

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA



INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE 8183-25

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**“Elaboración del duelo por la ausencia de alguno o ambos padres
en niños escolares. Propuesta terapéutica desde la Terapia de
Juego Centrada en el Niño”**

**TESIS EMPÍRICA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A N
CASTELLANOS MEDINA REBECA
PASTRANA RODRÍGUEZ CARMEN PAULINA**

ASESORA: MTRA. MARÍA EUGENIA NICOLÍN VERA.

TLALNEPANTLA DE BAZ, EDO. DE MÉXICO,

2011.



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.

INDICE

Introducción	1
Resumen	2
Planteamiento del problema	3
<i>Marco Teórico</i>	
Capítulo I. Niñez	
1.1 Historia social de la infancia	4
1.2 Desarrollo motor en la primera infancia	7
1.3 Desarrollo motor en la infancia: siete a nueve años	9
1.4 Lenguaje	9
1.4.1 Periodo pre verbal	10
1.4.2 Adquisición del lenguaje	11
1.5 Desarrollo cognitivo	13
1.6 Desarrollo Emocional	15
1.6.1 Desarrollo de la expresión de las emociones	15
1.6.1.2 Felicidad	15
1.6.1.3 Ira y tristeza	16
1.6.1.4 Miedo	16
1.6.2 Desarrollo de la autorregulación emocional	19
1.7 Desarrollo del Apego	20

1.7.1 Niños no apegados y apego inseguro	21
1.8 Problemas frecuentes en la niñez	23
1.8.1 Escuela	24
1.9 Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson	25
1.9.1 Industria e Inferioridad	27

CAPITULO II. La Familia

2.1 La familia en la historia	29
2.2 Concepto de familia	30
2.3 Tipos de familia	31
2.3.1 Familia nuclear	31
2.3.2 Familia extensa	31
2.3.3 Familias de padres divorciados	32
2.3.4 Familias reconstituidas	33
2.3.5 Familias monoparentales	33
2.3.6 Familias adoptivas	34
2.3.7 Familias de padres homosexuales	34
2.4 Repercusiones de la separación de los padres	35
2.4.1 Regresiones	36
2.4.2 Rebeldía	36
2.4.3 Alteraciones de sueño	36
2.4.4 Tensión	36

2.4.5 Bajo rendimiento escolar	36
2.4.6 Comportamientos agresivos	37
2.4.7 Tristeza	37
2.4.8 Miedo	37
2.4.9 Soledad	37
2.4.10 Negación	37
2.4.11 Culpa	38
2.4.12 Minusvalía	38
 CAPITULO III. Terapia de juego centrada en el niño.	
3.1 ¿Qué es el juego?	39
3.2 Concepto de juego terapéutico	40
3.3 Tipos de juego	42
3.3.1 Juego Sensoriomotor	42
3.3.2 Juego simbólico	42
3.3.3 Juegos con reglas	42
3.4 Funciones del juego	42
3.5 Enfoque de la terapia centrada en el cliente	44
3.6 Terapia directiva y no directiva	47
3.7 Antecedentes de la terapia de juego	49
3.8 Surgimiento y desarrollo del enfoque	50
3.9 Acerca del terapeuta infantil	54

3.10	Objetivos y metas	56
3.11	Aspirantes a la terapia de juego	57
3.12	Cuarto de juego	59
3.13	Material de juego	60
3.14	Proceso terapéutico del niño	62
3.15	Terminación de la terapia de juego	64
3.16	Resultados de la terapia de juego	65

Capítulo IV. Duelo infantil

4.1	Características generales del proceso de duelo	68
-----	--	----

Metodología

	Objetivo General	75
	Objetivos Específicos	75
	Hipótesis	75
	Justificación	76
	Tipo de investigación	79
	Población	79
	Criterios de inclusión	80
	Procedimiento	81
	Resultados	93
	Análisis de resultados	121
	Discusión	132

Conclusiones	137
Bibliografía	139
Anexos	144

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda el tema del duelo infantil causado por la separación de sus padres, ya sea por divorcio o ausencia de uno o ambos, convergiendo en dificultades escolares, familiares y sociales, conductas que son percibidas por los padres o cuidadores como desobediencia, rebeldía, indisciplina, etc. aminorando así la problemática real: el duelo, de manera que los cuidadores pueden recurrir a la agresión, violencia, sometimiento, amenazas, siendo que lo ideal yacería en ofrecer un espacio donde puedan expresar sus sentimientos y pensamientos. Esta fue nuestra principal motivación para desarrollar un taller con algunos elementos de la Terapia de Juego Centrada en el Niño propuesta por Virgine Axline, siendo que el juego es el medio de expresión natural del niño; este taller proveía ese espacio de expresión, además de promover la socialización y por medio de las historias de los demás integrantes, los menores podían llegar a una concepción distinta de las situaciones que tenían en común y por lo de tanto a una solución distinta de sus conflictos, de manera que se promovía el crecimiento y desarrollo cognitivo, así como la solución de conflictos de una manera más sana.

La importancia del psicólogo en este tipo de problemáticas es de suma importancia, pues este profesional es quien brinda herramientas no solo al menor en cuestión, sino también a los cuidadores de este, como fue el caso de nuestro trabajo, en donde se brindó psicoeducación a las cuidadoras de los mismos, lo cual confluyó en cambios positivos en los menores viéndose comprobado en las evaluaciones.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el impacto de la Terapia de Juego Centrada en el Niño para la elaboración del duelo ocasionada por la separación o ausencia de los padres. Para tal efecto se construyó un taller de 10 sesiones, conformado por niños de entre 7 y 9 años de edad, con la condición que en el momento del reclutamiento sus padres estuviesen separados, divorciados o ausentes; el alcance del taller fue medido por medio de la técnica pretest - postest a los menores, usando las pruebas Koppitz y de la familia. Los resultados obtenidos demuestran que la Terapia de Juego Centrada en el Niño ofrece herramientas necesarias para la resolución del duelo.

Palabras clave: *terapia de juego centrada en el niño, duelo, divorcio, separación.*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando las personas que mantienen una estrecha relación, ya sea que se encuentren casadas o en unión libre y deciden separarse, las partes viven un estado de alta tensión, lo cual podría detonarse en un proceso de duelo, experimentándose situaciones potencialmente estresantes, las cuales inician antes de la separación extendiéndose posterior a ella, esta acción afecta tanto a la familia de cada uno de los cónyuges, como a familiares y por supuesto a los hijos, siendo estos últimos los que resultan mayormente afectados, dado que no comprenden los motivos de la separación y comúnmente se sienten culpables de la misma, además experimentan tristeza, enojo, impotencia, entre muchas otras emociones.

Dado que los padres se encuentran inmersos en sus propias emociones a causa del proceso de la separación, es posible que descuiden emocional y físicamente a sus hijos, de modo que no sean conscientes de los pensamientos y sentimientos experimentados a causa de la disolución de la familia.

Como respuesta a esta problemática proponemos un apoyo psicológico por medio de un taller terapéutico grupal basado en la **Terapia de Juego Centrada en el Niño** para auxiliar, orientar y atender a niños escolares que estén viviendo esta situación, para brindar herramientas que faciliten el proceso en la elaboración del duelo.

CAPITULO I. NIÑEZ

1.1 Historia social de la infancia

El niño siempre ha existido, sin embargo el concepto que se tiene de él no es el mismo al paso de los años, por lo tanto, procederemos a realizar una revisión histórica del concepto, ya que se considera a los infantes parte potencial de la sociedad, sin embargo falta realizar investigación al respecto.

La investigación arqueológica ha mostrado que los antiguos habitantes de Cartagena (España), a menudo mataban a sus hijos para ofrecerlos como sacrificios religiosos, emparedándolos en los muros de las construcciones para “fortalecer sus estructuras” (Bjorklund y Bjorklund, 1992 citado en Shaffer, 2000). Hasta el siglo IV d.C. los romanos tenían en derecho legal de matar a sus hijos si éstos nacían con alguna deformidad, eran ilegítimos o simplemente no deseados. Después de que se proscribió el infanticidio activo, era frecuente que a los bebés no deseados se les abandonara en el desierto para que murieran o se les vendía para su explotación infantil o sexual llegada la edad media.

El estudio del infante es un tanto reciente, se considera que se inició aproximadamente en el siglo XX y que G.S. Hall en su obra dedicada al envejecimiento, es citado entre los fundadores del término. Se considera que hay pocos documentos confiables acerca de la vida de los niños antes del s. XVII. Cuando el historiador francés Philippe Ariès en su obra *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen* publicada en 1960 examina el papel del niño y de la familia hasta el siglo XVIII afirmando que en la época medieval no se poseían los mismos sentimientos hacía los niños que actualmente se tienen, pues éstos eran vistos de una manera muy despectiva ya que algunas creencias religiosas consideraban la etapa de la infancia como peligrosa, ya que son producto del pecado original y sólo mediante buenas obras se podía librar de él.

Ariès (1987) apoya su tesis no sólo en documentos de la época sino también en el análisis de las pinturas y esculturas en donde los niños eran representados como adultos en miniatura, es decir, con la misma estructura corporal de un adulto, sólo

que de menor tamaño, donde los rasgos eran los mismos, vestían las mismas ropas e inclusive hacían las mismas actividades. En el s. XVII la función primordial de la familia era la económica, de modo que las cuestiones afectivas no eran necesarias para lograr un equilibrio familiar. (Delval, 2000)

Cunghingham (1996, citado en Lefrançois, 2001) refuta las ideas de Ariès, exponiendo que en esa época sí había una visión clara de la niñez, ya que existen escritos donde se describen claramente enfermedades que eran consideradas propias de los infantes. Inclusive muchos autores describen etapas por la cuales se creía que recorrían los niños durante su desarrollo.

Habían quienes consideraban la niñez como una etapa indigna; es el caso del abate Berulle en el s. XVII, fundador de la Congregación del Oratorio, quien declaró que la etapa de la infancia era el período más vil y más despreciable que podía existir, por ello el objetivo era sacarlos de ese lapso lo más pronto posible. En 1815 en Inglaterra no era delito robar a un niño a menos que éste estuviera vestido y en ese caso el delito era castigado por robar las ropas. Al mismo tiempo, niños de siete años, e incluso menos, eran ahorcados públicamente por delitos que hoy se consideran irrelevantes, como robar unos pantalones o zapatos. (Delval, 2000).

Durante el siglo XVIII es cuando la literatura infantil tiene su primer auge, motivado por la importancia que se le empieza a dar al individuo como pieza componente de una sociedad ordenada y racional donde las primeras corrientes de este tipo son importadas desde Alemania, Francia e Inglaterra (Wild, 1987 citado en, Pacheco y Vera, 1998). Un ejemplo de esto es la obra de John Locke *"On education"* en donde el niño es considerado como una "tabla rasa", es decir, una pizarra en blanco en donde todas las ideas se forman a partir de los procesos de sensoriales, como lo son la visión, audición, olfato, tacto y gusto. Para este autor, todas las ideas proceden de la experiencia, por lo cual estaba interesado en saber donde y cuando nacían el pensamiento y la conducta humana.

J. Rousseau cambia esta concepción con su libro *"Emilio o de la Educación"* (1762) en donde se colocó por primera vez a la infancia en un estado diferente al del adulto.

Este autor comparaba al niño con un *salvaje* ya que lo concebía como un ser puramente intuitivo y sin sentimientos que casi desconocía la necesidad de relacionarse; además era concebido como un ser independiente, solitario y carente de emociones. Sin embargo, este autor consideraba que la educación activa era útil en la protección al infante de las influencias negativas de la civilización (Pacheco y Vera, 1998) ilustrándolo con la frase "a las plantas las endereza el cultivo y a los hombres la educación" (Rousseau, 1762), es decir, el niño podía dejar de ser considerado como un *pequeño salvaje* por medio de la educación.

Es hasta inicios de la industrialización cuando se comenzó a tener una visión más humana para con los niños, surgiendo grupos sociales que pedían la regulación del trabajo infantil. Sin embargo, aún en la actualidad en muchos países en vías de desarrollo, los niños sufren explotación y están obligados a realizar actividades que dificultan su desarrollo, a pesar de que las Naciones Unidas proclamaron en su Declaración Universal de los Derechos Humanos que toda persona tiene derecho a todos los derechos y libertades enunciadas en ella, esto sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, lugar de nacimiento o cualquier otra condición. En el caso particular de los niños, debido a su falta de madurez tanto física como mental es necesaria la protección y cuidados especiales antes y después del nacimiento, ésta necesidad de protección fue enunciada en la Declaración de Ginebra en 1924 y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como en organismos especializados y organizaciones internacionales interesadas en el bienestar del niño.

El 20 de noviembre 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó por unanimidad la Declaración de los derechos de los niños. Mucho del material usado en esta declaración ya estaba escrito en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y otros documentos anteriores, sin embargo la comunidad internacional tenía la convicción de que los derechos de los niños merecían una declaración aparte y más concreta. El 21 de diciembre de 1976, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una resolución en la que en el año de 1979 se proclama el Año Internacional del Niño (Triana, 1998).

Esta Declaración de los Derechos del Niño tiene como fin la felicidad en la infancia, así como gozar de los derechos y libertades que en ella enuncian, incitar a los padres, hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchan por el cumplimiento de los mismos.

Según esta Convención sobre los derechos de los niños contiene cuatro principios básicos los cuales a su vez se dividen en 41 artículos, estos principios son: supervivencia, desarrollo, protección y participación

Actualmente los niños están protegidos por las leyes y organizaciones de todo el mundo, en tema de divorcio o la ausencia de uno o ambos padres, es evaluado por psicólogos y otros profesionales en la materia para decidir la patria potestad, la situación económica, entre otras, además de procurar al máximo la integridad física y emocional del infante.

Es importante conocer el desarrollo del concepto *Infancia* y su transcurso a lo largo de la historia, sin embargo, también lo es, conocer el desarrollo físico y psicológico de los niños, para lo cual se procederá a describir las etapas por las que estos atraviesan en su devenir a la madurez, haciendo especial énfasis en menores de entre siete y nueve años de edad, dado que este es el período que concierne a tal investigación.

1.2 Desarrollo motor en la primera infancia

Generalmente se piensa que en el proceso de desarrollo se va avanzando siempre hacia adelante, sin embargo las regresiones también son parte de este proceso. Estas se caracterizan por retornar a etapas anteriores en las cuales se tiene el suficiente manejo o experiencia en la misma, de modo que la persona se siente más cómoda y segura en ella.

A continuación describiremos algunas de las características normales en cuanto al desarrollo motor durante la primera infancia, la cual abarca hasta los cinco años de edad:

Los cinco primeros años de vida están estrechamente relacionados con el surgimiento de una profusa variedad de habilidades motrices gruesas, las cuales aumentan su adaptabilidad a nuevas exigencias. Una vez adquiridas y mecanizadas algunas habilidades posturales dan paso a una mayor libertad para la incorporación de nuevas situaciones, además de servir como preparación fundamental para el desarrollo de habilidades superiores y más refinadas de los años venideros, como lo son por ejemplo la escritura, acción altamente especializada que solo puede llevarse a cabo cuando la presión fina y el equilibrio se encuentran mecanizadas de modo que no interfieren con la acción de escribir.

Es entonces que los primeros años de la niñez se pueden considerar como un periodo de integración y estabilización de los modos básicos de conducta fundamentales para el desarrollo de actividades más evolucionadas. (Halverson, 1997, citado en Gesell, Frances, Bates, 1997)

Por otra parte, Halverson (1997, citado en Gesell et al, 1997) expone que el control de la cabeza se logra aproximadamente a las 24 semanas después del nacimiento; alrededor de los quince meses el niño puede alcanzar la posición de pie sin ayuda alguna, al año de vida, el infante por lo general gatea; a los 24 meses la postura erguida es tan evidente que el infante puede correr, patear una pelota, subir y bajar al menos tres escalones por sí solo, sentarse con facilidad, etc.

A los tres años necesita muy poco esfuerzo para pararse, puede mantener fácilmente el equilibrio con los talones juntos, se inclina más hacia las actividades motrices gruesas y es a esta edad cuando la preferencia manual se hace evidente. (Papalia, 2005).

Hacia los cuatro años ya se ha adquirido fuerza, facilidad y soltura en el uso de las piernas, de modo que le enorgullece intentar acrobacias motrices que exigen un delicado equilibrio; puede mantener el equilibrio en un solo pie y abotonarse la ropa y anudarse los zapatos sin mayores complicaciones. (Halverson, 1997, citado en Gesell et al, 1997)

A los cinco años el periodo de la primera infancia esta próxima a su fin; a esta edad el niño posee un mayor control de la actividad corporal en general; es todo un experto en actividades que requieren movimientos gruesos, en cuanto a las actividades finas toma el lápiz de forma adulta, sus dibujos son fácilmente reconocibles. Ya puede pararse en un solo pie y mantener el equilibrio en puntas de pie por varios segundos. El control de los movimientos de los dedos es tal que pronto estará en condiciones de escribir.

1.3 Desarrollo motor en la infancia: siete a nueve años.

Para efectos de esta investigación la Primera Infancia abarca la edad de entre siete y nueve años, sin embargo algunos autores manejan edades de entre los seis y los diez años.

En esta edad los niños experimentan un cambio considerable en su cuerpo, aunque no tan abrupto como el que se da entre el nacimiento y los cinco años de edad. Los huesos largos crecen en forma regular y la cualidad de los músculos de ambos sexos se altera; tanto varones como mujeres denotan mayor densidad y energía musculares. Es al principio de este periodo donde los hombres prefieren tareas que involucren el uso de fuerza física, a la vez que son más veloces, ejecutan tareas de lanzamiento con mayor eficacia que el sexo contrario, sin embargo este grupo supera a los hombres en tareas que exigen agilidad y ritmo.

En este periodo de la niñez, el sexo masculino es en donde se pueden observar cambios ligeramente mayores que en el femenino. Las diferencias de género durante el desarrollo en la niñez son evidentes; se tiene la creencia de que los niños son superiores en habilidades en donde se requiere de fuerza y ejecución motora gruesa, como por ejemplo: el futbol. En cambio las mujeres son superiores en habilidades donde se requiere de agilidad y flexibilidad, como lo es la gimnasia (Rice, 1997).

1.4 Lenguaje

En el dicho popular “hablando se entiende la gente” se centran gran parte de los valores que se le conceden a la comunicación, como lo son el dar a conocer los pensamientos y sentimientos, así como buscar la comprensión propia como la ajena.

Marchesi, Coll y Palacios (1990) definen el lenguaje como una representación interna de la realidad la cual es construida a través de un medio de comunicación socialmente compartido; por lo que el lenguaje es un sistema de signos compartidos por un grupo, con el objetivo de comunicarse con los demás, permitiendo manipular mentalmente la realidad aún en ausencia de la misma. Este mismo autor menciona que la propiedad más importante del lenguaje es su potencial creativo.

Coseriu (1986, citado en Cabrera y Pelayo, 2001) menciona que el conjunto de signos que componen frases o palabras es llamado *lenguaje articulado*, el cual opera con palabras integradas por sonidos que remiten a conceptos.

Conforme maduran las estructuras físicas necesarias para producir sonidos y se activan conexiones neuronales para asociar sonido y significado, la interacción social con los adultos, etc., va introduciendo a los bebés a la naturaleza comunicativa del habla.

1.4.1 Periodo pre verbal

La etapa de adquisición de lenguaje resulta un periodo muy satisfactorio para los padres debido a que observan rápidos progresos en el desarrollo, sin embargo no es un camino fácil, ya que el niño tienen que aprender a producir sonidos, formar palabras para usarlas en situaciones distintas, a combinar frases, construir significados, saber lo que otros van a hacer ante determinada emisión (como un insulto, una alabanza, una petición, etc.), adquirir un conocimiento sobre su propio lenguaje para saber que es una palabra, una vocal, una sílaba, etc. El lenguaje es más que palabras y la relación entre estas, su función principal es la comunicativa.

Es en este periodo donde se instauran las plataformas de la funcionalidad comunicativa del lenguaje sobre la cual se sienta el desarrollo lingüístico formal

posterior y el cual inicia casi desde el nacimiento, como lo muestran Marchesi y cols (1990) quienes señalan que aún en un niño de dos meses de edad se puede observar el interés que muestra ante estímulos tanto visuales como auditivos, esto combinado con las conductas adaptativas del adulto, hacen que desde el cuarto y octavo mes de vida se produzcan *protoconversaciones*, es decir, diálogos muy primitivos caracterizados por el contacto ocular, sonrisas, balbuceos y alternancia de expresiones con el adulto.

A partir del octavo mes de vida el pequeño comienza a dar claras muestras de conducta intencional, comprende la relación causa – efecto. Hacia el noveno mes comienza a comunicar sus deseos, para que se les de cumplimiento expresándose básicamente a través de vocalizaciones y gestos deícticos, a los cuales Bates (1979, citado en Marchesi y cols. 1990) llamó *conductas protoimperativas*, haciendo referencia a la expresión del niño hacia el adulto de una intención clara, siendo estos los preludios de lo que posteriormente será la función reguladora del lenguaje.

Aproximadamente a los doce meses de edad el niño le adjudica al adulto el papel de interlocutor, apareciendo las *conductas protodeclarativas*, teniendo como característica la exposición de objetos, donde el niño tiene la intención de compartirlos o usa estos para indicar algo respecto a ellos, es así como se va generando la función informativa, declarativa o representativa del lenguaje (en términos de Bates).

1.4.2 Adquisición del lenguaje

Alrededor del primer año de vida los niños comienzan a expresar sus intenciones comunicativas por medio de las palabras, siendo éste un proceso lento, acelerándose a partir de los dos años de edad.

Marchesi y cols. (1990) presentan un cuadro donde condensa las principales características del desarrollo del lenguaje en la infancia.

Cuadro 1

Principales características del desarrollo del lenguaje en la infancia:

Edad	Características
9 – 18 meses	Producciones de una sola palabra. Dificultad en adjudicar valor sintáctico a estas producciones ya que para algunos autores las palabras son equivalentes a frases, mientras que para otros no.
18 – 24 meses	Producciones de dos elementos de manera telegráfica, es decir, sin palabras funcionales. Expresan una amplia variedad de relaciones conceptuales subyacentes.
2 – 3 años	Producciones de tres o cuatro elementos. Adquisición clara de la estructura de frase simple. Enriquecimiento de los sintagmas (nominal y verbal). Desarrollo de una gran variedad de marcas morfológicas.
3 – 5 años	Estructura de las oraciones complejas (coordinadas y subordinadas). Adquisición de gran número de partículas (conjunciones, adverbios, pronombres, etc.) A esta edad se puede decir que el niño ha adquirido ya lo esencial a su lengua.
6-9 años	A esta edad casi todos los niños tienen ya un vocabulario que comprende miles de palabras, las cuales le son familiares debido a la frecuencia con la que las escucha. El uso del lenguaje va más allá de lo imitativo. Encuentran placer en la creación de neologismos. Encuentran placer en aprender palabras nuevas.

Nota: Principales características del desarrollo del lenguaje en la infancia, Marchesi, A., Coll, C., y Palacios, J. (1990) *Desarrollo psicológico y educación. V. 3: Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales*. España: Alianza editorial.

En relación al cuadro anterior, podemos hacer una comparación entre las teorías presentadas por Marchesi (1990) y Bates (1979, citado en Marchesi y Cols., 1990) las cuales son muy similares en cuanto a la génesis del lenguaje, mientras Bates pone énfasis en las actividades lúdicas entre los niños y sus cuidadores, el mismo

autor expone la estructura del lenguaje, es así como ambas teorías se complementan para una mejor comprensión del tema.

Bosch en 1984 (citado en Marchesi y Cols., 1990) realizó estudios en España los cuales demuestran que entre los cinco y los seis años de edad los niños han adquirido la mayor parte del sistema fonológico. A partir de esta edad los niños van aprendiendo palabras y construyendo frases cada vez más abstractas y complejas, esto conforme sus conocimientos aumentan, por lo que su vocabulario se va expandiendo paralelamente al desarrollo integral del niño.

El lenguaje cobra gran importancia ya que por el buen dominio de este, es el grado en el que comprenderá su medio. Es diferente la percepción que tiene el niño de una circunstancia a los siete años que a los nueve, a causa del nivel de comprensión de las palabras. En el caso del divorcio o la ausencia de uno o ambos padres, el niño vive esta situación más trágicamente a los nueve años que a los siete, debido a la mejor comprensión de las palabras y por lo tanto de su mundo.

1.5 Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo o cognoscitivo se refiere a las etapas y procesos del desarrollo intelectual (Pereira, 2004). La teoría con más influencia en este campo es la de Jean Piaget (1981), quien llegó a la conclusión de que el niño y su interacción con el ambiente conducen al desarrollo de habilidades y estructuras cognoscitivas. Este desarrollo se da por medio de dos procesos importantes: la asimilación y la acomodación. La primera consiste en incorporar la información recibida a las estructuras mentales existentes, mientras que la acomodación consiste en la transformación progresiva de esas estructuras, para así poder asimilar nueva información. Estos procesos permiten que el niño logre adaptarse al medio (Gratiot-Alphandery y Zazzo, 1985). Piaget (1981) bosquejó cuatro etapas del desarrollo cognoscitivo:

La primera es la *Sensoriomotora*, la cual abarca desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Las experiencias en esta edad son básicamente sensoriales. Esta etapa ha terminado cuando el niño es capaz de representar simbólicamente lo que

conoce. Sin embargo aún no se ha desarrollado plenamente, esto ocurrirá hasta que el niño es operativo, es decir, cuando va más allá de lo inmediato y transforma o interpreta lo que es percibido de acuerdo con las estructuras cognitivas que han sido desarrolladas.

El segundo estadio es el *Preoperacional* el cual va de los dos hasta los siete años, en esta etapa los niños adquieren el lenguaje y aprende a manipular los símbolos que representan el ambiente. Durante este periodo el niño es capaz de manejarse de manera simbólica, sin embargo no es capaz de hacer las operaciones de forma reversible (Rice, 1997). Esta etapa está marcada por el egocentrismo, o la creencia de que todas las personas ven el mundo de la misma manera que él o ella. También creen que los objetos inanimados tienen las mismas percepciones que ellos, y pueden ver, sentir, escuchar, etc.

La siguiente etapa es la de *Operaciones concretas*, la cual tiene lugar entre los siete y los 11 años de edad, en ésta los niños muestran mayor capacidad para el razonamiento lógico, el egocentrismo está notablemente disminuido, pueden realizar diversas operaciones mentalmente, realizar clasificaciones, aplicar los principios de simetría, reciprocidad y conservación. El niño empieza a desarrollar esquemas cognitivos coherentes que, al principio son secuencias de acciones. El aspecto más importante del pensar operativo es que es reversible y que el niño ahora, al ser más sistemático, no es tan fácilmente inducido al error. Puede usar el pensamiento lógico para resolver problemas relacionados con objetos y sucesos concretos, volviéndose cada vez más social y comunicativo (Cueli, Reidl, Martí, Latigue, Michaca, 2004).

La última fase de la teoría piagetana es la de *Operaciones formales* la cual está ubicada entre los 11 años en adelante. Los adolescentes ahora poseen la habilidad para formular y probar hipótesis. El individuo alcanza el potencial cognoscitivo más alto, es capaz de construir teorías usando el razonamiento inductivo y deductivo, a la vez que pueden usar lenguaje metafórico y símbolos algebraicos como símbolos de símbolos (Rice, 1997).

1.6 Desarrollo Emocional.

El desarrollo emocional de los niños tiene que ver con la evolución y la expresión de sus sentimientos en relación con ellos mismos, al igual que con sus padres, sus compañeros y literalmente, con todo el mundo. El desarrollo emocional es extremadamente importante toda vez que las emociones desempeñan una función adaptativa, para asegurar la supervivencia. Las emociones también funcionan como medios de comunicación, son factores importantes en las relaciones sociales y motivadores importantes de la conducta; también desempeñan un notable papel en el desarrollo moral.¹

1.6.1 Desarrollo de la expresión de las emociones.

Existen varias investigaciones que consideran que las emociones se encuentran presentes desde las primeras semanas de vida pudiéndose inferir por medio de las expresiones faciales, Ekman (1972, en Delval, 2000) es uno de los investigadores que sobresalta la importancia de las gesticulaciones en la detección de emociones; este autor considera como emociones básicas la felicidad, tristeza, ira, miedo, sorpresa, desagrado e interés. A continuación se describirán brevemente estos conceptos:

1.6.1.2 Felicidad.

Al final del primer mes, los bebés empiezan a sonreír ante panoramas interesantes; entre las seis y 10 semanas la cara humana provoca una amplia sonrisa llamada *sonrisa social*. A los tres meses los bebés sonríen cada vez con mayor frecuencia cuando interactúan; los bebés se alegran cuando logran habilidades nuevas, expresando su placer en el dominio cognitivo y motor. La sonrisa también fomenta que los cuidadores sean afectuosos y estimulantes.

1.6.1.3 Ira y tristeza.

Los recién nacidos responden con malestar a las experiencias desagradables, como el hambre, cambios de temperatura, demasiada o poca estimulación, entre otras.

¹Desarrollo moral son las normas o reglas que regulan la conducta humana hacia los otros en sus aspectos más generales.

Durante los dos primeros meses, aparecen expresiones faciales breves y éstas aumentan en frecuencia e intensidad de los cuatro a los seis meses hasta el segundo año de vida. (Delval, 2000.)

El aumento de la ira a la mitad del primer año también es adaptativo, las nuevas capacidades motoras les permiten utilizar la energía movilizada por el enfado para defenderse o salvar obstáculos y al mismo tiempo el enojo puede ser una señal social que motiva a los cuidadores a aliviar el malestar de un niño.

Las expresiones de tristeza también ocurren como respuesta a estímulos dolorosos, pero son menos frecuentes que la ira. Por el contrario la tristeza es común cuando la comunicación cuidador-bebé se interrumpe gravemente, es decir, cuando los bebés son separados de sus madres y no experimentan el cuidado de un adulto sensible. (Gaensbauer, 1980)

1.6.1.4 Miedo.

Las reacciones de miedo son escasas al principio de la infancia. La expresión de miedo más frecuente es ante adultos desconocidos, una reacción llamada *ansiedad ante extraños*. Dicha ansiedad depende de varios factores como el temperamento del niño así como experiencias anteriores con extraños y el contexto en el que el bebé y el extraño se encuentran. Con el tiempo esta ansiedad ante extraños disminuye a medida que el desarrollo cognitivo les permite discriminar con más eficacia entre personas amenazantes de las que no lo son.

A pesar de las discrepancias que pudieran existir dentro de la literatura en cuanto a cuales y cuantas son las emociones básicas, existe un consenso en apuntar que son miedo, tristeza, felicidad y enojo las cuales se dan casi en todos los humanos, siendo así, a pesar de que anteriormente se da una explicación de las emociones en los primeros meses de vida, es decir, la génesis de éstas, son extensibles a todas las edades, de igual manera lo es la expresión de las mismas.

El desarrollo de las emociones se caracteriza, en general, por una relativa serenidad, tras la tendencia al cansancio, la labilidad, los miedos y el descontento, propios de la educación infantil.

La edad que atañe a esta investigación es de siete a nueve años, en la cual el niño aprende constantemente del entorno en el que vive y se desarrolla. La entrada en la escuela amplía el entorno social del infante, aun así, la influencia familiar sigue siendo para una gran mayoría el factor básico en la determinación de su futura madurez personal. La vida familiar supone, por una parte, el centro de comunicaciones afectivas, donde se van conformando las actitudes sociales; por otra, es también origen de cuadros normativos de conducta.

Respecto al desarrollo emocional se caracteriza por los aspectos siguientes (Herrera, Ramírez y Roa, 2004, citado en Gallardo, 2007):

- a) Un alto y positivo sentimiento en el niño de sí mismo: físico, psíquico y social; manifestado por un comportamiento en el que destaca su confianza en sí mismo, en su poder, en sus ganas de hacerse notar, de hacerse valer; aunque muestra ansiedad en situaciones frustrantes que empieza a aprender a controlar.
- b) Una actitud optimista y alegre o desenfadada, controlando sus temores con facilidad, haciendo gala de buen humor, realizando travesuras y sin que nada le preocupe.
- c) Una serenidad global en sus emociones, manejando y controlando su voluntad con facilidad, superando temores y fobias, lo que le permite mejorar cualitativamente su desarrollo intelectual.

En esta etapa, el abanico de referentes de los niños va abriéndose, cada vez más, del ámbito familiar al escolar y social. Si bien los padres y hermanos continúan siendo modelos para ellos, también comienzan a serlo maestros, compañeros, amigos y otras personas significativas de su entorno próximo y distal.

A medida que el niño adquiere mayor capacidad cognitiva, va ampliando la relación social y crece la posibilidad de control emocional condicionado por la propia cultura (Renom, 2003, citado en Gallardo, 2007).

Por otra parte son comunes las situaciones diarias que provocan sentimientos positivos y negativos al mismo tiempo, sin embargo, el reconocimiento consciente de la ambivalencia emocional es un logro difícil para los niños y se tarda bastante en alcanzarlo. Así, aunque se puede observar la expresión de emociones contradictorias en niños de incluso un año de edad, el reconocimiento explícito de esta ambivalencia no suele producirse antes de los siete u ocho años. Entre uno y otro momento, Harter y Budding (1987, citado en Palacios e Hidalgo, 1999) describen una secuencia evolutiva que consta de los pasos siguientes:

- a) Entre los tres y los cinco años, los niños son incapaces de admitir que una misma situación pueda provocar dos emociones diferentes, posibilidad que niegan de forma rotunda.
- b) Posteriormente alrededor de los seis o siete años, se observa una fase intermedia en la cual los niños comienzan a admitir que algunas situaciones pueden provocar más de una emoción, pero siempre teniendo en cuenta que una de ellas precede o sigue a la otra.
- c) Es en una tercera fase, hacia los siete u ocho años, cuando los niños comienzan a comprender que hay ciertos acontecimientos que provocan dos sentimientos al mismo tiempo, aceptando primero la posibilidad de experimentar dos emociones parecidas y admitiendo finalmente el hecho de que determinadas situaciones pueden llegar a provocar emociones contradictorias.

Evidentemente, admitir la coexistencia de emociones contradictorias forma parte de los avances que tienen lugar en el campo de la comprensión emocional, y por tanto, está relacionado con dos fuentes de influencia. Por una parte, la evolución de la comprensión emocional depende estrechamente de los progresos que van teniendo lugar en el ámbito cognitivo y, en este sentido, es necesario que el niño alcance un

cierto nivel de complejidad cognitiva para que pueda tomar conciencia de la ambivalencia emocional.

Por otra, la experiencia social es igualmente necesaria para la comprensión de la ambivalencia emocional; el contexto social es el encargado de proporcionar al niño la oportunidad de experimentar en sí mismo las diversas emociones, así como observar esas emociones en los demás; en la medida en que los adultos, en el contexto de las interacciones diarias, ayuden al niño a interpretar diferentes estados emocionales y a conocer sus causas, están promoviendo nuevos avances en el desarrollo de la comprensión emocional (Palacios e Hidalgo, 1999).

1.6.2 Desarrollo de la autorregulación emocional.

El término *autorregulación emocional* se refiere a las estrategias que utilizamos para ajustar el estado emocional a un nivel más cómodo de intensidad de manera que podamos participar productivamente a nuestro alrededor.

Durante los primeros años, los adultos tratan de regular y modificar estos estados del bebé, haciendo que sepa adaptarse y afrontar las diferentes situaciones con unas implicaciones emocionales reguladas y manejables. A medida que los niños crecen, este control externo de las propias emociones tiene que ir transformándose en un proceso de autocontrol, mediante el que los niños aprenden a evaluar, regular y modificar, si es preciso, sus propios estados emocionales (Palacios e Hidalgo, 1999).

Entre los cuatro y cinco años es posible observar el empleo de ciertas estrategias para modificar un estado no deseado; el procedimiento más empleado consiste en tratar de cambiar la situación que provoca tal estado emocional por otra distinta que provoque una emoción positiva.

Hasta los seis o siete años, aproximadamente, los padres son la principal fuente de consuelo y apoyo a que se recurre en estas situaciones; a medida que los años van pasando, se va haciendo más probable que esas peticiones de ayuda, de consuelo y apoyo se dirijan a otros niños. El rol de los amigos es aquí muy importante.

Es a partir de entonces donde los menores adquieren la capacidad de generar diferentes estrategias autorregulatorias y de forma flexible ajustarlas a las demandas de la situación, lo cual les permite manejar tensiones diarias que no se pudieron manejar eficazmente en edades inferiores.

1.7 Desarrollo del Apego.

Apego es el lazo afectivo fuerte que sentimos por personas especiales en nuestra vida que nos lleva a sentir placer y alegría cuando interactuamos con ellas y nos alivia su cercanía en momentos de estrés. (Berk, 2004, citado en Delval, 2000). Los niños que han desarrollado un apego cercano hacia sus padres corren hacia ellos cuando se sienten asustados o molestos y buscan el consuelo de sus brazos, con esto obtienen placer y seguridad.

Todos los infantes necesitan formar un vínculo emocional seguro hacia alguien, la madre, el padre, otro miembro de la familia o un cuidador sustituto (Bowlby, 1982, citado en Delval, 2000). Para sentirse emocionalmente seguro, los niños necesitan una relación cálida, cariñosa y estable con un adulto responsivo del que puedan depender. Si por alguna razón los padres no pueden estar cerca del niño, este necesita formar un apego similar con la persona que se encargue de su cuidado.

De acuerdo con Bowlby (1961), la relación del niño con un adulto empieza como una serie de señales innatas que llaman al adulto hacia el bebé. A lo largo del tiempo, se desarrolla un vínculo afectivo verdadero, apoyado por nuevas capacidades cognitivas y emocionales y por una historia de cuidado sensible. El desarrollo del apego tiene lugar en cuatro fases:

1. *La fase del preapego* (nacimiento a seis semanas). Los bebés de esta edad pueden reconocer el olor y la voz de su propia madre, sin embargo, todavía no están apegados a ella, porque no les importa quedarse con un adulto desconocido.
2. *La fase de formación de apego* (seis semanas a seis u ocho meses). A medida que el niño participa en interacciones cara a cara con la madre y experimenta liberación de la tensión, aprende que sus propias conductas influyen en la

conducta de los que están a su alrededor. Comienza a desarrollar expectativas de que el cuidador responderá que él lo necesite. Sin embargo los bebés todavía no protestan cuando los separan de la madre, a pesar de que puede distinguirla de personas desconocidas.

3. *La fase del apego bien definido* (de seis a ocho meses a 18 meses- dos años). Ahora el apego al cuidador conocido es evidente. Los bebés de este periodo presentan ansiedad de la separación, están disgustados cuando el adulto en quien han llegado a confiar se marcha. También utilizan al cuidador como una base segura desde la cual explorar, conociendo el ambiente y volviendo por apoyo emocional.
4. *Formación de una relación recíproca* (18 meses a dos años en adelante). Al final del segundo año, el crecimiento de la representación del lenguaje permite a los niños comprender algunos factores que influyen en las ausencias de la madre y la predicción de su regreso, por lo tanto la ansiedad se reduce.

De acuerdo con Bowlby (1961), fuera de estas experiencias durante estas cuatro fases, los niños construyen un lazo afectivo duradero con el cuidador, permitiéndoles utilizar la figura de apego como una base segura a través del tiempo y de la distancia. Esta representación interna del vínculo madre-hijo se convierte en una parte importante de la personalidad, pues imagen se convierte en el modelo, o guía, de todas las relaciones cercanas futuras. (Bretherton, 1992).

1.7.1 Niños no apegados y apego inseguro.

Los niños no apegados, pueden no hacer distinciones entre sus padres, cuidadores u otros miembros de la familia. En el otro extremo se encuentran los niños con un apego inseguro, que son tan dependientes de sus padres, estos no toleran siquiera perderlos de vista y estallan en llanto cuando los ven salir, siendo este un síntoma de inseguridades.

Existen varias razones para la conducta excesivamente dependiente; estos síntomas pueden ser desarrollados por niños que reciben comida insuficiente y que están

permanentemente hambrientos; los niños que sufren enfermedades crónicas y/o que son descuidados y rechazados (Egland y Farber, 1984, citado en Bowlby, 1961). Si los padres son personas muy ansiosas, nerviosas o neuróticas, esta ansiedad es percibida por los hijos, que como resultado buscan la confirmación repetida de seguridad. Además, los padres deprimidos, los que padecen una enfermedad mental o los que están agobiados por sus propios problemas personales no son capaces de proporcionar a sus hijos la atención y la seguridad que estos necesitan.

Así mismo también se pueden presentar situaciones como el trastorno de ansiedad por separación o fobia escolar. Los niños que presentan fobia escolar pueden tener síntomas como mareos, dolor de estómago y náuseas que hacen que el pequeño se quede en casa.

Las circunstancias familiares son uno de los factores que pueden afectar a la seguridad del niño, ya que en las familias donde hay exceso de estrés e inestabilidad, la maternidad insensible y el apego inseguro son especialmente altos, haciendo hincapié que una situación de divorcio, separación o ausencia de uno o ambos padres puede llegar a ser un entorno para los progenitores, de muchas dificultades como ansiedad, preocupación, depresión, irritabilidad, a consecuencia de estos elementos los tutores pueden perder de vista el desarrollo y cuidado de los hijos.

Entre los seis y los ocho años, los infantes pueden llegar a asumir la ruptura, y encima, temen que sus padres los abandonen o dejen de quererlos, los niños de esta edad ya tienen conciencia de lo que significa la separación y muchas veces se sienten frustrados porque no consiguen evitarla o revertirla. Por lo que hay cambios repentinos en su estado emocional, por lo que a veces pueden mostrar ira y volverse agresivos con pares o cuidadores o bien pueden manifestar indiferencia y depresión. Debido a esto es importante tomar en cuenta a este sector de la población y ofrecer alternativas que solucionen o aminoren dicha problemática, por medio de la elaboración del duelo.

1.8 Problemas frecuentes en la niñez.

Dentro de las problemáticas que comúnmente se dan en esta etapa de la vida, se encuentran problemas de comportamiento (tanto en el ámbito escolar, familiar, social, etc.) problemas alimenticios, de sueño, entre otros. Las conductas inadecuadas ocasionadas por trastornos emocionales de diversa índole, producen tensión en el niño y alteran su armonía psíquica, traduciéndose en conductas inadecuadas e influyendo negativamente en su desarrollo.

Méndez (2005) menciona algunos ejemplos originadores de tensión y de estados de angustia: conflictos derivados de situaciones familiares como lo son la orfandad, ilegitimidad, desintegración familiar, divorcio, separación, desacuerdos cotidianos entre los padres, riñas y agresiones en el seno familiar; manejo inadecuado de la dinámica familiar, rivalidades entre hermanos, ausencia de autoridad – guía, ambivalencia de autoridad, autoritarismo, rechazo del padre o de la madre hacia hijos, etc. Fuera de las situaciones estrictamente familiares se encuentran las enfermedades crónicas y severas, desventajas socioeconómicas y culturales, defectos físicos, deficiencias intelectuales, inadecuado manejo escolar del pequeño, enfermedades sociales (alcoholismo, drogadicción, prostitución), accidentes, experiencias traumáticas, entre otras.

En su camino hacia la adultez, los niños atraviesan por momentos críticos, los cuales de alguna manera pueden considerarse normales, por ejemplo alguna riña con sus compañeros de escuela, sin embargo muchos otros no lo son. Para ampliar este panorama, a continuación se abordará el tema de la escuela, siendo este el lugar donde pasa más tiempo el niño, después de casa, abordando las principales características y problemáticas de este ámbito.

1.8.1 Escuela

Durante los primeros años de la educación del niño se debe tomar en cuenta que el niño se relaciona principalmente con los adultos y en segundo lugar con otros niños. El profesor de los primeros años escolares trata a sus pupilos como una madre: sabe

que estos niños necesitan especial atención, puesto que están empezando a sentirse capaces de hacer algo por sí solos sin contar a cada paso con un adulto.

Los niños acuden al colegio con dos motivos principales: aprender materias académicas y otras habilidades, así como aprender a relacionarse con los demás y aceptar la autoridad institucional ante la cual aprenderán a ceder, yendo de la mano con el acatamiento de reglas e instrucciones. Estos últimos no están incluidos dentro de los objetivos escolares, sin embargo, tiene lugar a través de la convivencia con los otros niños y de la relación con sus profesores, con los cuales deben mantener además una disciplina.

El aprendizaje de nuevas habilidades y el reconocimiento de los logros incrementan la autoestima, el niño puede obtener gran satisfacción por el hecho de pertenecer a un grupo. Por lo demás, aprender a superar las dificultades que surgen dentro del grupo mismo será de gran utilidad para el niño en el futuro.

El segundo objetivo de la escuela es enseñar al niño a vivir en sociedad, a conocer personas y relacionarse con ellas. (Lusch, 1998). Después de la familia, la escuela es el ámbito más importante donde aprenden las relaciones sociales.

La mayoría de los niños en México asisten a escuelas mixtas donde se mezclan religiones, etnias y condiciones socioeconómicas. Aprender a estar con otros niños y conocer más acerca de ellos, siendo una parte importante de la educación.

Conocer el desenvolvimiento de los niños en el ámbito escolar es de suma importancia, de la misma manera, que es saber qué sucede en otros ámbitos, como el desarrollo de la personalidad, por lo que a continuación se procederá a describir algunos puntos de importancia:

1.9 Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson.

Según Erikson el recién nacido se define por la ausencia de percibirse a sí mismo y al mundo correctamente, es decir, crecer significa alcanzar la identidad del yo, la cual posee dos aspectos: el primero es el reconocimiento o enfoque interno de la persona, es decir, conocerse y aceptarse a sí mismo. Y el segundo, es el

reconocimiento o enfoque externo, es decir, el niño se identificará con algunos patrones esenciales de su cultura.

Desde el punto de vista de este autor, la personalidad se desarrolla a lo largo de una serie de etapas, las cuales llamó *psicosociales*, encontrándose determinadas genéticamente, sin embargo los influjos del ambiente físico, social e ideacional corren parejos con los procesos biológicos y psicológicos innatos que plasman el desarrollo de la personalidad, es decir, estos influyen en el proceso de alcanzar la identidad del yo.

Las fuerzas ambientales limitan, al tiempo que liberan al individuo. El ambiente típico ofrece un amplio margen para la elección individual y el individuo quiere que su sociedad lo dirija así como la sociedad desea dirigirlo. (Maier, 2003, citado en (Cueli et al, 2004).

Dentro de esta teoría se propone que una persona a lo largo de su vida pasa por ocho crisis psicosociales, cada crisis o etapa, está planteada como una lucha entre dos componentes o características conflictivas de la personalidad, a continuación se mencionarán las etapas del desarrollo psicosocial propuestas por Erik Erikson, donde posteriormente se explicará la etapa que corresponde al desarrollo del niño escolar, es decir: industria vs inferioridad:

							Confianza Vs Desconfianza
						Autonomía Vs Vergüenza y duda	
					Iniciativa Vs Culpa		
				Industria Vs Inferioridad			
			Identidad Vs Difusión de Rol				
		Intimidad Vs Aislamiento					
	Generatividad Vs Estancamiento						
Integridad Vs Desesperación							

1.9.1 Industria e inferioridad.

En esta etapa en infante se encuentra en periodo escolar en donde aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas, el niño ha dominado el campo ambulatorio y los modos orgánicos. Ha experimentado un sentimiento de finalidad referente al hecho de que no hay futuro prácticamente dentro del vientre familiar encontrándose dispuesto a realizar nuevas tareas, es decir, el niño comprende que necesita hallar un lugar entre los individuos de su misma edad.

Por consiguiente, dirige su energía hacia los problemas sociales que pueden dominar con éxito. El tema fundamental de esta fase refleja su determinación de dominar las tareas que afronta.

Desarrolla el sentido de la industria y le enseña el placer de completar el trabajo mediante una atención sostenida y una vivacidad perseverante. Durante esta etapa los niños de todas las culturas reciben alguna instrucción sistemática, que lo educan, lo enseñan y lo ayudan, a asumir la responsabilidad de establecer un equilibrio entre su conducta, su aprendizaje y su bienestar, haciendo hincapié en la gama circunscripta por su sociedad y su herencia, y con el tiempo las pautas potenciales adoptan la forma de una pauta de vida, el individuo se ajusta poco a poco a un estilo particular de vida. Es por medio de esto que los infantes desarrollan los elementos fundamentales de la tecnología a medida que el pequeño adquiere capacidad para manejar los utensilios, las herramientas y las armas que utilizan los adultos.

El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Si el niño desespera de sus herramientas y habilidades o de su estatus entre sus compañeros, puede renunciar a la identificación con ellos y así al sector del mundo de las herramientas. El hecho de perder toda esperanza podría hacerlo experimentar sentimientos de mediocridad o inadecuación (Cueli et al, 2004).

Erikson destaca que el origen de muchas actitudes posteriores del individuo hacia el trabajo y los hábitos del trabajo puede hallarse en el grado de eficaz sentido de la industria promovido durante esta fase, en cambio, la tecnología básica para ejecutar

su tarea proviene de capacidades innatas que permiten el desarrollo de conocimientos valorados por la cultura. (Maier, 2003, citado en Cueli et al, 2004).

CAPITULO II. La Familia

2.1 La familia en la historia.

Philippe Ariès es considerado como parteaguas en las investigaciones en torno a la infancia y la familia. En el orden cronológico, este autor divide el concepto *familia* en dos grandes momentos; la primera coincide con el final de la Edad Media en donde se encuentra a un sujeto inmerso en actividades colectivas y esencialmente comunitarias. Estos lazos tan estrechos encerraban al individuo y a la familia en un mundo que no era ni público ni privado. La comunidad donde yacía la familia constituía el medio familiar donde todo el mundo se conocía, produciendo una *cuasi-familia extensa*. El segundo momento histórico es en el siglo XIX donde la sociedad se ha convertido en una vasta sociedad anónima donde ya no se conocen los sujetos entre sí (Bel, 2000).

Ariès intentó describir cómo es que se dio la transformación de la familia colectiva a la familia nuclear, tal como se le conoce actualmente. Cabe señalar que los pasos expuestos a continuación no representan en absoluto una evolución lineal, sino formas de afianzamiento colectivo que se disolvieron gradualmente para convertirse en asuntos privados.

1. La búsqueda de cierto individualismo de costumbres, que separa a la persona de lo colectivo.
2. La creación de grupos de convivencia social más restringidos que permiten escapar al sujeto tanto de la multitud, como de la familia y de la soledad. Estos grupos no son tan amplios como la comunidad ni tan locales como la familia.
3. Por último, la reducción de la esfera de lo privado a la célula familiar, que se convierte en el principal ámbito, más no en el único, en donde se deposita la afectividad y se salvaguarda la intimidad.

El tránsito de los sistemas familiares de estructura compleja hacia el predominio de la familia de núcleo era considerado como un fenómeno inevitable asociado al proceso de modernización de las sociedades. Los procesos de urbanización e

industrialización tendían a promover el desplazamiento de los sistemas tipo familia extensa e impulsaban el predominio de la familia nuclear ya que las condiciones de vida urbano-industrial exigían el traspaso de ciertas funciones familiares a otras instituciones especializadas promoviendo la migración desembocando en la separación de la familia extensa convirtiéndose en familia nuclear (Gomes y Tuirán, 2001)

2.2 Concepto de familia.

El término familia tiene dos acepciones: una restringida la cual hace referencia al núcleo familiar elemental el cual comprende cualquiera de los siguientes conjuntos: a) pareja sin hijos; b) pareja con uno o más hijos solteros y c) el padre o la madre con uno o más hijos solteros. La segunda concepción de familia es una más amplia en donde el término designa al grupo de individuos vinculados entre si ya sea por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos que constituyen complejas redes de parentesco; la familia se extiende en círculos concéntricos de tenues graduaciones que se ensanchan a medida que las relaciones e intercambios familiares pierden intensidad (Durán, 1998 citado en Gomes y Turián, 2001).

Esta expresión más amplia no solo toma en cuenta a la *familia de residencia* (grupo de personas que conviven en una residencia en común), sino de también a la *familia de interacción* quienes son los parientes que viven en diferentes hogares y que se encuentran ligados por interacciones u obligaciones recíprocas (Lira, 1976, citado en Gomes y Turián, 2001).

Gimenez (2008, citado en Gomes y Turián, 2001) muestra una definición de la familia que según el diccionario Littré es un conjunto de personas de la misma sangre que viven bajo el mismo techo, particularmente padre, madre e hijos. Sin embargo, esta misma autora menciona que la expresión “de la misma sangre” es insuficiente, pues hay familias constituidas con hijos adoptivos, familias monoparentales o reconstituidas que sin duda son familia.

Este sistema muestra ciertas características que una familia debe reunir:

- Ofrecer seguridad, aceptación, afecto, comunicación, estabilidad y espacio para el desarrollo personal.
- Los padres deben estimular el crecimiento individual y el desarrollo de capacidades de los hijos.
- Los integrantes de la familia deben sentirse libres de expresar y transmitir sus sentimientos.

No siempre estas funciones se llevan a cabo, es entonces cuando quizá los problemas en la pareja comienzan a surgir y la estructura familiar se rompe produciendo una separación.

2.3 Tipos de familia.

La familia tradicional está formada por madre, padre e hijos, sin embargo las familias no siempre están compuestas por las mismas piezas, es necesario conocer las diferentes formas que toma la familia. Para ello se describirán los tipos de familia que existen, los cuales se dividen en dos grandes grupos: de acuerdo al número de elementos que la conforman y de acuerdo a la forma de constitución. A continuación se detalla la configuración de las familias de acuerdo a los elementos que la conforman:

2.3.1 Familia nuclear.

La familia nuclear es el modelo estereotipado de la familia tradicional, que implica la presencia del hombre y una mujer unidos en matrimonio, más los hijos que tengan en común, todos viviendo bajo el mismo techo. Unido a esto podemos entender que la pareja comparte un proyecto de vida, existen fuertes sentimientos de pertenencia, así como un compromiso personal con cada uno de los miembros.

2.3.2 Familia extensa.

Las familias extensas están constituidas por la troncal o múltiple, (la de los padres y la de los hijos en convivencia), más la colateral. La familia extensa desempeña un papel muy importante como red social de apoyo familiar. La convivencia con la familia de origen o parientes establece redes de alianza y apoyo principalmente para los padres que tienen jornadas de trabajo largas o para los hijos que inician una familia a corta edad, crisis laboral o económica, entre otras.

Las familias extensas pueden formarse también cuando las familias nucleares se separan o se divorcian. Los hijos de esos rompimientos buscan el apoyo de los abuelos, tíos u otros familiares para el restablecimiento y estabilización familiar.

A continuación se describe la configuración del tipo de familias conformadas de acuerdo a la forma de constitución, las cuales son:

2.3.3 Familias de padres divorciados.

No cabe duda que la empresa de formar un matrimonio, es una de las más difíciles, sobre todo si se piensa que se constituirá para que sea vigente y productiva durante toda la vida.

La realidad es que existen una infinidad de circunstancias o personas que pueden convertirse en enemigos del matrimonio si no se controla a tiempo. Estos pueden ser internos, es decir que provienen de la pareja como el feminismo o el machismo, los vicios, la infidelidad o el egoísmo, o bien externos que provienen de lo o los que rodean a la pareja estos pueden ser las costumbres de cada individuo, el trabajo, el dinero, las familias extensas, la forma de comunicarse, entre otras.

Sea cual sea la razón, por lo que la pareja decide terminar la relación, se esta frente a la separación. Es posible que la forma de la separación varíe, es decir, puede que ambos estén de acuerdo, o uno de los dos cónyuges haya decidido terminar la relación, estando o no de acuerdo la otra parte, o uno de los miembros haya decidido abandonar todo e irse, existen tantos tipos de separación como estilos de pareja.

En general existe un periodo de pre-ruptura, es cuando se percibe una manera diferente de comunicación, hay enfrentamientos, reproches, críticas entre la pareja, aparece el distanciamiento emocional, en determinado momento uno de los integrantes a ambos toman conciencia del conflicto, y llega el momento de reestructurar la relación, o producirse la ruptura. Si se da la segunda, es posible que uno de los individuos abandone la casa que compartía con la familia. Luego cada uno de los integrantes de la familia tendrá que reestructurar las nuevas actividades familiares, llegar a acuerdos, entre muchos otros.

Comienza una etapa difícil, para los miembros de la relación, además de los hijos, se vuelve necesario prepararse para la nueva organización familiar. Ambos padres necesitan un alto nivel de elaboración y reflexión para continuar con las obligaciones que deben llevar a cabo como padres.

Por otra parte la separación de los padres también puede ser por la muerte de alguno de los progenitores ya sea por enfermedad o a causa de un accidente. La forma en que los miembros de la familia sienten y superan esta pérdida depende de varios factores: la edad, el grado de desarrollo, madurez, comunicación, entre otras.

2.3.4 Familias reconstituidas.

Con regularidad, tras la separación o el divorcio, los progenitores vuelven a formar pareja con otros para iniciar una nueva convivencia, con el vínculo matrimonial o no. En estas familias, en la que al menos un miembro de la pareja proviene de una unión anterior, reciben el nombre de reconstituidas, y llegan a formar una familia nuclear.

2.3.5 Familias monoparentales.

Existen diferentes tipos de familias monoparentales una de ellas es cuando un matrimonio decide separarse o divorciarse, el progenitor que decide hacerse cargo de los hijos en común, haciendo de la familia madre/padre-hijos.

Una segunda forma de familia monoparental es aquella en la cual un miembro de la pareja ha muerto. Uno de los padres queda con la custodia y el cuidado de los hijos.

Por último existen familias monoparentales como padres o madres solteros, situaciones en las que uno de los progenitores decide no hacerse cargo del infante, la madre decide no permanecer con el padre del menor, escasos recursos económicos, entre otras posibilidades.

2.3.6 Familias adoptivas.

La adopción consiste en asumir con carácter permanente todos los derechos legales y la responsabilidad sobre un niño que no es propio desde el punto de vista biológico. (Chedekel, y O'Connell, 2002). Por lo general, el proceso de adopción es largo y requiere la colaboración y evaluación de los posibles padres adoptivos, así como del o los padres biológicos que se preparan para entregar a su descendencia.

2.3.7 Familias de padres homosexuales.

El gobierno aprobó que se reconocen como legítimas las uniones entre homosexuales que antes estaban reservadas exclusivamente a los heterosexuales que contraen matrimonio.

En otro sentido, existe un cierto número de matrimonios tradicionales, presumiblemente heterosexuales en donde uno o ambos cónyuges son homosexuales o bisexuales. Con frecuencia estos matrimonios persisten con el propósito de mantener una fachada aceptada socialmente, o el cónyuge heterosexual no conoce las inclinaciones homosexuales de su pareja, o simplemente uno de los individuos ha tardado un tiempo para encontrar a otra persona que despierte sentimientos que hasta ese momento le eran inciertos.

Aunque los adultos pueden asumir alguna de estas situaciones, se vuelve más compleja cuando hay niños implicados. De acuerdo a esta situación claramente esta la importancia de explicar a los niños, los motivos del divorcio y recibir orientación psicológica para afrontar dicha situación.

Desde hace muchos siglos la familia es el pilar fundamental de la sociedad, dicho concepto se ha sometido a cambios socio-históricos provocando transformaciones, dicho de otra manera, la familia ha evolucionado a través de los años, en un inicio

bajo el régimen patriarcal, la reducción de hijos en la actualidad, familias reconstituidas, monoparentales, siendo la combinación de estas muy variada. Es necesario tomar en cuenta que el surgimiento de esta nueva forma de constitución familiar es un evento generalizado a escala mundial, y no se reduce a ningún contexto social determinado.

De esta manera, las formas y expresiones respecto a la tipología familiar permiten conocer diversos contextos en que se expresa el desarrollo humano. Las relaciones establecidas entre los miembros con cualquier tipo de familia en una atmosfera de aceptación incondicional, apoyo, permiten la integración y funcionalidad de los seres humanos.

Sin embargo, algunas familias no logran llevar a cabo el proceso de ruptura ecuánimemente, siendo este producto de violencia, falta de comunicación, ausencia, etc., ocasionando en los hijos diferentes problemáticas, que a continuación se expondrán.

2.4 Repercusiones de la separación de los padres.

Las personas que conocen y tienen relación con un niño, saben lo que es un berrinche, un pleito por el mismo juguete, alguna travesura, o un día no tan bueno donde el pequeño no quiere hacer nada. Todas estas conductas, son parte del proceso del desarrollo de los seres humanos. Son intentos por descubrir y probar territorio, medir fuerzas, persuadir; sin embargo cuando los malos momentos se repiten y coinciden con un ambiente familiar tenso y conflictivo, los berrinches o los retos se convierten en signos de una posible enfermedad.

Un signo es una manifestación de algo, en el caso de la separación de padres, una conducta o una actitud que empieza aislada ya no se debe solamente a un proceso de crecimiento sino a la reacción ante una serie de problemas y discusiones entre los padres.

Entre los signos que pueden delatar son las regresiones, la rebeldía, las alteraciones del sueño, la tensión, el bajo rendimiento escolar, las conductas inadecuadas y comportamientos agresivos, entre muchos otros. (Borbolla, 2002).

2.4.1 Regresiones.

Son conductas que corresponden a niños de menor edad, es decir, un niño que ya iba al baño sin problemas, vuelve a mojar la cama, o se vuelve a chupar el dedo o hacerlo con más frecuencia, berrinches o rabietas constantes.

2.4.2 Rebeldía

Una especie de irritabilidad y oposición constante, que tiene su raíz en la impotencia ante lo que pasa en su casa y el no tener claro lo que va a suceder con su propia persona.

2.4.3 Alteraciones de sueño.

Se pueden presentar como pesadillas, bruxismo o inspecciones nocturnas a cama de los papás o de uno de ellos como una forma de verificar que todavía siguen ahí, que no han sido abandonados.

2.4.4 Tensión.

Se puede reflejar por medio de tics nerviosos, compulsión para comer o falta de apetito, morderse las uñas, lápices o puños de los suéteres. La tensión constante puede generar dolores de cabeza o de estómago, entre otros.

2.4.5 Bajo rendimiento escolar

El desempeño en las calificaciones y su conducta eran estables, lo cual permite realizar una comparación con la situación actual.

2.4.6 Comportamientos agresivos

Los niños pueden golpear, contestar, gritar, hacer berrinches, etc., a pares, a cuidadores o a ellos mismos.

2.4.7 Tristeza.

Según Borbolla (2002) es el primer sentimiento que surge cuando el niño se percata de un enfrentamiento o alejamiento entre las dos personas que más quiere en su vida y de las cuales depende.

Se puede manifestar de muchas maneras como cuando el niño se queda callado o pensativo por momentos, llora ante cualquier situación, pierde el interés en sus actividades, prefiere aislarse o estar en la computadora o televisión.

2.4.8 Miedo.

Pueden sentir esta sensación al encontrarse solos en alguna habitación, a la oscuridad, a dormir solos, al sentir desamparo o abandono, miedo a la posibilidad de traicionar o perder el cariño de alguno de los padres, entre otros.

2.4.9 Soledad.

Es una sensación de estar solo con el problema, el niño siente que nadie puede entender lo que le pasa. Existen casos de niños que no quieren que nadie conozca su situación familiar por miedo a ser rechazados.

2.4.10 Negación.

Este proceso es que simplemente “no pasa nada”, muchos padres interpretan la negación como ausencia de problemas, es decir, que el pequeño no está siendo afectado por los conflictos matrimoniales; sin embargo, es más peligrosa esta actitud que el hecho de rebelarse o entristecerse, porque el primer caso viene después con el enfrentamiento de la realidad.

2.4.11 Culpa.

Cuando los niños no encuentran una explicación clara y suficiente para ellos sobre la causa de los problemas o separación de los padres, entonces sacan sus propias conclusiones y muchas veces son que los papás pelean por culpa de ellos, cualquier

situación como bajas calificaciones, alguna pelea con un hermano, la comida que no terminaron, etc., son considerados como causales definitivos.

2.4.12 Minusvalía.

Es cuando los niños se sienten inferiores o menos valiosos. Este sentimiento se origina cuando el niño, al sentirse responsable de lo que ocurre, se habla a si mismo con una serie de reproches y pensamientos negativos. La drástica devaluación es comprobada por el niño cuando realiza su mayor esfuerzo por reconciliar a sus padres y no logra ningún avance.

En el caso del divorcio o ausencia de uno a ambos padres, es importante que se reconozca y se acepten las repercusiones que se deben a la relación conflictiva de los padres, si no se hace algo a tiempo el origen del problema y la enfermedad se instala como forma de vida, se contagia a todos, de tal manera que la familia se acomoda a esta situación.

La causa del malestar no debe atribuirse a la separación de los padres sino a las circunstancias en que vive el niño tras dicha separación. No es tanto la separación como las repercusiones que de ella resulta lo que puede influir negativamente sobre las necesidades fundamentales del niño. Cuando alguno de los padres no vive con el niño, pero sigue estando disponible y siendo una persona de referencia importante, este, es muy probable que no sienta abandonado.

CAPITULO III. Terapia de juego centrada en el niño.

Jugar es una práctica distintiva de la infancia, sin embargo ésta acompaña a la persona a lo largo de toda su vida y no es exclusiva de los seres humanos ya que también se puede observar en animales jóvenes de diversas especies, quienes según los estudiosos de la conducta animal, practican diversas actividades triviales, las cuales no son imprescindibles para la supervivencia. Las funciones lúdicas operan en el mundo de la fantasía el cual está estrechamente relacionado con la cotidianidad y dada la inmadurez infantil éste es el medio predilecto por el cual el infante expresa sus deseos y pensamientos, he aquí la importancia para la estimulación y motivación de esta actividad.

A continuación se presentarán los antecedentes de la terapia de juego, sus características, tipos, herramientas y usos; se profundizará en la modalidad *no directiva* la cual se estudiará con mayor detalle.

3.1 ¿Qué es el juego?

Según el diccionario de psicología (1996) juego es “ejercicio de cualquiera de la formas típicas de conducta de una especie determinada sin referencia específica a las necesidades orgánicas” es decir, practican actividades lúdicas sin ninguna relevancia biológica, no necesitan de ellas para subsistir. De igual manera caracteriza el juego en animales jóvenes y también se manifiesta en adultos como medio de recreo, por ejemplo, la caza como deporte.

Las tres funciones que han configurado los juegos según el Ministerio de Educación y Ciencia Español (2006) son: entretenimiento, rito – fiesta y trabajo; el *entretenimiento* es la vía que se abre para al juego debido a diversos factores como el aprendizaje y el tiempo compartido con el grupo en presencia de la ausencia del trabajo. El *rito – fiesta* ha configurado y estructurado juegos por su significación como acción colectiva pautado normativamente y por su carácter festivo. El *trabajo* ha sido otra vía que se ha transformado en juego debido al perfeccionamiento de una actividad laboral que se mide en comparación con otros.

De esta manera es como han nacido los juegos y siempre ligados a otros aspectos configuradores como lo es el aprendizaje la cual es la fuente principal de las actividades lúdicas.

3.2 Concepto de juego terapéutico.

La palabra juego abarca un sin fin de acciones y actividades y se puede describir de distintas maneras ya que abarca más de una dimensión; todo lo que acontece o existe forma parte del mundo del juego, es decir, todo puede ser representado; la mayoría de las actividades realizadas en este marco son producto de la imaginación y en este plano se puede conseguir todo lo que se desee.

Frecuentemente el juego se asocia como exclusivo de los niños, pero existen actividades que se han transformado para que los adultos también puedan jugar. Sin embargo la esencia del juego y su significado adquiere mayor valor en la etapa de la infancia, puesto que el juego cumple con una serie de funciones que permiten al niño relacionarse con el mundo exterior, desarrollar habilidades, resolver conflictos, entre otras.

A continuación se presentan algunos de los conceptos más comunes con los cuales se define la palabra juego terapéutico:

Según Groos (citado en Dorsh, 1991) el juego es una actividad que no es exclusiva del hombre ya que los animales también la llevan a cabo tanto para el ejercicio como para descansar de otras actividades y descargar tensiones. Esta actividad va siempre unida a la sensación de placer y tiene su objetivo en sí mismo.

Kratz (1991) define el juego como una actividad espontánea que le permite al niño explotar, conocer y vincularse con el mundo, apoderándose de éste y modificarlo mediante la acción. Este autor propone el uso del cuerpo como instrumento mediador entre el juego y el aprendizaje además de que el contacto con los objetos exteriores, le permite al niño conocer, explorar y aprender acerca de las cosas que lo rodean.

Wallon en 1980 considera el juego como una actividad propia del niño, la cual no necesariamente es una diversión, pues dependiendo de la edad, este adquiere otro

tipo de funciones, permitiéndole una mejor adaptación a su medio, conjuntamente, aprende y asimila todo lo que está a su alrededor.

Winnicott (1971) menciona que la capacidad de jugar en el niño es similar a la concentración en el adulto y que cuando no se establece el juego, el terapeuta debe conducir al niño a esa facultad. Este autor menciona que las actividades lúdicas son universales e indicadores de buena salud, pues impulsan el crecimiento al tiempo que orientan a las buenas relaciones de grupo.

Oaklander (1978, citado en West, 2000) menciona que el juego es la manera en que los niños someten a prueba su mundo y aprenden sobre él, por lo tanto, el juego es esencial para un desarrollo saludable. De igual forma el juego sirve como un lenguaje simbólico ya que por medio de este los niños experimentan mucho de lo que aún no pueden expresar mediante el lenguaje.

Afín a estas ideas Isaacs (1948) Axline (1969), Gavshon (1969), Bray, (1986) (citados en West, 2000) afirman que por medio del juego los niños pueden expresarse libremente y manifestar pensamientos, emociones y problemas ya que el juego significa para los niños lo que el lenguaje es para los adultos.

Garvey (1983) planteo las siguientes características del juego, no solo en materia terapéutica, sino en toda la dimensión de la palabra:

1. El juego es placentero y divertido.
2. Las motivaciones de las actividades lúdicas son intrínsecas; no existen otros objetivos.
3. El juego es espontáneo y voluntario.
4. Involucra participación activa por parte del jugador.
5. El juego guarda ciertas conexiones sistemáticas con lo que no es juego.

Como se puede observar la mayoría de los conceptos sobre el juego implican diversión y exploración, es a partir de ellos donde se produce un aprendizaje y el conocimiento del mundo.

3.3 Tipos de juego.

Piaget (1981) clasifica el juego de acuerdo a las etapas de desarrollo propuestas por él y la cuales son: Juego Sensoriomotor, juego simbólico y juego reglado.

3.3.1 Juego Sensoriomotor.

Acontece en el primer año de vida del niño. En este período se ejercitan mecanismo y funciones que desarrollan su inteligencia. Las principales actividades son las sensoriales y motrices; es característica se esta edad la ausencia de representaciones simbólicas y de razonamiento.

3.3.2 Juego simbólico.

Este tipo de juego implica la presentación de un objeto, evento o situación, un elemento imaginado y la representación de ambos por medio de los juguetes, los cuales le sirven como medios para representar sus vivencias, superar conflictos y asimilar experiencias. Esta etapa sucede entre los dos o tres años hasta los cinco o seis. (Navarro, 2002).

3.3.3 Juegos con reglas

Aparecen a partir de los siete años. En este tipo de juego el niño aprende a cooperar con otros, planificar acciones y a saber que existen efectos al no respetarse alguna regla de la actividad lúdica.

3.4 Funciones del juego.

Canda (2001) menciona que el juego facilita la inserción de los niños en el marco social, el cual, a su vez, condiciona y moldea notablemente las características de aquel, así, el juego es fundamental para el desarrollo del niño, pues en el campo de acción en el que este se erige el protagonista absoluto. Además el niño se mantiene diferenciado de las exigencias y limitaciones de la realidad externa; posibilita la

exploración del mundo de los adultos al margen de estos; es el lugar idóneo para la interacción con sus pares y es fuente del funcionamiento autónomo.

Navarro (2002) explica que el juego involucra aspectos que favorecen el sano desarrollo de aspectos tanto biológicos, como sociales y psicológicos en el infante.

A continuación describiremos los beneficios en cada condición:

Biológico: Piaget (1981) es parte fundamental al hablar de este ámbito, pues menciona que durante los primeros días de vida acontece el juego sensoriomotor el cual tiene como meta convertir las sensaciones a conocimientos, ya que es mediante el juego que se establece contacto con el medio ambiente pasando dichas cogniciones al cerebro, traduciéndolas así en experiencias.

Psicológica: esta esfera abarca aspectos cognitivos, afectivos, y emocionales del infante. Martínez (1998) explica que el juego brinda una salud mental integral al niño dado que facilita satisfacción al permitir expresar y asimilar situaciones difíciles y dolorosas; permite el control y disminución de la ansiedad; desarrollo de la imaginación, creatividad, memoria, atención, participación, motivación, socialización, autorregulación, así como discriminar entre fantasía y realidad.

Shaefer y O'connor (2000, citado en Navarro, 2002) afirman que el juego constituye una herramienta que contribuye a la salud mental al ser ésta la principal activada del niño, además de que brinda la oportunidad de canalizar sus sentimientos y energía en el juego.

Social: Jardon (1997, citado en Navarro, 2002) menciona que el juego favorece la comunicación y el intercambio al tiempo que ayuda al niño a relacionarse con los demás y así poder expresar sus ideas, emociones y experiencias. Las actividades lúdicas sirven como ensayo en la integración y adaptación social; los infantes juegan a ser adultos, es lo que Piaget (1981) denomina *juego simbólico*, el cual consiste en hacer "como si", es decir, proyectan las acciones a objetos atribuyendo sus propias conductas.

West (2000) sugiere que el juego brinda oportunidades de crecimiento físico, emocional, cognoscitivo y social, el cual frecuentemente es placentero, espontáneo y creativo. Tiene la oportunidad de reducir eventos atemorizantes y traumáticos y permite la descarga de ansiedad y tensión estimulando la relajación, diversión y el placer además capacita al niño para expresar de agresión y sentimientos ocultos, siendo un puente entre la fantasía y la realidad.

De acuerdo con estos autores el juego ofrece una amplia gama de beneficios en el niño. El juego en sí es benéfico, aún más el juego terapéutico por medio del cual el menor puede resolver sus conflictos.

Para poder brindar este apoyo es necesario conocer el desarrollo del estudio de la terapia de juego centrada en el niño, conociendo desde sus bases, en las cuales los infantes apenas figuraban, por lo que se expondrán los principales sucesos antes de construir dicha terapia.

3.5 Enfoque de la terapia centrada en el cliente.

Entre las décadas de 1930 y 1940 Carl Rogers buscó una opción al enfoque mecanicista de la terapia conductual y al reduccionismo de la patología por parte del psicoanálisis dando paso al surgimiento del humanismo. Este autor se vio atraído por la idea de que proporcionando un ambiente nutriente, las personas se sobrepondrían de sus conflictos internos, por lo que desarrolló la escuela a la que se conoció originalmente como *terapia no directiva centrada en el cliente*, ahora conocida como *terapia centrada en la persona*. Rogers (Thompson y Rudolf, 1988 citado por West, 2000).

Este enfoque no maneja el término paciente debido que éste sugiere que quien busca ayuda psicoterapéutica se encuentra enfermo. Las raíces de esta palabra provienen del latín *patiens* denotando una relación asimétrica en donde el enfermo se somete a un experto quien lo pondrá bajo tratamiento para así aliviar su malestar y curarlo. Sin embargo el humanismo usa el término *cliente* pues el solicitante es una persona activa que está en la búsqueda de una solución a su problema. Dentro de la relación terapéutica, cliente y psicoterapeuta tienen por lo tanto el mismo estatus, de

modo que el cliente es totalmente libre para dirigir por medio de la psicoterapia su propio camino de desarrollo personal.

Este enfoque tiene como idea central la afirmación de que cada individuo tiene la capacidad de lograr la realización máxima de su potencial; ve a los seres humanos como racionales, socializados, realistas y que siempre se dirigen hacia el progreso, además de poseer el impulso innato hacia el crecimiento y la autorrealización, lo cual se puede lograr brindando un clima positivo y de confianza.

Según Rogers existen algunas características que debe poseer el terapeuta, las cuales a la vez, establecen las actitudes base que facilitan el proceso terapéutico, estas son las siguientes:

- *Empatía*: esta habla acerca de transmitir al cliente una sensación de ser comprendido. El terapeuta empático proyecta una especie de sensibilidad a las necesidades, sentimientos y circunstancias del cliente, este último debe llegar a saber que el terapeuta está haciendo un esfuerzo por entenderlo de la mejor forma correcta, cuando el paciente se ha dado cuenta de ello, se han sentado las bases para el establecimiento de una relación terapéutica. Cuando la empatía está presente el terapeuta puede verbalizar sentimientos que el cliente no ha logrado expresar de tal manera que estas emociones no reconocidas pueden ser simbolizadas.

- *Respeto positivo incondicional*: en este enfoque no debe haber condiciones, la aceptación se da sin cláusulas ocultas o renunciadas sutiles. El terapeuta debe dejar de lado todas las ideas preconcebidas y ser capaz de interesarse por el cliente, ser aceptante y transmitir que ahí hay alguien que tiene confianza en su capacidad y fuerza para lograr ese potencial interior.

- *Congruencia o autenticidad*: el terapeuta debe expresar los comportamientos, sentimientos o actitudes que el cliente estimula en él, con la finalidad de que el solicitante pueda ver el interior de su experiencia, en lugar de ver solo una fachada o máscara que oculta a la persona real del terapeuta. El especialista busca volverse no directivo renunciando así a cualquier procedimiento que lo señale como un experto que diagnosticará los padecimientos del cliente y recomendará las medidas

apropiadas para su alivio. El terapeuta sigue siendo un experto, sin embargo, se comunica también como ser humano al servicio del cliente sufriente.

Otras aportaciones relevantes en este enfoque son las siguientes.

- *Autoaceptación*: quererse y aceptarse a sí mismo, lo cual ayuda a quitar culpas por no cumplir con las exigencias de los demás.

- *Énfasis en la propia existencia*: destacando la importancia en los propios recursos y no en la evaluación de los demás.

- La importancia de *vivenciar los sentimientos*, es decir, abrirse a las experiencias, reconocer emociones y no limitarlas.

El psicoanálisis habla de los términos *sí mismo ideal* y *sí mismo real*, específicamente la teoría de Karen Horney, sin embargo Rogers también empleo estos términos, pues observó que muchas personas experimentaban discrepancia entre ambos, según este autor, el sí mismo real contiene cualidades verdaderas o auténticas de la persona, incluida la tendencia a la realización, en cambio el sí mismo ideal incluye las exigencias del medio, las cuales si no son cumplidas, el sujeto se muestra ansioso produciendo perturbación, por lo que este autor utilizó el término *incongruencia* para describir la experiencia de conflicto entre el sí mismo ideal y el sí mismo real (Cloninger, 2003).

Estos métodos implican la total aceptación y correspondencia de lo que el cliente dice, hace y siente. Cuando los clientes se sienten mejor respecto a ellos mismos, se vuelven más capaces de tolerar la ansiedad asociada con el reconocimiento de las debilidades y limitaciones personales, lo ideal sería que el cliente vea que es aceptable y saludable ser honesto al confrontar las propias experiencias, aún si dichas experiencias tienen implicaciones poco favorables.

Esta terapia no ve a las personas como destructivas, sino como investidas por una fuerza constructiva que se extiende hacia la salud y la autorrealización, el cliente logrará un mayor desarrollo de las características sanas de la gente autorealizada

por ejemplo: la apertura a la experiencia, la autoaceptación y confianza. (Rogers, 1961, citado en Cloninger, 2003).

3.6 Terapia directiva y no directiva.

En psicoterapia se ha hecho una clasificación entre terapia directiva y no directiva en la primera los métodos colocan al terapeuta en un papel superior, dominante, directivo y disciplinario al del solicitante, las metas son dadas por él, imponiéndose al paciente. Lucio (1990) menciona que bajo estas circunstancias se interfieren las capacidades potenciales de crecimiento, asertividad e independencia. El objetivo de la terapia directiva es enseñar a la gente nuevas formas y más satisfactorias de comportarse.

En contraposición la terapia no directiva no hace sugerencias de la manera en como se siente el cliente, o de cómo podrían manejar una situación difícil, él es solo un acompañante en su proceso de autorrealización. El principio en la terapia no directiva es que el cliente o paciente es el único responsable de su propio destino, en que tiene derecho de escoger la solución de sus propios problemas independientemente de la elección del terapeuta.

Esta terapia está asociada con el nombre de Carl Rogers cuyo supuesto es que el cliente posee potencialidades inherentes para crecer, las cuales solo necesitan ser liberadas por el terapeuta. El término no directivo indica que el énfasis del proceso terapéutico se centra en el cliente y no en el terapeuta, el papel de este consiste en acompañar y guiar al cliente en su proceso de crecimiento ayudándole a conectar con todo su potencial creativo. Por el contrario el término terapia directiva, se refiere a que el terapeuta es activo, orienta al paciente y dirige el proceso con base en las metas de este último, las cuales son previamente definidas. Este autor enfatizó el respeto del terapeuta hacia el cliente y en la autonomía de este último. Algunas de las aportaciones más significativas de esta propuesta son:

Las fases de la terapia centrada en la persona o también llamada terapia no directiva son cuatro (Jiménez, 2004):

A. Descarga

1. El cliente expresa sus actitudes, sentimientos y problemas. Solo por el hecho de “dejarlo hablar” ya se produce una relajación de su tensión emocional.
2. Expresa actitudes y reacciones pasadas creando conciencia de aspectos que antes no reconocía o negaba de él.
3. Admite más clara y conscientemente sus motivos aceptándose a si mismo de una manera más completa.

B. Autocomprensión

4. Durante el proceso de autoaceptación incluirá una aceptación más consciente y clara de sí mismo la cual puede o no ser expresada por el sujeto en forma verbal.

C. Decisión

5. Teniendo una idea más clara de sí mismo, escogerá por iniciativa propia y bajo su responsabilidad, soluciones, nuevos objetivos u otras conductas que le sean más satisfactorios de los que poseía antes.
6. Preferirá comportarse de diferente manera con el objetivo de alcanzar esos fines produciendo que su nueva conducta se oriente hacia una mayor madurez y crecimiento psicológico.

D. Acción

7. A partir de este punto el comportamiento del cliente será más armónico con las necesidades sociales de los demás, más espontaneo y con menos tensión. Se espera que ponga en práctica la solución elegida por él de una manera más adaptada a la realidad.

Rogers también describe seis condiciones necesarias y suficientes para que ocurra el cambio de personalidad, son los siguientes:

1. La existencia de dos personas en contacto psicológico.

2. La primera, que es el cliente, se encuentra en un estado de incongruencia, estando vulnerable y ansioso.
3. La segunda, que es el terapeuta es congruente o esta integrado en la relación interpersonal.
4. La experiencia del terapeuta es un respeto incondicional del cliente.
5. La experiencia del terapeuta es una comprensión empática del marco de referencia del cliente y esforzarse para comunicar esta experiencia al cliente.
6. Comunicarle al cliente el entendimiento empático y el respeto positivo incondicional son los requisitos mínimos de la terapia.

De acuerdo a todos estos elementos la terapia centrada en el cliente se hace posible, logrando cambios significativos en la persona.

3.7 Antecedentes de la terapia de juego.

La génesis de las actividades lúdicas se remonta a los hombres primitivos y sociedades antiguas donde se realizaban ceremonias para festejar situaciones excepcionales de los miembros de la comunidad, por ejemplo ritos de iniciación, diversas formas de culto, inicio de alguna época el año, fenómenos atmosféricos, etc. El juego se encuentra ampliamente asociado con los acontecimientos externos, los cuales eran desencadenadores de diferentes estados de ánimo de los integrantes de la comunidad lo cual era motivo de celebración pues el estar contento o triste era causa de festividad; estas actividades son consideradas como las más próximas al juego, de forma que es aquí donde se establece el origen social del juego.

Estas fiestas y celebraciones hacían que las personas se sintieran felices y sin preocupaciones; jugaban libremente, sin embargo a medida que las civilizaciones de fueron asentando, los juegos y otras actividades como la caza y el cultivo se fueron regularizando. Se inventaron herramientas que les facilitaran dichas prácticas; los niños jugaban a ser mayores y los adultos les proporcionaban réplicas de herramientas en miniatura adaptadas al reducido tamaño de sus miembros (Martínez, 1998).

3.8 Surgimiento y desarrollo del enfoque.

El siguiente conjunto de teorías han sido consideradas como las primeras que han intentado comprender el sentido del juego; en un inicio el juego es abordado por filósofos, posteriormente estos conocimientos se trasladan a estudiosos de la evolución y la cultura.

Las primeras aproximaciones que intentan comprender el sentido del juego comparten ciertas características (Martínez, 1998)

- 1) Las conductas que se han mantenido e inclusive las nuevas, tienen un carácter adaptativo, de lo contrario desaparecerían.
- 2) Tienen una concepción utilitaria del juego.
- 3) Se concibe al juego en un carácter general sin entrar en detalles o tipos de juego.

En conocimiento más antiguo del que se tiene registro es del filósofo Platón quien con su teoría metafísica relaciona el juego y el arte, es decir, el juego y el placer el cual es enfocado al conocimiento surgiendo así el arte, de modo que la poesía y la pintura, como imitación de la realidad, están elaboradas a modo de juego. Este autor define al juego y la actividad física como fuente de placer ya que educa el conocimiento del hombre (Navarro, 2002).

El filósofo Schiller (1973, citado en Navarro, 2002) con su teoría del recreo plantea que en el juego no se tratan de satisfacer necesidades naturales, que éste es contrario al trabajo, ya que está orientado hacia el ocio; tiene como finalidad el recreo y su elemento intrínseco el placer. A este autor se le atribuye la frase: “el hombre solo es plenamente hombre cuando juega”.

A partir del siglo pasado las propuestas psicológicas del juego infantil abandonan su carácter filosófico adoptando principios de la biología y antropología, surgiendo autores como Spencer, Lazarus, Gross y Sully, a continuación se expondrá brevemente las ideas de cada uno de ellos (Martínez, 1998):

- *Energía sobrante*: Basada en las ideas expuestas por Shiller quien suponía que el juego derivaba de una “libertad de acción”. Spencer en 1855 expone que cuando se rebosa de energía se juega y cuando se carece de ella se trabaja. Por lo que una vez superadas las necesidades de supervivencia, la energía sobrante queda dispuesta a necesidades superfluas, como por ejemplo, al juego, el cual proporciona equilibrio interno, es característico de la infancia y requiere de momentos de ocio en donde no existe presión.
- *Relajación*: Lazarus en 1883 postuló esta teoría la cual es contraria a las ideas de Spencer, pues en ésta el juego funge como método para recuperar energía en un momento de déficit. Explica que las tareas relativamente nuevas aportan cansancio e inhibición, en cambio, el juego es contrario a la inhibición y nunca contiene elementos nuevos. Por lo que este autor considera que el equilibrio se logra por la recuperación de energía que el juego permite.
- *Teoría del trabajo*: Wundt (1887) sostiene que el juego siempre le precedió al trabajo. Por medio del trabajo el niño aprende a emplear sus fuerzas para que en su etapa de adulto sepa aplicarlas al trabajo. Menciona que el juego no es solo un preparador para el rendimiento en la vida adulta, de acuerdo con la cultura el juego es justificado como compensador de otras actividades (Navarro, 2002).
- *Pre ejercicio*: o también llamada de la autoeducación, el representante de esta teoría es Groos quien expone que el juego consiste en una práctica de habilidades que serán necesarias en la vida adulta. Expone que los seres vivos nacen en un estadio de desarrollo insuficiente para procurarse una vida independiente, por lo que en los primeros años de su vida realizan dos grandes tipos de actividad: una dirigida a cubrir las necesidades primarias y la segunda encaminada a la madurez de los órganos y adquisición de actividades mediante la práctica, para lo cual se requiere que dichas actividades se lleven a cabo en situaciones protegidas y bajo la supervisión de los adultos.

- *Recapitulación:* Stanley Hall es uno de los pioneros en la investigación del comportamiento infantil y representó la infancia como un eslabón en el *continuum* que va del animal hasta el hombre adulto quien se supone es la especie más evolucionada. En 1904 creó esta teoría según la cual cada individuo recibe hereditariamente todas las fases por las que ha pasado la evolución hasta llegar a su especie, según este autor en las diferentes etapas de la vida se recapitula, es decir, se reproducen ordenadamente las fases previas de la historia de la evolución de las especies.
- *Teoría catártica o del ejercicio complementario:* el autor de esta hipótesis es Carrs quien en 1925 postuló que los impulsos que pueden ser nocivos encuentran en el juego una expulsión liberadora, pues en la irrealidad del juego encuentra un espacio realizador (Navarro, 2002)

Como se observa, las anteriores teorías siguen un esquema biológico, el primer autor que trata este tema desde un punto de vista psicológico es Sully, éste autor se interesó por las reacciones que acompañan a las actividades de los niños, por ejemplo: la risa, la cual considera una reacción que se encuentra frecuentemente en el juego pues informa de alguna actitud, al igual que es una manifestación de un estado de ánimo. Este autor sostiene que cuando se juega la realidad se simula; la propuesta de Sully resalta no solo la actividad de representación durante el juego, sino también los diferentes tipos de juego y la emoción que esta actividad asocia (cuya señal es el signo y el entusiasmo). De modo que el acto del juego pasa a segundo término siendo más importante la actitud (Martínez, 1998).

Miro y Mitjavila (1994, citados por Navarro, 2002) dan a conocer a Hermine-Hellmuth como la primer analista infantil quien en 1920 trataba a sus pequeños pacientes con técnicas freudianas y por medio de actividades lúdicas las cuales eran parte básica de sus procedimientos terapéuticos y las usaba como vía de comunicación con los menores. La investigadora suponía que si ella se involucraba en las actividades y en los juegos del infante podía facilitar el proceso terapéutico. Esta autora resaltó la importancia de la función educadora para con los padres del terapeuta infantil, pues consideraba primordial ofrecerles orientación psicológica a los cuidadores del infante.

Anna Freud (1928, citado en Schaefer, 1999) comenzó a utilizar estas técnicas lúdicas para acercarse a los niños y ganar su confianza. Esta autora afirmaba que a medida que el trabajo terapéutico avanzaba satisfactoriamente las interacciones de tipo verbal aumentarían supliendo así el juego. Pocos años después la analista Melanie Klein propone el juego como el medio natural por el cual los niños se expresan de modo que éste cobra mayor importancia que las verbalizaciones. En la propuesta de Klein la función del terapeuta era hacer interpretaciones directas de la conducta del niño con el objetivo de adaptarlo a la realidad, disminuir dificultades educativas y ser más tolerante a las frustraciones.

Melanie Klein y Anna Freud se basaron en los principios psicoanalíticos de las técnicas que utilizaba Sigmund Freud mayormente con adultos, sin embargo estas autoras se dieron cuenta de que mientras los adultos utilizaban el lenguaje para la asociación libre y así contar sus problemas, el juego cumplía una función semejante en los niños, es decir, por medio del juego expresaban sus emociones, pensamientos y por lo tanto sus problemas. West (2000) menciona que el trabajar con psicoanálisis freudiano se rastrea el problema hasta el trauma en la edad temprana, se redirecciona y se analiza la transferencia, contratransferencia y se realizan interpretaciones.

La terapia de juego centrada en el niño está influida por diversos autores tales como Alfred Adler quien en su psicología individual es de los primeros en mencionar la importancia de la familia del niño así como el contexto social. Rank (1936) destacó la importancia de la relación terapéutica y consideraba que no es necesario entrar de manera activa en el pasado a menos que el niño indicara que es lo apropiado, de modo que el aspecto más relevante en las sesiones terapéuticas se encontraba en las emociones y sentimientos del niño en el presente.

Es así como la terapia de juego centrada en el niño retoma y crea nuevos conceptos a partir de diferentes autores, haciendo de su camino único en el tratamiento de los infantes.

3.9 Acerca del terapeuta infantil.

La actuación del terapeuta, a través de la terapia no-directiva, no es pasiva, sino todo lo contrario, requiere de toda su atención y sensibilidad y, más aún de una excelente apreciación de lo que el niño está haciendo o diciendo, para esto es necesario el entendimiento y genuino interés en el niño. El terapeuta debe ser permisivo y accesible en todo momento. El terapeuta realza la importancia del individuo como un ser eficiente y digno de confianza a quien se le puede encomendar la responsabilidad de su persona; por consecuencia el terapeuta respeta al niño. Lo trata con sencillez y honestidad, su postura es recta y tranquila su presencia. (Axline, 2005).

El terapeuta no dirige al niño apurándolo o ya impacientemente realizando cosas rápidamente por él, que implican una falta de confianza en la capacidad del niño para valerse por sí mismo.

Posee una bondadosa paciencia y sentido del humor que relaja al niño, lo tranquiliza, y lo alienta a compartir con él su mundo interior. El terapeuta debe gustar de los niños y conocerlos a fondo, la edad y la apariencia física no parecen tener importancia, así como tampoco el sexo del terapeuta. Lo más importante parece ser la actitud hacia el niño y la terapia en la mente del terapeuta.

El terapeuta debe comprender la importancia de lo que en realidad significa ser aceptado por otra persona, y valore en su plenitud lo que esto significa, estará en posibilidad de ser permisivo para que el niño pueda ser él mismo, expresarse plenamente, y el terapeuta pueda aceptarlo sin impedimentos.

Un terapeuta inseguro o tenso origina una relación tensa o insegura entre él y el niño. Es necesario que desee con sinceridad ayudar al niño. Debe ser un adulto amigable, digno de confianza que aporte algo más que su presencia y un lápiz y papel en el cuarto de juegos.

Se debe tener cuidado de evitar una relación extrema entre una u otra. Una demostración de demasiado afecto puede con facilidad eliminar la terapia y crear

nuevos problemas en el niño. El terapeuta no se relaciona emocionalmente con el niño, porque cuando esto sucede la terapia fracasa y el niño no es ayudado por lo complicado de las circunstancias.

Según Axline (2005), existen ocho principios básicos que guían al terapeuta en todos sus contactos terapéuticos no-directivos:

Los principios son los siguientes:

- El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
- El terapeuta acepta al niño como es.
- El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos.
- El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos del niño.
- El terapeuta observa con respeto la habilidad del niño para resolver sus problemas. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.
- El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino, el terapeuta lo sigue.
- El terapeuta no pretende acelerar el curso de la terapia, es un proceso gradual, y como tal, reconocido por el terapeuta.
- El terapeuta establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación.

La relación que se origina entre el terapeuta y el niño es el factor decisivo para el éxito o fracaso de la terapia, no es una relación fácil de establecer; el terapeuta debe establecer un esfuerzo sincero para comprender al niño y confrontar constantemente sus respuestas y evaluar su trabajo.

3.10 Objetivos y metas.

La terapia de juego centrada en el niño, se enfoca en la persona y no en el problema que presenta, la importancia se pone en facilitar sus esfuerzos para que logre afrontar en forma más adecuada como ser humano, los problemas actuales y futuros que pueden llegar a influir en su vida. Reddy, Files, Hall y Schaefer (2005, citados por Navarro, 2002) propone que la terapia no directiva puede ayudar al niño a:

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

De acuerdo a lo anterior, se señalan diez puntos clave que el niño puede obtener una vez iniciado su tratamiento, sin embargo, la terapia de juego no directiva, no impone objetivos específicos para que el cliente los alcance, debido a que tiende a ser evaluativa. Según Axline (2005) señala que la persona busca ser él mismo, descubrirse 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. Por lo tanto es fundamental para obtener resultados óptimos, que el facilitador le brinde respeto y aceptación incondicional.

3.11 Aspirantes a la terapia de juego.

De acuerdo a West (2000) los niños que generalmente son referidos a terapia de juego son los que se encuentran en crisis ya sea por una situación desatada en la

familia o en la escuela, también como preparativo a un cambio eventual como mudarlo, cambio de domicilio o de custodia o cuando se reconoce que los niños con múltiples problemas pueden beneficiarse de la ayuda terapéutica en su misma. Estos niños en general muestran una multitud de problemas, entre los cuales se encuentran:

- Conducta inmadura, pseudomadurez o ambas.
- Dificultades para establecer vínculos.
- Fracaso escolar.
- Maltrato físico o abuso sexual.
- Masturbación o insertarse cosas dentro de genitales o ano.
- Sufrir de problemas psicosomáticos.
- Trastornos de alimentación.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos de eliminación.
- Decir mentiras.
- Respuestas emocionales inadecuadas.
- Mutismo por selección.
- Retraimiento, berrinches, brotes de violencia.
- Cambios extremos en el estado de ánimo.
- Falta de afecto.
- Dificultades con las relaciones.
- Escrupulosidad anormal o conducta caótica o desordenada.

- Daño a si mismo lastimar animales o niños más pequeños.
- Bajo funcionamiento sin razón aparente.
- Regresiones.
- Trastornos de aprendizaje y problemas para asistir a la escuela.
- Enfermedad o accidente grave.
- Muerte de una persona significativa.
- Pérdida (s) excepcional (es).
- Dolor emocional.
- Paternidad inadecuada.
- Estilo de vida trastornado o escaso.
- Exposición a alcohol o drogas.

Los niños que no son candidatos a terapia de juego son los que presentan las siguientes características:

- Quienes presentan gran dificultad para el aprendizaje, éstos niños pueden responder de manera más efectiva a una forma alternativa de terapia de juego.
- Incapacidad para diferenciar entre realidad y fantasía (autismo, psicosis infantil, trastornos de personalidad).
- Hostilidad hacia la terapia de juego.
- Niños que se encuentran al borde de un cambio vital importante es necesario esperar hasta que su futuro sea más estable.
- Familias no cooperativas.

- Niños menores de 4 años o mayores de 12 años.

Tomando en cuenta lo anterior, se observa la importancia de recabar información acerca del historial clínico y los motivos de referencia para así conocer el tipo de dificultad que se está presentando y establecer así si la terapia de juego es adecuada.

3.12 Cuarto de juego.

Axline (2005), 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, 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 un lugar físico, se deben de tomar ciertos aspectos para que su funcionalidad sea óptima, esto va a depender de la solvencia económica que se tenga, Axilne (2005) y West (2000) se sugiere lo siguiente:

- Tener un lugar de tamaño regular 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.
- Que el cuarto este constituido 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.
- Proteger el piso y las paredes con un material que pueda limpiarse fácilmente, y que sea resistente a constantes golpeteos y sustancias como arcillas, pintura, agua u otros.
- Colocar cristales seguros y con protección en las ventanas.
- Adaptar la habilitación contra ruidos, con la finalidad de preservar la confidencialidad de las palabras y las acciones del menor.

- Que la decoración no sea demasiado estimulante, siendo sencilla, pero alegre.
- Que los muebles que conforman el lugar sean funcionales, sencillos y adecuados al tamaño del niño.

Estas son algunas características ideales del lugar donde debe llevarse a cabo la terapia, sin embargo si no se cuenta con un espacio permanente, el terapeuta puede diseñar un cuarto de juegos portátil, adecuando el área a utilizar y llevar a cabo la terapia.

3.13 Material de juego.

La autora West (2000) refiere que los juguetes y el material de juego son los instrumentos terapéuticos que promueven la expresión emocional del niño, debido a la manipulación que el cliente hace de estos, la mayoría de las 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. De acuerdo a esto por medio de los juguetes se pueden proyectar conflictos, sentimientos, estados de ánimo, entre otros, vislumbrando así el comportamiento y sentimientos generales del niño.

De acuerdo con Axline (2005) y West (2000), los juguetes y materiales que comúnmente se usan son:

- Muñecos (bebés, de trapo, de guante y de plástico)
- Animales.
- Soldados, indios
- Familia de muñecos (papá, mamá, hijos, abuelos, etc.)
- Casa de muñecas.
- Casa para animales.
- Títeres y escenario.

- Biberones.
- Utensilios de cocina.
- Utensilios de limpieza.
- Utensilios de lavado.
- Juguetes de transporte como: carros, aviones, camiones, etc.
- Juego de palas.
- Caja de herramientas de carpintería.
- Maletín de doctor.
- Caballete de pintor.
- Bloques de lego.
- Teléfonos de juguetes.
- Teléfonos celulares.
- Cuentos,
- Cajón de arena.
- Arcilla.
- Plastilina.
- Pinturas de agua.
- Lápices, colores, plumones, crayolas.
- Hojas de papel.
- Periódico, revistas, fotografías, etc.
- Un pizarrón, una mesa y sillas.

Dicho material debe colocarse siempre en la misma forma en cada sesión, con el fin de instaurar estabilidad dentro de dicho espacio. Así mismo se debe mantener la habitación ordenada y limpia.

3.14 Proceso terapéutico del niño.

Según Axline (2005), los niños en terapia de juego atraviesan de manera característica cuatro etapas, en ocasiones, varía el orden de las primeras tres etapas.

Etapa 1

En el momento de la referencia, la conducta del niño puede ser extremosa, profusa, difusa, dirigida de manera apropiada e inapropiada. El niño quizá haya perdido el contacto con su propio yo real y la intranquilidad puede ser general, indiscriminada o estar desvinculada de la persona, o ambas situaciones provocaron los problemas. Cuando los niños presentan *acting out*, despliegan una hostilidad indiscriminada, inclusive contra ellos mismos, lo que a veces expresan en el cuarto de juego por medio del ataque de los juguetes y al terapeuta de juego. O los niños que se encuentran muy ansiosos, desean que se les deje en paz, ya que cualquier cosa puede ser dañina.

Etapa 2

Mientras mayor sea la confianza de los pequeños en el terapeuta de juego, y tengan mayor seguridad de que este les acepta y respeta, serán más capaces de enfocar su enojo o temor en cosas o personas definidas, fuera de ellos mismos, es decir, si se encuentran enojados cesan de golpear juguetes y comienzan a externar su enojo sobre su hermano, hermana, uno de los padres o cualquiera que sea la persona. Es un tiempo crítico porque puede parecer que los niños empeoran, sin embargo van desapareciendo conforme se van expresando una y otra vez en la relación. Mientras más expulse sus sentimientos de enojo, y más los acepte el terapeuta de juego, el niño estará más capacitado para sentirse bien internamente, como una persona valiosa.

Etapa 3

En este momento llega la construcción de sentimientos positivos. A medida que los niños se convencen de que son valiosos y se les acepta ya no son tan negativos todo el tiempo en la expresión de sus sentimientos. Esta es una etapa de ambivalencia aguda. Los niños pueden amar y odiar al mismo objeto, lo cual es doloroso e incomprensible para el niño y el objeto. Los niños someterán tentativamente a prueba los sentimientos buenos de amor y confianza pidiéndoles cosas a las personas importantes en su vida y como aun no confían en lo que sucederá si muestran sentimientos verdaderos, se dan cambios violentos. Estos sentimientos ambivalentes en ocasiones son de intensidad grave al principio pero, cuando se expresan de manera continua en la relación terapéutica, se calman.

Etapa 4

Surgen sentimientos positivos y realistas de modo más fuerte. En esta etapa el niño se adapta a la realidad y ve a las otras personas como son. Lo más importante es que los niños son más capaces de aceptar sus propias faltas y deficiencias sin una ansiedad indebida. Es en esta etapa de destete de la situación de terapia de juego.

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 libre para el resto de su vida, dado que permanecen sujetos a las vicisitudes de la vida. Sin embargo, muestra la capacidad para manejar circunstancias adversas y propiciar cambios en las personas que le rodean al lograr estas cuatro fases.

3.15 Terminación de la terapia de juego.

West (2000) refiere que 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 donde se 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 el terapeuta y el niño. Sin embargo pueden existir una o dos áreas problemáticas aún, pero el facilitador trata de analizar y decidir en la finalización terapéutica. Es importante destacar que es poco objetivo esperar, que el niño este curado para siempre, pues en ocasiones las dificultades regresan en una fase posterior al desarrollo, pero una vez que 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.

Así mismo la misma autora menciona 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, es decir, resulta útil decirle cuantas sesiones ha tenido, cuantas más faltarán y cuantas serán en total.

Al llegar a la sesión final 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 importante y especial.

En caso de que la terminación sea inesperada, el terapeuta debe sacar el mejor partido de una situación mala, si se da la oportunidad se señalara la ocasión. Si se plantea el final de la terapia, se determinará una fecha y el facilitador junto con el niño, trabajan hasta que alcancen el final.

3.16 Resultados de la terapia de juego.

De acuerdo con Schaefer (2005, citado por Navarro, 2002), indica que la relación terapéutica 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 estos elementos, 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 (2005), 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 merecedero de valor.
- Aprende a aceptarse.
- Asume la responsabilidad de su persona.
- Su conducta es creativa y adaptativa frente a nuevas situaciones al permitirse hacer uso de todas sus capacidades.
- Sus percepciones son más realistas y objetivas.
- Se hace más abierto a la experiencia siendo menos defensivo.

- 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 y creador.
- Logra respetar a los demás y sus decisiones.
- Comienza a vivir en armonía con el mismo y con los demás.

Desde esta perspectiva se enfatiza una forma de vida positiva y constructiva, como se puede ver cambia la relación para con él mismo y su forma de relacionarse interpersonalmente. Así mismo la autora menciona que no es indispensable mantener un contacto con los padres del niño para obtener éxito en la terapia de juego, sin embargo afirma que si reciben una orientación psicológica, ayuda a que el tratamiento tenga mayor éxito.

Capítulo IV. Duelo infantil

Cuando se escucha a la gente contar sus historias acerca de algo que han vivido, se percibe que la realidad no es única ni igual para todas las personas, sino que varía en función de cómo cada uno la percibe y la construye para dar sentido a lo vivido, es decir, ante un mismo acontecimiento cada persona tiene distintas formas de explicarlo, de sentir, de interpretar, de pensar. La importancia que atribuimos a lo que sucede depende no tanto del acontecimiento en sí, sino del significado que puede llegar a tener.

Así como existen diferentes formas de atribuir un significado en general difieren unas personas de otras, también lo serán cuando se trate de dar sentido a una pérdida en un proceso de duelo. La persona que elabora un duelo sufre por la pérdida, ésta dependerá de lo relevante que fuera aquel personaje u objeto en la propia historia de vida.

Los seres humanos no pueden desligarse del establecimiento de vínculos, del mismo modo de la experiencia de pérdida, no puede desprenderse de ella cuando estos vínculos se rompen, de esta manera el proceso de duelo es una reacción normal a cualquier tipo de pérdida, de acuerdo con Neimeyer (2002) y Harvey y Weber (1998) citado por Poch y Herrero (2003) entendemos por pérdida:

- Quedar privado de algo que se ha tenido, fracasar en el mantenimiento de una cosa que nosotros valoramos.
- Cualquier disminución de los recursos de una persona, ya sean personales, materiales o simbólicos, a los cuales la persona se encontraba emocionalmente vinculada.

De acuerdo a estas definiciones el proceso de duelo no solo sucede tras la muerte, sino que son también respuesta a cualquier experiencia que la persona viva y defina como pérdida (por ejemplo pérdida del trabajo, cambio de escuela, extravió de una mascota, pérdida de una etapa de la vida, después de un divorcio, muerte o pérdida de una persona, entre otras).

4.1 Características generales del proceso de duelo.

La pérdida es una experiencia inevitable para cualquier individuo; adultos, jóvenes, ancianos y niños, y cuando se produce debe ser elaborada mediante un proceso del duelo. El duelo es una reacción natural, normal y esperable, cuando se produce una pérdida.

El duelo no es un estado, sino un proceso de experimentar reacciones psicológicas, sociales y físicas ante la percepción de una pérdida. Tampoco es considerado como una cosa, sino un conglomerado de emociones que deben ser entendidas como el intento de dar significado a dicha experiencia.

Así mismo el duelo no se considera como estático, debido a que la persona que esté sintiendo la pérdida, experimenta cambios a lo largo del tiempo, como oscilaciones del humor y de la sensación de bienestar/malestar. Al entender el duelo como un proceso dinámico implica que el curso de la intensidad de las emociones no será lineal. De este modo pueden concebirse los momentos más bajos no como recaídas, sino como algo que tiene un sentido dentro del propio proceso (Poch y Herrero, 2003).

Por lo tanto consideramos al duelo un proceso dinámico, necesario y natural, ante el significado que conlleva una pérdida. A continuación se revisaran las etapas del duelo según varios autores en un cuadro comparativo.

Cuadro comparativo entre diferentes autores que plantean etapas de duelo

	A u t o r		
	Bowlby (1961)	O’connor (2007)	Kübler Ross (1993)
Descripción	<p>El sobreviviente pasa por cuatro etapas:</p> <p><i>“Entumecimiento o Shock”</i>: caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.</p> <p><i>“Anhelo y búsqueda”</i>: lapso de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años de una forma atenuada.</p> <p><i>“Fase de desorganización y desesperanza”</i> La realidad de la</p>	<p>Propone cuatro etapas por las cuales atraviesan las personas que sufren el duelo aproximadamente por un plazo de dos años pues este es el tiempo que se requiere para lograr la cicatrización y la recuperación.</p> <p>Las etapas son las siguientes:</p> <p>1. <i>Ruptura de antiguos hábitos</i> (desde el fallecimiento hasta las ocho semanas) periodo caracterizado por entumecimiento y confusión prevaleciendo sentimientos de choque, incredulidad, protesta y negación.</p> <p>2. <i>Inicio de reconstrucción de la vida</i> (De la octava semana hasta un año) El dolor y la confusión continúan pero con menor agudeza. La recuperación</p>	<p>La autora más reconocida en cuanto a duelo se refiere. Plantea cinco etapas del duelo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Negación o aislamiento</i>: Cuando la reacción inicial de estupor comienza a desaparecer la actitud habitual es la negación, la cual es una defensa provisional siendo pronto sustituida por una aceptación provisional. 2. <i>Ira</i>: cuando no se puede seguir sosteniendo la negación aparece la rabia, envidia o resentimiento. La ira se proyecta contra todo lo que les rodea, es una etapa difícil para la familia. 3. <i>Pacto o negociación</i>: ante la dificultad de afrontar la difícil

	<p>pérdida comienza a establecerse. La persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. Se reviven continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.</p> <p><i>“Fase de reorganización”</i> aquí comienzan a liberarse los aspectos más dolorosos del duelo, comenzándose a experimentar una sensación de reincorporación a la vida. La persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza.</p>	<p>comienza a darse de manera automática y sin una percepción consciente.</p> <p>3. <i>La búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos</i> (de los 12 hasta los 24 meses) La vida vuelca a la “normalidad”. Ya ha adquirido nuevas costumbres las cuales ya ha adoptado. El duelo ya no es tan devastador como en un principio sin embargo subsiste como un rito.</p> <p>4. <i>Terminación del reajuste</i> (Después del segundo año) esta etapa se caracteriza por la terminación del duelo.</p>	<p>realidad, más el enojo con la gente y con cualquier Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.</p> <p>4. <i>Depresión:</i> cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporal y preparatorio para la aceptación.</p> <p>5. <i>Aceptación:</i> cuando un paciente ha pasado por las fases antes descritas llegará a una fase donde su realidad no lo deprimirá. Erróneamente suele confundirse esta etapa como una fase feliz, cuando en verdad es una etapa donde el dolor ha desaparecido.</p>
--	---	--	---

Al comparar el trabajo de estos autores, se observa que existen similitudes en las diferentes etapas que proponen, por ejemplo en la etapa uno, la característica general es que existe un periodo de confusión y negación ante el suceso, sin embargo la diferencia entre estos es que Kübler Ross divide la ira como otra etapa y Bowlby y O'Connor la incluyen en la primera. Posteriormente los tres autores hablan de un periodo de añoranza, de dolor, confusión, de negociación, para intentar superar la pérdida, para después continuar con el periodo donde la pérdida es evidente, ya no se puede rechazar la realidad, lo que provoca una sensación de profunda tristeza, hasta llegar al momento que la realidad no le hará sentir más abatimiento y poder continuar la vida sin dolor. De acuerdo con lo anterior el proceso de duelo tiene varias etapas entre ellas muy similares, sin embargo para fines de esta investigación se tomara en cuenta a la autora Elizabeth Kübler Ross.

En particular en el caso de los niños, la pena puede expresarse por medio de comportamientos agresivos y/o regresivos, enuresis, anorexia, terrores nocturnos, entre otros. Por lo cual es importante conocer algunas perturbaciones emocionales que se presenta cuando el niño afronta la pérdida de una figura de referencia, en este caso la madre, padre o ambos.

Hiperactividad.

Algunos durante el duelo se vuelven hiperactivos, saltando de una cosa a otra, hablando sin parar, otros riéndose, buscando algo que hacer, con el objetivo de bajar la intensidad de su dolor.

Regresión.

La regresión es un síntoma habitual del duelo. Es decir hay un retroceso en el desarrollo, como cuando un niño va solo al baño, y empieza a mojar la cama.

Trastorno de ansiedad por separación.

Los niños con trastorno de ansiedad por separación tienen ansiedad intensa e inapropiada referente a la separación del hogar o de sus cuidadores, por lo menos cuatro semanas, provocando malestar clínicamente significativo o deterioro social,

académico o en otras áreas importantes. Los niños con este trastorno al estar separado de su hogar o de los seres queridos suelen necesitar saber de su paradero y estar en contacto con ellos, debido a varios miedos o ideas disfuncionales que giran en torno a las preocupaciones sobre lo que pudiese ocurrirle a alguno de sus progenitores o a él mismo, por ejemplo, que sus padres sufran algún accidente, un secuestro, estar en un lugar sin sus figuras de apego, entre otras. En el caso del niño que ha experimentado la pérdida de un cuidador o la separación de un progenitor, el temor se da por la posible repetición del suceso, sobre todo ante sus cuidadores.

Depresión.

Se caracteriza por la incapacidad de divertirse o de concentrarse, agotamiento físico, actividad o apatía extremas, llanto, problemas de sueño, cambio de peso, dolencias físicas, sentimientos de falta de valor, pensamientos frecuentes acerca de la muerte y el suicidio, por un tiempo de dos semanas. Según Levy Valensi (Méndez, 2005), señala una triada que caracteriza la depresión, escasas en la expresión verbal, inercia y voluntad de bajo nivel. El menor se ocupa de si mismo, nada despierta su interés, se aparta del mundo, hay retraimiento, los vínculos amorosos con la familia cuentan poco o nada y trae consigo un sentimiento de pena. Los niños con tristeza suelen manifestarla como irritabilidad, abundante o solapamiento de síntomas con otros trastornos. Los fenómenos psicofisiológicos o la inhibición social suelen ser bastante frecuentes.

Trastornos del sueño.

Cuando un niño sufre la pérdida de una figura de referencia, así como situaciones adversas en el ambiente del niño, este puede sufrir alteraciones en los mecanismos del ciclo del sueño-vigilia, estos trastornos suelen clasificarse en dos categorías principales: disomnias, o problemas para conciliar o mantener el sueño, o un sueño excesivo; y parasomnias, o trastornos de la activación, de una activación parcial o de las transiciones del sueño como los terrores nocturnos, las pesadillas y el sonambulismo.

Trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria, generalmente se caracterizan por alteraciones graves de la acción de comer, como el trastorno alimentario de la infancia o la niñez, es en donde el individuo deja de comer en forma persistente, lo que provoca pérdida de peso y una falla en subir de peso. Otro trastorno es el rumia, en el que el bebé o niño regurgita y vuelve a masticar la comida después de que la ha tragado. Cada uno de estos trastornos alimentarios dura al menos un mes y no se asocia con un malestar estomacal transitorio.

Trastornos de la eliminación.

Los niños con trastornos de eliminación no han adquirido el control de esfínteres mucho después del momento en que son capaces desde el punto de vista fisiológico de mantener la continencia y usar el sanitario de manera apropiada. En la encopresis, el niño que tiene al menos cuatro años de edad por lo general vacía sus intestinos ya sea en la ropa o en otro lugar inapropiado, sin tener una afección física. Wicks, R., Israel, A. (1997). Los niños con enuresis se orinan en la ropa o en la cama después de la edad en que se espera que sean continentales; este no es un suceso infrecuente sino más bien tiene lugar al menos dos veces a la semana durante un mínimo de tres meses consecutivos en niños que tienen al menos cinco años de edad.

Trastornos somatomorfos.

Los sentimientos, emociones y pensamientos desarrollados ante la separación de un ser querido y su falta de expresión, en el infante, ocasiona trastornos somatomorfos, siendo la principal característica la presencia de síntomas físicos que insinúan enfermedad médica y no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. Entre estas alteraciones encontramos las enfermedades respiratorias, digestivas, cardiovasculares, alteraciones dermatológicas, cefaleas y migrañas.

Agresividad.

Según Coon (1999), la conducta agresiva del ser humano es una reacción ante su imposibilidad de encontrar placer o evitar el dolor, estando vinculada a la frustración, ya que origina un estado emocional que predispone a actuar de dicha manera, pero solo en determinadas ocasiones y en personas propensas. Los niños ante la pérdida del ser amado, pueden ser agresivos por los diversos sentimientos que se desarrollan en el duelo, tal como la negación, el enojo, entre otros.

Las formas de expresar el dolor ante la pérdida responden de manera particular y única, sin embargo todos necesitan apoyo y lo demuestran de una u otra manera, sea con llanto, con cambios bruscos de conducta, agresividad, entre otras.

Metodología

Objetivo General.

Analizar el impacto de la terapia de juego centrada en el niño para la elaboración del duelo por la separación o ausencia de alguno o ambos de los padres.

Objetivos Específicos.

- Explorar la etapa del duelo en la que se encuentran los niños.
- Apoyar a los niños en la adquisición de herramientas para la elaboración del duelo por medio de la terapia de juego centrada en el niño.
- Conocer las emociones que experimentan los menores con relación a la separación o abandono de alguno o ambos padres.
- Profundizar en las vivencias de tales menores y su significado.

Hipótesis.

- Los niños con padres separados o ausentes se encuentran en un proceso de duelo.
- Presentan problemas conductuales, tales como agresividad, irritabilidad, depresión e incluso posibles regresiones.
- Manifiestan bajo rendimiento escolar y potenciales problemas de socialización.
- Se muestran apáticos en diferentes áreas de su vida, como la familiar y escolar.
- Es probable que carezcan de un espacio donde puedan expresar sus sentimientos con respecto a la separación.

- Si los niños cuentan con un espacio donde puedan expresarse sin temor a ser juzgado de manera alguna es probable que los niños tengan menores efectos negativos en alguna o todas las áreas de su vida.

Justificación.

Sucede con frecuencia que las familias enfrentan problemas internos, que dan lugar a que los padres se separen y la familia se divida. Desgraciadamente, esta situación no respeta edades ni etapas de vida. Para los hijos es un suceso difícil de entender y elaborar un duelo es importante para continuar desarrollando favorablemente su vida emocional.

Según el diccionario de la Real Academia Española divorcio significa “separar, apartar personas que vivían en estrecha relación...” el Instituto Nacional de Estadística y Geografía define al matrimonio como “una institución social, reconocida como legítima por la sociedad, que consiste en la unión de dos personas para establecer una comunidad de vida” en contraste con la palabra divorcio la cual definen como “disolver, separar, apartar a las personas que vivían en una estrecha relación”.

Al 2003 se registraron 584 mil 142 matrimonios, al 2004 la cifra fue de 600 mil 563, en el 2005 el número de matrimonios registrados es de 595 mil 713. Al año 2003 se registraron 64 mil 248 divorcios, en el 2004 67 mil 575 y para 2005 la cifra es de 70 mil 184 divorcios.

De acuerdo a las cifras reportadas por el INEGI en el año 2006 la ciudad que más matrimonios reporta en todo el país era el Estado de México con 66,506 siendo ésta misma entidad la que más divorcios alcanza.

**DIVORCIOS, MATRIMONIOS Y RELACION DIVORCIOS-MATRIMONIOS POR ENTIDAD
FEDERATIVA DE REGISTRO
2006**

CUADRO 1.1

Entidad federativa	Divorcios	Matrimonios	Divorcios por cada 100 matrimonios
Estados Unidos Mexicanos	72 396	586 978	12.3
Aguascalientes	1 191	6 018	19.8
Baja California	4 317	14 450	29.9
Baja California Sur	557	3 739	14.9
Campeche	828	4 686	17.7
Coahuila de Zaragoza	2 982	15 992	18.6
Colima	741	3 136	23.6
Chiapas	1 457	19 863	7.3
Chihuahua	4 077	15 443	26.4
Distrito Federal	6 924	42 446	16.3
Durango	1 359	9 793	13.9
Guanajuato	3 601	33 944	10.6
Guerrero	1 178	23 045	5.1
Hidalgo	754	10 000	7.5
Jalisco	3 724	40 604	9.2
México	7 716	66 506	11.6
Michoacán de Ocampo	2 798	28 998	9.6
Morelos	731	7 430	9.8
Nayarit	1 050	6 478	16.2
Nuevo León	4 636	28 448	16.3
Oaxaca	456	19 734	2.3
Puebla	1 951	22 024	8.9
Querétaro Arteaga	1 339	8 932	15.0
Quintana Roo	1 189	11 025	10.8
San Luis Potosí	1 205	13 649	8.8
Sinaloa	2 786	18 299	15.2
Sonora	2 549	16 079	16.9
Tabasco	1 479	12 505	11.8
Tamaulipas	1 951	18 681	10.4
Tlaxcala	176	6 240	2.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	3 473	37 256	9.3
Yucatán	2 034	12 802	15.9
Zacatecas	1 187	9 643	12.3

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Vitales.

**EDAD PROMEDIO AL MATRIMONIO Y AL DIVORCIO POR SEXO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA
DE RESIDENCIA HABITUAL DE LOS CONTRAYENTES Y DE LOS DIVORCIADOS
2006**

CUADRO 1.2

Entidad federativa	Edad promedio al matrimonio		Edad promedio al divorcio	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	27.8	25.0	37.6	34.9
Aguascalientes	26.4	24.0	37.0	34.4
Baja California	28.5	25.6	38.5	35.4
Baja California Sur	28.3	25.4	36.8	34.0
Campeche	26.5	23.4	37.1	34.3
Coahuila de Zaragoza	26.1	23.6	37.0	34.6
Colima	29.3	25.7	37.9	34.6
Chiapas	27.4	24.0	37.1	33.6
Chihuahua	27.9	25.4	37.5	35.0
Distrito Federal	30.2	27.5	39.2	36.7
Durango	27.5	24.7	36.7	34.0
Guanajuato	25.5	23.2	35.2	33.1
Guerrero	26.4	23.0	37.7	34.4
Hidalgo	28.7	25.2	37.7	34.4
Jalisco	27.2	24.5	37.1	34.5
México	27.5	25.0	37.8	35.4
Michoacán de Ocampo	26.3	23.3	37.4	34.3
Morelos	28.7	25.8	40.4	37.2
Nayarit	30.0	26.6	38.6	35.7
Nuevo León	26.6	24.3	35.9	33.5
Oaxaca	27.8	24.5	37.5	34.8
Puebla	28.9	26.1	38.2	35.6
Querétaro Arteaga	27.1	24.7	37.5	35.2
Quintana Roo	26.0	22.9	36.5	33.4
San Luis Potosí	27.0	24.3	39.2	36.7
Sinaloa	28.8	25.7	38.2	35.3
Sonora	29.2	26.4	36.5	33.7
Tabasco	27.9	24.6	37.8	34.2
Tamaulipas	28.4	25.6	38.2	35.3
Tlaxcala	27.7	25.1	38.2	34.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	30.4	27.0	38.8	35.5
Yucatán	25.7	23.3	35.9	33.7
Zacatecas	26.0	23.2	36.0	33.4
Extranjeros	32.6	29.8	39.2	39.1

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Vitales.

De acuerdo a estas cifras, la vida promedio del matrimonio es de 10 años, a partir de lo cual se deduce que los hijos procreados en esta unión se encuentran en edad escolar o también llamada, niñez intermedia comprendida entre los 6 y los 11 años de edad (Papalia, 2005) durante la cual se hacen avances importantes en el pensamiento y juicio moral, entre otros.

Las influencias más importantes en el desarrollo de los niños provienen de la atmósfera familiar, de la cual es necesario conocer tanto la atmosfera como la estructura o composición, siendo afectadas por lo que sucede más allá de las paredes de casa, como lo son: el trabajo, posición socioeconómica, tendencias sociales, la cultura, valores, etc.

Al ritmo que la sociedad está avanzando es importante hacer una pausa y reflexionar en donde están quedando los valores, que como tarea principal la familia inculcaba en los niños, como la honestidad, el respeto, la responsabilidad, el amor, la amistad, la solidaridad, etc., todo esto ha quedado como una idea más no una costumbre. En la actualidad las familias comúnmente se desintegran con gran facilidad, dejando de lado los sentimientos de los hijos, estos pueden tener sentimientos encontrados, en especial cuando saben que sus padres no eran felices juntos, otros pueden sentirse aliviados cuando sus padres se separan, si es que peleaban mucho cuando estaban juntos. Los niños pueden pensar que si sus padres se separan, también el padre o la madre querrán abandonarlos a ellos.

Como consecuencia los infantes pueden presentar diferentes dificultades como problemas de conducta, de aprovechamiento escolar, agresividad, depresión, contención emocional, debido a dicha problemática y a que los infantes no cuentan con procesos del pensamiento maduros es difícil que expresen por medio del discurso sus pensamientos y sentimientos por lo cual la terapia de juego centrada en el niño resulta eficaz para la exploración y esclarecimiento de éstas áreas, y con esto trabajar el duelo de la separación o ausencia de uno o ambos padres.

Tipo de investigación.

En esta investigación será utilizado el método cualitativo por las grandes ventajas proporcionadas a la comprensión de la conducta, debido a que es una aproximación al tema en cuestión sobre la experiencia humana y centra interés en informes narrativos, descripción, interpretación, contexto y significado (Kazdin, 2001). Sus objetivos es describir, interpretar y comprender fenómenos. Mediante esta descripción e interpretación la comprensión de dichos fenómenos se hace más profunda. Uno de los procesos para lograr profundizar es estudiar hondamente la experiencia de los participantes es decir, que sienten o perciben los estudiados de su experiencia.

El propósito es describir la experiencia como pensamientos, sentimientos y acciones, de tal manera que incluya la riqueza de la experiencia y el significado que tiene para los participantes. Los datos son principalmente palabras y se derivan de análisis profundos de los casos. Los casos pueden ser uno o unos cuantos individuos o un grupo, pero también una cultura, etnia u organización.

Taylor y Bogdan (1986, citado en García, Gil y Rodríguez, 1999) señalan algunas características propias de esta investigación:

- El método cualitativo es inductivo y humanista.
- El investigador ve tanto al escenario como a los actores desde una perspectiva holística y percibe cualquier escenario o persona digno de estudio.
- Los investigadores son sensibles a los efectos que causan en las personas objeto de estudio, al tiempo que tratan de comprenderlos.
- El investigador aparta cualquier tipo de prejuicio o predisposición y da énfasis a la validez de la investigación.

Población.

La población que compone la presente investigación fue seleccionada por medio del muestreo homogéneo el cual se caracteriza por poseer unidades seleccionadas con

el mismo perfil o rasgos similares con el propósito de centrarse en el tema a investigar (Hernández, 2008). En éste estudio se utilizó este tipo de muestra además de que es importante que los menores se encuentren dentro de la misma etapa de desarrollo para así poder formar un grupo terapéutico con mayores probabilidades de éxito.

Criterios de inclusión.

La selección de la muestra no será aleatoria, ya que las características de los sujetos son muy específicas, tales como:

- Edad escolar (entre siete y nueve años de edad).
- Que en el momento del reclutamiento sus padres se encuentren separados o estén ausentes, desde por lo menos hace seis meses.

Psicometría.

Para medir el impacto de la intervención terapéutica se aplicará el *Test de la familia*, el cual permite explorar la forma en la que el niño se integra y se relaciona con el sistema familiar, así como las dificultades que experimenta en las interacciones con los miembros de su familia (Corman, 1967 en Lodo-Platone, 2007) ya que hay una comparación con la familia reproducida y la familia auténtica; la forma de relacionar ambas partes es por medio de la entrevista, siendo ésta la manera en la que se comienza la interpretación de dicho test. Es importante mencionar igualmente que en el dibujo el niño revela los principales aspectos de su personalidad, lo cual se verá corroborado con otra prueba, el *Dibujo de la Figura Humana de Koppitz* (1974, en Rodríguez, 1998) la cual, según su autora este test contiene dos enfoques en su interpretación, ya que la estructura del dibujo está determinada por la edad y el nivel de maduración y el estilo refleja actitudes y preocupaciones del niño. Por lo tanto esta prueba es usada como test evolutivo de maduración mental y como técnica proyectiva.

De ambos dibujos se pretenderá conocer el estado emocional del niño, así como la percepción que él tiene de su medio ambiente. Se aplicarán estas mismas pruebas

antes y después de la intervención terapéutica, para conocer el impacto de la terapia de juego centrada en el niño en la elaboración del duelo por la separación o ausencia de uno o ambos padres, teniendo como objetivo movilizar al infante de su etapa actual del duelo, buscando así la aceptación y por lo tanto la resolución del mismo.

Procedimiento.

El presente estudio contó con el apoyo de la Asociación Ministerio Vive, A.C. lugar en el cual se reclutó a los menores con quienes se trabajó el tema de duelo por la separación o ausencia de alguno o ambos padres por medio del enfoque de Terapia de Juego Centrada en el Niño. Tomando algunos elementos de esta orientación se organizaron 10 sesiones, en donde el objetivo consistía en avanzar y resolver cada una de las etapas del duelo para así culminar en la aceptación de la pérdida, para lo cual era necesario explorar sus pensamientos y sentimientos.

En la *sesión 1* el objetivo consiste en el establecimiento del encuadre y la presentación entre los integrantes del grupo y las facilitadoras. Es importante mencionar que en cada una de las sesiones se usó el “*Reloj de los sentimientos*” (puede observarse en los anexos) el cual es un auxiliar en la identificación de las emociones, ya que dada la inmadurez psicológica de los niños, les es difícil nombrar sus emociones. En esta primera sesión se rompió hielo y se creó empatía de manera que en la *sesión 2* se exploraron situaciones tristes por las cuales han pasado los niños, haciendo una identificación de sus sentimientos y emociones. Posteriormente en la *sesión 3* por medio del dibujo, se indagó en pensamientos y sentimientos experimentados en relación a las discusiones maritales, esto serviría a su vez, para que los menores pudieran percatarse que había otras personas que estaban viviendo situaciones similares a las de ellos y de esta manera pudieran compartir experiencias y crear soluciones conjuntas. Durante la *sesión 4* el objetivo consistía en descargar las emociones por medio de romper revistas, gritar, golpear un *punching bag* a lo cual los niños respondieron de manera favorable e hicieron comentarios tales como “esto se siente muy bien”, etc. En la *sesión 5* se intentó reconciliar a los menores con las situaciones vividas, lo cual consistió en cambiar el final a la historia de su dibujo planteada en la sesión 3, se estudiaron diversas alternativas, de modo que

consensualmente se optó por la mejor explicando sus beneficios. Durante la sesión 6 se realizó una actividad libre con plastilina, de modo que las facilitadoras pudieran percatarse si había ocurrido algún cambio en los niños y cual había sido este. A partir de la *sesión 7* se trató el tema de los ciclos de la vida, lo cual en un principio no fue aceptado en su totalidad, pero en la sesión 8 y 9 se comprobó su conformidad. La *sesión 10* fue el cierre del taller terapéutico en donde se inicio la post evaluación y posteriormente se llevó a cabo la fiesta de despedida, donde se les entregó diplomas y medallas a todos los integrantes del grupo.

SESIÓN 1

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Presentación</i>	Las terapeutas se presentarán con los clientes infantiles para posteriormente exponer los objetivos del taller.	Las terapeutas dirán sus nombres, profesión, etc., y comunicarán el motivo por el cual están realizando el taller, explicarán objetivos y facilitarán un espacio para que los niños realicen preguntas si así lo desean.	5 min.	Ninguno.
<i>Encuadre</i>	Se darán a conocer las reglas, horarios, lugar, permisos, etc., dentro de las cuales se desarrollará el proceso terapéutico.	Se fijarán reglas y límites del cuarto de juego, las cuales serán creadas por todos los integrantes del grupo. Se invitará a los clientes infantiles a explorar el cuarto de juego.	5 min.	Pizarrón Blanco Plumones Borrador
<i>Globos conocer</i>	Los participantes se conocerán entre sí. Se creará un clima de confianza.	Se colocarán a los menores en el centro del cuarto de juegos para después lanzar los globos, posteriormente tendrán que buscar al dueño del globo.	10 min.	Globos. Etiquetas. Plumones.
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Cada participante dirá cual es el sentimiento que experimenta en ese momento con la dinámica efectuada. Se discutirá entre los miembros del grupo.	15min.	Reloj de los sentimientos. (ANEXO)
<i>Cierre</i>	Finalizar la sesión del día.	Los pacientes manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados durante la sesión.	5 min.	Ninguno.

SESIÓN 2

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Recapitulación</i>	Se recordarán las actividades de la semana anterior a fin de comprobar aprendizajes adquiridos.	Se le preguntará a cada integrante qué recuerdan de la sesión anterior y lo compartirán con el resto del grupo.	5 min.	Ninguno.
<i>“Despedida”</i>	Explorar sentimientos negativos en los niños, experimentados durante y a partir, de un suceso triste, considerados de importancia en sus vidas.	Se les pedirá a los menores dibujar un suceso triste en sus vidas, para posteriormente compartir su experiencia y exponer su creación a los demás integrantes del grupo.	15 min.	Hojas Blancas Crayones / Colores Goma Sacapuntas
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Los niños ubicarán sus sentimientos en el reloj al tiempo que las comparten con los demás.	5 min.	Reloj de los sentimientos.
<i>Juego Libre</i>	Continuar la observación de los menores, formular hipótesis y realizar intervenciones oportunas.	Los niños jugarán con los materiales disponibles en el cuarto de juego o juguetes que ellos decidan llevar al mismo.	15 min.	Todo el material disponible
<i>Cierre</i>	Finalizar la sesión del día.	Los pacientes manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados durante la sesión.	5 min.	Ninguno.

SESIÓN 3

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Recapitulación</i>	Se recordarán las actividades de la semana anterior a fin de comprobar aprendizajes adquiridos.	Se le preguntará a cada integrante qué recuerdan de la sesión anterior y lo compartirán con el resto del grupo.	5 min.	Ninguno.
<i>Reencuadre</i>	Se repasarán las reglas, horarios y permisos dentro de las cuales se desarrollará el proceso terapéutico.	Se repasarán reglas y límites del cuarto de juego, las cuales serán leídas y si es necesario se agregarán o modificarán	5 min.	Cartulina que contiene escritas las reglas del cuarto de juego.
<i>Retroalimentación</i>	Se recordarán las actividades de la sesión anterior, así como los aprendizajes adquiridos.	Se les preguntará a los niños si recuerdan las dinámicas y actividades realizadas la sesión anterior, qué aprendieron y qué sentimientos experimentaron.	5 min.	Ninguno.
<i>Cuento guiado</i>	Explorar los sentimientos de los menores en relación a las discusiones maritales.	Las facilitadoras escenificarán con marionetas un cuento, planteando una situación de discusión marital la cual quedará inconclusa a fin de que los menores den final al cuento.	15 min.	Marionetas Hojas blancas. Colores / Crayones
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Los niños ubicarán sus sentimientos en el reloj al tiempo que las comparten con los demás.	10 min.	Reloj de los sentimientos.
<i>Cierre</i>	Finalizar la sesión del día.	Los menores manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados durante la sesión.	5 min.	Ninguno

SESIÓN 4

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Recapitulación</i>	Se recordarán las actividades de la semana anterior a fin de comprobar aprendizajes adquiridos.	Se le preguntará a cada integrante qué recuerdan de la sesión anterior y lo compartirán con el resto del grupo.	5 min.	Ninguno.
<i>Dibujo Libre</i>	La libre expresión de los sentimientos de los niños a través del dibujo.	Se les dará la instrucción a los menores de dibujar lo que ellos deseen, posteriormente hablarán de su creación y de los sentimientos generados a partir de ella.	15 min.	Hojas Colores / Crayones. Plumones
<i>Descarga</i>	Que los niños liberen los sentimientos experimentados durante la dinámica anterior.	Se les facilitarán revistas y periódicos a los niños los cuales podrán romper, aventar o cualquier acción que deseen a fin de descargar las emociones experimentadas a partir del dibujo realizado con anterioridad.	15 min.	Revistas. Periódicos.
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Los niños ubicarán sus sentimientos en el reloj al tiempo que las comparten con los demás.	5 min.	Reloj de los sentimientos.
<i>Cierre</i>	Finalizar la sesión del día.	Los menores manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados durante la sesión.	5 min.	Ninguno.

SESIÓN 5

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Recapitulación</i>	Se recordarán las actividades de la semana anterior a fin de comprobar aprendizajes adquiridos.	Se le preguntará a cada integrante qué recuerdan de la sesión anterior y lo compartirán con el resto del grupo.	5 min.	Ninguno.
<i>Final Alternativo</i>	Reetiquetar positivamente la separación de los padres, enfatizando en que el amor y los cuidados de estos últimos continuará aún con la ausencia de uno de ellos.	Se les explicará a los menores que a pesar de que no cuentan con la figura paterna o materna, son amados, cuidados y no carecen de las necesidades básicas e inclusive gozan de muchas otras atenciones Posteriormente expondrán los sentimientos experimentados ante dicha situación.	15 min.	Ninguno.
<i>Artes Plásticas</i>	Explorar los sentimientos de los menores y realizar intervenciones oportunas durante la ejecución de la dinámica. Se medirá el impacto de la dinámica anterior.	Los niños realizarán un dibujo cambiando el final de la historia contada en la sesión anterior y tomando en cuenta lo intervención de la dinámica previa.	15 min.	Hojas blancas. Colores. Crayones.
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Los niños ubicarán sus sentimientos en el reloj al tiempo que las comparten con los demás.	5 min.	Reloj de los sentimientos.
<i>Cierre</i>	Finalizar la sesión del día.	Los menores manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados durante la sesión.	5 min.	Ninguno.

SESIÓN 6

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Recapitulación</i>	Comprobar aprendizajes adquiridos.	Se le preguntará a cada integrante qué recuerdan de la sesión anterior y lo compartirán con el resto del grupo.	5 min.	Ninguno.
<i>Artes plásticas</i>	Observar la creatividad del menor, asociaciones verbales, postura corporal, temática, historia contada de la creación, colores usados, etc.	Se les dará la instrucción de realizar una obra de arte, dándoles la libertad de escoger tanto temática como técnica para después continuar con la explicación de su obra.	25 min.	Cartulina Plastilina
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Los niños ubicarán sus sentimientos en el reloj al tiempo que las comparten con los demás.	10 min.	Reloj de los sentimientos.
<i>Cierre</i>	Finalizar la sesión del día.	Los pacientes manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados durante la sesión.	5 min.	Ninguno.

SESIÓN 7

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Recapitulación</i>	Comprobar aprendizajes adquiridos.	Se le preguntará a cada integrante qué recuerdan de la sesión anterior y lo compartirán con el resto del grupo.	5 min.	Ninguno.
<i>Pizarrón</i>	Facilitar la comprensión de los ciclos de la vida a los niños a través de esquemas.	Por medio de esquemas los niños analizarán los diferentes ciclos a través de la vida, además de expresar sentimientos y emociones.	10 min.	Pizarrón Plumones Borrador
<i>Títeres</i>	Proporcionar a los niños información acerca de los ciclos de la vida para facilitar la aceptación de la separación de sus padres.	A través de los títeres los terapeutas y los niños construirán una historia acerca de los diferentes ciclos de la vida, así como fomentar la expresión de las emociones y sentimientos en los niños.	20 min.	Títeres
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Los niños ubicarán sus sentimientos en el reloj al tiempo que las comparten con los demás.	5 min.	Reloj de los sentimientos.
<i>Cierre</i>	Finalizar la sesión del día	Los pacientes manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados durante la sesión.	5 min.	Ninguno.

SESIÓN 8

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Recapitulación</i>	Comprobar aprendizajes adquiridos.	Se le preguntará a cada integrante qué recuerdan de la sesión anterior y lo compartirán con el resto del grupo.	5 min.	Ninguno.
<i>Juego libre</i>	Observar tipo de juego, compañeros que escogen para ello, roles asignados, juguetes elegidos, etc.	Se les dará la instrucción a los menores de que toda la sesión consistirá en juego libre, de modo que ellos escogerán las actividades que deseen realizar en el cuarto de juegos.	25 min.	Juguetes
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Los niños ubicarán sus sentimientos en el reloj al tiempo que las comparten con los demás.	10 min.	Reloj de los sentimientos.
<i>Cierre</i>	Finalizar la sesión del día.	Los pacientes manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados durante la sesión.	5 min.	Ninguno.

SESIÓN 9

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Recapitulación</i>	Comprobar aprendizajes adquiridos.	Se le preguntará a cada integrante qué recuerdan de la sesión anterior y lo compartirán con el resto del grupo.	5 min.	Ninguno.
<i>Artes plásticas</i>	La libre expresión de los sentimientos de los niños.	Los niños jugarán con la plastilina moldeando, coloreando o representando lo que deseen.	20 min.	Cartulina Plastilina
<i>Presentación</i>	Conocer el significado de su creación, escuchar su discurso y formular hipótesis.	Los menores procederán a describir la obra que acaban de crear para compartirla con sus compañeros.	15 min.	Creación realizada en sesión.
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Los niños ubicarán sus sentimientos en el reloj al tiempo que las comparten con los demás.	5 min.	Reloj de los sentimientos.
<i>Cierre</i>	Finalizar la sesión del día	Los pacientes manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados durante la sesión.	5 min.	Ninguno.

SESIÓN 10

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO	MATERIALES
<i>Recapitulación</i>	Repasar acontecimientos ocurridos a lo largo del taller, vivencias, herramientas adquiridas.	Se le preguntará a cada integrante qué recuerdan de la sesión anterior y lo compartirán con el resto del grupo.	5 min.	Ninguno.
<i>Cierre</i>	Recordar herramientas adquiridas a lo largo del taller.	Los pacientes manifestarán sentimientos y aprendizajes experimentados a lo largo el taller.	10 min.	Ninguno.
<i>El reloj de los sentimientos</i>	Permitir la libre expresión de los sentimientos por medio de caras que gesticulan diferentes emociones.	Los niños ubicarán sus sentimientos en el reloj al tiempo que las comparten con los demás.	10 min.	Reloj de los sentimientos.
<i>Fiesta</i>	Celebrar los logros de los menores obtenidos durante el taller; convivir, compartir sentimientos, etc.	Los niños junto con los terapeutas disfrutarán una fiesta.	25 min.	Ninguno.
<i>Clausura</i>	Reconocer el trabajo de los menores verbalmente, así como con diplomas y medallas	Se procederá a realizar la entrega de un reconocimiento a cada integrante del grupo por haber conseguido logros y haber asistido a terapia de juego.	10 min.	Ninguno.

Resultados

La forma de medir el impacto de la Terapia de Juego centrada en el niño, consistió en una evaluación previa y posterior a la intervención, donde se usaron los test proyectivos de la Familia y Koppitz, con los cuales se pretendía conocer la manera como era percibido el entorno familiar y la forma en la que se apreciaban los niños a sí mismos y a las figuras paternas y maternas.

De manera general, los resultados arrojados en la evaluación previa del test Koppitz mostraron agresividad, timidez, aislamiento social, impulsividad, inmadurez, depresión, inseguridad y regresión; observándose en el trazo fuerte con el que fue realizado el dibujo, además de las figuras dibujadas con dientes, manos grandes, sombreados, ojos vacíos, supresión del cuello, boca receptiva, omisión de sí mismo, borraduras y poca integración en el dibujo.

En lo que respecta al test de la Familia, los resultados fueron los siguientes: agresividad, ansiedad, regresión, conflictos emocionales, depresión, sentimientos de culpa, inseguridad, angustia, desvalorización de los padres, negación de la realidad, impulsividad y egocentrismo; observándose en el trazo fuerte, así como en los sombreados en las figuras, dudas en como representar la familia cuando un integrante estaba ausente, la omisión de alguno o ambos padres o dibujarlo en último lugar o separado del menor, negación del divorcio, omisión del cuello.

En la valoración posterior los niveles de ansiedad, agresividad, depresión, inseguridad, angustia, impulsividad se ven notablemente disminuidos en los niños, sugiriendo que la Terapia de Juego Centrada en el Niño funciona exitosamente en la elaboración del duelo debido a la separación o ausencia de los padres, puesto que en sus dibujos ya no aparecen los indicadores encontrados en la evaluación previa.

A continuación se presentan individualmente las pruebas Koppitz y Familia tanto previas como posteriores con la finalidad de observar los cambios con la intervención terapéutica:

Test de Koppitz.

Pre Evaluación

Nombre: "Lilo"

Sexo: Femenino

Edad: 7 años.



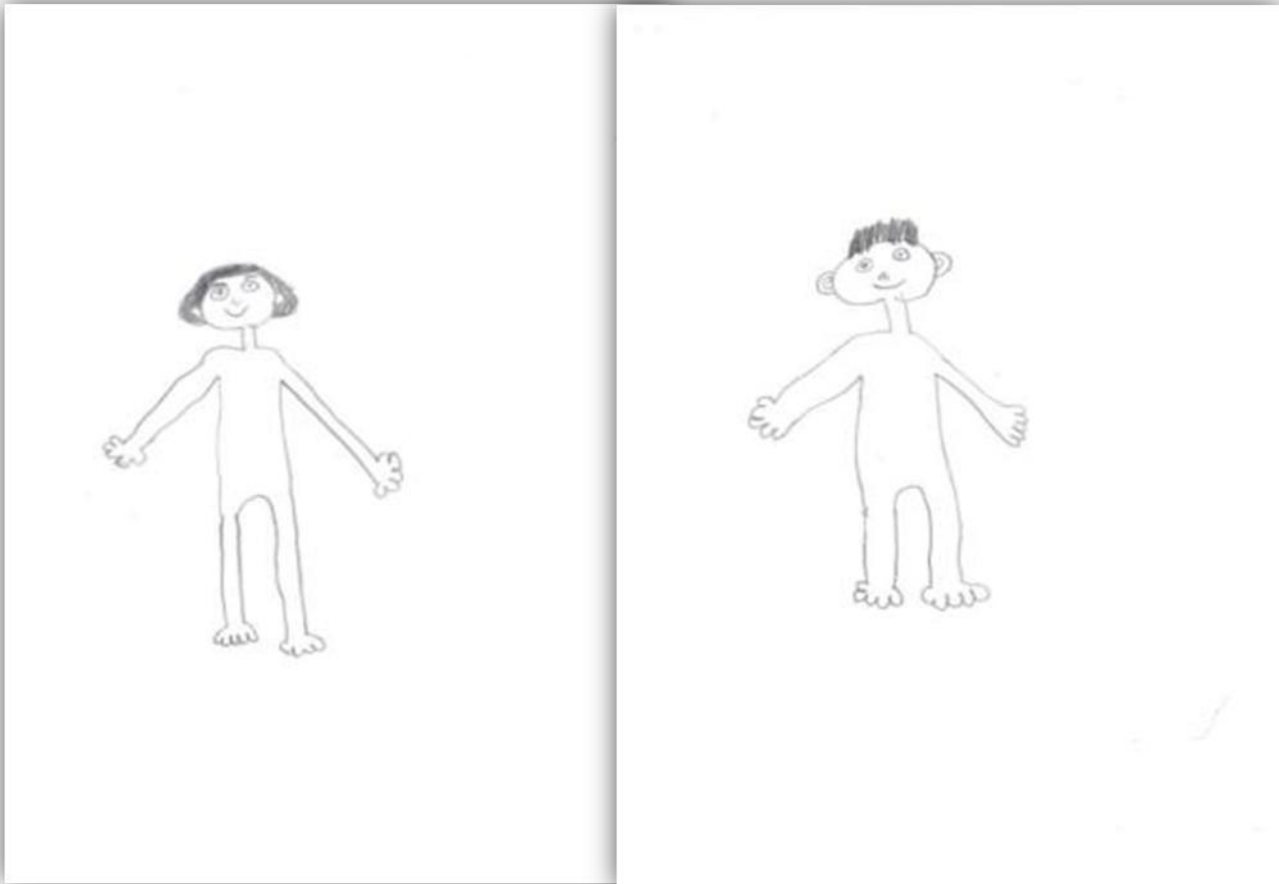
Durante la ejecución de la prueba "Lilo" se mostró tranquila y cooperadora; representó en primer lugar la figura femenina, no se presentaron borraduras y la ejecución del dibujo se llevó a cabo de manera fluida. El dibujo sugiere aislamiento social dado la omisión de ojos, lo cual se presenta en ambas creaciones, donde también se observan brazos cortos indicando timidez.

Post Evaluación

Nombre: "Lilo"

Sexo: Femenino

Edad: 7 años.



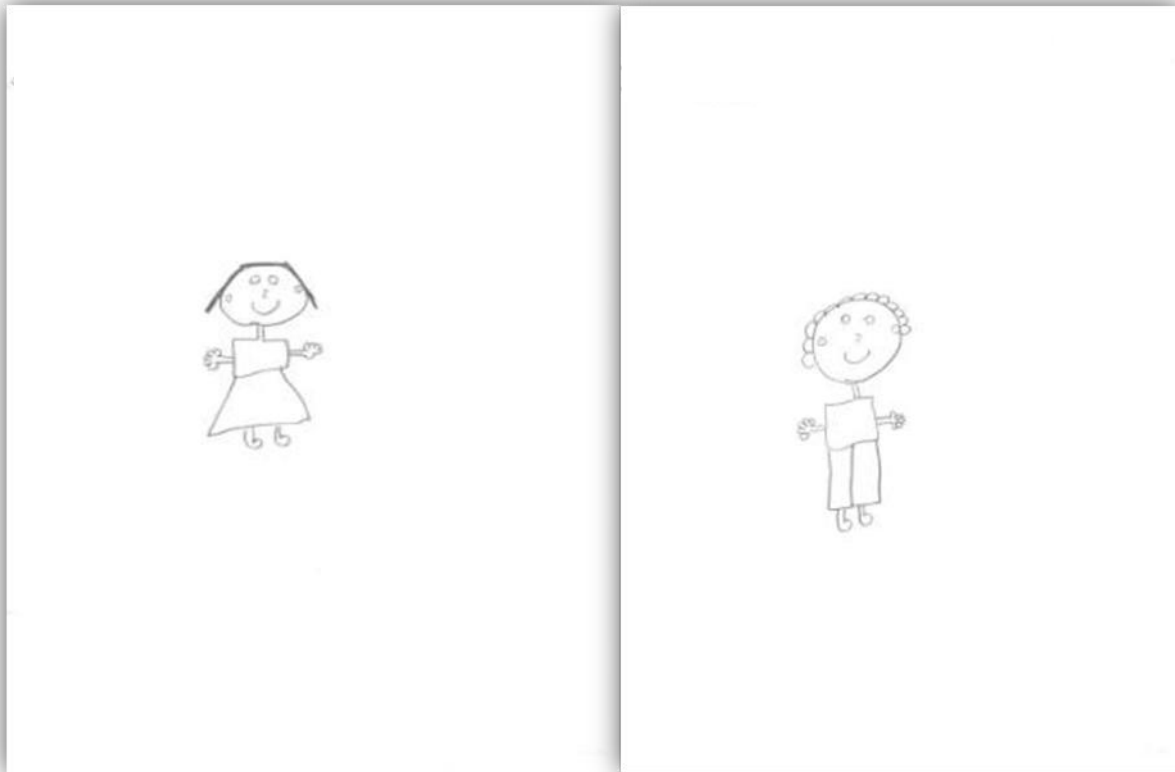
La menor dibujó en primer lugar la figura femenina para continuar con la masculina, en esta etapa realizó ambos dibujos de mayor tamaño en comparación con la evaluación inicial, se presentaron borraduras en la figura masculina siendo este un indicador de preocupación o conflicto. Durante la ejecución del test se mostró cooperativa y tranquila. Se puede observar una mayor integración del dibujo a comparación de la evaluación inicial, ya que a diferencia de esta, la segunda presenta mejores proporciones, en cuanto al tamaño de brazos, piernas, tronco y cabeza, además de tener mejores rasgos faciales.

Pre Evaluación

Nombre: "Ivana"

Sexo: Femenino

Edad: 9 años.



"Ivana" dibujó en primer lugar la figura femenina, presentando en esta el indicador de aislamiento social, distinguiéndose en ambas figuras la omisión de ojos, de igual manera presenta brazos cortos sugiriendo timidez. Durante la ejecución de la prueba la menor se mostró cooperativa, no se presentaron borraduras y el tiempo de la ejecución se encontró dentro de la media.

Post Evaluación

Nombre: "Ivana"

Sexo: Femenino

Edad: 9 años



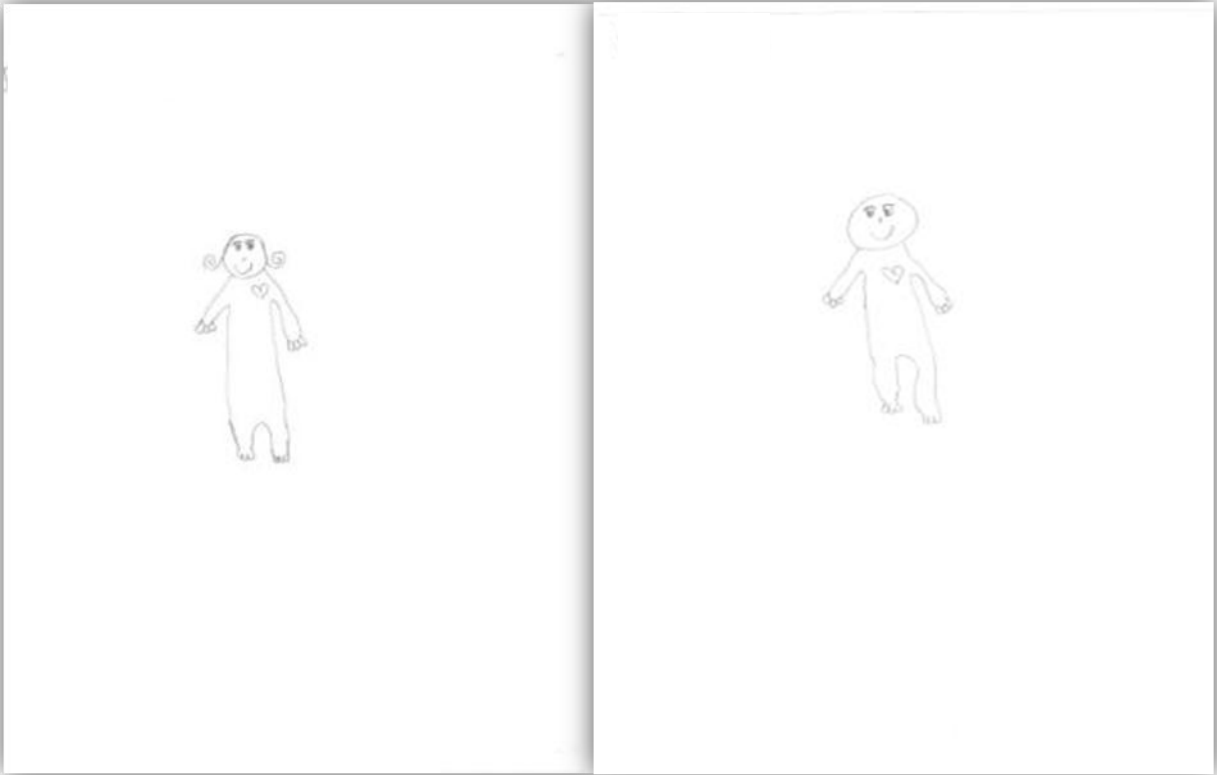
"Ivana" dibujó en primer lugar la figura femenina, realizando ambos trazos de mayor tamaño en comparación con la pre evaluación, en ellos persiste el indicador de aislamiento social ya que ambas figuras presentan omisión de ojos y borraduras constantes sugiriendo preocupación. Respectivamente la menor se mostró cooperativa al ejecutar la prueba.

Pre evaluación

Nombre: "Lizeth"

Sexo: Femenino

Edad: 9 años.



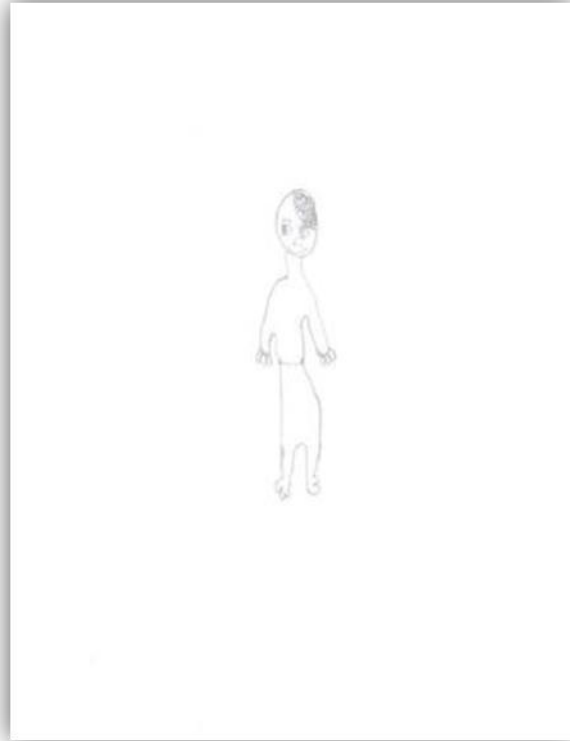
Durante la ejecución de la prueba "Lizeth" se mostró cooperativa y con buena actitud ante la realización del dibujo. Plasmó en primer lugar la figura femenina, para continuar con la masculina; ambos trazos presentan omisión de cuello sugiriendo falta de madurez, así mismo son dibujados con brazos cortos siendo éste indicador de timidez. Además se observa que ambos dibujos son trazados como si tuvieran cuerpo de bebé, lo cual sugiere regresión. No se presentan borraduras durante la ejecución.

Post evaluación

Nombre: "Lizeth"

Sexo: Femenino

Edad: 9 años.



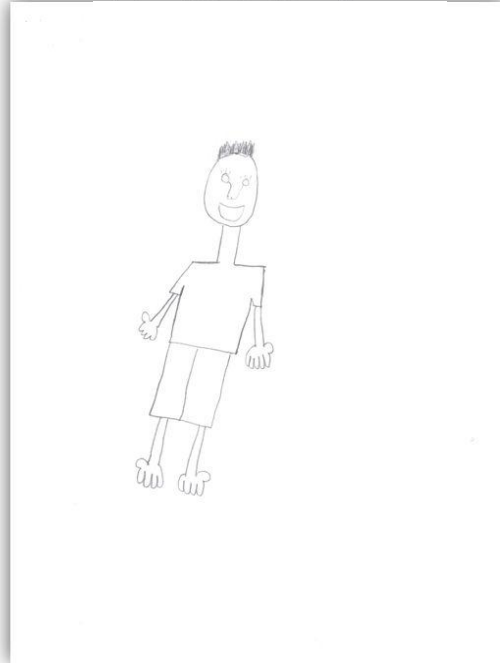
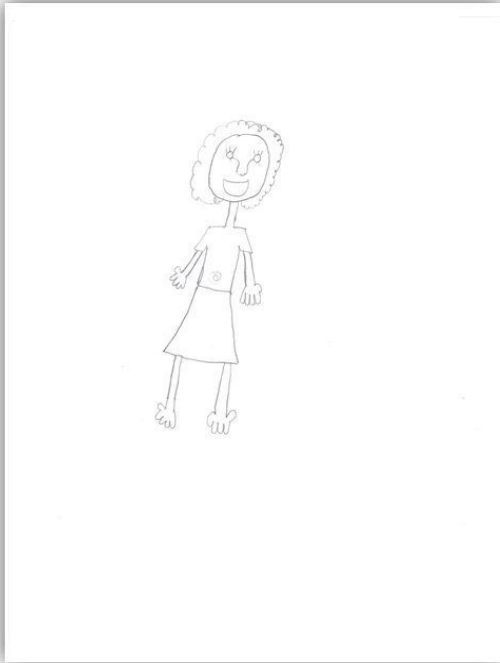
Durante la ejecución de la prueba "Lizeth" se mostró cooperativa y con buena actitud ante la realización del dibujo. Plasmó en primer lugar la figura femenina prosiguiendo con la masculina. A comparación del pre-test, el cuerpo de ambos dibujos muestra mayor integración y una mejor proporción de sus partes. No se presenta ningún indicador emocional.

Pre Evaluación

Nombre: "Carmina"

Sexo: Femenino

Edad: 9 años.



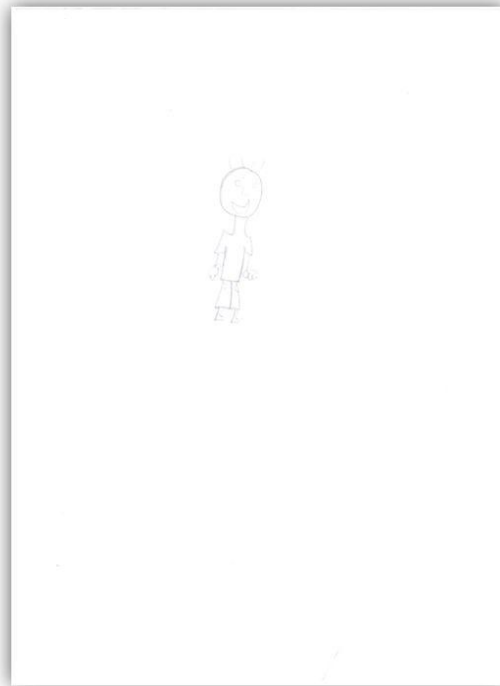
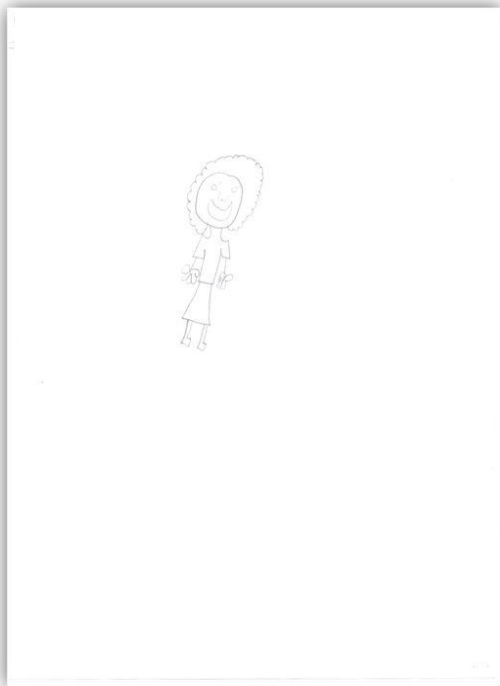
"Carmina" dibujó en primer lugar la figura femenina, en ambas creaciones presentó el indicador de aislamiento social ya que omitió ojos, además presenta repetidas borraduras sugiriendo preocupación; asimismo ambas figuras tienen la boca receptiva lo cual es un indicador de agresión. Durante la ejecución se mostró cooperativa y aduladora hacia la aplicadora.

Post Evaluación

Nombre: "Carmina"

Sexo: Femenino

Edad: 9 años.



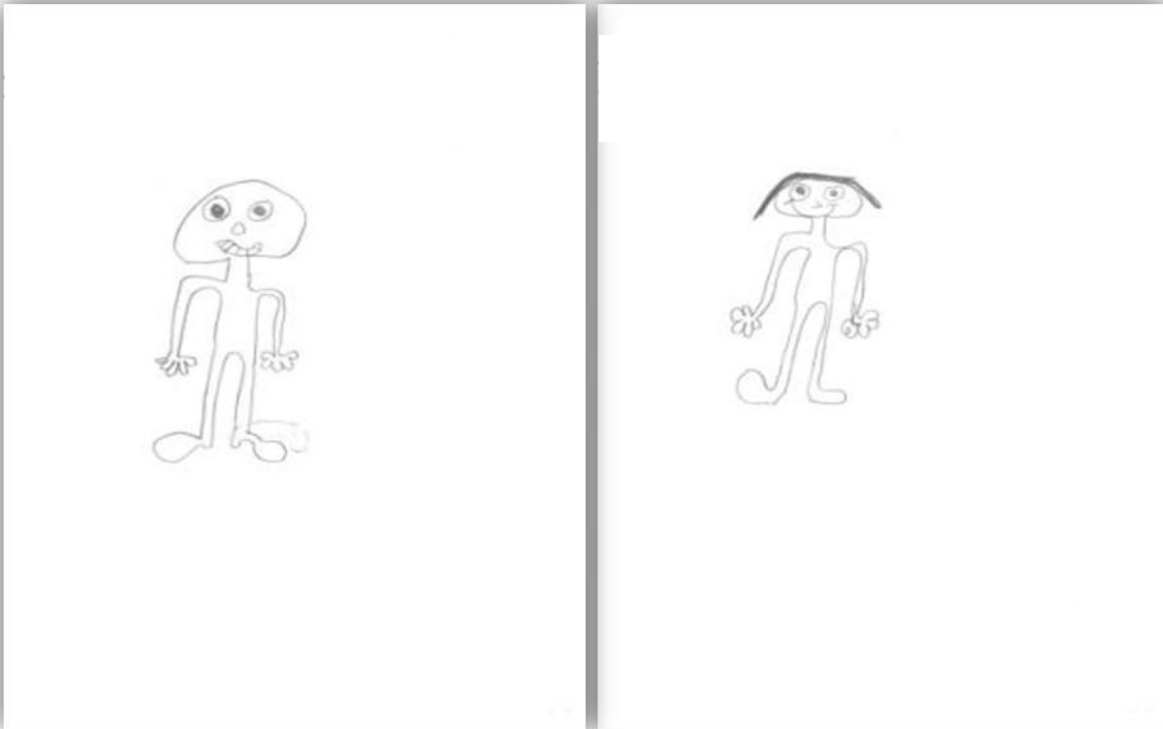
"Carmina" dibujó en primer lugar a la figura femenina, realizando ambos dibujos de menor tamaño en comparación con la evaluación inicial, además presentó el indicador de aislamiento social por la omisión de ojos. Durante la ejecución se muestra cooperativa y con una actitud aduladora.

Pre Evaluación

Nombre: "Charly"

Sexo: Masculino

Edad: 9 años.



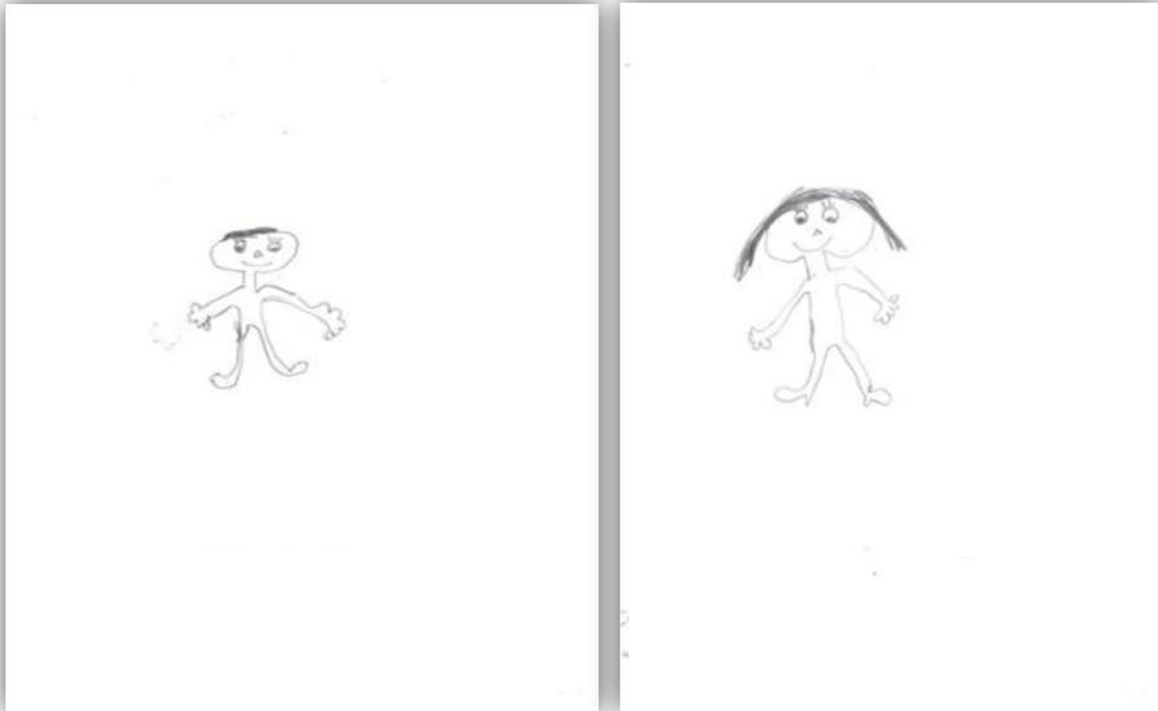
"Charly" dibujó en primer lugar a la figura masculina, presentando repetidas borraduras siendo este indicador de preocupación, así mismo se surgiere agresividad ya que en su diseño de la figura masculina dibuja dientes, lo cual se sustenta en un trazo fuerte y un dibujo grande. Durante le ejecución del test se mostró cooperativo y expresivo.

Post Evaluación

Nombre: "Charly"

Sexo: Masculino

Edad: 9 años.



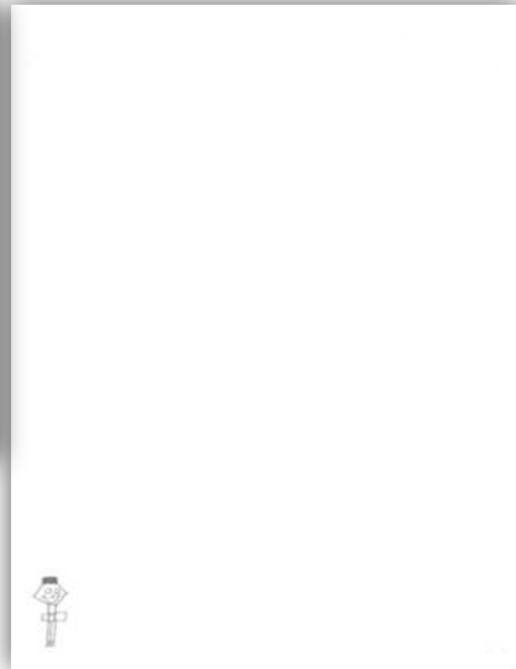
"Charly" dibujó en primer lugar a la figura masculina, presentado el indicador de preocupación ya que durante la ejecución se presentaron repetidas y constantes borraduras manifestándose esta característica en ambos dibujos, de igual forma las figuras realizadas fueron ejecutadas en menor tamaño en comparación con la evaluación inicial. Durante la realización del test se mostró cooperador y expresivo.

Pre Evaluación

Nombre: "Cris"

Sexo: Masculino

Edad: 9 años.



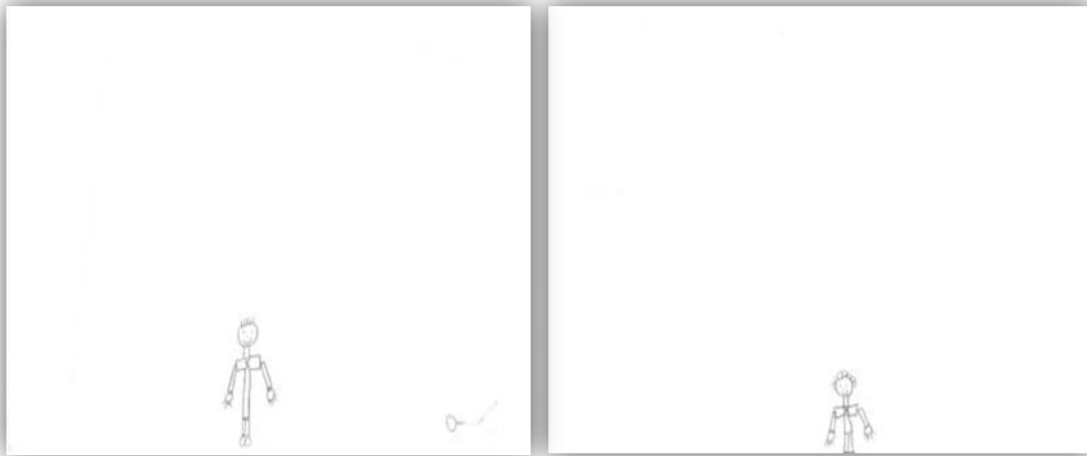
"Cris" dibujo en primer lugar la figura femenina, presentando el indicador de depresión, revelándose a través de figura pequeña y su ubicación en la esquina inferior izquierda, además presenta el indicador de aislamiento social ya que omite los ojos. Ambas presentaciones se realizan con una integración pobre sugiriendo impulsividad. Durante la ejecución se mostro callado y ausente.

Post Evaluación

Nombre: "Cris"

Sexo: Masculino

Edad: 9 años.



Durante la evaluación "Cris" se mostró ansioso por terminar la realización de los dibujos ya que manifestaba su deseo por ejecutar otra actividad. Al inicio de la aplicación el menor dibujó una figura de palitos, la cual borró y comenzó otra rotando la hoja. Se sugiere agresividad ya que realiza manos grandes y afiladas en ambos dibujos, de igual manera se manifiesta escaso control de impulsos ya que ilustra piernas juntas en ambas creaciones. Sin embargo muestra una mayor integridad en el dibujo en comparación con la evaluación previa ya que tienen mejor proporción y tamaño en sus partes. En ambos casos rotó la hoja.

Test de la Familia.

Pre Evaluación

Nombre: "Lilo"

Sexo: femenino

Edad: 7 años



"Lilo" presentó un gran número de borraduras durante la ejecución del dibujo de su familia. Al dibujar al padre tuvo repetidos periodos de ausentismo, donde permanecía pensante por espacios de hasta un minuto. Este fue el personaje que más tardó en dibujar.

La realización de la línea base refleja una necesidad de permanencia en la realidad. Los dibujos de "Lilo" muestran falta de control de impulsos, pues omite el cuello en los personajes; sentimientos ambivalentes ya que los pies de sus dibujos se encuentran en sentidos opuestos; así mismo se sugiere que la menor se encuentra ansiosa y experimenta conflictos emocionales ya que sus dibujos presentan repetidas borraduras.

La menor se dibuja a sí misma con ojos grandes, con un trazo fuerte, lo cual es indicador de una actitud socialmente agresiva. Los elementos adicionales (sol y nube) parece ser un reflejo de una viva imaginación siendo esta una característica que no relaciona con ningún tipo de problemas.

Post Evaluación

Nombre: "Lilo"

Sexo: femenino

Edad: 7 años



En este dibujo "Lilo" ya no dibuja al padre quien permanece ausente, representando sólo a su familia nuclear, lo cual es muestra clara de tendencia a la realidad confirmándose por la ubicación del dibujo al inferior de la página, así como los tamaños de los personajes, quienes van de acuerdo al orden que ocupa cada uno en la familia.

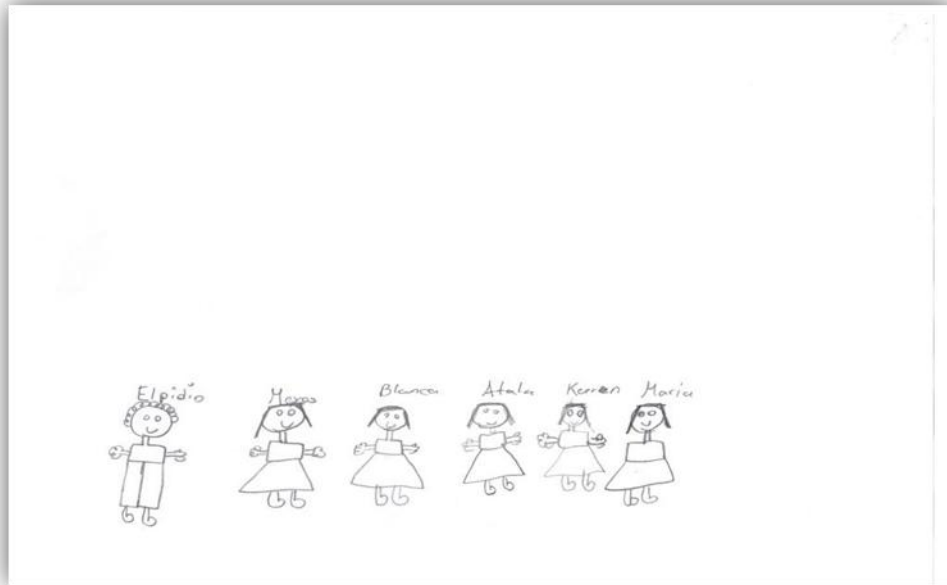
Se muestra mayor seguridad en la ejecución ya que, no presenta borraduras en el dibujo y es ejecutado con mayor fluidez.

Pre Evaluación

Nombre: "Ivana"

Sexo: femenino

Edad: 9 años.



"Ivana" dibujó en primer lugar a su abuelo a quien se le nota distanciado del resto de los personajes. Es importante resaltar la ausencia del padre en el dibujo. En este, destacan los brazos cortos sugiriendo incapacidad para establecer contacto interpersonal, siendo esto corroborado por los brazos cortos y omisión de ellos en la hermana menor, lo cual a su vez es indicador de depresión correspondiendo a un sentimiento de culpa vinculado con la acción de tomar, lo cual es confirmado por la madre quien refiere que "Ivana" roba.

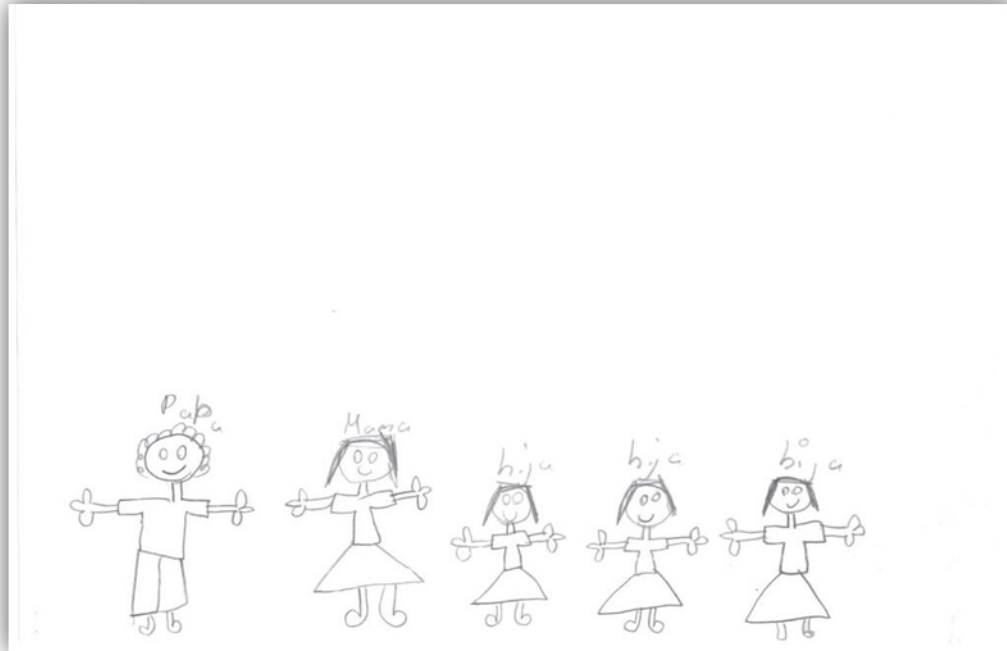
Todos los personajes poseen ojos vacíos siendo señal de aislamiento social. La posición de los pies de todos los personajes, excepto la hermana menor (corregidos al finalizar el dibujo) revela sentimientos ambivalentes (es de resaltarse que esta hermana posee un tamaño superior incluso al de la madre). Las borraduras hechas en la realización de la cabeza de su propio personaje son indicadores de conflictos emocionales, ansiedad e inseguridad.

Post Evaluación

Nombre: "Ivana"

Sexo: femenino

Edad: 9 años.



El aislamiento social persiste en "Ivana" ya que sus dibujos son realizados con ojos vacíos. La ubicación del dibujo en la zona inferior de la página corresponde a sujetos más maduros, así mismo existe una distancia física entre la figura masculina (el padre) y madre e hijas, lo cual es indicador de incomunicación entre los personajes y distancia emocional.

Una vez más la hermana menor aparece plasmada de un tamaño superior al de las hermanas, sin embargo ya no es así en el caso de la madre, indicando que la percibe como una figura de mayor jerarquía. Los pies dibujados en direcciones opuestas son un indicador de sentimientos ambivalentes, lo cual no sucede con "Lilo" (hermana menor).

Las manos grandes son indicadores de sentimientos culpígenos. Se presentaron borraduras al dibujar la cabeza de ella misma insinuando así conflictos emocionales, ansiedad e inseguridad.

Pre evaluación

Nombre: "Lizeth"

Sexo: femenino

Edad: 9 años



"Lizeth" dibuja en primer lugar a Janette quien es su madre quien es percibida como una figura importante y con quien posiblemente conflicto y tensión, viéndose comprobado lo anterior con el historial clínico donde la abuela revela que "la niña le tiene miedo a su madre, pues la regaña y le grita" sic., Posteriormente continúa con la creación de los demás personajes; ubica al borde inferior de la hoja a la abuela y ella, indicando baja autoestima así como un desvalorización hacia la abuela, al ser dibujada de un tamaño similar al de ella y representarla en último lugar. Es de resaltar que entre la madre y la niña hay una distancia considerable revelando así un desapego relacional entre ellas.

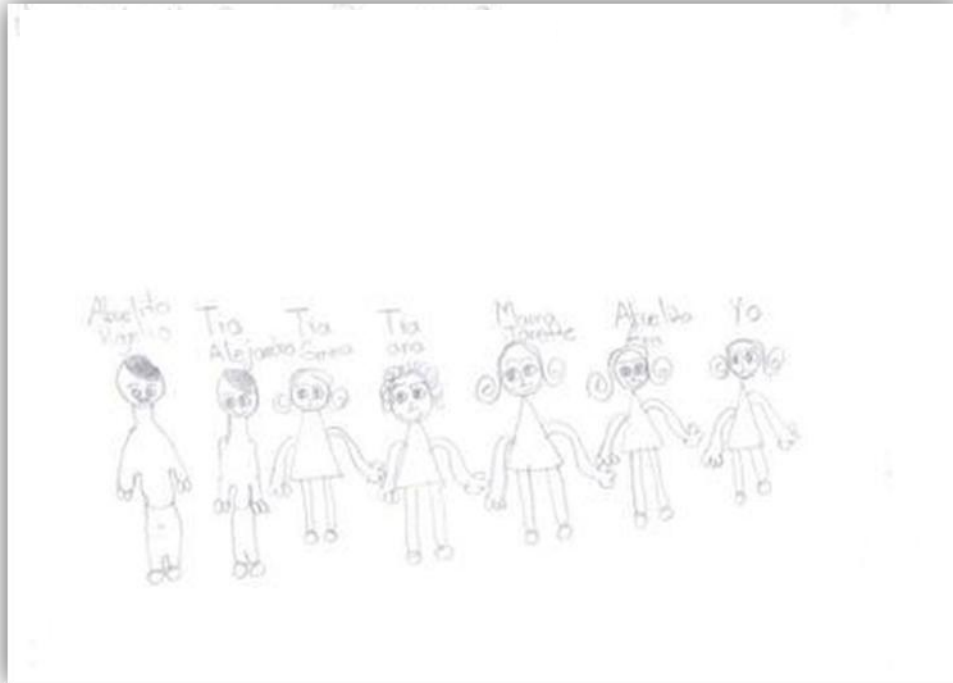
El hecho de que el dibujo de "Lizeth" llega al borde final de la página refleja tendencias represivas, inseguridad y necesidad de apoyo así como dependencia exagerada.

Post evaluación

Nombre: "Lizeth"

Sexo: femenino

Edad: 9 años



En la evaluación posterior "Lizeth" dibuja a todos los personajes sobre un mismo nivel. Es de resaltar que en esta etapa la madre y la menor se encuentran más cercanas una de la otra, sugiriendo menor distancia emocional entre ellas.

No aparecen otras alteraciones importantes en los dibujos.

Pre Evaluación

Nombre: "Carmina"

Sexo: femenino

Edad: 9 años.



Este dibujo resalta ya que "Carmina" no se plasmó en él, lo cual sugiere depresión y baja autoestima, Lluís-Font (2006) menciona que la supresión de un elemento de la familia es la máxima expresión posible de desvalorización, así como negación de la realidad y una tendencia depresiva con sentimientos de culpa, lo cual es fuente de angustia. Dibuja en primer lugar a su cuñada "Marisol" reflejando así desvinculación afectiva de sus padres, Lupe y Bonifacio quienes en realidad son sus tíos.

A ningún personaje se le dibujó cuello, sugiriendo regresión así como incapacidad para controlar impulsos. Los ojos de los personajes plasmados se encuentran vacíos aludiendo dependencia emocional lo cual es corroborado por la boca cóncava que presentan todos los personajes. La rigidez del dibujo, representado por líneas rectas y anguladas con las que está representada la familia, es indicador de un Yo rígido donde las reglas severas se imponen.

Post Evaluación

Nombre: "Carmina"

Sexo: femenino

Edad: 9 años.



En este dibujo "Carmina" realiza las manos de los personajes más grandes a diferencia de la evaluación previa, lo cual sugiere agresión; lo más destacable de esta ilustración es que la menor ya se representa en él; así mismo a los integrantes de su familia les dibujó cuello, sugiriendo en conjunto que "Carmina" toma un papel activo, con mayor dominio de sus impulsos aunque probablemente agresivo.

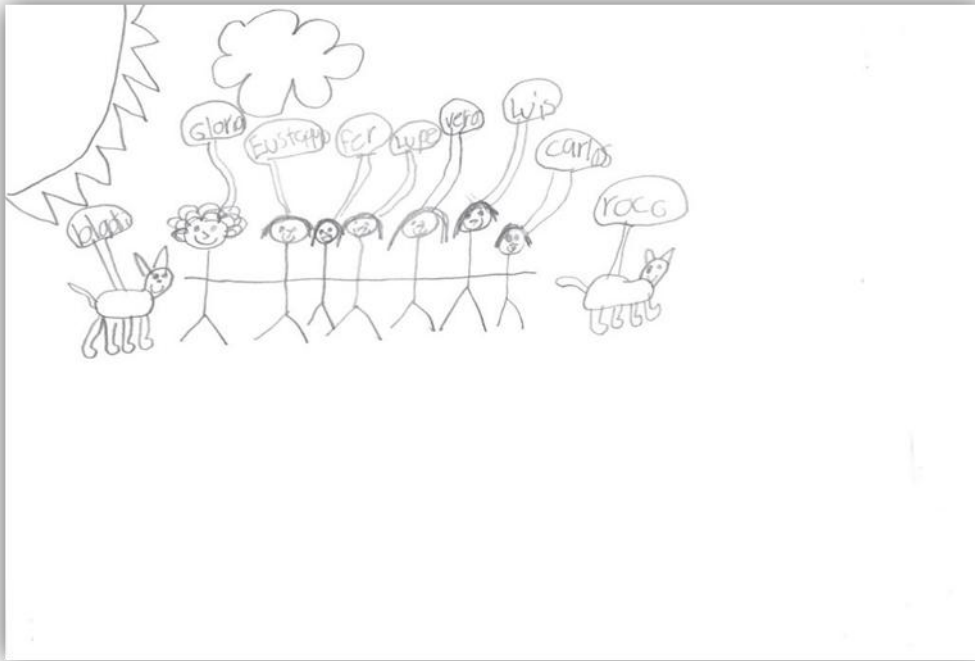
Presenta menos borraduras en la realización del dibujo, lo cual sugiere una disminución en ansiedad e inseguridad.

Pre Evaluación

Nombre: "Charly"

Sexo: masculino

Edad: 9 años.



Dibuja a seis integrantes de la familia y dos mascotas. Al personaje "Fer" lo añadió al último. Durante la entrevista recordó que no lo había dibujado y lo colocó entre Eustaquio (abuelo) y Lupe (tía).

El dibujo fue realizado con un trazo fuerte lo cuales indicador de agresión, la ubicación en la parte superior de la hoja sugiere tendencia regresivas. El sombreado plasmado como cabello en los personajes es indicador de angustia y ansiedad. Presenta borraduras en la cabeza en la representación que hizo de él mismo sugiriendo conflictos emocionales. Es de resaltar que a todos los personajes los dibuja tomados de la mano, indicando que la percepción que tiene el menor de su familia es de unión.

La integración pobre en los elementos del dibujo son señales de impulsividad. Los elementos adicionales, como lo son el sol y la nube, parecen ser un reflejo de una viva imaginación siendo esta una característica que no se relaciona con ningún tipo de problemas.

Post Evaluación

Nombre: "Charly"

Sexo: masculino

Edad: 9 años.



El dibujo se encuentra ubicado en la parte inferior de la hoja siendo éste un indicador de seguridad. La ubicación de los personajes cambió, siendo más valorado el abuelo (Eustaquio) y las menos valoradas son la madre y la tía Lupe a quienes no les fueron dibujados rasgos faciales. La representación de la abuela presenta borraduras.

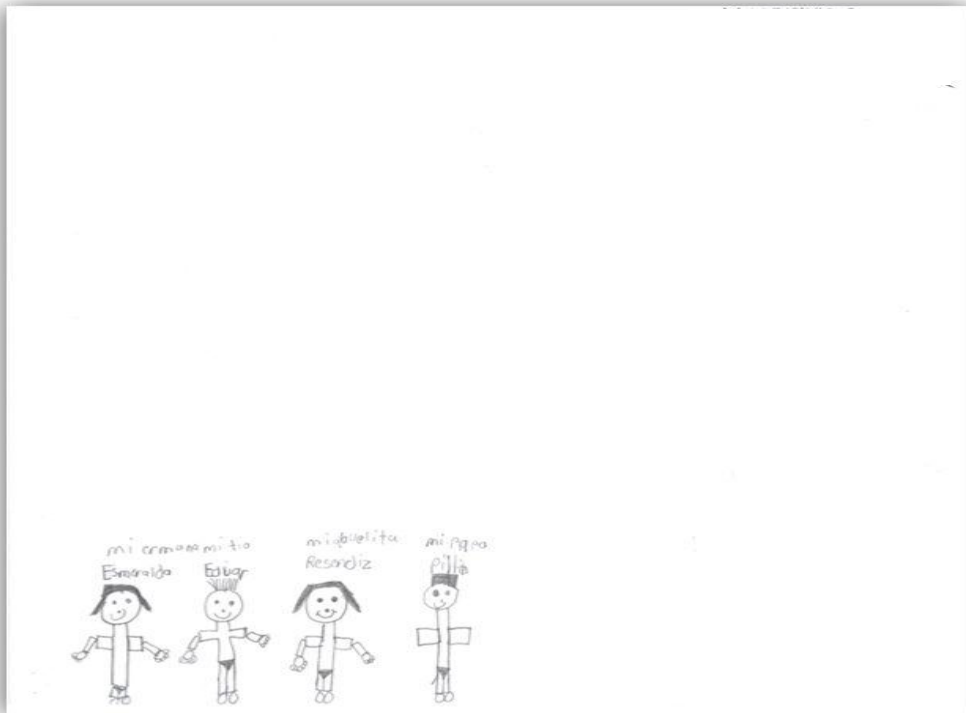
Al igual que en la pre evaluación todos los personajes parecen estar tomados de las manos, a excepción de la tía Lupe quien parece estar alejada de la familia y no está tomada de la mano a los demás. En entrevista mencionó que su tía es la persona menos buena pues no lo deja de molestar y casi nunca cumple sus promesas.

Pre Evaluación

Nombre: "Cris"

Sexo: masculino

Edad: 9 años.



En la evaluación previa "Cris" ubicó su dibujo en la zona inferior izquierda, llegando al borde de la página, sugiriendo tendencias represivas, inseguridad, necesidad de apoyo y dependencia. "Esmeralda" quien menciona que es su hermana y en realidad es su tía, fue plasmada en primer lugar, indicando conflictos emocionales de importancia, rivalidad con la persona y cierta desvinculación afectiva de los padres, corroborándose con la omisión de la figura materna y la representación en último lugar del padre.

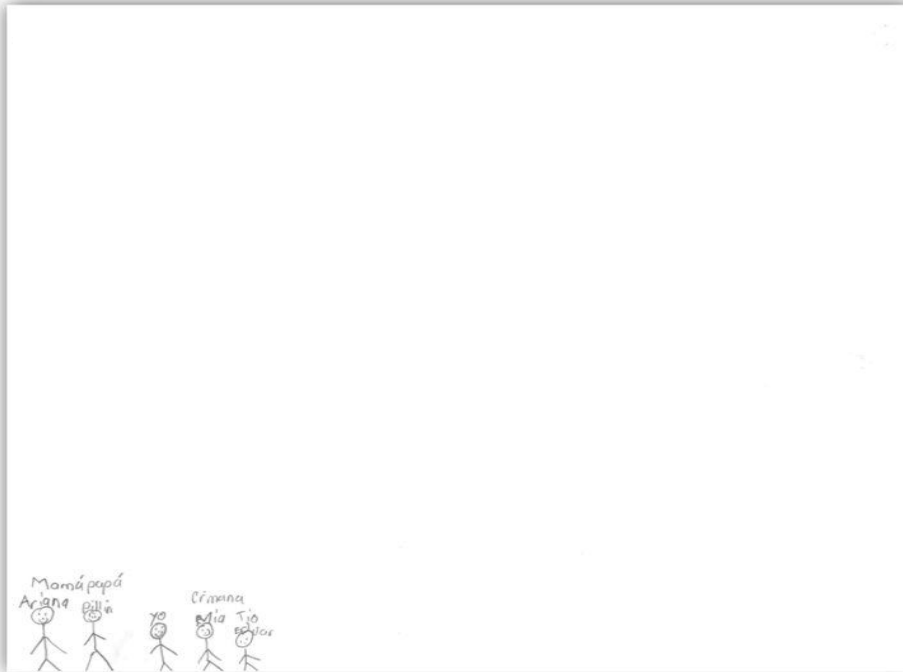
Es de resaltar que "Cris" no se plasma en el dibujo, Lluís-Font (2006) menciona que la supresión de un elemento de la familia es la máxima expresión posible de desvalorización, así como negación de la realidad y una tendencia depresiva con sentimientos de culpa, lo cual es fuente de angustia. Los dibujos del niño están seccionados y son de tamaño pequeño lo cual es indicativo de sentimientos de inferioridad, retraimiento y depresión, así mismo presentan una integración pobre, sugiriendo un escaso control de impulsos.

Post Evaluación

Nombre: "Cris"

Sexo: masculino

Edad: 9 años.



En esta etapa de la evaluación "Cris" ya dibuja a su madre, a quien en la valoración inicial había omitido, sugiriéndola como una figura de importancia, el padre adquiere un lugar más significativo en el niño puesto que lo dibuja en segundo lugar. Así mismo es de resaltar que "Cris" se dibuja en esta creación.

Sin embargo, la integración de sus dibujos continúa siendo pobre, sugiriendo bajo control de impulsos, además que la ubicación de la ilustración se encuentra en el borde inferior izquierdo, siendo indicativo de tendencias represivas, inseguridad, necesidad de apoyo y dependencia exagerada; los dibujos son pequeños lo cual alude a retraimiento, sentimientos de inferioridad y estados de depresión.

Matriz de conductas observadas en los integrantes del taller “Elaboración del duelo”:

NIÑOS	SESIONES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2; 3; 4; 8; 9	4; 5; 9;10	4; 5; 9;	4; 5; 9	4; 9	4	3; 4;10	4	4	No asistió
2	2; 3;8; 9	5; 9; 10;	5; 9	5; 7; 9	1; 5;9	1; 5; 9	1; 3; 9; 10	--	8	No asistió
3	2; 3;8; 10;	5; 8; 10	3; 5; 8	8	3	3	3; 10	--	--	--
4	2; 3; 8;	2; 7; 8; 10	5; 8	7; 8; 10	3; 8; 10	8; 10	2; 3; 8; 10	2; 8	2;8	2; 8
5	1; 2; 3; 6;	1; 7; 8;10	1; 5	1; 5; 7; 10	1; 6; 3	1; 8	1;3; 6; 10	8	10	--
6	2;3; 8; 10	1; 3; 7;8;10	3; 5; 7;10	5; 7; 10	1; 3; 7;	3; 7;	1;3; 6; 7;8; 10	1; 3; 6; 7; 8	1; 7	1; 7;

A continuación se presentan los sobrenombres de los menores que participaron en el taller terapéutico, esto con la finalidad de proteger su identidad:

Niño 1: “Lilo”

Niño 2: “Ivana”

Niño 3: “Lizeth”

Niño 4: “Carmina”

Niño 5: “Charly”

Niño 6: “Cris”

Definiciones operacionales de las conductas observadas en los menores a lo largo de las sesiones:

1. **Agresividad.** Estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y/o psicológicamente a alguien.
2. **Ansiedad.** Turbación generada en las personas frente a todo intento de adaptación al medio el cual genera
3. **Apatía.** Impasibilidad del ánimo. Estado en el que el sujeto permanece indiferente, y presenta una incapacidad para reaccionar ante situaciones que deberían suscitar emociones o intereses.
4. **Bajo rendimiento escolar:** bajas calificaciones en el ámbito escolar, las cuales son menores 7.5.
5. **Depresión.** Estado mental mórbido caracterizado por laitud, desaliento y fatigabilidad acompañado con frecuencia de ansiedad más o menos acentuada.

6. **Irritabilidad.** Fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

7. **Negación.** Mecanismo de defensa por el que se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás. El término negación psicótica se emplea cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad.

8. **Problemas de socialización:** incapacidad del niño para integrarse con sus compañeros de grupo.

9. **Regresión.** Retornar a períodos anteriores del desarrollo o a comportamientos antiguos, que eran más satisfactorios.

10. **Resistencia.** Oposición inconsciente o quizá consciente a llevar al nivel de la conciencia experiencias, ideas, afectos, etc., pasados, que provocarían ansiedad.

Análisis de resultados:

Para efectos de esta investigación, se aplicaron las pruebas psicológicas, Test de Koppitz y Test de la Familia, posteriormente se llevo a cabo la aplicación del taller y para medir los cambios, se procedió a la reaplicación de las mismas pruebas, de las cuales se desprenden los siguientes resultados.

Niño 1: “Lilo”

“Lilo” femenina de 7 años de edad. Durante el pretest correspondiente al test de la Familia, se mostró cooperadora aunque tímida y callada; expresó su gusto por dibujar, así como duda en cuanto a plasmar al padre expresando: “¿dibujó a mi papá? Porque él ya no vive con nosotras”; su período de latencia al iniciar la prueba fue de 1 minuto durante el cual la menor se mostró pensativa. El primer objeto dibujado fue una línea base para así continuar con una casa, la cual borró en repetidas ocasiones, posteriormente representó a la madre a quien le dibujó primero una cabeza pequeña para después hacérsela de mayor tamaño. En segundo lugar proyectó al padre con quien se observaron las mayores dificultades durante su elaboración, presentando continuas borraduras, siendo esta figura la de mayor tamaño; durante su realización Lilo presentó repetidos periodos de ausentismo de entre 20 y 40 segundos. El tercer personaje dibujado fue el de la hermana mayor; de igual manera se observó dificultad en su ejecución confirmándose por las repetidas borraduras. Prosiguió con la hermana segunda con la cual no se observaron dificultades, elaborándola de forma fluida. Finalizó con la imagen de ella misma donde se presentaron borraduras en la cabeza y mostrando ojos vacíos.

Los indicadores encontrados en esta prueba fueron: necesidad de permanencia en la realidad, sentimientos ambivalentes, ansiedad, inseguridad, preocupaciones, conflictos emocionales y depresión.

En lo correspondiente a la pretest del test de Koppitz, la menor creó la figura de manera rápida y fluida, sin presentar borraduras, en el cual el indicador de acuerdo a su edad fue aislamiento social. La actitud en esta prueba fue igualmente de cooperación.

Durante el postest correspondiente a la prueba de la familia Lilo ilustró a su familia al borde inferior izquierdo de la hoja. La actitud de la menor durante la ejecución fue de tranquilidad y cooperación expresando entusiasmo por la realización de la prueba. En esta creación no se dibuja línea base en comparación con el pretest donde sí se realiza; las figuras fueron ejecutadas de manera fluida presentándose sólo una borradura en el cabello de la figura correspondiente a su propia persona. Realiza la familia de acuerdo al orden jerárquico real; es decir, madre, hija primogénita, segundona y benjamín. Se resalta en este dibujo la ausencia del padre y el tamaño de los personajes, los cuales coinciden con las edades de cada integrante de su familia apuntando hacia una clara tendencia a la realidad y mayor seguridad.

Durante el postest del Koppitz, Lilo realizó los dibujos de manera fluida y rápida, plasmándolos de mayor tamaño en comparación con la evaluación inicial, presentando borraduras en la mano de la figura femenina la cual fue realizada en primer lugar, y en la figura masculina se presentaron borraduras en el pie izquierdo siendo este indicador de preocupación.

En la realización del historial clínico la madre refirió que la menor presentaba enuresis, problemas de socialización, timidez y problemas de aprendizaje los cuales se presentaron posterior a la ausencia del padre.

De acuerdo a la interpretación de los test psicológicos previos a la intervención del taller, se detectó que la menor se encontraba en la fase de *Depresión* de acuerdo a las etapas del duelo de Elizabeth Kübler Ross, ya que los indicadores muestran aislamiento social, ansiedad manifestada en enuresis; preocupación, depresión, al finalizar el taller se pudo comprobar por medio de las pruebas psicológicas que la menor avanzó hacia la etapa de *Aceptación*, pues el discurso de la menor ya no era de desconsuelo cuando se refería a su padre, contrariamente a esto Lilo expresaba “ya no me siento tan triste porque aunque sé que mi papá no va a regresar a vivir con nosotras pero sé que nos quiere ” además que su nivel de ansiedad, enojo y depresión disminuyeron significativamente, aunado a esto los dibujos de “Lilo” mostraron una clara tendencia a la realidad y mayor seguridad.

Niño 2: Ivana.

Durante el pretest al taller “Ivana” se mostró cooperadora y preocupada durante la ejecución del test de la familia ya que expresaba que su padre ya no vivía con ellas, buscando la aprobación de la aplicadora para plasmarlo en el dibujo. Proyectó en primer lugar al abuelo el cual está posicionado en un nivel inferior al de ellas; la abuela fue plasmada en segundo lugar, para continuar con la madre y las hermanas, quienes están representadas en el orden jerárquico correspondiente, sin embargo el tamaño entre la madre e hijas es el mismo, siendo este un indicador de desvalorización el cual abraza también a la figura paterna, pues esta no fue dibujada. A la hermana menor no le fueron ilustrados brazos ni manos, sugiriendo la existencia de sentimientos culpígenos en “Ivana”; todos los miembros de la familia presentan ojos vacíos indicando incapacidad para establecer contacto interpersonal. La ejecución del dibujo fue mayor al promedio, ya que presentaba repetidos periodos de ausentismo. No se presentaron borraduras.

Otros indicadores hallados en esta prueba fueron: depresión, egocentrismo, conflictos emocionales, aislamiento social, ansiedad, inseguridad y sentimientos ambivalentes. Es importante mencionar que la madre refirió que la menor presentaba enuresis y robo, problemáticas que se presentaron posterior a la ausencia del padre.

En el pretest del Koppitz Ivana se mostró más relajada, realizando el dibujo con mayor fluidez y rapidez. No se presentan borraduras; se encontraron los indicadores de ojos vacíos, lo cual sugiere aislamiento social e incapacidad para establecer contacto interpersonal.

Lo que corresponde al postest de la familia Ivana ejecutó su dibujo con fluidez. La ubicación de éste se encuentra en la parte inferior de la hoja, indicando mayor madurez emocional; se presentaron borraduras en el dibujo que la representa a ella misma, lo cual sugiere conflictos emocionales, ansiedad e inseguridad; ilustró en primer lugar al padre el cual está separado del resto de la familia, siendo indicador de distancia emocional entre él y madre e hijas. Continúa con el dibujo de la figura materna, para proseguir con las tres hijas, las cuales siguen el orden jerárquico

familiar real, sin embargo los tamaños son inversos, es decir, la hermana mayor posee el menor tamaño y así sucesivamente, de manera que la hija menor tiene el tamaño mayor.

En este dibujo se resaltan dos cuestiones importantes, reflejando cambios ocurridos en “Ivana” durante la intervención, los cuales son observados en el postest de la prueba de la familia, donde la ansiedad de la menor con respecto a la figura paterna ha disminuido de modo que ya le es posible representarlo como un integrante más de su familia, sin embargo comienza a tener conciencia de que él y su madre ya no volverán a estar juntos. El otro punto importante es que la menor tiene una percepción de su madre más valorizada, pues en la evaluación precia la menor la representaba de igual tamaño que al de sus hermanas y ella misma.

Otro indicador encontrado en los personajes del postest de la familia es la persistencia de ojos vacíos, sugiriendo aislamiento social y problemáticas para establecer contacto interpersonal.

En cuanto a la postest del Koppitz la menor plasmó ambos dibujos de un mayor tamaño a la evaluación previa. En primer lugar dibujó la figura femenina, presentándose borraduras en el pie izquierdo sugiriendo preocupación; persistiendo con el indicador de ojos vacíos aludiendo a aislamiento social. Estos mismos indicadores se presentan en la figura masculina.

Durante la realización del historial clínico la madre refirió que la menor presentaba la conducta de robo, la cual había iniciado aproximadamente un año atrás, así mismo “Ivana” padecía enuresis remitiendo su génesis posterior a la separación de los padres.

De acuerdo a la interpretación de los test psicológicos previos a la intervención, así como el discurso de “Ivana”, se detectó que la menor se encontraba en la fase de *Negación* de acuerdo a las etapas del duelo de Kübler Ross, ya que durante la evaluación de la familia la menor no dibujó al padre, siendo este un intento por omitir su realidad. Posterior al taller terapéutico y por medio de las pruebas psicológicas aplicadas, la etapa del duelo en la que se localizó la menor fue *Depresión* dado que

en el discurso de la menor persistía la tristeza profunda al hablar de su padre a quien concebía como una persona que aunque no estaba físicamente con ellas, continuaría teniendo una relación con él.

Niño 3: “Lizeth”

Durante el pretest correspondiente al Test de la familia, la actitud de “Lizeth” fue de cooperación y no mostró resistencia ante la elaboración del dibujo; el tamaño del mismo, se encuentra dentro de los parámetros normales, no se presentaron borraduras y el tiempo de ejecución se encontró dentro de la media. Al realizar la entrevista posterior al dibujo de la familia, la menor expresa que la persona mala es Janet (la madre). El primer personaje dibujado fue la madre, significándola como una figura de importancia, además de observársele de mayor tamaño que al del resto de los personajes representados. Esto se ve sustentado por la distancia existente entre el dibujo de la madre y la menor, la cual se encuentra al lado de la abuela en un nivel inferior siendo indicador de baja autoestima. Durante la realización de la historia clínica la madre expresa que la relación con la menor es distante debido a su trabajo, pues dedica la mayor parte de su tiempo a cuestiones laborales; desconoció diversos aspectos del desarrollo de “Lizeth” dado que su madre es quien se ha hecho cargo de ella desde el nacimiento.

Correspondiente al pretest del Koppitz “Lizeth” se mostró con buena actitud ante la tarea; el tiempo de la ejecución del dibujo se encontró dentro de los parámetros normales; la primer figura dibujada fue la femenina, no se presentaron borraduras. Los indicadores hallados en el dibujo fueron lo de inmadurez y timidez ya que la menor plasma las figuras humanas como bebés, a la vez que estos son de gran tamaño.

En el postest de la familia, la menor posiciona de forma distinta a los personajes, plasmando a la madre más cercana a ella, siendo la abuela la figura intermedia entre “Lizeth” y su madre, sugiriendo mayor comunicación a la vez que la distancia emocional entre ellas es menor. El tiempo de ejecución se encuentra dentro de los parámetros normales, presentándose solo una borradura en la figura del abuelo. Los personajes se encuentran en una sola línea, a diferencia del pretest donde la menor

se encuentra en un nivel inferior junto con la abuela, sugiriendo así aumento en la autoestima de la paciente.

Concerniente al posttest del Koppitz, la menor no presenta indicadores emocionales, salvo que rotó la hoja, realizando así, el dibujo de forma horizontal. No presentó borraduras y la actitud ante la tarea fue de cooperación.

Con el apoyo de la abuela de “Lizeth” quien es su cuidadora, fue realizado el historial clínico, quien refirió que desde que la madre se enteró que estaba embarazada rechazó el producto, presentando muy pocos cuidados durante este periodo, llegando inclusive a acudir a centros nocturnos, fumar e ingerir bebidas alcohólicas aún estando en avanzado estado de gestación. Cuando nació la paciente, ésta fue entregada a la abuela quien desde entonces se ha hecho cargo de su educación y cuidado, a la vez que la madre se encarga solo de la cuestión económica.

De acuerdo a la interpretación de los test psicológicos previos a la intervención del taller, se detectó que la menor se encontraba en la fase de *Depresión* de acuerdo a las etapas del duelo de Kübler Ross, ya que los indicadores mostraron aislamiento, minusvalía y depresión, al finalizar el taller, por medio de las pruebas aplicadas se detectó que “Lizeth” avanzó a la etapa de *Aceptación* ya que sus evaluaciones arrojaron resultados que indicaban clara tendencia a la realidad, mayor seguridad, disminución significativa de la tristeza así como de los sentimientos de minusvalía.

Niño 4: “Carmina”

Durante el pretest correspondiente al dibujo de la Familia, Carmina se mostró con buena actitud ante la tarea, demostrándose cooperativa y aduladora con las facilitadoras. Este dibujo se destaca porque “Carmina” no se plasmó en él, sugiriendo una depresión de importancia y baja autoestima. Dibuja en primer lugar a Marisol (su cuñada) a quién se le dibuja un detalle adicional al de los demás personajes representados, sugiriéndola como una figura de importancia, a la vez que refleja desvinculación afectiva de los padres, Lupe y Bonifacio (quienes en realidad son sus tíos maternos), los cuales aparecen desvalorizados pues son dibujados en último lugar.

A ningún personaje se le dibujó cuello, lo cual es indicador de regresión así como incapacidad para controlar impulsos. Los ojos de los personajes plasmados se encuentran vacíos aludiendo dependencia emocional lo cual es corroborado por la boca cóncava que contienen todos los personajes. La rigidez del dibujo, representado por líneas rectas y anguladas con las que está representada la familia, es indicador de un Yo rígido donde las reglas severas se imponen.

En el pretest correspondiente a la figura humana Koppitz, la menor dibujó en primer lugar la imagen femenina, en ambas creaciones presentó el indicador de aislamiento social ya que omite ojos, además se presentan repetidas borraduras, sugiriendo preocupación; durante la ejecución se mostró cooperativa, mostrando una actitud aduladora hacia la aplicadora.

Lo referente a la postest de la familia “Carmina” dibuja las manos de los personajes más grandes, en comparación con el pretest, siendo indicador de agresión; lo más destacable de esta ilustración es que la menor se representa en él; así mismo a los integrantes de su familia les dibujó cuello, sugiriendo, en conjunto, que la menor toma un papel activo, aunque agresivo y con un mayor control de sus impulsos; así mismo se ve disminuida la ansiedad así como la inseguridad, ya que “Carmina” presenta menos borraduras durante la realización de su dibujo.

En el posttest de Koppitz, Carmina dibujó en primer lugar a la figura femenina, realizando ambos dibujos de menor tamaño en comparación con la evaluación inicial, presentó el indicador de aislamiento social ya que omitió ojos. Durante la ejecución se muestra cooperativa y persiste la actitud aduladora.

La persona que ayudó a realizar el historial clínico de “Carmina” fue su tía, quien desde la edad de 2 meses hasta ese momento estaba a cargo de la menor, refería cambios de humor repentinos, donde la menor presentaba “ataques de ira” sic., así mismo presentaba ansiedad, poca tolerancia y tics nerviosos.

De acuerdo a la interpretación de los test psicológicos previos a la intervención del taller, se detectó que la menor se encontraba en la fase de *Depresión* de acuerdo a las etapas del duelo de Kübler Ross, ya que los indicadores muestran aislamiento social, minusvalía y depresión, al finalizar el taller las pruebas psicológicas de la menor indican que permaneció en la etapa de *Depresión*, sin embargo mostró un gran avance dentro de la misma, ya que en el discurso de la menor era notable la disminución de la ansiedad e incomodidad al tratar la temática del abandono de su madre, además sus dibujos presentaron un aumento en la tendencia a la realidad, así como mayor seguridad y fluidez durante la ejecución.

Niño 5: “Charly”

En el test de la familia correspondiente al pretest, “Charly” dibuja a seis integrantes de la familia y dos mascotas. El personaje “Fer” lo añadió al último, pues durante la entrevista recordó que no lo había dibujado y lo colocó entre Eustaquio (abuelo materno) y Lupe (tía materna). El dibujo fue realizado con un trazo fuerte, indicando agresión; además la ubicación del dibujo se encuentra en la parte superior de la hoja, sugiriendo tendencia regresiva. El sombreado, plasmado como cabello en los personajes, es indicador de angustia y ansiedad. Se presentan borraduras en la cabeza de la representación de él mismo, lo cual es indicador de depresión. Es de resaltar que a todos los personajes los dibuja tomados de la mano, sugiriendo que la percepción que tiene el menor de su familia, es de unión.

La integración pobre en los elementos del dibujo son indicadores de impulsividad, contrario a los elementos adicionales dibujados: sol y nube, lo cual, parece ser reflejo de una viva imaginación, siendo esta una característica que no se relaciona con ningún tipo de problemas.

En lo correspondiente al test de la figura humana Koppitz, en el pretest, "Charly" dibujó en primer lugar a la figura masculina, presentando repetidas borraduras siendo este indicador de preocupación, así mismo se surgiere agresividad en el menor ya que en su dibujo reproduce dientes en la figura masculina lo cual se sustenta en un trazo fuerte y un dibujo grande. Durante le ejecución del test se mostró cooperativo y expresivo.

En cuanto al postest de la prueba de la familia, la ubicación del dibujo se encuentra en la parte inferior de la hoja siendo éste un indicador de seguridad. La ubicación de los personajes cambió, siendo más valorado el abuelo (Eustaquio) y las menos valoradas son la madre y la tía Lupe a quienes no les fueron dibujados rasgos faciales. La representación de la abuela presenta borraduras.

Al igual que el pretest todos los personajes parecen estar tomados de las manos, a excepción de la tía Lupe quien parece estar alejada de la familia y no está tomada de la mano a los demás.

Referente al postest de la figura humana, "Charly" dibujó en primer lugar a la figura masculina, presentado el indicador de preocupación ya que durante la ejecución se presentaron repetidas y constantes borraduras manifestándose esta característica en ambos dibujos, de igual forma las figuras realizadas fueron ejecutadas en menor tamaño en comparación con la evaluación inicial. Durante la realización del test se mostró cooperador y expresivo.

Durante la realización del Historial Clínico, la madre del menor reporta que posterior a recibir el rechazo de su padre, a quien no conocía, "Charly" presentó episodios de ansiedad, exteriorizándose como ataques de asma y agresividad, a lo cual los médicos no referían enfermedad física, recomendando apoyo psicológico.

De acuerdo a la interpretación de los test psicológicos previos a la intervención del taller, se detectó que el menor se encontraba en la fase de *Enojo* de acuerdo a las etapas del duelo de Kübler Ross, ya que los indicadores muestran agresividad, al finalizar el taller sus pruebas psicológicas del menor indican que se desplazó a la etapa de *Negociación*, sin embargo mostro un gran avance dentro de la misma, ya que el discurso del menor era de mayor comodidad acerca de la situación del abandono de su padre, además de presentar en sus dibujos una clara tendencia a la realidad y mayor seguridad durante la ejecución y menor agresividad.

Niño 6: “Cris”

Durante la evaluación previa al taller “Cris” se mantuvo callado y retraído, la primer figura en crear fue la de su tía a quien el se refiere como hermana, durante su ejecución además presentó repetidas borraduras, indicando conflictos emocionales de importancia; mientras realizaba el dibujo, lo tapó para evitar que la aplicadora viera lo qué hacía, además, además durante la realización se detenía a pensar para después de unos segundos proseguir con el dibujo, de modo que el tiempo de ejecución fue mayor al de la media. Esta representación resalta ya que el menor no se plasma en ella, siendo esto una negación de la realidad causante de angustia y una depresión de consideración. La madre no está representada en esta creación, siendo esto la máxima expresión de desvalorización y enojo hacia ella, indicativo de problemas relacionales.

Sus dibujos son pequeños y con una integración pobre, indicando sentimientos de inferioridad y retraimiento. El dibujo se ubica en el borde inferior de la página lo cual sugiere inseguridad, necesidad de apoyo y represión.

En cuanto al pretest de la figura humana “Cris” dibujó en primer lugar la figura femenina indicando problemas con esta representación, además de depresión, inseguridad y retraimiento. En cuanto a la figura masculina, su integración es pobre y esta ubicada en la esquina inferior izquierda, sugiriendo aislamiento social ya que omite los ojos. Ambas representaciones se realizan con una integración pobre lo que revela impulsividad. Durante la ejecución se mostró retraído, callado y ausente.

Correspondiente a la evaluación posterior del test de la familia, “Cris” ya se dibuja en él, representa a su mamá a quien había omitido en la evaluación previa e incluso plasma a su hermana menor. La primera figura en representar fue la de la madre, sugiriéndola como una figura de importancia. La integración del dibujo continua siendo pobre, pues lo realiza a base de “bolitas y palitos”.

En el post test de Koppitz “Cris” se mostró ansioso por terminar la realización de los dibujos ya que manifestaba su deseo de ejecutar otra actividad. Al inicio de la aplicación el menor dibujó una figura de palitos, la cual borró y comenzó otra creación rotando la hoja. Se sugiere agresividad ya que realiza manos grandes en ambos dibujos, de igual manera se manifiesta escaso control de impulsos ya que ilustra piernas juntas en ambas creaciones. Sin embargo muestra una mayor integridad en el dibujo en comparación con la evaluación previa. En ambos casos rotó la hoja.

La persona a cargo de “Cris” era la abuela paterna quien colaboró en la realización del Historial Clínico, refiriendo que el menor presentaba problemas escolares, causados por su conducta violenta, la cual se extendía a la familia. Refirió que la madre había abandonado el hogar y quien se hacía cargo de su educación era ella y en cuanto a lo económico se encargaba el padre, quien no le prestaba atención al menor pues se encontraba en un estado de “profunda depresión” sic.

De acuerdo a la interpretación de los test psicológicos previos a la intervención del taller, se detectó que el menor se encontraba en la fase de *Depresión* de acuerdo a las etapas del duelo de Kübler Ross, ya que los indicadores muestran aislamiento social, minusvalía y tristeza profunda; al finalizar el taller las pruebas psicológicas indican que “Cris” permaneció en la etapa de *Depresión*, sin embargo mostró avances dentro de la misma, el taller terapéutico le permitió resolver situaciones problemáticas referentes al tema del divorcio de sus padres y específicamente al tema del abandono de su madre.

DISCUSIÓN

“Lilo”

La paciente de pseudónimo “Lilo” presentó modificación de conducta favorable desde las primeras sesiones, al inicio del taller, la menor mostró problemas de socialización, ansiedad, depresión, los cuales decrecieron rápidamente, produciéndose el cambio más notorio a la sexta sesión en la cual la madre reporta la remisión de la enuresis, que se había presentado posterior a la separación de los padres. Con el apoyo brindado durante el taller, así como la psicoeducación ofrecida a las madres y cuidadoras, fueron agentes que favorecieron el cambio.

De acuerdo con Erikson (citado en Cueli, 2004) señala que el ambiente familiar dificulta el desarrollo escolar del menor, lo cual explica el bajo rendimiento académico de “Lilo” quien desde la separación de sus padres tuvo conflictos en esta área, por lo que tuvo que recursar el segundo año de primaria. Se orientó a la madre a buscar apoyo extracurricular.

Sumado a esto, el taller le permitió a “Lilo” adquirir mayor independencia, generar empatía con la madre de modo que al finalizar el taller la percepción que la niña tenía de ella, era de menor agresión, así mismo se logró desarrollar un autoconcepto más positivo, a aprender a identificar y expresar sus emociones. Además la percepción que tenía acerca de la separación de sus padres se volvió mas realista.

“Ivana”

Ivana es hermana mayor de “Lilo”; al inicio del taller la menor se mostró introvertida, negaba su realidad y era seductora con los varones; presentaba problemas de enuresis desde la separación de sus padres, además manifestaba inapetencia, por lo que físicamente es muy delgada y de baja estatura. Durante la primera mitad del taller era muy evidente en la menor una afasia depresiva, como consecuencia de su ruptura familiar; tenía numerosas fantasías acerca de que sus padres revertirían su separación y continuamente ideaba diferentes planes para lograr una reconciliación, sin embargo a lo largo del taller, comprendió que sus padres no volverían a estar juntos aunque ella se esmerara en sus planes, por otra parte, el problema de

enuresis entró en remisión, lo cual se vio facilitado por las actitudes base asumidas por las facilitadoras dentro del proceso terapéutico, tal como explica (Rogers, citado en Cueli et al, 2004), la empatía, el respeto positivo incondicional y la autoaceptación durante el juego, fueron fundamentales para crear el espacio idóneo y resolver dichos conflictos.

Posterior a la separación de sus padres “Ivana” comenzó a robar, causando problemas a la madre en su trabajo, pues esta, después de la escuela tenía que llevárselas consigo. En las últimas sesiones la madre refirió que la menor ya no robaba desde algunas semanas atrás, además de que las peleas entre hermanas habían disminuido en duración y frecuencia. Para finalizar Ivana continúa teniendo problemas en relación con la figura paterna, sin embargo se le observa con menor ansiedad y tristeza al referirse a su padre ausente.

La mejoría de la menor se explica por el apoyo brindado en el taller, basado en la terapia de juego centrada en el niño, en donde se permitió la libre expresión de los sentimientos, situaciones y acciones, de tal forma que se facilitó, la asimilación de situaciones difíciles, permitiendo el control y la disminución de la ansiedad, agresión entre otras.

Martínez (1998) explica que el juego brinda salud mental integral a la vez que facilita la expresión y asimilación de situaciones difíciles y dolorosas, permitiendo mayor control y disminución de la ansiedad, lo cual sucedió con “Ivana”, pues logró controlar la ansiedad causada por la figura paterna ausente, de modo que la evaluación posterior lo representó como parte de su familia, asumiendo que sus padres no volverían a estar juntos otra vez.

Otra cuestión en la que la menor progresó, fue en la socialización lograda a través del taller, tal como lo menciona Jardon (1997, citado en Navarro, 2008) quien expone que a través del juego se promueve la participación, motivación, socialización, así como, la discriminación entre fantasía y realidad, entre otras.

“Lizeth”

“Lizeth” es una niña de nueve años de edad, con buena disposición en cuanto al trabajo, al iniciar el taller la expresión de sus sentimientos se le dificultaba, sin embargo, al transcurrir las sesiones, se relacionaba cada vez mejor con sus compañeros de grupo. La problemática principal de la menor consistía en que su madre demostraba poco interés por ella; a diferencia de los demás niños “Lizeth” no mostraba conflictos por el padre desconocido; era tal el rechazo de la madre que vivía un duelo por ello causando principalmente problemas de conducta y socialización.

Con el espacio ofrecido en el taller terapéutico “Lizeth” resolvió problemas tales como regresión y timidez principalmente, como lo explica Martínez (1998) y Jardon (1997, citado en Navarro, 2008) el juego facilitó la disminución de la ansiedad, la expresión y asimilación de situaciones difíciles, así como la socialización.

“Carmina”

Desde la evaluación hasta el final del taller “Carmina” se mostró con buena disposición al trabajo, su actitud hacia las facilitadoras fue aduladora, se manifestaba intolerante con sus compañeros, buscando la mayoría de las veces que las cosas se realizaran a su manera, ella designaba roles y actividades. Por medio de la terapia de juego la menor, puso a prueba su ansiedad, se sometió a las reglas designadas consensualmente por todo el grupo, aunque a veces ella no estuviera del todo acuerdo, siempre realizó la actividad. El juego mejoró la comunicación y la posibilidad de poder relacionarse con sus pares y compartir experiencias, emociones e ideas con respecto a la situación que tenían en común los integrantes del grupo. Tal como lo menciona Jardon (1997 citado en Navarro, 2008) el juego promueve la comunicación y brinda la posibilidad al niño de poder relacionarse con los demás impactando en la integración y adaptación social.

Por otra parte, cuando se anunció el término del taller, Carmina presentó un tic nervioso, el cual consistía en un parpadeo constante, siendo interpretado como una acción que servía para liberar tensión, aunado a esto se dio un cambio en la

conducta de la menor, mostrándose agresiva en su ambiente familiar, lo cual es referido por su tía, quien es su cuidadora. Dicha conducta fue atendida por medio del juego, como lo menciona West (2000) este brinda la oportunidad de reducir eventos atemorizantes y traumáticos permitiendo la descarga de ansiedad y tensión, estimulando así la relajación, diversión y tolerancia capacitando al niño para la expresión de sentimientos.

Por otra parte en su evaluación previa correspondiente al dibujo de la Familia, la menor no se plasmó en el dibujo, lo cual sugiere una depresión de consideración así como, baja autoestima, según Luis-Font (2006) menciona que la supresión de un elemento de la familia es la máxima expresión posible de desvalorización, así como negación de la realidad y una tendencia depresiva con sentimientos de culpa.

Consideramos que en el caso de “Carmina”, el taller terapéutico tuvo un alto impacto en ella, dado que en un principio la menor padecía de depresión, y al final del taller esta se ve disminuida, corroborándose por medio de su evaluación final, donde la menor se plasma en el dibujo, además su cuidadora refiere que la menor manifestaba más asertivamente sus necesidades y deseos, haciéndose participe en actividades familiares, donde se mostraba más tolerante.

Las evaluaciones finales muestran la disminución de la depresión, y un aumento de agresividad, sin embargo la menor toma un papel activo dentro de su familia.

“Charly”

Al inicio del taller “Charly”, se resistía a asistir ya que mencionaba que “él no estaba loco, para ir con el psicólogo” sic. A pesar de ello durante la evaluación mostró buena actitud y disposición ante el trabajo. La mayor parte del tiempo el menor fue sociable con sus compañeros, participaba en todas las actividades, compartió experiencias. Tenía problemas escolares y familiares debido a su agresión, sin embargo con la Terapia de Juego Centrada en el Niño “Charly” descargo principalmente el enojo contenido, entre otras emociones, la madre reportó que el niño se controlaba notablemente cuando se enojaba y realizaba los ejercicios de descarga en casa, con los cuales el menor refería sentirse mas aliviado. Con la psicoeducación, la madre

comenzó a realizar negociaciones y tener más comunicación con el menor, por lo que la relación madre-hijo se vio beneficiada.

“Cris”

Al inicio del taller “Cris” se mostró agresivo y retraído, a través de las sesiones tuvo problemas de socialización con sus compañeros, con las niñas era agresivo y despectivo, inclusive durante una sesión casi llega a los golpes con “Charly”. Durante el taller, no compartió su situación familiar, sino hasta la penúltima sesión, exteriorizó que sus padres estaban separados hacia un par de años, antes de ello, siempre se mostraba orgulloso ante los demás por tener una familia unida, y presumía de ello cuando los demás expresaban que sus familias estaban desunidas.

La mejora del menor se vio facilitado por las actitudes base asumidas por las terapeutas dentro del proceso terapéutico, como lo son la empatía, el respeto incondicional y la autoaceptación a través del juego, creando un espacio en donde se permite la libre expresión de los sentimientos, situaciones y acciones, de tal forma que la asimilación de situaciones difíciles, se vuelva mas sencilla, aminorando la ansiedad, agresividad, entre otras.

CONCLUSIONES

En el presente documento se brindaron elementos teóricos y metodológicos de la Terapia de Juego Centrada en el niño, así como información acerca de la separación de los padres, divorcio y el duelo, siendo estos los pilares de dicha investigación.

La terapia de juego centrada en el niño supone que la persona lleva en su interior la solución a sus problemas, de manera que el facilitador acepta al individuo tal como es y la motiva a aceptarse de igual manera, de modo que, el cliente se encuentra con una situación donde las condiciones permiten que crezca libremente como persona.

Los elementos que conforman este enfoque constituyen una intervención psicoterapéutica apropiada para dicha problemática, puesto que el juego es el medio natural de expresión del niño, dando paso a la asimilación de situaciones difíciles y dolorosas permitiendo tener mayor control de ello, además de facilitar la disminución de la ansiedad, promover la socialización, participación y motivación.

En base a esto se diseñó un taller tomando en cuenta algunos elementos teóricos de dicho enfoque, el cual estuvo conformado por seis niños que presentaban problemáticas y edades similares, quienes establecieron un grupo que permitió la aceptación incondicional, la participación, la libre expresión, de manera que entre ellos se escuchaban, se apoyaban y proponían diferentes soluciones a sus realidades.

Las hipótesis planteadas en el presente trabajo se sostienen en que los niños con padres separados o ausentes se encuentran en un proceso de duelo, teniendo repercusión en diferentes áreas de su vida como lo son la social, familiar y escolar.

Los niños desconocen las razones por las cuales los padres deciden separarse, si los padres fueran auténticos y brindaran una comunicación clara acerca de la situación familiar, las repercusiones se verían disminuidas en la vida del niño, además de apoyarse en la Terapia de juego centrada en el niño pudiendo resolver sus problemáticas con mayor facilidad.

El taller que elaboramos y aplicamos les brindó el espacio del cual carecían, en donde les era posible compartir experiencias, sentimientos y pensamientos, permitiéndoles abrir su panorama y su abanico de soluciones, reconociendo que, si bien, su vida tiene matices tristes también cuentan con aspectos positivos, como el afecto y atención de sus padres o cuidadores, además de que sus necesidades básicas son cubiertas, son consentidos con regalos, etc. acuden al colegio, cuentan con un lugar donde comer y dormir, entre otros, proporcionando seguridad y confianza en los niños.

Otro elemento básico dentro del taller fue la psicoeducación brindada a las madres y cuidadores de los niños, pues se les brindaron herramientas para el manejo de su propio duelo, además se sensibilizó acerca de los sentimientos experimentados por sus hijos, facilitando la relación y creando empatía entre madres-cuidadores y menores, de manera que el ambiente familiar es más comprendido y por lo tanto las relaciones familiares son más cordiales, resolviéndose problemáticas de conducta e inclusive de aprendizaje en los menores.

En general, la promoción de identificación de sentimientos, la expresión de ellos y la descarga emocional, por medio del juego, llevó a los niños a avanzar en su proceso de duelo, en su camino hacia la aceptación, es decir, cada uno de ellos se encontraban en una etapa del duelo diferente, por lo que su progreso fue individual, obteniendo resultados distintos: de los seis niños que formaron el grupo, uno alcanzó la aceptación, tres avanzaron a la siguiente etapa del proceso del duelo y dos permanecieron en la misma fase, la cual estaban en proceso de resolución. A las cuidadoras o madres de todos los menores, se les recomendó continuar con psicoterapia para permitir la resolución del duelo.

A lo largo de su vida se presentarán pérdidas, siendo inevitable que se lleve un proceso de duelo, sin embargo lo menores contarán con herramientas para enfrentarlo. La Terapia de Juego Centrada en el niño resultó ser una herramienta de suma importancia, la cual ayuda con la resolución del duelo como lo vimos con este trabajo, además de resolver los conflictos que se encuentran alrededor de él.

BIBLIOGRAFÍA

Revistas

- Bretherton, I. (1992). *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary.* *Developmental Psychology*, 28, 759-775
- Méndez, M. (2005) *Problemas de conducta y aprendizaje en la educación preescolar y primaria.* *Pedagogía*, 10, 64-73
- Gallardo, P. (2007) El desarrollo emocional en la educación primaria (6-12 años). *Cuestiones pedagógicas*, 18, 143-159

Libros

- Ariès, P. (1987) *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen.* Madrid: Taurus.
- Axline, V. (2005) *Terapia de juego.* México: Diana.
- Bel, M. (2000) *La familia en la historia: propuestas para su estudio desde la "nueva" historia cultural.* Madrid: Encuentro.
- Bowlby, J. (1961) *Process of mourning.* Estados Unidos: International Journal of Psychoanalysis.
- Cabrera, A., Pelayo, N. (2001) *Lenguaje y comunicación: conceptos básicos, aspectos teóricos generales, características, estructura, naturaleza y funciones del lenguaje y la comunicación.* Venezuela: Los libros de El Nacional.
- Chedekel, D, O'Connell, K (2002) *Familias de hoy. Modelos no tradicionales.* España: McGraw-Hill.
- Cloninger, S. (2003) *Teorías de la personalidad.* México: Pearson College.
- Coon, D. (1999) *Desarrollo psicológico.* México: ThomsonLearning.
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T., Michaca, P. (2004). *Teorías de la personalidad.* México: Trillas.

- Delval, J. (2000) *El desarrollo humano*. España: Siglo veintiuno.
- García, E., Gil, J., Rodríguez, G. (1999) *Metodología de la Investigación cualitativa*. España: Ediciones Aljibe.
- Gaensbauer, T. (1980) *Análisis de depresión en niños de tres a seis meses*. México: American Journal of Psychiatry.
- Gessell, A., Frances, L., Bates, L. otros (1997) *El niño de 1 a 5 años*. España: Paidós.
- Gomes, C. Tuirán, R. (2001) *Procesos sociales, población y familia: alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: FLACSO.
- Gratiot-Alphandery, H., Zazzo, R., (1985) *Tratado de psicología del niño: Tomo VI. Los modos de expresión*. Madrid: Ediciones Morata.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., Baptista, L. (2008) *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill
- Jiménez, F. (2004) *La práctica del consejo psicológico*. España: Alicante.
- Kazdin, A. (2001) *Método de investigación en psicología clínica*. México. Pearson Educación.
- Kratz, R. (1991) *Crecer jugando: La expresión corporal y el niño pequeño*. Quito: Mañana Editores.
- Kübler Ross, E. (1993) *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Grijalbo.
- Lefrançois, G. (2001) *El ciclo de la vida*. México: Thomson Learning.
- Lluis-Font, J. (2006) *Test de la familia. Cuantificación y análisis de variables socioculturales y de estructura familiar*. España: Editorial Davinci.
- Lodo-Platone, M. (2007) *El test del dibujo de la familia: cuantificación y análisis de la estructura y dinámica familiar a través de la representación gráfica en*

escolares del área metropolitana. Venezuela: Comisión de. Estudios de Postgrado.

Marchesi, A., Coll, C., y Palacios, J. (1990) *Desarrollo psicológico y educación. V. 3: Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales*. España: Alianza editorial.

Martínez, G. (1998) *El juego y el desarrollo infantil*. España: Octaedro.

Ministerio de Educación y Ciencia. Subdirección General de Información y Publicaciones (2006) *Juego y deporte en el ámbito escolar: aspectos curriculares y actuaciones*. España: Sociedad Autónoma de Fotocomposición.

Navarro, V. (2002) *El afán de jugar: teoría y práctica de los juegos motores*. España: INDE publicaciones.

O'connor, N. (2007) *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.

Pacheco, J., Vera, C. (1998) *Romanticismo europeo: historia, poética e influencias*. España: Gráficas Varona.

Palacios, J., Hidalgo, V. (1999). *Desarrollo de la personalidad desde los 6 años hasta la adolescencia*. Madrid: Alianza.

Papalia, D. (2005) *Psicología del desarrollo*. México: McGraw Hill.

Pereira, M. (2004) *Orientación educativa*. Costa Rica: Eunod

Poch, C., Herrero, O. (2003) *La muerte y el duelo en el concepto educativo*. Argentina: Paidós.

Rice, P. (1997) *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. México: Pearson Education.

Rousseau, J. (1762) *Emilio o de la educación*. México: Porrúa.

Shaffer, D. (2000) *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: Thomson Learning.

Schaefer, C., O'Connor, K. (1999) *Manual de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.

Triana, B. (1998) *Deberes y derechos de los niños*. Colombia: Editorial San Pablo.

Wallon, H. (1980) *Psicología del niño, una comprensión dialéctica del desarrollo infantil*. Madrid: Pablo del Río.

West, J. (2000) *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.

Wicks, R., Israel, A. (1997) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice-Hall.

Winnicott, D. (1971) *Realidad y juego*. España: Gedisa.

Fuentes Electrónicas

Borbolla, J. (2006). *Sin dañar a terceros: el niño ante los conflictos entre papá y mamá*. [En línea] México. Recuperado el 14 de Octubre del 2010, de http://books.google.com/books?id=htDXPAAACAAJ&dq=julia+borbolla&hl=es&ei=WqrnTY7JOYb2swPh_oH-DQ&sa=X&oi=bookresult&ct=result&resnum=4&ved=0CDsQ6AEwAw

Canda, E. (2011). *Teorías contemporáneas del comportamiento humano*. [En línea] Recuperado el 16 de Febrero del 2011, de http://books.google.com/books?id=Osk3YgEACAAJ&dq=canda&hl=es&ei=Va7nTZzhNoqWsgPcrviQDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CFIQ6AEwBigK

Consuegra, N. (2004). *Diccionario de Psicología*. [En línea] México. Recuperado el 21 de Noviembre del 2010, de http://books.google.com/books?id=PcpVpTCXetlC&dq=diccionario+de+psicologia&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Dorsch, F. (1996). *Diccionario de Psicología*. [En línea] México. Recuperado el 4 de Enero del 2011, de <http://books.google.com/books?id>

[=1ejzPgAACAAJ&dq=dorsch&hl=es&ei=oKznTbGiJI--sQOJveGTDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCkQ6AEwAA](#)

Garvey, C. (1985). *El juego infantil*. [En línea] México. Recuperado el 24 de Enero del 2011, de http://books.google.com/books?id=vKjVXKbHwScC&dq=garvey&hl=es&source=gbs_navlinks_s

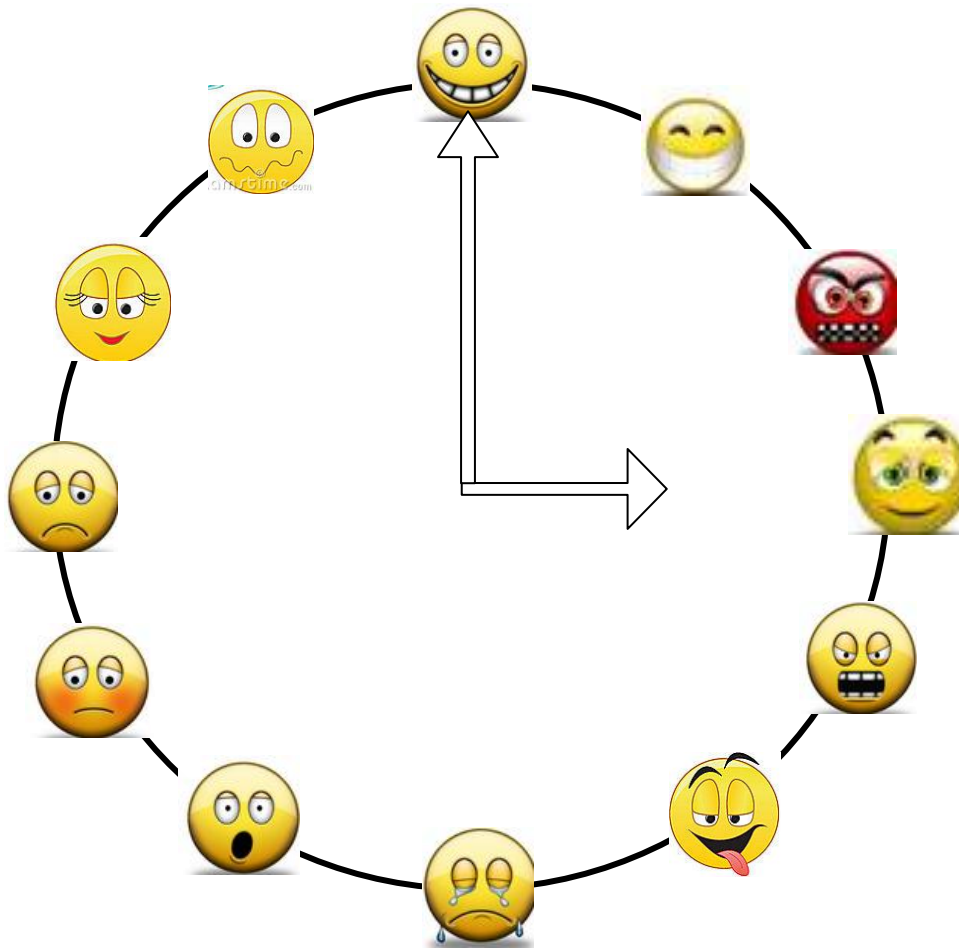
Lucio, J., Candela, L., y Plañiol, A. (1927). *El niño desconocido: juguete cómico en tres actos*. [En línea] Recuperado el 22 de Diciembre del 2010, de http://books.google.com/books?id=h70-AAAIAAJ&q=lucio&dq=lucio&hl=es&ei=Pa_nTcr8DJGcsQOLyJGQDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CE0Q6AEwCDgU

Piaget, J., Inhelder, B. (1981). *Psicología del niño*. [En línea] México. Recuperado el 28 de Agosto del 2010, de http://books.google.com/books?id=etPoWRGDKIC&dq=psicologia+del+ni%C3%B1o&hl=es&source=gbs_navlinks_s

ANEXOS

Anexo 1

Reloj de los sentimientos.



Anexo 2

A continuación se presentará el progreso de los menores a lo largo de las sesiones.

Niño 1: “Lilo”

Al inicio del taller “Lilo” presentó ansiedad, apatía, problemas de socialización. A partir de la segunda sesión la apatía, ansiedad y depresión disminuyeron significativamente, en el resto de las sesiones se le percibía con mayor tranquilidad y aceptación de su situación familiar a pesar de que la relación entre sus padres continuaba siendo conflictiva. La enuresis remitió en la quinta sesión. Debido a que la realización del taller se llevó a cabo al finalizar el año escolar no se logró salvar el año escolar sin embargo no se observó una preocupación de importancia ante este suceso. En la sesión 7 cuando se tocó el tema de los ciclos donde se señalaba la terminación próxima del taller la reacción de Lilo fue de resistencia manifestándose en el alto grado de distraibilidad y apatía. En la penúltima sesión expresó su nostalgia ante el término del taller haciendo evidente una afasia depresiva. La última sesión no asistió debido a que la madre tuvo complicaciones laborales, por lo que se le citó la semana siguiente al término para cerrar el taller y realizar la evaluación final.

Niño 2: “Ivana”

La evolución de Ivana durante las sesiones fue, al inicio con apatía, problemas de socialización con el grupo terapéutico y regresiones, la cual se manifestó con enuresis; también presentó depresión y ansiedad. Posteriormente en las sesiones intermedias, se observó en Ivana menos problemáticas al tratar el tema de la figura paterna, la cual estaba ausente. Específicamente en la sesión siete, la madre de la paciente informó que la enuresis había entrado en un periodo de remisión, dejándose de presentar hacía una semana aproximadamente. En la parte final del taller se observaron indicadores, sino por el contrario, se percibió a Ivana con mayor capacidad para tratar el tema del padre ausente.

La última sesión no asistió debido a que la madre tuvo complicaciones laborales, por lo que se le citó la semana siguiente al término para dar cierre al taller y realizar la evaluación final.

Niño 3: "Lizeth"

Lo correspondiente al desarrollo de las sesiones, se observó una evolución favorable, dado que al inicio del taller se presentaron los indicadores de: apatía, resistencia, problemas de socialización y ansiedad. En las sesiones intermedias las problemáticas de Lizeth fueron disminuyendo de modo que solo persistía los problemas de socialización y la apatía, sin embargo en las sesiones finales logró socializar con sus compañeros de grupo y se le observaba más participativa.

Niño 4: "Carmina"

La evolución de Carmina durante el taller terapéutico fue favorable, se destaca el papel activo que tomó en su dinámica familiar, así como la expresión de su situación con respecto a sus padres. Su mamá biológica dió a la paciente a una de sus tías, siendo esta quien se hace cargo de ella. La menor expresa que tiene cuatro mamás (La madre biológica, la abuela y dos tías) y cuatro casas.

La variable que se muestra persistente en la menor es Problemas de socialización, ya que a lo largo de las sesiones a la menor se le dificultó la tolerancia y colaboración con los demás integrantes. A partir de la séptima sesión la menor se presentó con distonía ocular.

Niño 5: "Charly"

Las conductas que presentó el menor a lo largo de las sesiones fueron predominantemente agresivas, viéndose esto sustentado tanto en las evaluaciones como en entrevista con la madre. La convivencia con las niñas era concebida en un principio como problemática, sin embargo a la largo de las sesiones se unió más a las niñas que con el niño que restaba. La agresión fue disminuyendo y lograba controlarse y expresar verbalmente su enojo.

Niño 6: "Cris"

A lo largo del taller Cris se mostró en un principio retraído, callado y no compartía sus vivencias con el resto del grupo. Posteriormente se mostraba agresivo hacia los

demás, sus juegos eran violentos y se proclamaba superior a los demás integrantes con comentarios alusivos a sus viajes al extranjero, posesión de laptops y sobre todo la unión de sus padres, cuando en realidad ellos estaban divorciados y vivía con su padre bajo los cuidados de su abuela, quien expresó durante la realización de la historia clínica que el menor recibía rechazo por parte de su madre, quien tenía una hija pequeña y había contraído matrimonio nuevamente.

A lo largo de las 10 sesiones Cris nunca expuso la situación de sus padres, se mostraba renuente a realizar las actividades e interrumpía a los demás integrantes cuando hablaban.

Anexo 3

A continuación presentaremos los documentos que formaron parte del expediente clínico de cada uno de los menores que fueron parte del grupo terapéutico. Estos documentos son: Historia Clínica, registro de sesión en cuarto de juego, donde se usó una para sesión para cada niño y el último documento es una carta reporte donde las madres explicaban los cambios que habían percibido en sus hijos durante el taller terapéutico.

HISTORIA CLÍNICA
FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Sexo: _____ **Edad:** _____
Nivel de escolaridad: _____

Motivo de consulta: _____

SITUACIÓN ACTUAL

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

2.- ¿Cuánto 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? _____

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

6.- ¿El niño está recibiendo algún medicamento en este momento? Si _____ No _____
¿Cuál? _____

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para hablar | <input type="checkbox"/> No se lleva bien con sus hermanos |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para escuchar | <input type="checkbox"/> Es tímido |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultades en la visión | <input type="checkbox"/> Se mece hacia atrás y adelante |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad en la coordinación | <input type="checkbox"/> Se golpea la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo | <input type="checkbox"/> Sostiene la respiración |
| <input type="checkbox"/> Es agresivo | <input type="checkbox"/> Es necio |
| <input type="checkbox"/> Tiene temores, hábitos especiales | <input type="checkbox"/> Come poco |
| <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas | <input type="checkbox"/> Es impulsivo |
| <input type="checkbox"/> Se orina en la cama | <input type="checkbox"/> Es demasiado activo |
| <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo | <input type="checkbox"/> Se da por vencido con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Hace berrinche con frecuencia | <input type="checkbox"/> Presenta dificultades para aprender |
| <input type="checkbox"/> Tiene pesadillas frecuentes | <input type="checkbox"/> Esta más interesado por los objetos que en las personas |
| <input type="checkbox"/> Participa en conductas que podrían ser peligrosas para él mismo o para otros (describa) | <input type="checkbox"/> Tiene control deficiente en esfínteres (se defeca) |

Historia Familiar

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

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

3.- Los padres están: JUNTOS SEPARADOS DIVORCIADOS OTROS
Motivo de la separación: _____

¿Tiempo que dura la unión marital? _____ Tiempo que llevan separados? _____

4.- Numero de hermanos del menor: _____ Lugar que ocupa el menor: _____
Nombre del hermano: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre del hermano: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre del hermano: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

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

	Simbología
	Hombre □ Mujer ○ Fallecimiento ☒⊗ Embarazo △ Aborto Espontáneo ● Aborto Inducido X Separación / Divorcio // Unión Libre - - - - Hijo Parental Hp Paciente Px
	Límites
	Sobre involucramiento ≡≡≡ Alianza ≡≡≡ Difusos Conflictivos ~~~~ Abiertos y Claros ——— Rígidos ———

Historia del desarrollo

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

Estable () Inestable () Satisfactoria ()

Explicar: _____

2. ¿Antes del nacimiento existirían problemas en la pareja? _____

3. ¿Resolvieron problemas durante el embarazo? _____

4. El embarazo fue: planeado / inesperado / deseado _____

5. ¿Rechazo antes del nacimiento? _____

6. ¿Qué preferencia tenían los padres en cuanto al sexo del bebé? _____

7. Duración del embarazo _____

8. Problemas de la madre durante el embarazo _____

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

10. El padre tuvo algún padecimiento durante el embarazo _____

Nacimiento

11. ¿Cómo fue el parto? Espontáneo () Inducido () Cesárea ()

12. ¿Hospital donde nació el bebé? _____

13. ¿Se utilizó anestesia? SI () NO () Especificar _____

14. ¿Se utilizaron fórceps? SI () NO () Especificar _____

15. Posición en la que nació _____

16. ¿Cuántas horas duró el trabajo de parto? _____

17. Complicaciones durante el parto _____

18. Calificación APGAR (frecuencia cardiaca, respiración, coloración, reflejo de irritabilidad, tono muscular) _____

19. Peso, talla y medida _____

20. Primera impresión que la madre tuvo del bebé _____

21. Participación y reacción del padre _____

Alimentación

22. ¿Se alimentó del seno materno o con biberón? _____

23. ¿Cuándo se le quitó la leche materna definitivamente? _____

24. ¿Reacciones del bebé cuando se le retiró la leche materna? _____

25. ¿Tipo de fórmula? _____

26. ¿A qué edad comenzó la ablactación (ingerir otros alimentos como papillas) _____
27. Reacciones y complicaciones ente la ablactación _____
28. Alimentos actuales que consume el menor _____
29. ¿Cuál es su comida favorita? _____
30. ¿Cuántas comidas toma al día? _____
31. ¿Qué actitud adoptan los padres cuando no come? _____
32. ¿Come solo? _____
33. Alimentos prohibidos _____ ¿Por qué? _____

Motricidad

34. Anote la edad en la que el menor comenzó a realizar las siguientes conductas:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| ___ Sostener la cabeza | ___ Ponerse de pie |
| ___ Sentarse con ayuda | ___ Caminar con ayuda |
| ___ Sentarse solo | ___ Camina solo |
| ___ Rodar sobre sí mismo | ___ Usa un triciclo o bicicleta |
| ___ Gatea | |

35. ¿Cuáles han sido y cuáles son sus actividades físicas preferidas? _____
36. ¿Cómo han sido generalmente sus movimientos (lentos, torpes)? _____
37. Problemas que tuvo o tiene el menor (hipo o hiperactividad) _____

Control de esfínteres

38. ¿Cuándo y cómo comenzó el entrenamiento de esfínteres? _____
39. ¿A qué edad controló esfínteres? _____
40. Dificultades que tuvo en el momento del entrenamiento _____
41. Reacciones del menor ante el entrenamiento _____

Lenguaje

42. Edad a la que pronunció palabras por primera vez _____
43. Edad a la que comenzó a pronunciar frases completas _____
44. Problemas de lenguaje (tartamudez, dislalia) _____

Sueño

45. Problemas al dormir
- | | |
|---------------|------------------|
| ___ Inquietud | ___ Sonambulismo |
|---------------|------------------|

___ Terrores nocturnos

___ Pesadillas

___ Hablar dormido

___ Sudoración

___ Rechinar dientes

___ Interrupciones durante el sueño

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

47. ¿Ha tenido o tiene miedo de dormir solo? _____

48. ¿Ha presentado o presenta resistencia para ir a la cama? _____ ¿En qué situaciones? _____

49. Horario para dormir y levantarse _____

Desarrollo sexual

50. ¿A qué edad de dio cuenta de las diferencias entre los sexos? _____

51. ¿Cuándo y cómo mostró curiosidad del origen de los bebés? _____

52. ¿Cómo respondieron los padres ante esta curiosidad? _____

53. ¿Qué preparación se le ha dado al menor de la sexualidad? _____

Actitudes

54. ¿Cómo describe el carácter del menor? _____

Relaciones interpersonales

55. ¿Tiene amigos? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Edades de los amigos? _____

56. ¿Cómo se lleva con sus compañeros del sexo opuesto? _____

57. ¿Cómo es su relación con los adultos? _____

58. ¿En qué actividades sociales, escolares, religiosas, etc., participa el menor? _____

59. ¿Qué tipo de situaciones hacen feliz al niño? _____

60. ¿Qué tipo de situaciones ponen triste al niño? _____

Reacción del cuidador _____

61. ¿Qué situaciones hacen enojar al niño? _____

Reacción del cuidador _____

62. ¿Qué tipo de situaciones causan miedo en el niño? _____

Reacción del cuidador _____

63. ¿Qué tipo de cosas piensa con mayor frecuencia el niño? _____

Historia Escolar

64. ¿Asistió a la guardería? _____ ¿A qué edad? _____
65. Reacciones del menor cuando empezó a asistir a la escuela _____
66. Reacciones de los padres ante estas conductas _____
67. Relación del menor con profesores y pares _____
68. Aprovechamiento escolar _____
69. Actitudes de los padres con respecto a logros y fracasos escolares _____
- _____
70. ¿Cambios de escuela? _____ Motivos _____
71. Materias que de dificultan y se facilitan _____
72. Tiempo asignado al estudio ____ Lugar donde estudia _____ ¿Recibe ayuda? _____
73. ¿Considera que el niño tiene un buen aprendizaje? _____ ¿Por qué? _____
74. ¿Le cuesta trabajo comprender alguna instrucción? ____ ¿Tarda en ejecutar alguna acción indicada? ____
75. ¿Algún profesor le ha recomendado ayuda especial? ____ Especifique _____
76. Vacunas aplicadas _____ Edad _____
77. Marcar la enfermedad que haya padecido el niño y la edad aproximada en la que ocurrió:
- | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| ____ Sarampión | ____ Problemas de oído | ____ Desmayos |
| ____ Rubeola | ____ Problemas visuales | ____ Anemia |
| ____ Paperas | ____ Dificultad para concentrarse | ____ Parálisis |
| ____ Varicela | ____ Pérdida de conciencia | ____ Epilepsia |
| ____ Tosferina | ____ Problemas de memoria | ____ Hepatitis |
| ____ Escarlatina | ____ Cáncer | ____ Diabetes |
| ____ Meningitis | ____ Cansancio extremo | ____ Presión |
| ____ Encefalitis | ____ Enfermedad cardiaca | ____ Asma |
| ____ Fiebre elevada | ____ Problemas de sangrado | ____ Probl. piel |
| ____ Convulsiones | ____ Probl. de garganta | ____ Neumonía |
| ____ Alergia | ____ Pie plano | ____ Estreñimiento |
| ____ Lesiones en la cabeza | ____ Infecciones estomacales | ____ Tiroides |
| ____ Huesos rotos | ____ Mareos | ____ Otros |
| ____ Hospitalizaciones | ____ Dolor de cabeza | |

78. ¿Ha recibido tratamiento por alguna de esas enfermedades? _____

79. Peso, talla y medidas actuales _____

80. Estado de salud actual _____

81. Condición de la dentadura _____

82. Última fecha de revisión médica _____

83. Marque la enfermedad que haya padecido algún pariente cercano y la relación que tiene con el menor

_____ Alcoholismo

_____ Drogadicción

_____ Cáncer

_____ Problemas cardíacos

_____ Diabetes

_____ P psicológicos

Eventos Significativos

84. ¿Eventos significativos en la vida del menor? (muerte, divorcio, pérdida, enfermedad, etc.) _____

85. Reacciones ante esta (s) situación (es) _____

Conductas después de la separación

86. ¿Después de la separación sigue frecuentando al menor? _____

87. ¿Con qué periodicidad? _____

88. ¿Qué actividades realizan durante este tiempo? _____

89. ¿Qué sucede cuando el padre deja al niño de nuevo en casa? _____

90. ¿Cómo se observa emocionalmente al niño cuando regresa? _____

91. Actitud de la madre o padre ante esta situación _____

92. Comentarios finales _____

Entrevistador

REGISTRO DE LA SESION EN EL CUARTO DE JUEGOS

(Navarro, 2008)

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Número de sesión: _____ Terapeutas: _____

- Materiales que se ocuparon (materiales que ocupó, con cuales empezó y terminó):

- Sucesos durante la sesión (qué hizo, dijo, principales temas que tocó, interacciones verbales y no verbales, sentimientos y conductas):

- Técnicas que se utilizaron durante la sesión

- Sentimientos que surgieron por parte de las terapeutas

- Puntos específicos que el terapeuta de juego pueda destacar de la sesión

Psic. Rebeca Castellanos Medina

Psic. Paulina Pastrana Rodríguez

REPORTE

1. ¿Cual era la conducta que presentaba el menor antes de asistir a la terapia de juego?

2. Durante las sesiones ¿notó cambios? SI NO

Cuales

3. En términos generales ¿qué cambios notó en el menor a lo largo del taller?

4. ¿Qué impacto considera que tuvo el taller en el menor?
