basa en que se debe respetar la dignidad de la persona del niño, en su necesidad de relacionarse con el terapeuta para alcanzar así el pleno despliegue de su expresión emocional. Esto contribuye a la creación de un ambiente agradable, cálido, libre y seguro, tal como se ha mencionado a lo largo de este trabajo.

Al respecto, Padilla (2003) añade que dentro de la psicoterapia, se inserta el valor moral, ya que posee ciertas reglas que la dirigen y contienen, las cuales llevan el propósito de lograr el respeto de la individualidad, así como de las cualidades generales humanas y específicas de cada ser humano, sea infante, adulto o persona de la tercera edad. Por tanto, a partir de estos principios, se resaltan los derechos que tiene el individuo, dentro de la intervención psicológica y las responsabilidades del terapeuta, pues constituyen la base del compromiso ético y social que se tiene para brindar una atención eficaz en el ámbito infantil. Sin embargo, dichos lineamientos han sido poco estudiados en publicaciones especializadas, puesto que únicamente se han elaborado normas y principios éticos generales para los profesionales que imparten servicios psicológicos, tales como el Código Ético del

Psicólogo, elaborado por la Sociedad Mexicana de Psicología y el Código de Conducta Ética, revisado por la Asociación Psicológica Americana.

Con base en este hecho, es evidente el considerar que si se va a otorgar una intervención terapéutica a los niños, se incorpore una sección donde se integren los derechos que tiene el cliente infantil y las responsabilidades del terapeuta, a fin de que la labor psicológica sea benéfica y completa (*ver Anexo 8*).

Con lo anterior, se demuestra que es necesario ejercer la psicoterapia desde un nivel de conocimiento adecuado, y como regla general, es importante estar comprometido con la orientación psicológica elegida, en este caso la Terapia de Juego desde la perspectiva Humanista, a fin de servir eficazmente al cliente que recibe la intervención. En este sentido, a lo largo de este apartado se puntualiza que la labor del terapeuta es fundamental, puesto que es esencial que esté lo suficientemente preparado y apto para desempeñarse adecuadamente dentro de este ámbito. Frente a esta posición, es primordial que se actualice y se capacite, así como también que busque alternativas de enfoques complementarios para enriquecer la práctica profesional, mismas que van a lograr a que el menor alcance su propia autorrealización como ser humano.

CONCLUSIONES

En el presente documento, se brindaron los elementos teóricos y metodológicos de la Terapia de Juego desde la perspectiva Humanista de Virginia Axline, la cual se basa en los postulados del enfoque centrado en la persona de Carl Rogers, misma que se fundamenta en revalorar al individuo como un ser humano espiritual, constructivo, sensible, creativo, cooperativo, leal, realista, decisivo y digno de confianza, características que se han ido desvalorizando a lo largo de estos años.

En este sentido, la terapia de juego desde este enfoque, constituye una intervención psicoterapéutica apropiada para el infante que vive en un mundo con falta de atención, libertad, empatía, respeto, calidez y comprensión. Pues las consecuencias que traen consigo los estresores psicosociales, tales como: la violencia social, el calentamiento global, el divorcio o separación de los padres, muerte de algún familiar, enfermedades, entre otros; han producido efectivamente que los menores presenten diversas sintomatologías ante una “llamada de auxilio”, dentro del ambiente familiar y educativo; como por ejemplo: inquietud, irritabilidad, déficit de atención, trastornos alimenticios, depresión, bajo rendimiento académico, dificultades en las relaciones interpersonales, enuresis, encopresis, trastornos del sueño, fobia escolar y otros.

Por tanto, la terapia no directiva o centrada en el niño, es un método terapéutico que resulta eficaz para un amplio rango de problemas emocionales, sociales, del comportamiento y del aprendizaje, ya que emplea el juego, como una herramienta básica para identificar y expresar sentimientos, descargar tensiones, explorar situaciones, practicar roles, facilitar la comunicación y el aprendizaje, y para buscar nuevas formas de relacionarse con las demás personas, de un modo seguro y apropiado para el crecimiento pleno del niño, dentro de un ambiente bajo las condiciones más favorables y menos agresivas.

De esta manera, al otorgarle un espacio seguro, calido y libre de prejuicios o críticas, el cliente infantil comienza a adquirir confianza, seguridad y respeto hacia sí mismo, para construir de este modo, un autoconcepto más positivo y crear alternativas de solución a sus conflictos. Cabe destacar que los efectos que se obtienen mediante esta intervención, se dan a partir de las actitudes, recursos y habilidades que aporta el terapeuta de juego, las cuales se basan en la comprensión empática, aceptación positiva incondicional y congruencia. Siendo estos, los elementos principales que se establecen en la relación terapéutica y que el menor recibe para desarrollarse emocionalmente y socialmente, en el ámbito familiar y educativo.

Respecto a las cualidades del terapeuta, es necesario que trabaje con sus propios sentimientos y experiencias, para que de esta forma, demuestre paciencia, atención, empatía, aceptación, sentido del humor, confianza, responsabilidad y sensibilidad. Entre las características personales, se puntualizó que tanto la edad, sexo y apariencia no parecen ser significativas, sin embargo puede algunas veces el género ser vital para intervenir con algunos niños.

Como se puede observar, su papel es fundamental, el cual consiste en estimular la acción en el cliente para que él pueda encontrar el camino a la autorrealización, a partir de los ocho principios básicos que Axline sustenta en su teoría. En este sentido, el rol que desempeña es sumamente activo, pues es el responsable de la estructuración de la relación terapéutica, es quien interviene como facilitador de crecimiento al reconocer y clarificar los sentimientos del infante cuando llega al cuarto de juegos. Por otro lado, capacita a los padres para establecer relaciones personales funcionales con el menor. No obstante, suponiendo que alguno o ninguno de ellos quieren participar en la intervención, ésta tiene buenos resultados, debido al proceso de crecimiento que se vive en dicho espacio. Sin embargo, es recomendable llevar a cabo un trabajo con los padres, puesto que son los responsables del cuidado físico, emocional y cognitivo de su hijo.

Con lo anterior, se concluye que la terapia de juego desde la perspectiva humanista es una postura promotora del crecimiento y adaptación, que le permite al niño conducirse a la actualización, entendiéndose este último, como la adaptación a su desarrollo dentro de sus propias realidades y obteniendo de este modo, un cambio en su personalidad. Por tanto, los cambios que adquiriera, los podrá manifestar en otros ambientes, aún cuando las condiciones no sean las óptimas. Esto se debe a que el cliente mejora, crece y se desarrolla emocionalmente, y los padres en caso de involucrarse en la intervención, ayudan a las mejorías de su hijo, cambiando su conducta con él, quien responde de una mejor manera al nuevo trato que ellos le proporcionen.

De esta manera, el presente trabajo se considera como una opción teórica y metodológica para los psicólogos que se interesen en la salud emocional del infante, quien se encuentra viviendo en un mundo difícil. Cabe resaltar que tanto las aportaciones e investigaciones que se han realizado acerca del proceso y de los resultados que proporciona dicho enfoque, han sido pocos y quizá se deba a que aún no se ha difundido y establecido en distintas instituciones clínicas y educativas.

Sin embargo, actualmente en México se cuenta con la especialidad de Psicoterapia de Juego con Enfoques Humanistas, misma que se imparte en algunos colegios y universidades, como por ejemplo en la Universidad Nacional Autónoma de México campus Iztacala, Universidad Justo Sierra y en el Colegio de Especialidades Psicoterapéuticas. Esto quiere decir que poco a poco se van innovando nuevas direcciones para estimular el campo de la psicología infantil, lo que conduce a una oportunidad de formación de alta calidad, y de este modo, se brinde el apoyo terapéutico profesional en el país, para mejorar la condición de vida de la sociedad mexicana.

Finalmente, es primordial realzar los fundamentos de la terapia de juego no directiva, como una alternativa al estudio del individuo y la revalorización de su persona. Sobre esta base, se justifica la presencia de un terapeuta de juego altamente capacitado al

llevar una formación extensa y adecuada. Es decir, es necesario que conozca a profundidad los elementos teóricos y metodológicos, a fin de comprender e intervenir oportunamente en cada caso. Asimismo, es indispensable que se someta a un proceso terapéutico individual, realice prácticas y que éstas sean supervisadas por personas con experiencia, así como también, tener la responsabilidad y el compromiso ético profesional para trabajar con los menores, pues es el facilitador del desarrollo y crecimiento emocional humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Libros:

- Allport, G. (1977). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- Asociación Psicológica Americana. (2002). *Manual de estilo de publicaciones de la american pspsychological association* (2ª ed.). México: Manual moderno.
- Axline, V. M. (2004). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Axline, V. M. (2006). *Dibs en busca del yo*. México: Diana
- Brazier, D. (1997). *Más allá de Carl Rogers*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Brink, D. C., Farber, B. A., y Raskin, P. M. (2001). *La psicoterapia de Carl Rogers: casos y comentarios*. España. Desclée de Brouwer.
- Clarizio, H. F. y McCoy, G. F. (2000). *Trastornos de la conducta en el niño*. México: Manual Moderno.
- Egan, G. (1981). *El orientador experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. México: Grupo editorial iberoamérica.
- Elkonin, D. B. (1980). *Psicología del juego*. España: Visor.
- González G. A. (2004). *Enfoque centrado en la persona: aplicaciones a la educación*. México: Trillas.
- Johnson, J. H., Rasbury, W. C. y Siegel, L. J. (1992). *Métodos de tratamiento infantil: introducción a la teoría, investigación y práctica*. México: Noriega.
- Lafarga, C. J., y Gómez del Campo, J. (1978). *Desarrollo del potencial humano: aportaciones de una psicología humanista. (Vol. 2)*. México: Trillas.
- Lafarga C. J., y Gómez del Campo, J. (1986). *Desarrollo del potencial humano: aportaciones de una psicología humanista. (Vol. 3)*. México: Trillas.
- Lafarga C. J., y Gómez del Campo, J. (1994). *Desarrollo del potencial humano: aportaciones de una psicología humanista. (Vol. 1)*. México: Trillas.
- Mainou, A. V. (2006). *El enfoque centrado en la persona*. México: Impresora y distribuidora, S.A.
- Martínez, C. G. (1998). *El juego y desarrollo infantil*. Barcelona. Octaedro.

- Martínez M. M. (1999). *La psicología humanista: un nuevo paradigma psicológico*. México: Trillas.
- Maslow, A. (2003). *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*. Barcelona. Kairos.
- Oaklander, V. (2005). *Ventanas a nuestros niños: terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Padilla, V. M. (2003). *Psicoterapia de juego*. México: Plaza y valdéz.
- Piaget, J. (1961). *La formación del símbolo en el niño*. México. Fondo de cultura económica.
- Quitmann, H. (1989). *Psicología humanística*. Barcelona. Herder.
- Rogers, R. C., y Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas*. Madrid. Alfaguara.
- Rogers, R. C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid. Nancea, S.A.
- Rogers, R. C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente: prácticas, implicaciones y teoría*. México: Paidós.
- Rogers, R. C. (2002). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.
- Rogers, R. C., y Stevens, B. (2003). *Persona a persona*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Sattler, J. M. (1996). *Evaluación infantil*. México: Manual Moderno.
- Schaefer, Ch. E. (2005). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual moderno.
- Schaefer, Ch. E. y O' Connor. J. (2000). *Manual de terapia de juego*. (1 vols). México: Manual moderno.
- Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. (2005). *Código ético del psicólogo* (6ta. Reimpresión). México: Trillas.
- West, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño* (2ª ed.). México: Manual moderno.

Capítulos en libros:

- Aranda, B. B. y Ochoa, B. F. (2007). Juego: un facilitador del aprendizaje. En Flores, O. M., Morales, R. M. y Landázuri, O. A. *Rescatemos a los niños* (pp. 119-130). México: Éxodo.

Fadiman, J. y Frager, R. (2001). Carl Rogers y la perspectiva centrada en la persona. *Teorías de la personalidad* (pp. 413-455). México: Oxford.

Flores, O. M. y Morales, R. M. (2007). Prólogo. En Flores, O. M., Morales, R. M. y Landázuri, O. A. *Rescatemos a los niños* (pp. 7-12). México: Éxodo.

Tesis de licenciatura:

Casillas, A. J. (1999). *Historia de la terapia de juego centrada en el niño*. Tesina para optar el título de Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México.

Castillo, G. C. (1996). *La terapia de juego centrada en el niño como una herramienta para modificar comportamientos disfuncionales en infantes de edad preescolar*. Tesis para optar el título de Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México.

Hernández, V. E. (2002). *La importancia del juego infantil en el desarrollo psicológico*. Tesis para optar el título de Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México.

Jardon, L. P. (1997). *El papel de los padres en la terapia de juego no-directiva*. Tesina para optar el título de Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México.

Meléndrez, Q. V. (2000). *¿Es posible que los cambios obtenidos en el niño por medio de la terapia de juego no directiva se presenten en otros ambientes?*. Tesina para optar el título de Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México.

Ortiz, C. H. (1998). *Condiciones necesarias y suficientes que favorecen el cambio constructivo de la personalidad en un proceso de terapia individual desde el enfoque centrado en la persona*. Tesina para optar el título de Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México.

Sánchez, M. M. (1998). *El enfoque centrado en la persona y los principios de comunicación que lo subyacen*. Tesina para optar el título de Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México.

Zarazua, V. E. (1990). *Importancia de la empatía, congruencia y consideración positiva incondicional en el terapeuta centrado en la persona*. Tesina para optar el título de Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México.

Revistas científicas:

Armenta, J. (2002). Proactividad y psicoterapia: Una visión narrativa/centrada en la persona. *Prometeo*, 33, 27-35.

Caraveo, A. J., y Colmenares, B. E. (2004). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(2), 492-498.

Segrera, A. S. (2002). Algunos datos básicos sobre los archivos internacionales del enfoque centrado en la persona. *Prometeo*, 33, 66-67.

Revista académica:

Pacurucu, P. A. (2002). *El juego y la resolución de conflictos a través del macarthur story stem battery: estudio comparativo entre niños normales y con dificultades en el desarrollo de 4 a 6 años*. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de psicología de la salud y psicología social, 1-169.

Referencias electrónicas:

Aguilar J. D. (1999). La psicoterapia infantil, una estrategia de salvación. *Liberaddictus*. México. Recuperado el 21 de noviembre de 2007, de <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0348-27.pdf>

Álvarez, M. (2007). *El juego infantil*. Argentina: Grafología. Recuperado el 16 de septiembre de 2007, de <http://www.angelfire.com/ak/psicologia/tjuego.html>

Arreola, L. E., Dávalos, P. L., Escobar, M. D., Luna, C. J., y Mosqueira A. I. (2007). *El uso indiscriminado de los videojuegos*. México: Asociación mexicana de derecho a la información. Recuperado el 21 de noviembre de 2007, de <http://www.amedi.org.mx/spip.php?article849>

Asociación Española de Fabricantes de juguetes. (2000). *El juego y el juguete en la educación infantil*. España: Autor. Recuperado el 5 de agosto de 2007, de www.bilbao.net/castella/educacion/apoyo_educacion/juego_educacion.pdf

Dibarbora, E. (Marzo, 2007). *Fundamentación de la bioética*. Argentina: Bioética & Debat. Recuperado el 29 de Octubre de 2007, de <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=148>

Emperador, H. L. y Cantonero, D. M. (2005). *Vida y obra de Carl Rogers*. España. Recuperado el 21 de agosto de 2007, de <http://psiconet.org/rogers/index.htm>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2005). *Convención sobre los derechos de los niños*. España: Autor. Recuperado el 28 de octubre de 2007, de www.copianos.com/es/content/download/1514/8080/version/2/file/convencion_derechos_nino%5B1%5D.pdf
- Garza-Louis, D. (2007). *La terapia lúdica hace la diferencia*. Austin, TX USA. Recuperado el 28 de septiembre de 2007, de www.a4pt.org/download.cfm?ID=12121
- Lara, A. E. (2007). Problemas emocionales en la infancia. *Coordinación del Sistema Nacional e-México*. Recuperado el 30 de abril del 2007, de http://www.e-comunidades.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Problemas_emocionales_en_la_infancia
- Lazcano, P. P. (2006). *Concepción de Robert. R. Carkhuff sobre el desarrollo de destrezas interpersonales*. Colombia. Recuperado el 27 de agosto de 2007, de <http://humanistas.academia.cl/documentos/practicas/CARKHUFF.htm>
- Márquez, L. L. (2001). *La tercera fuerza: la psicología humanista*. México: Ideasapiens. Extraído el 18 de septiembre de 2007, de http://www.ideasapiens.com/psicologia/cognitiva/tercera%20fuerza_%20psic%20humanista.htm
- Pedreira, M. J. (2001) La psicoterapia en la infancia y en la adolescencia: concepto y aproximación clínica. *Psiquis*, 22 (1). 8-20. Barcelona. Recuperado el 30 de octubre de 2007, de www.psiquis.com/art/01_22_n01_A02.pdf
- Rodríguez, F. L. (2005). La psicoterapia gestalt infantil. *Perspectivas psicológicas*. 6-17. Brasil. Recuperado el 8 de octubre de 2007, de <http://www.bvs-psi.org.br/dominicana/PerspPsicologic5comprimida.pdf>
- Rosso, M. A. y Lebl, B. (2006). Terapia humanista existencial fenomenológica. *Ajayu*, 1, (4), 90-117. Bolivia. Recuperado el 27 de agosto de 2007, de <http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%204.1/articulos/5/Art%C3%ADculo%20Rosso.pdf>
- Rueda, C. L. (2007). *Consentimiento informado en niños y adolescentes*. Universidad de Chile, Facultad de medicina: centro interdisciplinario de estudios en bioética. Recuperado el 10 de octubre de 2007, de https://www.u-cursos.cl/medicina/2007/0/TOMINNI4/1/material_docente/objeto/147886
- Velcoff, M. A. y Verduci, J. C. (s.f.). *Responsabilidad profesional en la psicoterapia*. Argentina: Asociación Argentina de psiquiatras. Recuperado el 24 de octubre de 2007, de <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-5/tema-5.htm>

ANEXOS

ANEXO I

ENTREVISTA CON LOS PADRES (Lic. Ana Laura Elías)

Nombre del niño: _____ Edad: _____

A. Motivo de consulta: _____

B. Percepción de los padres acerca del motivo de consulta:

1. ¿Quién o quiénes refieren al menor?: _____

2. Mencione las preocupaciones acerca del comportamiento presentado:

3. ¿Cuál de ellas es más inquietante para usted o ustedes y por qué?:

4. ¿Qué tan grave considera que es la situación que se está presentando en el menor y por qué? _____

5. ¿Cómo se noto por primera vez dicha conducta?: _____

6. ¿En qué lugar ocurrió?: _____

7. ¿Cuánto dura?: _____

8. ¿Con qué frecuencia ocurre?: _____

9. ¿Cuántos otros niños de su familia padecen el mismo problema, y cómo se compara tal con la de su hijo?: _____

10. ¿Qué sucedió antes de que ocurriera el evento?: _____

11. ¿Qué sucedió después de que ocurriera?: _____

12. ¿Qué empeora el comportamiento y cómo?: _____

13. ¿Cuáles intentos han sido parcialmente exitosos?: _____

14. ¿Hubo algún evento significativo que ocurriera antes de este problema (por ejemplo, separación o divorcio, cambios de escuela o residencia, problemas económicos, muerte, hospitalización, etc.)? _____

15. De ser así, ¿Cuál fue la reacción de los miembros de la familia ante tal situación?: _____

16. ¿Se ha valorado al niño o ha recibido algún tipo de ayuda?: _____

17. De ser así, ¿Qué tipo de valoración o ayuda ha recibido y qué progreso ha logrado?: _____

C. Ambiente en el hogar:

1. ¿Cómo es la casa donde vive el niño?: _____

2. ¿Tiene su propia recámara?: _____

3. ¿En qué lugar juega?: _____

D. Relaciones con hermanos (en caso de que tenga):

1. ¿Cuántos hermanos y hermanas tiene, qué edades y a qué se dedican?: _____

2. ¿Qué hacen ellos que le agrade al niño?: _____

3. ¿Qué hacen ellos que le disguste al niño?: _____

4. ¿Cómo se llevan cuando alguno de los padres o ninguno está en casa?: _____

5. ¿Es diferente cuando usted o ustedes se encuentran ahí?: _____

E. Relaciones con compañeros:

1. ¿Tiene amigos?: _____

2. ¿Cuántos tiene?: _____

3. ¿De qué edades?: _____
4. ¿Cómo se lleva con ellos?: _____
5. ¿Cómo se lleva con sus compañeros del sexo opuesto?: _____

F. Relaciones con los padres:

1. ¿Cómo se lleva con (cada uno de) usted (es)?: _____

2. ¿Qué hacen regularmente con el menor?: _____

3. ¿Cómo son los momentos agradables con (cada uno de) usted (es)?: _____

4. ¿Cómo son los momentos desagradables con (cada uno de) usted (es)?: _____

5. ¿Hay otros adultos presentes en casa?: _____
6. De ser así, ¿Quiénes y cómo se lleva con ellos?: _____

7. ¿Quién y como se impone la disciplina en casa?: _____

8. ¿Qué técnica es eficaz?: _____

9. ¿Cuáles ha encontrado usted (es) que son la manera más satisfactoria de ayudar a su hijo (a)?: _____

G. Intereses y pasatiempos del niño:

1. ¿Qué le gusta hacer a su hijo (a) en su tiempo libre?: _____

2. ¿Qué le gusta hacer a su hijo (a) cuando está solo (a)?: _____

3. ¿Qué actividades le gustan menos?: _____

H. Funcionamiento cognoscitivo:

1. ¿Qué tan bien aprende las cosas su hijo (a)?: _____

2. ¿Entiende lo que se le dice?: _____

3. ¿Tarda en ejecutar alguna acción o instrucción?: _____

I. Funcionamiento académico:

1. ¿Cómo va en la escuela?: _____

2. ¿Qué le gusta hacer en la escuela?: _____

3. ¿Qué no le gusta hacer?: _____

4. ¿Qué calificaciones tiene?: _____

5. ¿Algún maestro le ha recomendado ayuda especial?, ¿Por qué?: _____

6. ¿Actualmente asiste a clases especiales?, ¿Cuáles?: _____

J. Funcionamiento biológico:

1. ¿Cómo come su hijo (a)?: _____

2. ¿Cómo duerme?: _____

3. ¿Tiene pesadillas o problemas de sueño?, ¿Cuáles?: _____

4. ¿Ha tenido problemas de salud o lesiones?, ¿Cuáles?: _____

K. Vida afectiva:

1. ¿Qué tipo de cosas hacen feliz al menor?: _____

2. ¿Qué hace cuando está triste?: _____

3. ¿Qué tipos de cosas le provocan enojo?: _____

4. ¿Qué hace cuando está enojado?: _____

5. ¿Qué tipo de cosas le provocan miedo?: _____

6. ¿Qué hace cuando está asustado?: _____

7. ¿En qué tipo de cosas piensa con mayor frecuencia?: _____

8. ¿De qué tipo de cosas pregunta?: _____

L. Expectativas de la familia y de los padres:

1. ¿Qué tipo de dificultades graves, físicas o psicológicas han tenido dentro de la familia?: _____

2. ¿Considera usted (es) que es necesario un tratamiento?, ¿Por qué?: _____

3. ¿Cuáles serían sus metas para este tratamiento?: _____

4. ¿Ustedes desean recibir algún tipo de tratamiento?, ¿Por qué?: _____

5. ¿Existe alguna otra información acerca del menor que he de saber?: _____

ANEXO II

HISTORIA CLINICA (Lic. Rosa Lilia Ortiz González)

A. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del niño: _____ Fecha actual: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Religión: _____ Nivel socioeconómico: _____

Domicilio actual: _____

_____ Teléfono: _____

Informantes: _____

Motivo de consulta: _____

B. SITUACION ACTUAL

1. Describir brevemente las dificultades que presenta actualmente el niño:

2. ¿Cuanto tiempo tiene que ha presentado dicho comportamiento? _____

3. ¿Qué parece que ha disminuido o aumentado la conducta? _____

4. ¿El niño ha recibido algún tipo de tratamiento? SI _____ NO _____

5. De responder SI, ¿Cuándo y con quién? _____

6. ¿El niño está recibiendo algún medicamento en este momento?
SI _____ NO _____

7. De responder, ¿Cuál, desde cuándo y por qué? _____

8. ¿Quién lo(s) refirió aquí? _____

9. Marque con una X, las conductas que el menor manifieste en la actualidad:

___ Tiene dificultad para hablar

___ Tiene dificultad para
escuchar

___ Tiene dificultades en la
visión

___ Tiene dificultad en la
coordinación

___ Prefiere estar solo

___ Es agresivo

___ No se lleva bien con sus
hermanos

___ Es tímido

___ Está más interesado en los
objetos que en las personas

___ Se golpea la cabeza

___ Sostiene la respiración

___ Participa en conductas que
podrían ser peligrosas para él
mismo o para otros (describa)

- Tiene temores, hábitos o manierismos especiales
- Se muerde las uñas
- Se orina en la cama
- Se chupa el dedo
- Hace berrinches con frecuencia
- Tiene pesadillas frecuentes
- Tiene dificultades para dormir
- Se mece hacia atrás y adelante
- Es necio

- Come poco
- Es impulsivo
- Es demasiado activo
- Se da por vencido con facilidad
- Presenta dificultades para aprender
- Tiene control deficiente en esfínteres (se defeca)
- Otros (especificar).

C. HISTORIA FAMILIAR

1. Nombre de la madre: _____ Edad: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____

2. Nombre del padre: _____ Edad: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____

3. Los padres están: JUNTOS SEPARADOS DIVORCIADO OTROS

4. Número de hermanos del menor: _____ Lugar que ocupa el menor: _____
 Nombre del hermano: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 Nombre del hermano: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 Nombre del hermano: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 (En caso de haber medios hermanos, indicarlos)

5. El hermano con quien mejor se lleva el menor: _____

6. El hermano con quien más se pelea el menor: _____

7. Figuras importantes (abuelos, tíos, primos, etc.): _____

8. Familiograma:

D. HISTORIA DEL DESARROLLO

Concepción y embarazo

1. Al encontrarse la madre embarazada del cliente, la situación de la familia era:

Estable ()

Inestable ()

Satisfactoria ()

Explicar: _____

-
-
2. ¿Fue planeado tener el menor?: _____
 3. ¿Rechazo antes del nacimiento?: _____
 4. ¿Cuál era la disposición de tener al niño (a), tanto padre como madre?:

 5. ¿Qué preferencia tenían los padres en cuanto al sexo del bebé?:

 6. Duración del embarazo: _____
 7. Salud de la madre durante el embarazo: _____
Vómito y náusea () sangrado () ansiedad () aumento de peso ()
 8. Problemas que tuvo la madre durante el embarazo (amenaza de aborto, lesiones, enfermedades, ingesta de fármacos o alcohol, otros): _____

 9. Estado emocional de la madre durante y después del embarazo: _____

Nacimiento

10. ¿Cómo fue el parto?: Espontáneo () Inducido () Cesárea ()
11. Hospital donde nació el bebé: _____
12. ¿Se utilizó anestesia? SI NO ¿Qué tipo de anestesia?: _____
13. ¿Se utilizaron fórceps? SI NO
14. Tipo de atención al momento del parto: _____
15. Posición en la que nació: _____
16. Describa sus recuerdos acerca del parto: _____

17. ¿Cuántas horas duró el trabajo de parto?: _____
18. Complicaciones durante el parto (sufrimiento fetal, anoxia, hipoxia, ictericia, uso de incubadora, otros): _____
19. Apgar (frecuencia cardíaca, respiración, coloración, reflejo de irritabilidad, tono muscular): _____
20. Peso y talla y medida al nacer: _____
21. Primera impresión que la madre tuvo del bebé: _____

22. Participación y reacción del padre: _____

Alimentación

23. ¿Se alimentó al seno materno o con biberón?: _____
24. Razón por haber escogido uno u otro: _____
25. ¿Cuándo se le quitó la leche materna definitivamente?: _____
26. Reacciones del bebé cuando se le quitó la leche materna: _____
27. Tipo de fórmula: _____
28. Momento de la ablactación (ingerir otros alimentos, "papillas, otros"): _____

29. ¿Cómo se le fueron dando?: _____

30. Reacciones del bebé al momento de la ablactación: _____

31. Complicaciones al ingerir otros alimentos (cólicos, alergias, otros): _____

32. ¿Fue necesario forzar alimentos, por qué?: _____

33. Alimentos actuales que consume el menor: _____

34. Problemas de alimentación hasta el presente: _____

Motricidad

35. Anote la edad en las que el menor comenzó a realizar las siguientes conductas:
- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Sostener la cabeza _____ | Ponerse de pie _____ |
| Sentarse con ayuda _____ | Caminar con ayuda _____ |
| Sentarse solo _____ | Caminar solo _____ |
| Rodar sobre sí mismo _____ | Usar un triciclo o bicicleta _____ |
| Gatear _____ | |
36. ¿Cuáles han sido y cuáles son sus actividades físicas preferidas?:

37. ¿Cómo han sido generalmente sus movimientos (lentos, torpes, rápidos, etc.)?: _____
38. Problemas que tuvo o tiene el menor (hipo o hiperactividad): _____

Control de esfínteres

39. ¿Cuándo y cómo comenzó el entrenamiento de esfínteres?: _____
40. Momento en que estuvo completamente educado para tal entrenamiento: _____
41. Métodos utilizados: _____
42. Actitudes de los padres: _____
43. Dificultades que se tuvieron en el momento del entrenamiento (encopresis, enuresis, regresiones, incontinencias): _____

44. Reacciones del menor ante el entrenamiento: _____

Lenguaje

45. ¿A que edad trató de darse a entender el niño?: _____
46. Edad en que pronunció palabras por primera vez: _____ ¿cuáles? _____

47. Edad en que comenzó a pronunciar frases completas: _____ ¿Cuáles?

48. Problemas del lenguaje (tartamudez, dislalia, otros), edad de inicio, que hicieron los padres o la familia al respecto: _____

Sueño

49. Edad en que por vez primera durmió toda la noche sin interrupción: _____

50. Problemas al dormir como inquietud, sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas, hablar dormido, sudoración en la cabeza, dormir con la boca abierta, dormir con los ojos medio abiertos, descontrol al segregarse saliva durante el sueño, rechinar dientes, otros. Especificar edad y que han hecho los padres al respecto, conducta del niño ante la problemática:

51. ¿Con quien ha dormido durante las diferentes edades?: _____

52. ¿En la misma cama? SI NO. ¿Ha tenido o tiene miedo de dormir sólo?
Explicar: _____

53. ¿Ha presentado o presenta resistencia para ir a la cama?: _____

54. Horario de dormir y de levantarse: _____

Desarrollo sexual

55. Edad en que se dio cuenta de las diferencias entre los sexos: _____ Y
¿Cómo se lo expresaron? _____

56. ¿Cuándo y como mostró curiosidad entre el origen de los bebés?: _____

57. ¿Cómo respondieron los padres ante la curiosidad?:

58. ¿A que edad notaron los padres que el menor tuviera tendencia a tocarse los órganos genitales?: _____ ¿Cuál fue la reacción de los padres?: _____

59. ¿Con cual miembro de la familia se notó que el menor tendía a copiar la manera de ser y que hacía?: _____

60. ¿Qué preparación se le ha dado al menor acerca de la sexualidad?:

61. Problemas de identificación sexual: _____

62. ¿Se le ha preparado al menor acerca de la menarca o eyaculación?,
¿Cómo y quienes?: _____

63. ¿Qué actitudes ha presentado el menor hacia su sexo y su crecimiento?:

E. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

1. Edad en que presentó la primera sonrisa específica con la madre: _____
2. ¿Le gusta al menor abrazar a su madre desde los primeros meses: _____
3. ¿Respondía con gusto cuando sus padres se acercaban o se abrazaban?

4. Edad y reacciones del menor ante los extraños: _____

5. Edad en que se notó que la sonrisa era más intensa y diferente (reconocer a la madre): _____
6. ¿Qué tan intensamente expresaba sus sentimientos cuando era pequeño?

7. ¿Y en la actualidad? _____
8. Adopción y apego a objetos (objetos transicionales), descripción:

9. ¿Cómo fue reaccionando a diferentes edades cuando se le negaba algo o se le daba gusto algo?: _____

10. ¿Presenta berrinches? _____ ¿con que frecuencia? _____
11. ¿Qué hacían o que hacen los padres? _____
12. ¿Se golpea la cabeza contra la pared o contra el piso? _____ ¿lo hace actualmente? _____
13. ¿Cómo describe el carácter del menor en la actualidad (temperamento estable, berrinchudo, de mal humor, afectuoso, reservado, alegre, triste, etc.)?: _____

F. RELACIONES INTERPERSONALES

1. ¿Quién se relaciona con el menor en forma más cercana? _____
2. ¿Cómo se relaciona el menor con los padres, abuelos, tíos, primos, hermanos, etc.? _____
3. ¿Ha tenido nana? _____ ¿Cómo se relacionó con ella? _____
4. ¿Tiene amigos? _____ ¿Cómo se relaciona con ellos? _____
5. En que actividades escolares, sociales, religiosos, etc., participa el menor:
a. _____

6. Problemas de relación: _____ ¿con quienes? _____

G. PATRONES DE JUEGO

1. ¿Qué juguetes preferidos ha tenido en las diferentes edades?:

2. ¿Qué juguetes le llaman la atención en la actualidad?

3. ¿A que juega? _____
4. ¿Qué actividades le interesan? _____
5. ¿Le agradan los animales? _____ ¿Qué animales prefiere? _____
6. ¿Cómo trata a los animales? _____
7. ¿Ha mostrado crueldad hacia algún animal? _____
8. Tolerancia a la frustración cuando llega a perder en algún juego: _____
9. ¿Cómo trata a sus juguetes? _____
10. ¿Juega solo o acompañado? _____

H. HISTORIA ESCOLAR

1. ¿Asistió el menor a la guardería? _____ ¿edad en que acudió? _____
2. Reacciones del menor cuando comenzó a ir a la escuela (ansiedad de separación): _____
3. Reacciones de los padres a la separación del niño: _____
4. Nombre de la escuela actual: _____
5. Dirección: _____
6. Grado y ajuste académico que tiene el menor: _____ ¿Es de acuerdo a su capacidad? _____
7. Relación del menor ante sus maestros y compañeros: _____
8. Actitudes de los padres hacia los logros o fracasos escolares: _____
9. Cambios de escuela y razones para estos cambios: _____
10. Materias que se le dificultad y facilitan: _____
11. Tiempo asignado al estudio: _____ Lugar donde estudia: _____
12. Condiciones y si recibe ayuda: _____

I. HISTORIA DE LA SALUD Y ANTECEDENTES MÉDICOS

1. Vacunas aplicadas y a que edad: _____
2. Coloque una X a lado de la enfermedad o estado que haya tenido el menor. Anote la fecha aproximada en la que ocurrió o edad.

_____ Sarampión	_____ Meningitis
_____ Rubéola	_____ Encefalitis
_____ Paperas	_____ Fiebre elevada
_____ Varicela	_____ Convulsiones
_____ Tos ferina	_____ Alergia
_____ Escarlatina	_____ Lesión en la cabeza

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| _____ Huesos rotos | _____ Mareos |
| _____ Hospitalizaciones | _____ Dolor de cabeza |
| _____ Problemas del oído | _____ Desmayos |
| _____ Problemas visuales | _____ Anemia |
| _____ Dificultad para concentrarse | _____ Parálisis |
| _____ Pérdida de conciencia | _____ Epilepsia |
| _____ Cansancio extremo | _____ Hepatitis |
| _____ Problemas de memoria | _____ Diabetes |
| _____ Cáncer | _____ Presión arterial alta |
| _____ Enfermedad cardíaca | _____ Asma |
| _____ Problemas de sangrado | _____ Eccema o urticaria |
| _____ Problemas en garganta | _____ Neumonía |
| _____ Pie plano | _____ Estreñimientos |
| _____ Infecciones estomacales | _____ Otros. |

3. Tratamientos que se le han brindado ante dichas enfermedades o padecimientos: _____

4. Peso, estatura actual del menor: _____

5. Estado de salud actual del menor: _____

6. Condiciones de la dentadura: _____

7. Fecha última de revisión médica: _____

8. Coloque una X a lado de la enfermedad o estado que haya tenido cualquier miembro de la familia. Anote la relación que tiene dicha persona con el menor:

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| _____ Alcoholismo | _____ Problemas cardíacos |
| _____ Cáncer | _____ Problema psicológico |
| _____ Diabetes | _____ Depresión |
| _____ Drogadicción | |

J. EVENTOS SIGNIFICATIVOS

1. ¿Qué cosas importantes han ocurrido durante la vida del menor (separaciones, sobre todo de la madre durante los primeros tres años, cambios de casa, etc.)? _____

2. Respuestas del menor: _____

3. ¿Están o han estado separados los padres? _____ ¿por qué?

4. Efectos sobre esto en el menor: _____

K. OTRA INFORMACIÓN

1. ¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo?

2. ¿En qué actividades le gustaría su hijo participar en la actualidad?

3. ¿Qué técnicas disciplinarias utiliza usted en la mayoría de los casos cuando su hijo se comporta de manera inadecuada?. Marque a lado de cada técnica que usted utilice con frecuencia.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ignorar la conducta problema | <input type="checkbox"/> Decirle que se siente en una silla |
| <input type="checkbox"/> Regañar al niño | <input type="checkbox"/> Mandarlo a su recámara |
| <input type="checkbox"/> Nalguear al niño | <input type="checkbox"/> Retirarle alguna actividad o comida |
| <input type="checkbox"/> Amenazar al niño | <input type="checkbox"/> Otra técnica |
| <input type="checkbox"/> Redirigir el interés del niño | <input type="checkbox"/> No utiliza ninguna. |

4. ¿Qué técnicas disciplinas son efectivas en términos generales?: _____

5. ¿Con cuáles tipos de problemas? _____

6. ¿Qué técnicas disciplinarias son ineficaces en términos generales? _____

7. ¿Con cuáles tipos de problemas? _____

8. ¿Existe alguna otra información que usted piense para ayudarnos a trabajar con su hijo? _____

ANEXO III

LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL JUEGO INFANTIL (Jerome M. Sattler)

A. ENTRADA AL CUARTO DE JUEGOS

1. ¿El niño entra con facilidad al cuarto de juegos?
2. ¿Pide tomar la mano de su madre, padre o incluso del entrevistador en el camino?
3. ¿Se acerca a los juguetes o se cuelga de su madre?

B. INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE JUEGO

1. ¿Es rápido o lento para comenzar?
2. ¿Requiere de ayuda?
3. ¿Necesita de estímulo y aprobación?
4. ¿Requiere de una guía constante?
5. ¿Muestra iniciativa, recursos o curiosidad?
6. ¿Es impulsivo?
7. ¿Tiene muchas actividades pero es raro que las termine o mantiene el interés en una sola tarea?

C. ENERGÍA GASTADA EN EL JUEGO

1. ¿Trabaja a un paso regular o usa mucha energía para manipular materiales de juego, haciendo movimientos corporales o verbalizaciones?
2. ¿Parece proseguir una actividad hasta el punto de cansarse?

D. ACCIONES MANIPULATIVAS EN EL JUEGO

1. ¿Está tenso o libre al manejar los materiales de juego?
2. ¿Los movimientos son amplios o pequeños y precisos?
3. ¿Los movimientos son uniformes?
4. ¿Se utilizan los materiales de juego de manera convencional o poco convencional?

E. RITMO DEL JUEGO

1. ¿Juega de manera rápida o con deliberación?
2. ¿El paso del juego es apresurado o calmado?
3. ¿El paso del juego varía de acuerdo con las diferentes actividades o siempre es el mismo?

F. MOVIMIENTOS CORPORALES EN EL JUEGO

1. ¿El cuerpo del niño parece tenso o relajado?
2. ¿Sus movimientos son restringidos o libres?
3. ¿Sus movimientos son inciertos, espasmódicos o coordinados de manera deficiente?
4. ¿Los movimientos de manos y brazos son libres e incorporan todo el cuerpo de manera rítmica o son rígidos y sólo utilizan algunas partes del cuerpo?

5. ¿Utiliza la mano derecha, izquierda o ambas?

G. VERBALIZACIONES

1. ¿Canta, tararea, usa frases sin sentido o usa frases de adultos mientras juega?
2. ¿Se ríe de manera apropiada?
3. ¿Qué dice el niño?
4. ¿Cuál es el tono de voz (fuerte, agudo, excitable, agresivo, entusiasta o despreocupado)?

H. TONO DEL JUEGO

1. ¿Cuál es el tono general del juego del niño (enojado, satisfecho, hostil, impaciente)?
2. ¿Arroja, destruye o rompe los materiales de juego?
3. ¿Protege los materiales?
4. Si la agresión está presente, ¿tiene una meta o es aleatoria?
5. ¿Incrementa la agresión, lo que ocasiona que el juego se salga de control y constituya una amenaza de daño para el cuarto de juego?

I. INTEGRACIÓN DEL JUEGO

1. ¿El juego se dirige a una meta o es fragmentario?
2. ¿Se vuelve más integrado a través del tiempo?
3. ¿Tiene forma o es casual?
4. ¿La atención del niño es sostenida o fugaz?
5. ¿Se distrae con facilidad?
6. ¿Existe algún elemento particular en el juego?

J. CREATIVIDAD DEL JUEGO

1. ¿El juego es imaginativo o estereotipado?
2. ¿Utiliza objetos simples para jugar o requiere de juguetes especiales?
3. ¿El juego representa elementos de improvisación o de construcción?

K. PRODUCTOS DEL JUEGO

1. ¿Qué materiales de juego prefiere?
2. ¿Qué objetos se construyen o que diseños se terminan durante el juego?
3. ¿El niño tiene interés?
4. ¿Le muestra lo que realizó al terapeuta de juego?
5. ¿Desea conservar el producto?
6. ¿El producto tiene alguna forma?
7. ¿Lo utiliza como símbolo de protección o agresividad?
8. ¿Está demasiado preocupado por la limpieza, orden o equilibrio de los materiales?

L. CARACTERÍSTICAS DEL JUEGO

1. ¿Qué tipo de juguetes o materiales elige el menor?
2. ¿El juego está apropiado para su edad?
3. ¿Existen cambios en la calidad del juego?

M. ACTITUDES HACIA LOS ADULTOS REFLEJADAS EN EL JUEGO

1. ¿Se conforma con las peticiones adultas o hace lo que piensan los adultos?
2. ¿Imita las conductas adultas?
3. ¿Intenta obtener respuestas de ternura por los adultos?
4. ¿Sigue sus propias ideas o depende de los adultos?

ANEXO IV

FORMATOS DE REGISTRO DE LAS SESIONES EN EL CUARTO DE JUEGOS (Lic. Mónica Morales)

Nombre del niño: _____ Fecha: _____
Número de sesión: _____ Terapeuta: _____

- Materiales que se ocuparon: (qué materiales o juguetes ocupó el menor, con cuáles empezó, con cuáles finalizó):

- Lo que sucedió durante la sesión (qué se hizo, qué se dijo, principales temas que tocó el niño, interacciones verbales y no verbales, sentimientos y conductas manifestadas por parte del menor, etc.):

- Técnicas que se utilizaron durante la sesión (reflejos simples, sentimientos, parafraseo, amplificación confrontación, no verbales):

- Sentimientos que surgieron por parte del terapeuta:

- Puntos específicos que el terapeuta de juego pueda destacar para discutir en asesoría:

FIRMA DEL TERAPEUTA DE JUEGO

ANEXO V

FORMATO DE REGISTRO DEL RESUMEN INICIAL DESPUÉS DE LAS PRIMERAS 4 A 6 SESIONES EN EL CUARTO DE JUEGOS (Janet West)

Nombre del niño: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Fecha de inicio de la terapia: _____
Nombre del terapeuta de juego _____ No. de sesión: _____

A. ANTECEDENTES DEL NIÑO

1. Motivo de consulta:

2. Persona(s) quien(es) refiere(n) al menor:

3. Referencias del niño (puntos específicos y de importancia que se obtuvieron en la entrevista con los padres):

B. TERAPIA DE JUEGO

1. Estructura (tipo de trabajo, número y duración de las sesiones, lugar):

2. Hipótesis iniciales del terapeuta, por ejemplo:

- Comprensión teórica de cómo se manifiesta la situación del niño en su conducta.
- Factores predictivos que el terapeuta desearía someter a prueba.

3. Proceso de intervención:

- Análisis de la primera sesión.
- Cómo está respondiendo el niño a las sesiones de juego.
- Qué utilización hace el niño de las sesiones.
- Surgimiento de información significativa.
- Surgimiento de temas.

4. Cambios que se han tenido ante el motivo de consulta:

5. Surgimientos de cualquier tipo de áreas significativas nuevas:

6. Razones para la continuación o terminación:

7. Etapa en la que se encuentra el menor:

8. Supervisar:

FIRMA DEL TERAPEUTA DE JUEGO

ANEXO VI

**FORMATO DE REGISTRO DEL RESUMEN FINAL DE LA TERAPIA DE JUEGO
(Janet West)**

Nombre del niño: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Fecha de inicio de la terapia: _____
Nombre del terapeuta de juego _____ No. de sesión: _____

1. Cambios reales desde el último resumen de sesión:

2. Número de sesiones realizadas: _____

3. Cómo está respondiendo el niño en el proceso de intervención:

4. Información significativa que se ha obtenido de las sesiones:

5. Temas que se han trabajado en la terapia de juego:

6. Revisión del comportamiento y estado de ánimo actual del menor:

7. Razones para la terminación:

8. Panorama general del trabajo (incluir recomendaciones para trabajo futuro, si es apropiado):

FIRMA DEL TERAPEUTA DE JUEGO

ANEXO VII

FORMATO ACERCA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDA A LAS FIGURAS PARENTALES (Dr. José Luís Pedreira Massa)

Nuestro(a) hijo(a) con el nombre _____, de _____ años de edad y con fecha de nacimiento de _____ está a cargo de sus padres, cuyos nombres son _____ y _____ de _____ y _____ años de edad, con domicilio en _____

Confirmamos:

El(la) psicólogo(a) _____ se ha identificado como responsable de la psicoterapia de nuestro hijo(a) que está teniendo lugar en _____ nos ha mostrado su compromiso profesional que tendrá con nosotros. Dicho trabajo se iniciará con la evaluación de los problemas que presenta nuestro hijo(a), misma que es _____

El(La) psicólogo(a) y terapeuta de juego nos informa acerca del tipo de tratamiento que nuestro hijo(a) recibirá, el cual consta de _____

(Especificar el tipo de psicoterapia y en qué consiste)

Hemos recibido la siguiente información:

Los beneficios que tendrá nuestro hijo(a) de acuerdo al tipo de psicoterapia que recibirá serán _____

Los requisitos para participar en ella serán (poner el encuadre del trabajo terapéutico) _____

La duración aproximada que tendrá la terapia será de _____
Las pruebas en las que se someterá el(la) menor serán _____

Si se llegara a encontrar alguna alteración, nos será comunicada de forma inmediata, y en caso de que este tipo de terapia que recibirá nuestro hijo no es la apropiada, el(la) psicólogo(a) lo canalizará a otro tipo de tratamiento.

Los posibles efectos secundarios que nosotros como padres, debemos observar serán _____

Los posibles efectos secundarios o complicaciones que originaría la terapia en nuestro(a) hijo(a) serán _____

(Especificar a los padres las etapas del proceso terapéutico)

También se nos ha informado acerca de las diferentes posibilidades terapéuticas existentes _____

y se nos ha comunicado que esta propuesta _____ a la que se someterá nuestro(a) hijo(a) se encuentra en un nivel esperado de _____.

Así mismo, se nos ha comunicado que en caso de urgencia, podremos llamar al número telefónico _____ y a su vez, el(la) psicólogo(a) nos podrá contactar en el número telefónico _____ en caso de que se llegara a necesitar.

Se nos han aclarado todas las dudas acerca de la intervención terapéutica a la cual nuestro(a) hijo(a) se someterá. Por tanto, nuestra decisión es _____, misma que fue tomada de manera libre y sin ningún tipo de presiones por parte del equipo terapéutico.

En caso de que nuestra decisión cambie en algún momento, el equipo terapéutico respetará la misma, sin que dicha negativa influya en el tipo de ayuda que podamos solicitar en cualquier momento futuro.

Cuando concluya la intervención psicológica, podremos solicitar la información necesaria de ésta. Se nos ha asegurado la confidencialidad de los datos y que sólo serán usados en nuestro beneficio.

Tras esta información hemos decidido dar la conformidad para iniciar el citado tratamiento de nuestro(a) hijo(a), en los términos en que ha sido expresado este consentimiento informado.

En _____ a _____ de _____ de _____.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

FIRMA DEL PSICÓLOGO

ANEXO VIII

NORMAS ÉTICAS ESPECÍFICAS DEL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO INFANTIL

(María Teresa Padilla Velázquez)

En base a las reflexiones sobre el desarrollo de la ética profesional en el niño, la ética del psicoterapeuta y la ética en el proceso psicoterapéutico se describirán a continuación algunos derechos que todo infante o cliente tiene cuando se enfrenta a una relación interpersonal con el terapeuta, quien debe de actuar de acuerdo a las normas éticas relacionadas con la labor profesional del psicólogo, cuya finalidad es mantener su responsabilidad teórica y técnica que permita facilitar el proceso de ayuda para los menores.

I. Todo infante tiene derecho a que las comunicaciones entre profesionales acerca de sus problemas se realicen con el debido respeto a su dignidad.

Respecto a este derecho, el terapeuta está obligado a:

- a) Comunicar los padres la información real y comprensible acerca del estado emocional y conductual del niño, para que de esta manera entiendan mejor su desarrollo y los conflictos que lo afectan; y a su vez, quede especificada su responsabilidad dentro del proceso terapéutico.
- b) Comunicarse con otros profesionales (médico, profesor, neurólogo, psiquiatra, trabajador social) acerca de la situación que presenta el menor, puesto que implica un trabajo multidisciplinario.
- c) Informar a la institución educativa, únicamente aquellos aspectos que puedan ayudar y favorecer las actitudes de los profesores en torno de lo académico y del grupo escolar.
- d) No dar al plantel educativo, los datos obtenidos de la evaluación del niño a través de los padres, debido a que existe el riesgo de que tal información sea utilizada en perjuicio del niño, dado que puede ser etiquetado o estigmatizado. escuela

II. Todo infante tiene derecho a que el terapeuta revise los modelos y teorías que sustenta su práctica, a fin de descubrir si éstas lo llevan ineludiblemente a abreviar el sufrimiento del mismo.

Respecto a este derecho, el terapeuta está obligado a:

- a) Llevar una psicoterapia o asesoría personal, para que de este modo, tenga la oportunidad de trabajar aspectos de etapas anteriores y pueda resolverlos, de las cuales van ayudar a que tenga un mejor entendimiento hacia el menor que esté atendiendo.
- b) Actualizarse y supervisarse con profesionistas de su área, quienes deben de estar preparados.

- c) Revisar constantemente los modelos, teorías y técnicas que le permitan llevar al niño a la resolución de sus conflictos, de acuerdo a la orientación psicológica elegida.
- d) Conocer profundamente la teoría y los avances en las técnicas del modelo o enfoque con el que trabaje.
- e) Tener los conocimientos sobre el desarrollo evolutivo, haciendo una revisión de los mismos. Esto es para ayudar con mayor precisión y seguridad al menor.

III. Todo infante tiene derecho a un proceso diagnóstico que permita organizar adecuadamente su tratamiento, sin ser etiquetado ni limitado arbitrariamente en sus posibilidades de desarrollo.

El menor es llevado a terapia buscando un remedio para los conflictos que le impiden llevar una vida satisfactoria; por tanto, desea ser comprendido para expresar sus sentimientos, pensamientos e inquietudes. Para tal efecto, el terapeuta tiene la responsabilidad de:

- a) Conocer plenamente al cliente, en cuanto a las características de su personalidad, desarrollo evolutivo, capacidades intelectuales, etc.
- b) Realizar un diagnóstico integral de acuerdo al tipo de orientación psicológica que maneje, mismo que debe ser manejado con especial cuidado.
- c) Reservarse de todo aquel elemento que limite el desarrollo armonioso del niño, puesto que al etiquetarlo se obstaculiza su proceso terapéutico.

IV. Todo infante tiene derecho a que las intervenciones técnicas sean realizadas de tal modo que no dañen su autoestima.

En la relación interpersonal con el menor, es responsabilidad del terapeuta:

- a) Mostrarse empático con el niño, esto lleva a un entendimiento pleno de sus conflictos y angustias personales, pues solo así puede contribuir con intervenciones objetivas que favorezcan el conocimiento del menor en cuanto a su propia persona e integridad como ser humano.
- b) Manifestar interés, respeto, atención y comprensión hacia el menor.

V. Todo infante tiene derecho a que se le respete dentro de su individualidad, creencias religiosas, éticas, morales y políticas, sin que sean consideradas en sí mismas patológicas o anormales.

Respecto a este derecho, el terapeuta está obligado a:

- a) Respetar íntegramente al niño, dándole el lugar de una persona valiosa con sentimientos, creencias, costumbres y educación particular.
- b) Respetar la ideología del menor y ahondar en el conocimiento de la misma, tanto para poder comprenderlo sin juzgarlo como para trabajar con él de manera tal que se promueva su desarrollo.
- c) Determinar si el niño puede o no continuar en terapia, cuando observe que los modelos de socialización, costumbres religiosas y valores que el menor haya internalizado, obstaculicen su proceso terapéutico.

VI. Todo infante tiene derecho a que se le confirme la realidad de sus percepciones, incluyendo aquellas que se refieran al terapeuta.

Respecto a este derecho, el terapeuta está obligado a:

- a) Explicarle al menor la naturaleza de su comportamiento, motivaciones, actitudes, sentimientos, etc., con el fin de ubicarlo en lo que está apto para su crecimiento y ayudarle a evaluar la relación entre su realidad interna y externa.
- b) Conducir al niño por un proceso terapéutico que en la medida de su capacidad y desarrollo, perciba su realidad e historia personal de una mejor manera y a su vez, exprese cada sentimiento y sensación que le producen sus vivencias.
- c) Dirigir al menor con claridad y veracidad, sobretodo en aquellos momentos en que el niño le pide que le confirme datos de su mundo exterior.
- d) Proporcionar ciertos datos personales, únicamente en la medida en que dicho material sea aplicable a la historia del menor y consecuentemente, benéfico y conveniente para él.

VII. Todo infante tiene derecho a que el terapeuta considere tanto sus posibilidades de cambio como sus limitaciones y a que respete su ritmo personal, pero también insista en que cambie lo que puede ser cambiado.

Respecto a este derecho, el terapeuta tiene la responsabilidad de:

- a) Impulsar al niño hacia la progresión y crecimiento de sí mismo, contemplando aspectos como la autonomía y autorrealización.
- b) Ayudarlo en el desarrollo adecuado de sus capacidades y apoyarlo en el esfuerzo de su lucha interna por adaptarse a la realidad y al medio ambiente.
- c) Conocer las posibilidades que el menor tenga para poder trabajar y desarrollarse dentro de la técnica elegida, pues no resulta ético permitirle que siga el tratamiento elegido, si existen aspectos de su personalidad que ya no se pueden cambiar, o bien, si éstos no puedan ser atendidos bajo dicho tratamiento.
- d) Respetar el ritmo del niño y sus tiempos externos, de manera que él logre avanzar de acuerdo a su propio proceso y pueda continuar su vida cotidiana sin que la intervención terapéutica interfiera en sus actividades.

VIII. Todo infante al igual que el terapeuta, tiene derecho a equivocarse y a tener razón.

Es recomendable que la relación terapéutica se desarrolle dentro de un marco humano donde el cliente vea al terapeuta como una persona con sentimientos, conflictos y con una historia personal que lo llevan en ocasiones a cometer errores o aciertos. En este sentido, el terapeuta para que realice un trabajo de calidad, es necesario que:

- a) Fomente dentro del proceso terapéutico, confianza, seguridad y credibilidad.
- b) Utilice ciertos parámetros para que tanto el menor como sus padres, sientan respetados sus derechos (ser cliente y, ser quienes ponen en sus manos a su hijo para que lo ayude a resolver sus conflictos).

IX. *Todo infante tiene derecho a que se resguarde su intimidad mediante el secreto profesional.*

Respecto a este derecho, el terapeuta está obligado a

- a) Guardar con absoluta discreción y respeto la información que posea sobre el mundo interno del niño.
- b) Respetar la expresión de los sentimientos del menor.
- c) Considerar una entrevista con los padres en caso de que sea necesario, para fomentar su colaboración dentro del proceso terapéutico.
- d) Informar al menor acerca de la entrevista que se pueda tener con sus padres, y después de ésta, en caso de que desee saber qué ocurrió, es importante proporcionarle el contenido de la misma, preservando la seguridad emocional del niño.

X. *Todo infante tiene derecho a la empatía, a la comprensión y a la paciencia por parte de su terapeuta.*

En el trabajo terapéutico con niños, a veces éstos suelen resistirse a entrar al consultorio o cuarto de juegos, y si lo hacen, entran con angustia y sólo en compañía de su madre; no quieren jugar, se salen a la mitad de la sesión, etc. Por tanto el terapeuta debe de:

- a) Respetar el ritmo del menor.
- b) Comprender su comportamiento y no tratar de forzarlo.
- c) Sintonizarse al nivel del desarrollo emocional del niño.

XI. *Todo infante tiene derecho a que el terapeuta utilice todos sus recursos y métodos que sean necesarios para aliviar sus síntomas.*

El trabajo infantil es activo y dinámico, en este sentido:

- a) Se requiere que dentro del contexto terapéutico exista la cantidad y diversidad de juguetes suficientes que le permitan al menor expresar su conflicto y comunicarse así con el terapeuta. Por ejemplo, si el niño necesita algún material o juguete especial para expresarse, se le debe proporcionar.

XII. *Todo infante tiene derecho a discrepar con las intervenciones del terapeuta sin que esto sea ineludiblemente considerado como una forma de resistencia, interferencia o ataque al tratamiento.*

El menor puede diferir de las intervenciones del terapeuta, por tanto éste debe de:

- a) Respetar al niño y saber escucharlo, sin reaccionar ante los propios problemas o experiencias en un arte de intercambio personal.
- b) Respetar cualquier decisión que tome el menor, por ejemplo, el quedarse callado, el no querer contestar preguntas o el no querer trabajar cierta situación o vivencia.

XIII. *Todo infante tiene derecho a que la información diagnóstica le sea administrada de forma tal que le permita la autonomía de sus decisiones sin dañar la valoración de sí mismo.*

Respecto a este derecho, es importante que el terapeuta:

- a) Realice una evaluación diagnóstica – pronóstica y objetiva, de acuerdo al tipo de orientación psicológica que se utilice.
- b) Sepa proporcionar la información necesaria y adecuada, sin dañar a los padres e incluso al menor.
- c) Analice los resultados del diagnóstico, a fin de evitar dañar la integridad del niño.
- d) Reciba entrenamiento para poder trabajar con los infantes y respetar sus derechos.