



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Terapia de Juego: Análisis comparativo de tres teorías: psicoanalítico, centrado en el niño y cognitivo conductual.”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

LILÍ MARLENE TREJO GONZÁLEZ

Director:

Lic. Bertha Esther Gallegos Ortega

Dictaminadores:

Dr. Marco Eduardo Murueta Reyes

Lic. José Esteban Vaquero Cázares



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.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Objetivo.....	2
Justificación.....	3
Antecedentes Históricos.....	3
CAPÍTULO 1 Terapia de Juego Psicoanalítica.....	7
1.1. Fundamentos y principios teóricos.....	7
1.2. Materiales y su uso.....	20
1.3. Características del terapeuta.....	22
1.4. Concepto de trastorno.....	22
1.5. Caso ilustrativo.....	23
CAPÍTULO 2 Terapia de Juego Centrada en el niño.....	25
2.1. Fundamentos y principios teóricos.....	25
2.2. Materiales y su uso.....	31
2.3. Características del terapeuta.....	32
2.4. Concepto de trastorno	33
2.5. Caso ilustrativo.....	34
CAPÍTULO 3 Terapia de Juego Cognitivo Conductual.....	36
3.1. Fundamentos y principios teóricos.....	36
3.2. Métodos y técnicas.....	41
3.3. Características del terapeuta.....	44
3.4. Concepto de trastorno	45
3.5. Caso ilustrativo.....	46

ANÁLISIS COMPARATIVO.....	48
CONCLUSIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	54

AGRADECIMIENTOS

Gracias infinitas a mis padres por su gran amor y cariño, por siempre estar a mi lado, por todos sus consejos e historias y por la educación que me han brindado. No sería quien soy si no fuera por ustedes. Los amo.

Quiero agradecer a mi Tití, mi segunda madre, amiga y confidente, por ese gran amor y apoyo incondicional. Gracias a mi tío Arturo, tus consejos tan sabios y certeros los guardo siempre en mi corazón.

A mis abuelitos por ese inmenso amor, por esas alegrías que siempre me han procurado, por ser los mejores abuelos del mundo. A mi abuelita Julia que partió de este mundo cuando yo estaba en primer semestre, esta tesina está dedicada especialmente a ti. Te extraño mucho. A mi abuelito Miguel Ángel, que me consiente y ama desde el primer día, por esa increíble fuerza que tienes, por absolutamente todo muchas gracias. Te amo. ¡A gozarla!

Gracias a Bicho, Daniela, Omar, Bruno y Fabián por tantas peripecias vividas. Una amistad de toda la vida. A Diana, Ireri y Piochis por hacer de la secundaria una etapa llena de diversión (y por todos esos apuntes copiados). Los quiero a todos.

Angie, Alma, Ángel y Fernando, gracias por haber llegado a mi vida. Su amistad tan enriquecedora la llevo siempre conmigo. A Christian, mi mejor amigo, mi hermano, gracias por todo, todas esas charlas, risas, llantos y chismes. ¡Mira cuánto hemos crecido!

Sharon, Alicia, Magaly, Eduardo y Ricardo, no hay palabras que puedan expresar lo mucho que los amo y lo que significan en mi vida. No existe universo paralelo en donde no estén en ella. Gracias por todos esos trabajos, exposiciones y exámenes compartidos. Por todos los momentos vividos. Mejores amigos que ustedes no hay. Ustedes fueron el sol que iluminó mi camino en los prados de Iztacala.

Agradezco al Hospital Juárez de México por abrirnos las puertas para realizar nuestro servicio social, pues en esa experiencia encontré mi verdadera vocación dentro de la psicología, la cual es brindar ayuda a los niños para hacer de ellos mejores personas y con ello mejorar nuestro carácter como sociedad.

Finalmente quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por cobijarme en su manto desde que enfilé en la inigualable (y la mejor) Prepa 8 y también a mi segunda casa, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Por todo lo vivido, gozado y aprendido. ¡Orgullosamente Universitaria!

INTRODUCCIÓN

El juego es una actividad nata del niño que promueve su desarrollo integral al tiempo que le permite comunicar sus ideas y sentimientos así como la oportunidad de ser creativo. El interés profesional de los psicoterapeutas de niños los ha llevado a la investigación de diferentes aplicaciones de las teorías que existen, una de las principales aportaciones a este campo es la que se refiere a la utilización del juego como método terapéutico.

“Cuando el niño juega libremente, está expresando su personalidad. Está experimentando un periodo de pensamiento y acción independiente y está liberando aquellos sentimientos y actitudes que han estado luchando por salir a descubierto” (Axline, 1975).

Existe un método que ha resultado de mucha utilidad para ayudar a los niños a resolver sus propios problemas a través del juego, utilizando este como sustituto de las verbalizaciones, ya que, por ejemplo, Klein (1932) pensaba que las habilidades verbales del niño se encontraban poco desarrolladas para poder expresar de manera satisfactoria los pensamientos complejos y afectos que podía expresar; dicho método se llama Terapia de juego.

Este tipo de terapia se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño; es una oportunidad que se le brinda para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego, de la misma manera que un individuo adulto puede verbalizar sus dificultades en ciertos tipos de terapia.

Los primeros indicios de la terapia de juego tienen como origen en el psicoanálisis tradicional basados en los primeros intentos de Freud (1909) para tratar de aliviar la reacción fóbica de un niño de 5 años, modificadas en los trabajos de Anna Freud y Melanie Klein, quienes fueron las primeras que adaptaron la técnica psicoanalista incorporando el juego a sus sesiones. Posterior a esto hubo otras investigaciones y propuestas para utilizar el juego como método terapéutico, y fue hasta 1952 que Carl Rogers desarrolló el enfoque centrado en el cliente a la terapia de adultos, y

Virginia Axline lo modificó en una técnica que a partir de entonces se denominaría terapia de juego.

La idea general de la terapia de juego, es que a un niño que se le da seguridad, apoyo y los materiales adecuados, pueda repetir un suceso traumático una y otra vez hasta que sea capaz de asimilar sus pensamientos y sentimientos negativos relacionados (Schaefer, 1983).

De estas teorías que se han desprendido varios intentos de utilizar el juego con fines terapéuticos surgiendo modificaciones y nuevas aplicaciones como es el caso de la teoría Cognitivo Conductual que incorpora el juego a sus técnicas de modificación de conducta.

De lo anterior y de la premisa de que la intención principal de toda psicoterapia es eliminar o por lo menos disminuir de manera significativa los problemas por los que los que un niño es llevado a consulta surge el interés para llevar a cabo la presente investigación con el fin de hacer un análisis comparativo de las principales teorías que hay sobre la terapia de juego, y de cómo se obtienen resultados exitosos partiendo de diferentes principios y técnicas pero siempre utilizando el común denominador, el juego.

OBJETIVO

Analizar diferentes enfoques teóricos de la terapia de juego con la finalidad de realizar una confrontación que ofrezca diferencias y similitudes considerando:

- Principales representantes
- Técnicas de aplicación
- Principales fundamentos
- Conceptos de trastorno y juego
- Materiales
- Características del terapeuta de juego

JUSTIFICACIÓN

Como psicólogos una de nuestras principales funciones es intervenir con métodos, técnicas y herramientas para la superación de los problemas de los individuos, una de esas técnicas es la terapia de juego, la cual consiste en brindar al niño la capacidad de exponer sus trastornos emocionales, conflictos o traumas para poder resolverlos a través del juego.

Desde sus inicios la terapia de juego ha sido motivo de interés de diversos especialistas y por ende de diversos enfoques teóricos, utilizando distintas técnicas con resultados positivos. Todos los métodos psicoterapéuticos son elaboraciones de variaciones de antiguos procedimientos, por lo tanto, es lógico que posean características en común, sin embargo, existen características muy particulares que las llegan a distinguir unas de otras. Por consiguiente, surge la idea de realizar un análisis comparativo de las similitudes y diferencias de las principales teorías, con la finalidad de proporcionar un panorama amplio y claro que permita realizar una adecuada elección para cualquier persona interesada en el tema y al público en general.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La psicoterapia es un tratamiento para intervenir y tratar trastornos, conductas problemáticas y problemas diversos de la vida mental utilizando la psicología, la capacidad y las habilidades mentales como medio para el tratamiento terapéutico que se realiza en interacción-interrelación o auto aplicación de técnicas psicoterapéuticas, mentales.

La psicoterapia es un tratamiento que utiliza técnicas, instrumentos, medios y procedimientos psicológicos para tratar e intervenir diversos problemas que afectan a las personas en mayor o menor grado en su desarrollo y vida funcional, mental de forma general o específica y cuyo objetivo es favorecer la resolución de problemas y trastornos que perturban, molestan o alteran de forma individual o grupal a la

persona afectada, al paciente-cliente. No existe un límite para la gama de edad a la que se pueda aplicar la psicoterapia, la cual se puede proporcionar desde bebés hasta adultos mayores. La terapia de juego también es aplicable no solo a niños, sino también a adultos y a personas de la tercera edad, sin embargo en esta tesina se encuentra enfocada a brindar apoyo psicoterapéutico a niños, por lo que el rango de edad se define de 3 a 12 años.

La Asociación para la Terapia de Juego (Assosiation for Play Therapy) define a la terapia de juego como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos”. (Schaefer, 2012).

Existen diversas líneas teóricas en lo que respecta a la psicología y por ende a la psicoterapia. Desde la línea psicoanalítica, Gestalt, humanista, conductista, cognitiva, social, etc., todas y cada una de ellas aplicables a la psicoterapia infantil, todas recalcando la importancia del juego dentro del desarrollo óptimo del niño. Dentro de la terapia de juego se debe reconocer, admitir y utilizar los poderes curativos del juego, conocidos también como mecanismos de cambio, los cuales son las fuerzas activas del juego que ayudan y permiten a los clientes a superar sus problemas. Estos mecanismos de cambio constituyen el fundamento de los modelos teóricos.

Los poderes curativos se clasifican en ocho categorías: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización. Cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración, a regular sus emociones y a destacar en una tarea que es innata. Esta actividad da a los niños la oportunidad de dominar su mundo a medida que crean, desarrollan y mantienen su sentido de sí mismos (Op. Cit).

Dentro de la historia de la terapia de juego, tiene sus primeros orígenes con Sigmund Freud, gracias al caso del pequeño Hans (1909) quien sufría de una fobia hacia los caballos (debido a un suceso traumático) mientras transcurría por su etapa edípica. Como tal, Freud no trató directamente al niño, sino que por medio de cartas

con el padre, en las cuales intercambiaban las conductas que presentaba, sus fantasías y consejos, el pequeño Hans encontró alivio a su trastorno. Gracias a este caso, Freud escribió que el juego cumple tres funciones principales: fomentar la autoexpresión más libre (en especial de los instintos considerados tabúes), satisfacción del deseo y dominio de los sucesos traumáticos.

Freud menciona que para dominar los eventos traumáticos por medio del juego, el niño los recrea con un sentido de poder y control de la situación, es decir los vuelve suyos; ello le permite llevar a la consciencia los recuerdos reprimidos y revivirlos mientras libera el afecto de manera apropiada (Erwin, 2001). Dicho proceso se denomina *abreacción*, el cual se distingue de la catarsis porque incluye la recreación y el dominio de la experiencia en sí en lugar de la simple liberación del afecto.

Melanie Klein (pupila de Sigmund Freud) reconocida por ser la creadora de una teoría del funcionamiento psíquico. Hizo importantes contribuciones sobre el desarrollo infantil desde la teoría psicoanalítica y fundó la escuela inglesa de psicoanálisis. Klein (1955) trabajó con niños más pequeños que los que atendían psicoanalistas tradicionales. Dentro de su experiencia profesional conceptuaba al juego como un proceso de afloramiento del material inconsciente, y que el terapeuta podría entonces interpretar los deseos y conflictos reprimidos del niño para ayudarlo a entender sus problemas y necesidades. Klein fue pionera en el uso de la técnica “miniaturas”. En ella, los niños se entretienen con juguetes en miniatura suelen experimentar una sensación de control sobre ellos, siendo éstos una representación de objetos o personas reales.

Margaret Lowenfeld (1939) llevó la idea de Klein más lejos y desarrolló la Técnica del Mundo, la cual implica una caja de arena y acceso al agua y a objetos en miniatura que representan objetos a mayor escala. Las cajas de arena se consideran expresiones del material predominante inconsciente y se utilizan como tales en la terapia. Otra psicoanalista que usó el juego de manera terapéutica fue Anna Freud (1946), quien creía que el juego es importante porque permite al terapeuta establecer una alianza terapéutica con el niño (Schaefer, 2001).

Otro antecedente pero de un corte más humanista y centrado en la persona a la terapia infantil y de juego es el que brinda Virgine Axline (1947). Particularmente Axline defendió la creencia de que las condiciones necesarias para el cambio terapéutico son la consideración positiva incondicional, la comprensión empática y la autenticidad. También afirmó que los niños pueden expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos por medio del juego mejor que con las palabras.

1. TERAPIA DE JUEGO PSICOANALÍTICA

1.1. Fundamentos y principios teóricos

El tratamiento de los problemas emocionales que se presentan en la infancia tiene como origen los métodos utilizados en el psicoanálisis; el cual surge con Sigmund Freud a finales del siglo XIX. Con base a la teoría psicoanalítica, Freud desarrolló una serie de técnicas de tratamiento con pacientes neuróticos, principalmente con mujeres que padecían de histeria. Esta corriente teórica postula que la conducta obedece a motivaciones inconscientes y a la enfermedad mental se le contribuían las fallas de la estructuración del aparato psíquico (Ello, Yo y Superyó). Esto implica ofrecer un tratamiento con el que fuera posible acceder al material inconsciente; de manera que los conflictos del pasado se pudieran elaborar con el fin de curar al individuo de los males que le aquejaban (Esquivel, 2010).

Las principales técnicas que la psicoterapia psicoanalítica utiliza para llegar al material reprimido y alcanzar su objetivo de acceder al inconsciente son: la asociación libre, la interpretación de los sueños y los lapsus lingue. Mediante estos métodos, el paciente será capaz de actualizar el conflicto, ponerlo en palabras de ir en camino hacia la cura (*Op. Cit.*). El principal mal residía en lo más recóndito del psicoanálisis, usualmente de carácter infantil, o mejor dicho, residía en algún acontecimiento traumático de la infancia. Sin embargo, a pesar de darle un papel primordial al desarrollo intrapsíquico y considerar a la infancia como un periodo crítico del desarrollo del individuo, no desarrolló una técnica para el tratamiento de los problemas que aquejaban a los infantes.

Dentro de las obras de Freud sobre el desarrollo y conflictos de la infancia destacan: *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (1909), *Tres ensayos sobre una teoría sexual* (1905) y *Los dos principios de un funcionamiento mental*.

En el primer texto conocido como La historia del pequeño Hans, Freud informa sobre la fobia hacia los caballos de un niño de cinco años. El caso no fue tratado directamente por Freud como ya se mencionó en el capítulo anterior, sino que el tratamiento fue por correspondencia. El mayor interés de dicha historia,

considerándolo como punto de partida de la técnica de psicoanálisis de niños es la eficiencia de la interpretación y sus consecuencias.

El pequeño Hans había sufrido como acontecimiento traumático la visión de un caballo caer, pataleando mientras intentaba erguirse de nuevo. Otro suceso traumático aunado al primero fue la advertencia del padre de una amiga de Hans sobre el peligro de una mordedura de caballo. El pequeño Hans comenzó a tener pesadilla con caballos, posteriormente durante sus paseos temía salir por encontrarse con uno. Junto con estos sucesos, acontece el embarazo de la madre de Hans, quien le dice que la cigüeña le traerá una hermana. Hans recurría a la constante masturbación, su madre horrorizada por tal hecho le amenazaba contantemente con cortarle su pene. A su vez, la madre le permitía al niño evacuar cuando ella también lo hacía, con lo cual Hans entró en conflicto pues su madre no veía pene alguno, como el que él mismo poseía. Así en el momento del parto, Hans hubiese llegado a descubrir la vagina, pero no le fue posible por la confusión de los sexos que le causó la madre al afirmársele que no existía diferencia de sexos, oponiéndose a todo lo que sentía en su cuerpo y descubría en sus continuas observaciones.

El comienzo de la fobia que fue el miedo a que un caballo patalease y cayese, estaba vinculado a sus pataleos infantiles cuando lo forzaban a evacuar y el desplazamiento del miedo hacia el proceso de parto. Freud descubrió que el proceso de carga y descarga con el que simbolizaba el parto era similar al de la evolución intestinal. A su vez señala que a esta altura del tratamiento, Hans se había apoderado de la dirección de análisis, ya que sus padres retrasaron las explicaciones que debieron darle con anticipación respecto al embarazo de la madre, también les comunica mediante sus juegos con una muñeca como representa el nacimiento de su hermana. Con este mismo juego elaboró el proceso de evacuación y pérdida de una parte de sí mismo, cumpliendo así la amenaza de perder su genital (Aberastury, 1984).

Muchos de los hallazgos de Freud abrieron el camino para buscar una técnica que permitiera entender el lenguaje verbal e interpretarlo. La experiencia mostraba que el niño, aunque no podía expresarse totalmente con palabras, sí era capaz de entender lo que el adulto le decía, de modo que comprendiendo el significado latente de sus juegos, dibujos, sueños y fantasías, la interpretación sería tan eficaz como lo era con el tratamiento con adultos. Faltaba comprobar si el niño era capaz de establecer con su terapeuta el vínculo transferencial.

En 1908 aparecieron sus *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, en los que postulaba una importante actividad sexual en el niño y definía una serie de fases en su desarrollo, que estaba caracterizada por diferentes zonas erógenas. Una etapa fundamental de esta evolución está marcada por el conflicto del Complejo de Edipo, en la que se producen relaciones de atracción y rechazo respecto a los propios padres; del éxito relativo de la superación del conflicto depende el desarrollo de una vida sexual normal, o bien, de perversiones sexuales. La segunda parte del libro sobre los *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, consiste en una expresión de las variantes de la sexualidad infantil. La Teoría de la Libido, también sirvió para esclarecer el complejo de castración, la envidia del pene y finalmente la noción de estadio (oral, anal, fálico y genital), tomada de la biología evolucionista (Esquivel, 2010).

Consideraba que en la energía libidinal de las pulsiones sexuales se encontraba la base de las etapas de desarrollo que recorre el niño en el transcurso de su maduración. Cada una de estas fases (Fig. 1) corresponde a la primacía de una zona erógena y determina un tipo particular de relación con el objeto con el que se vuelve a encontrar en el adulto.

FASE	EDAD		CARACTERÍSTICAS	RASGOS DE PERSONALIDAD
Oral	0-2 años		Caracterizado por la actividad de succión, fuente de placer y, por otro lado, la introyección,	Expresiones: Masticar chicle, morderse las uñas, fumar, comer en

			<p>el posicionamiento del objeto mediante la introducción oral.</p>	<p>exceso y alcoholismo.</p> <p>Oral dependiente: Individuos crédulos, pasivos y requeridos de atención.</p> <p>Oral agresivos: Les gusta discutir, son agresivos verbalmente y suelen explotar a la gente.</p>
Anal	2-4 años		<p>En esta fase el niño alcanza el control del funcionamiento bifásico del esfínter anal, que se manifiesta, que se manifiesta en la evacuación y retención de las heces.</p>	<p>Anal retentiva: Individuos obstinados, tacaños, ordenados y compulsivos por la limpieza.</p> <p>Anal expulsiva: Individuos desordenados. Destructivos, crueles y caóticos.</p>
Fálica	3- 6 años		<p>Aumenta el interés sexual en el niño, lo que provoca cierta atracción</p>	<p>Individuos vanidosos, exhibicionistas, orgullosos</p>

			<p>física por el progenitor del sexo opuesto.</p> <p>En los varones da origen al conflicto de Edipo, en el que el niño lucha contra el padre por el afecto de su madre. Para aliviar su ansiedad debe identificarse con él. Al hacerlo, empieza a aceptar los valores paternos y crea una consciencia.</p> <p>En las niñas se muestra el complejo de Electra, en el cual la niña ama al padre y compite con su madre. De acuerdo con Freud, se identifica con ella en forma más gradual.</p>	sensibles y narcisistas.
Genital	Pubertad (12 años)		<p>La transformación de la sexualidad infantil en la adulta sucede porque las zonas erógenas genitales adquieren una prioridad absoluta sobre las otras; a su vez, las características de satisfacción sexual, manifestadas</p>	<p>El desarrollo del erotismo genital puede sufrir inhibiciones que provocan una regresión o una fijación de la libido en formas de la sexualidad infantil,</p>

			anteriormente como parciales, ahora se concretan en la relación sexual completa y finalmente porque el objeto hacia el cual se dirige la pulsión sexual se transforma en una persona del sexo opuesto, externa a la familia, hacia la cual se orientan tanto las corrientes sexuales como las de ternura.	dando lugar a las perversiones.
--	--	--	---	---------------------------------

Tabla 1. Etapas psicosexuales del desarrollo de la personalidad; Galimberti (2007) y Coon (2005).

En 1900, en *La interpretación de los sueños* Freud propuso una diferenciación de tres niveles del aparato psíquico: el Consciente, el Preconsciente y el Inconsciente. A partir de 1920, completó su teoría apelando las nociones de Ello, Yo y Superyó (Coon, 2005):

- El **ELLO** se constituye por los instintos e impulsos biológicos innatos. Es egoísta, irracional, impulsivo y totalmente inconsciente. Su funcionamiento se basa en el *principio de placer* en donde se trata de expresar libremente todo tipo de impulsos que buscan el placer. El *Ello* es como un pozo de energía para toda la psique o personalidad. Esta energía, llamada líbido, fluye de los instintos vitales (o Eros). De acuerdo con Freud, en la líbido se basan los esfuerzos por sobrevivir, lo mismo que los deseos sexuales y la búsqueda del placer. También describió un instinto de muerte (Tanatos). Éste produce impulsos agresivos y destructivos. La mayor parte de las energías del *ello* están encaminadas a liberar las tensiones relacionadas con el sexo y la agresión.

- El **YO** se rige por el principio de realidad, el cual pospone la acción hasta que sea factible o apropiada. El *yo* es el sistema que piensa, planea, resuelve problemas y decide. En concreto, tiene el control consciente de la personalidad.
- El **SUPERYÓ** Actúa como un juez o censor de los pensamientos y acciones del *yo*. Una parte del superyó, llamada consciencia, refleja las acciones por las que el individuo ha sido castigado. Cuando no se cumplen los dictados de la consciencia, los sentimientos de *culpa* imponen un castigo interno. El *ideal del yo* es una segunda parte del *superyó*. Refleja las conductas que los padres aprobaron o premiaron. Es fuente de metas y aspiraciones. Sentimos orgullo cuando cumplimos sus normas. El *superyó* opera como un “progenitor internalizado” que controla la conducta. En la perspectiva freudiana, un individuo con un *superyó* débil tendrá una personalidad delictiva, criminal o antisocial. En cambio con un *superyó* demasiado estricto causará inhibición, rigidez o culpa insoportable.

El equilibrio de una personalidad depende del resultado del conflicto entre el ELLO y el YO. En la mayoría de los casos se establece un compromiso entre las dos instancias. A veces es un compromiso normal, en el que el conflicto se transforma en colaboración, con un excelente resultado. Otras veces es un compromiso neurótico, en el que el YO sólo llega a controlar las tendencias estableciendo delante de ellas una verdadera barrera. Es la oposición clásica entre la sublimación y represión. La represión es un proceso por el cual el YO expulsa de la conciencia determinadas tendencias para evitar que se realice.

El tercer ensayo es un estudio de la pubertad, y por lo tanto del pasaje de la sexualidad infantil a la sexualidad adulta, a través del Complejo de Edipo y la instauración de una elección de objeto basada en general en la diferencia de los sexos. A estas tres partes Freud añade una recapitulación, en la cual expone los efectos sobre la sexualidad de la represión, la herencia, la sublimación y la fijación (Rosak, 2005).

La práctica del psicoanálisis infantil puso de manifiesto que las reglas relativamente rígidas que se aplicaban en el análisis de los adultos no podían

trasladarse al tratamiento con los niños. Al faltar en el niño una capacidad de asociación suficiente, desaparecía un eslabón decisivo en la cadena terapéutica usual. Por otra parte, se consideró que la vía regia para penetrar en el inconsciente infantil era el juego en lugar de los sueños, lo cual derivó un gran número de posibilidades terapéuticas nuevas (Bierman, 1973).

Como primer analista de niños Hermine von Hug-Hellmuth publicó en 1913 el libro *La vida psíquica del niño*, y posteriormente un trabajo sobre la *Técnica del análisis de niños*. Esta autora alentaba a sus pacientes a jugar libremente con muñecas y otros juguetes y extraía sus conclusiones analíticas a partir del juego, así como del comportamiento y de las manifestaciones del niño. En su forma de análisis infantil, examinó cuestiones esenciales en la práctica como la falta de consciencia de enfermedad del infante, la posición que toma el terapeuta respecto de los padres y la conducta del niño durante el juego así como su interpretación. Enfatizó también la necesidad de lograr lo antes posible una relacional emocional positiva con el niño y el terapeuta (Levy, 2008).

El desarrollo del análisis de los niños alcanzó un primer apogeo en la décadas de los veinte. Las principales exponentes fueron Anna Freud y Melanie Klein.

El enfoque de Anna Freud consiste en dirigir la estrategia hacia el hogar del niño. El mundo exterior era importante para comprender la dinámica afectiva del niño. La meta del psicoanálisis infantil para esta autora era desarrollar el Yo hacia la síntesis, modificar el carácter, producir identificaciones sobre el Yo, y alcanzar un Superyó tolerante. Las grandes aptitudes e intereses pedagógicos de Anna Freud, condicionaron el carácter pedagógico que dio a la psicoterapia infantil, en concordancia con los analistas suizos. Este hecho y el problema de la transferencia fueron gran parte de las discrepancias con Melanie Klein.

Anna Freud consideraba que sólo en ocasiones esporádicas de neurosis de angustia graves estaba indicado el análisis clásico del niño; mientras que, en los demás casos, la psicoterapia infantil debía adaptarse a la situación particular del niño en su familia. También lo inducía, por medio de muy variados materiales de juego, a efectuar proyecciones e identificaciones. Desde el inicio del tratamiento

fomentaba una intensa transferencia con el niño y tomaba en cuenta que el niño a diferencia del adulto no sabe que está enfermo y que desea curarse. También puso de relieve la adaptación del niño al mundo circundante; es decir su necesaria socialización, que tiene lugar con la ayuda de la imitación, introyección e identificación. Para Anna Freud, el objetivo de la psicoterapia es una compensación entre las posiciones neuróticas del Ello, Yo y Superyó, en la medida en que se favorezca un desarrollo armónico de la personalidad (Esquivel, 2010).

En Berlín, Melanie Klein se basó en las observaciones efectuadas en el tratamiento analítico de un escaso número de niños pequeños para desarrollar una técnica especial de juego y de interpretaciones que ha pasado a lo largo de la historia del psicoanálisis con el nombre de *Análisis precoz del niño*. Al trasladarse a Londres en 1926, estas concepciones condujeron al desarrollo de una escuela propia de psicoanalistas de niños. En sus primeras publicaciones (1924) señaló las reacciones existentes entre el juego del niño, su desarrollo sexual y sus fantasías. Consideró la disminución de la angustia del niño durante el tratamiento analítico como una confirmación de lo correcto de sus concepciones, según de las cuales ya es posible dar a un niño pequeño interpretaciones simbólicas directas. El juguete le pareció constituir un objeto de transferencia.

Esta autora consideraba que el psicoanálisis se ocupaba del complejo de Edipo formado con la frustración derivada por el destete. En las sesiones analizaba la relación con los objetos introyectados en el mundo interno, y que tanto la transferencia positiva (el dominio de una tarea facilita el aprendizaje o realización de otra) como la negativa (el dominio de una tarea dificulta el aprendizaje o la realización de otra) son manejables y que es necesario interpretar la negativa (*Ídem*).

En 1932 publicó *El psicoanálisis de niños*. En este trabajo formula dos conceptos importantes de su teoría: Las posiciones esquizo-paranoide y depresiva. Dichas posiciones constituyen polos entre los cuales oscila la vida psíquica; se definen a través, justamente, de la posición del niño en relación al objeto: características del

objeto, características de la ansiedad, métodos defensivos en relación a dicha ansiedad.

Esta teoría implica el abandono del esquema de las fases libidinales para pasar a una conceptualización en la que la angustia, las defensas, el amor y la agresión se articulan con problemas de organización y estructuración del mundo objetal.

Las ansiedades, defensas y relaciones de objeto que constituyen cada posición se vehiculizan en fantasías inconscientes. Tanto los impulsos libidinales como los agresivos son vivenciados por el niño como un accionar sobre los objetos de dichos impulsos. Klein considera que la fantasía inconsciente proporciona la matriz a partir de la cual se desarrollan las funciones mentales superiores.

Flores (2013) menciona a la conceptualización de la posición esquizo-paranoide el corolario de la evolución de la temprana teorización kleiniana acerca de la existencia de temores persecutorios fantasmáticos en los niños pequeños y la capacidad de los mismos de disociar el objeto. El paso intermedio en la evolución de la teoría consistió en considerar un estado paranoide rudimentario como una etapa precoz del desarrollo situado en la fase anal primaria. Posteriormente, al describir la posición paranoide, Klein la considera el primer tipo de relación de objeto de la fase oral, con aspectos ideales y aspectos persecutorios.

En 1942 toma el término esquizo y denomina a la primera posición esquizo-paranoide a fin de destacar la coexistencia de la escisión y la ansiedad persecutoria. Desde una época temprana de su teorización Klein sostiene que la ansiedad se origina en la acción interna del instinto de muerte. La alteración del equilibrio pulsional es inaugurada por el nacimiento y se repite cada vez que privaciones de origen interno o externo intensifican las pulsiones agresivas.

Se caracteriza por los siguientes rasgos: las pulsiones agresivas coexisten desde un principio con las pulsiones libidinales y son singularmente intensas; el objeto es parcial (principalmente el pecho materno) y se halla escondido en dos: el objeto 'bueno' y el objeto 'malo'; los procesos psíquicos que predominan son la introyección

y la proyección; la angustia intensa, es de naturaleza persecutoria (destrucción por el objeto 'malo').

Según Klein el individuo lucha con sus impulsos destructivos por medio de la escisión, tanto de su Yo como de las representaciones de objetos en partes buenas y malas, y una proyección de sus impulsos destructivos sobre el objeto malo por el cual se siente perseguido. La posición esquizo-paranoide constituye el primer intento del infante para dominar su instinto de muerte y precede a la posición depresiva. El fracaso ante el intento de abandonar la posición esquizo-paranoide conlleva a alcanzar la posición depresiva en la cual el niño lucha en su inconsciente con la tarea de establecer e integrar el mundo interno, del mismo modo que el sujeto en duelo sufre con el restablecimiento y la reintegración de este mundo. (Laplanche y Pontalis, 1981).

Otro teórico que contribuyó de manera muy importante en el tratamiento de las dificultades emocionales en los niños fue Donald Winnicott, médico especializado en pediatría en 1920 y se desempeñó como psicoanalista haciendo una productiva síntesis de ambas profesiones.

Su obra se centró en el estudio de la relación madre-lactante y la evolución posterior del sujeto a partir de esta relación. Este autor consideraba que todo recién nacido sano tiene una tendencia innata a desarrollarse como una persona total y creadora, pero que requiere de un entorno inicial como base para el desarrollo. Siendo la madre el primer contacto del bebé con el entorno, las funciones maternas juegan un papel primordial en el desarrollo del infante.

En sus primeros meses de vida el infante, concibe el entorno como sinónimo de la madre. En ese momento, el padre cumple con la función de favorecer al entorno ayudando a la madre a preservar la diada madre-lactante. Sin embargo Winnicott, observa que un exceso de apego entre la madre y el hijo resulta patológico; la preocupación materna primaria suele ser espontánea, lo que importa es que ella de un equilibrio entre ser una madre suficientemente buena y una madre superficialmente dedicada al niño. La primera es aquella que es capaz de dar cabida al desarrollo del **verdadero Yo** del niño; es decir acoger sus gestos, en el sentido

de lo que el niño quiere expresar, esto es, interpretar sus necesidades y devolvérselas como una gratificación al bebé (Esquivel, 2010).

En su hipótesis plantea que a partir de la frustración el niño va emergiendo un **falso Yo**, que tiene función adaptativa, que acerca al niño a un principio de realidad. Éste puede darse en diferentes grados, desde el que correspondería a un tipo de adaptación a las normas sociales, haya grados más patológicos que lo alejan de lo que intrínsecamente su propio *self* y que constituye en una mera adaptación.

Ésta teoría postula que en cada persona hay un falso y un verdadero *self*, y su organización la conceptualiza como una serie complementaria, que va desde lo saludable, aspectos socialmente indispensables para el desarrollo (*verdadero self*), hasta lo patológico falso *self* (la enfermedad).

Otra aportación de Winnicott son los conceptos de espacios, fenómenos y objetos transicionales que se dan al producirse la paulatina independencia de los niños hacia la madre. Manifiesta que los espacios, fenómenos y sobre todo los objetos transicionales son factores sustitutivos que sustituyen a la madre. El juguete preferido del niño es un ejemplo de objeto transicional. Las actitudes que en ese momento tiene éste junto a los fenómenos y a los objetos transicionales le sirven de nuevo entorno y son la base para lograr paulatinamente su autonomía y autosuficiencia (Galicia, 2005).

Para este autor, el juego es una herramienta esencial para el tratamiento infantil, ya que lo considera como un elemento que permite al niño expresarse simbólicamente por carecer éste de un uso del lenguaje amplio. En los juguetes y objetos, el niño proyecta a los personajes del mundo interno y evidencia sus mecanismos de defensa. Con el juego, el niño experimenta la realidad, el espacio donde se desarrollan los contactos y vicisitudes entre sus vivencias internas y el exterior. Al juego lo considera un ejercicio de creación de los objetos (Anzieu, A. Anzieu P. & Daymas, 2001).

Los estudios de Melanie Klein y Winnicott tuvieron un gran impacto en la Teoría del Apego propuesta por Bowlby. Este autor inglés, Director de la Clínica Tavistock,

se interesó en encontrar los patrones de interacciones familiares involucrados tanto en el desarrollo sano como en el patológico. Se enfocó sobre cómo las dificultades de apego transmitían de una generación a otra.

El término interacción fue utilizado por primera vez por Bowlby en un famoso artículo *La índole del vínculo del hijo con su madre*; el cual ejerció una poderosa influencia en la aplicación de un modelo observacional de la relación. Bowlby, a diferencia de otros psicoanalistas, sostuvo que el intercambio con la madre no se basa únicamente en la simple gratificación oral y concomitante reducción de la tensión (Esquivel, 2010).

Al hacer referencia al rol de la interacción, plantea que la experiencia de separación real mina la confianza, pero no es suficientemente para que surja la ansiedad de separación. Para ello es necesario que intervengan otras variables como amenazas de abandono con fines disciplinarios, discusiones de los padres con significado implícito de riesgo de separación.

Ainsworth y Bell en 1970 desarrollaron tres tipos de conceptos sobre el apego, basados en un experimento de Bowlby, *la situación de un extraño*, el cual es un proceso de laboratorio que implica estudiar al niño en su interacción con la madre y con un adulto (extraño) en un entorno no familiar. Está diseñada para comprobar la calidad de la relación entre el bebé y su cuidador/a o madre, por lo que durante la observación es de especial interés las reacciones del niño al separarlo de la madre y cuando vuelve a reunirse con ella. Como resultado de este experimento Ainsworth y Bell postularon lo que se conoce como los diferentes tipos de apego: el seguro, el inseguro evitativo, el inseguro ambivalente y el múltiple.

En el primero se trata de un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque la madre es muy sensible y responsiva a las llamadas del bebé, mostrándose disponible cuando su hijo lo necesita. El segundo es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque los niños se muestran independientes. Las madres de estos niños se muestran relativamente insensibles a las peticiones del niño y/o rechazantes. En el tercer tipo de apego los niños vacilan entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de

mantenimiento de contacto. Las madres de estos niños proceden de forma inconsistente, se muestran sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento llevan al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de la madre cuando la necesitan. Finalmente, en el apego múltiple, se considera que el niño puede llegar a establecer vínculos afectivos con distintas personas (*Óp. Cit.*).

En la actualidad, el tratamiento psicoanalítico del niño está mucho menos sujeto a la teoría de la libido, aunque los impulsos sexuales y agresivos aún desempeñan una función esencial. Cada vez se le da más importancia a la influencia de factores constitucionales, culturales, interpersonales, sociales, cognoscitivos y del desarrollo en general, en la formación de la personalidad y en la aparición de la psicopatología. Se conservan las ideas de asociaciones libres, interpretación y neurosis de transferencia. Al igual que el análisis de adultos, el análisis infantil es llevado a cabo con la intención de modificar la personalidad básica del paciente, de modo que el Ello, Yo y Superyó funcionen en armonía. Dado que un tratamiento tradicional abarca sesiones de 50 minutos, cuatro o cinco veces por semana, por un período prolongado (1-3 años), hoy en día se recurre a la psicoterapia de orientación psicoanalítica. Este tipo de orientación se distingue por una gran reducción en el número de sesiones (1-2 por semana), y se enfoca más en el síntoma o problema, aunque también se consideran los procesos inconscientes. Esta orientación permite el tratamiento de una mayor diversidad de psicopatología que el psicoanálisis infantil clásico (Padilla, 2006).

1.2. Materiales y su uso

El enfoque psicodinámico utiliza el juego para poder observar la función simbólica del contenido manifiesto y el latente que se da en la transferencia y contratransferencia. Principalmente se utilizan técnicas que permitan la proyección a través de materias no estructurados (permiten mayor libertad de expresión) y semiestructurados (accesorios de simulación).

El valor terapéutico de los juegos y juguetes en el enfoque psicodinámico solamente tiene valor en la medida en que permite tener un punto de partida para que el niño haga asociaciones sobre sus producciones.

Los materiales deben de elegirse de acuerdo a la edad y sexo. No es recomendable una cantidad excesiva de juguetes ya que pueden crear una confusión en el niño y tenderá a representar al terapeuta como un gratificador inagotable.

Esquivel (2010) mencionan algunos de los materiales mayormente utilizados desde este enfoque:

- Papel bond, lápices de colores y monocromáticos, crayolas y marcadores para dibujar.
- Plastilina
- Barro
- Pintura
- Agua
- Arena
- Muñecos y muñecas
- Casa de muñecas.
- Títeres
- Aviones y barcos
- Carros y camionetas
- Pistolas de plástico
- Cubos de diferentes tamaños
- Juegos de mesa
- Pelotas

1.3. Características del terapeuta

Al tratar a niños, los terapeutas infantiles psicoanalíticos luchan por involucrarse, por trastornarse, por encontrar el equilibrio y por comunicar su visión de la experiencia del niño. Esto es lo más esencial, dadas las complicaciones generadas por tratar a niños, la ambigüedad esencial y la inmediatez generada por el juego en la terapia infantil psicoanalítica.

Para maximizar el valor terapéutico del juego, los terapeutas deben tener de verdad un interés extraordinario por sus pacientes, debido en parte a que eso puede generar nuevas experiencias racionales. Dichas experiencias pueden servir como una plantilla para la construcción de nuevos modelos del sí mismo y los demás para modificar los existentes (Schaefer, 2012).

Los terapeutas de juego también deben aceptar cierto grado de incertidumbre debido a la relativa ambigüedad del significado del juego (Levy, 2008). Los terapeutas infantiles deben aprender a cultivar la paciencia y a permitir que la relación terapéutica aparezca y se desarrolle. En la moderna terapia de juego psicoanalítica, los terapeutas deben estar preparados para tolerar estados incómodos que pueden ser dolorosos, difíciles de imaginar o incluso repulsivos. Esos estados de sentimientos son vistos como una forma de comunicación implícita de las experiencias del niño y constituyen elementos clave en la formulación que hace el terapeuta de las experiencias del niño (Boston Change Process Study Group, 2008).

1.4. Concepto de trastorno

En el psicoanálisis los niños llegan a terapia para tratar tensiones inherentes a los procesos del desarrollo, en el cual existe un rompimiento del equilibrio yoico, tanto por causas internas como externas, es decir de su medio ambiente. Flores (2013) a su vez menciona a la vinculación de la neurosis entre padres e hijos como factor para desarrollar un trastorno.

De forma general este modelo pretende ayudar al niño a: reducir su sufrimiento (reduciendo la ansiedad, superando la depresión, etc.); superar traumas; y a

adaptarse a los sucesos de la vida (divorcio; afrontamiento de enfermedades y sus tratamientos; dominar las fobias; manejar la ira y agresión; aceptar una discapacidad).

En este modelo no sólo se busca reducir la sintomatología del niño sino lograr un cambio más amplio y profundo en las formas en las que el niño enfrenta la vida y sus pruebas (Bromfield, en Schaefer, 2005)

1.5. Caso ilustrativo

Caso "Toño" ¹

Toño contaba con cinco años cuando se inició el tratamiento. Él y su hermana son hijos de "Irma", quién padecía leucemia y había sido diagnosticada seis meses atrás y hospitalizada tres ocasiones por periodos que iban de una semana hasta dos meses. Toño había tenido un desarrollo normal; la madre cuidaba a sus hijos tiempo completo, lo que ya no pudo hacer desde el inicio de la enfermedad. La dinámica familiar, hasta antes del diagnóstico había sido estable y sin mayores conflictos ni separaciones importantes, aunque la familia de Toño ya había experimentado la muerte de la abuela paterna tras un largo periodo de enfermedad dos años antes.

A partir de la enfermedad de Irma, la situación familiar había cambiado radicalmente, principalmente en el hecho de que los niños ya no contaban con el cuidado de sus padres debido a los frecuentes internamientos. El padre pasaba todo el día en el hospital y cuando estaba en casa se dedicaba al negocio familiar. Cuando Irma era dada de alta, permanecía en reposo total, dormía casi todo el día. Así, Toño y su hermana vivían en una especie de abandono, quedando al cuidado intermitente de otros familiares como la abuela materna, la tía y el abuelo paterno principalmente, quienes cubrían necesidades como alimentación, aseo y llevarlos a la escuela. Al inicio del trabajo, Toño presentaba enuresis nocturna y a veces diurna, lloraba dormido, tenía miedo a la soledad y a la oscuridad. No presentaba problemas escolares, y en su conducta sólo era un poco "brusco" cuando quería llamar la atención de alguien.

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

contenido giraba en torno a la condición de su madre, pero hubo una que se consideró de gran importancia, ya que a través de ella el niño se explicaba la enfermedad de su madre y depositaba la agresividad y voracidad que sentía hacia ella: “*el monstruo invisible*”.

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

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

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

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

A partir de la novena sesión, se inició un juego particularmente importante, ya que le sirvió para elaborar la separación que tendría lugar en esa semana porque Irma sería internada para recibir un tratamiento de quimioterapia: el juego de los doctores. Éste mostró en su contenido tres áreas importantes: la separación inminente, la explicación de la enfermedad y la posibilidad de reparación del objeto enfermo. Conforme avanzó el proceso Toño se hizo responsable de sus juguetes y cuando dañaba alguno lo reparaba o pedía ayuda a la terapeuta para hacerlo. En otras sesiones fue capaz de hablar directamente de la enfermedad de su madre y expresar cuánto la extrañaba. Se dirigía hacia el inicio de la reparación.

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

2. TERAPIA DE JUEGO CENTRADO EN EL NIÑO

2.1. Fundamentos y principios teóricos

Se denomina Psicología Humanista a la corriente que nace como parte de un movimiento cultural surgido en EUA en la década de los sesenta. Dicha corriente pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de consciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano.

Surgió como reacción al conductismo y psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos pero que predominaban en aquel entonces. Esta corriente pretende la consideración global de la persona y la acentuación de sus aspectos existenciales (la libertad, conocimiento, responsabilidad, historicidad), a la vez critica a una psicología que, hasta entonces se había inscrito como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano con variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas.

La psicoterapia centrada en la persona (o en el cliente) fue creada por el psicólogo norteamericano Carl Rogers (1902-1987) y adaptada por Virginia Axline (1947) a la terapia de juego centrado en el niño. El enfoque de la terapia de juego centrada en el niño, al igual que en la persona, se basa en un proceso de ser con los niños en contraposición de un procedimiento de aplicación. Refiriéndose al proceso de llegar *a ser* y no de reparación.

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

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

La terapia centrada en la persona señala dos entidades: “el organismo” y el “yo”. El organismo es el centro de toda experiencia, ya sea somática o psicológica. La experiencia es todo aquello a lo que responde o reacciona el organismo en cualquier momento. Los sucesos experimentados tanto consciente como inconscientemente pueden considerarse como la realidad subjetiva del individuo. Como consecuencia de las experiencias del organismo, este campo fenoménico genera cierto sentido del yo. El yo o “autoconcepto” es la forma en que la persona ve lo que es como individuo (Johnson, et al, Hernández, 2008).

Esta teoría cree en un sistema motivacional básico; es decir, la tendencia inherente al organismo a la “autorrealización”; es decir, la inclinación del individuo a desarrollar todas sus capacidades de manera que le ayuden a mejorar su crecimiento. En este modelo terapéutico se intenta crear un ambiente caracterizado por un aprecio incondicional, que el terapeuta expresa a través de la aceptación e interés por el paciente, lo que le permite a éste último obtener un autoconcepto positivo y establecer las bases para experimentar la autorrealización. Los terapeutas deben ser genuinos tanto de sus palabras como en su conducta no verbal, ser congruentes con sus sentimientos, aceptar al paciente y preocuparse incondicionalmente por él, al igual que entender sus pensamientos, ideas y experiencias, destacando el entendimiento y el cuidado del paciente sobre el diagnóstico, las recomendaciones y la persuasión. Por lo anterior, Rogers creía que cuando el paciente es capaz de percibir estas condiciones en el terapeuta, entonces ocurre el cambio terapéutico. Para hacer aplicable la metodología básica centrada en la persona deben hacerse modificaciones relacionadas a la edad y desarrollo del niño y a sus diversos modos de expresión.

Sweeney y Landerth (2009) describen de esta manera a la terapia de juego centrada en el niño: [...] es una capa que se pone el terapeuta de juego cuando entra al cuarto de juego y que se quita cuando sale; más bien es una filosofía que resulta en actitudes y conductas para vivir la vida en relación con los niños. Es la filosofía básica de la capacidad innata del niño para esforzarse por alcanzar el crecimiento y la madurez y una actitud que implica creer de manera profunda en la capacidad del niño para autodirigirse de manera constructiva. La terapia de juego centrada en el niño no es solo la aplicación de unas cuantas técnicas de construcción de rapport sino también es un sistema terapéutico completo.

Los constructos teóricos de la terapia de juego centrada en el niño no se relacionan con la edad del niño, su desarrollo físico y psicológico o los problemas que presenta. Se relacionan más bien con la dinámica interna del proceso por el cual el niño se relaciona y descubre el sí mismo (**self**) en que puede llegar a convertirse (Sweeney y Landerth, 2009). El enfoque centrado en el niño se considera al desarrollo como un flujo, una jornada dinámica sinuosa y un proceso de maduración de llegar a ser.

La *persona* es todo lo que es un niño, y consta de autopercepciones que incluyen pensamientos, sentimientos y conductas así como la fisiología. El proceso de desarrollo se enfatiza en la medida que cada niño interactúa y responde a este mundo de experiencia personal y cambio continuo.

Como resultado de esta dinámica en la que cada niño, como sistema total, se esfuerza por lograr la realización del self. Sweeney y Landerth (2009) sugieren que este proceso dinámico y animado es un movimiento dirigido internamente hacia la posibilidad de convertirse en una persona de funcionamiento más positivo; hacia el crecimiento positivo; hacia la mejora, la independencia, la madurez y enriquecimiento del self como persona. Por consiguiente, la conducta del niño en este proceso está dirigida a metas en un esfuerzo por satisfacer las necesidades personales que se experimentan en el campo fenomenológico único para que ese niño constituye la realidad.

El *campo fenomenológico* consta de todo lo que es experimentado por el niño. Esas experiencias incluyen todo lo que sucede dentro de una persona u organismo en un determinado momento (sea o no a nivel consciente, interno y externo), incluyendo las percepciones, pensamientos, sentimientos y conductas. En esencia, el campo fenomenológico es “la referencia interna que es la base para ver la vida; es decir, cualquier cosa que el niño perciba que ocurre es la realidad para el niño”. Este punto es un principio básico para la terapia de juego centrada en el niño, la cual supone que para entender al niño y sus conductas es necesario comprender la percepción que éste tiene de la realidad.

Por consiguiente, cualquier cosa que el niño percibe en el campo fenomenológico adquiere primordial importancia a diferencia de la realidad verdadera de los eventos. Dado que la realidad está determinada en esencia de manera individual y subjetiva, el terapeuta evita intencionalmente juzgar o evaluar incluso la más sencilla de las conductas del niño y se esfuerza por tratar de entender el marco de referencia interno de cada niño, debe entender y enchufarse con su mundo fenomenológico (*Op. Cit.*).

El *self* es el tercer constructo central de la teoría de la estructura de la personalidad centrada en el niño. El *self* es el aspecto diferenciado del campo fenomenológico que se desarrolla a partir de las interacciones del niño con otros. La consecuencia de cómo perciben los otros la actividad emocional y conductual de un niño y reaccionan en consecuencia involucra la formación del concepto de aquellas experiencias que percibe que enriquecen al *self* y da un valor negativo a las que lo amenazan o no lo mantienen o no enriquecen (Schaefer, 2012).

La experiencia de la terapia de juego centrada en el niño le brinda la oportunidad de ser considerado por el terapeuta como un *self* positivo y en crecimiento dentro de una atmósfera de permisividad y aceptación. Rogers propuso la hipótesis de que el *self* crece y cambia como resultado de la interacción continua en el campo fenomenológico. La experiencia de la terapia de juego se convierte en un campo fenomenológico en el cual los niños pueden descubrir el *self*. La conducta del niño

no solo es congruente con el concepto del self, sino que la experiencia de la terapia de juego facilita el cambio positivo en el autoconcepto.

En la década de los cuarenta, Virginia M. Axline comenzó su práctica clínica utilizando la Terapia No Directiva con base en los principios establecidos por Rogers para llevar a cabo la Terapia Centrada en la Persona; aplicados a niños. Mediante estas prácticas, Axline realizó modificaciones a la metodología básica establecida por Rogers que se relacionan con la edad, el desarrollo y los diversos modos de expresión de los niños (Esquivel, 2010).

Consideró que los infantes buscan de manera natural el crecimiento y que, en los niños emocionalmente perturbados, esta búsqueda no se ha dado adecuadamente. A través de dicha aproximación se pretende resolver el desequilibrio que se da entre el niño y su ambiente, y de este modo, facilitar su natural tendencia al crecimiento (O'Connor y Schaefer, 1998).

Axline (1975) concibe a la Terapia No Directiva como la oportunidad que tiene el menor para experimentar el crecimiento, bajo las condiciones más favorables. Considera que el juego constituye el medio natural de autoexpresión del menor; por lo que al jugar, expresa sus sentimientos acumulados de tensión y frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión.

Cuando no existe ninguna amenaza para el self, el niño tiene la libertad de revisar su autoconcepto a fin de asimilar e incluir experiencias que antes eran incongruentes con el autoconcepto. El autoconcepto resultante o bien integrado o positivo, le permite comprender mejor a los otros. (Sweeney y Landearth, 2009).

Dentro de la terapia de juego centrado en el niño no existen metas ni objetivos particulares, ya que el término meta en ocasiones es inconsistente con la filosofía centrada en el niño. La razón de ello es que las metas son de evaluación e implican que el cliente obtenga logros específicos externamente establecidos. Schaefer (2012) menciona que al referirse a los niños se debe hacerlo como personas y no

como metas que deben ser verificadas o personas que deben ser curadas. Dado que la hipótesis central de la filosofía centrada en el niño es que el terapeuta tiene una creencia inquebrantable en la capacidad del niño para el crecimiento y la autodirección, resulta algo, contradictorio al establecimiento de metas de tratamiento.

No obstante, existen objetivos terapéuticos generales que son consistentes con la teoría y el enfoque centrado en el niño. Landreth (2002) sugiere lo siguiente que los objetivos de la terapia de juego centrada en el niño consisten en ayudarlo a

1. Desarrollar un autoconcepto más positivo.
2. Asumir una mayor responsabilidad consigo mismo.
3. Volverse más autodirigido.
4. Llegar a aceptarse más.
5. Lograr ser más independiente.
6. Mostrar autodeterminación en la toma de decisiones.
7. Experimentar un sentimiento de control.
8. Volverse sensible al proceso de afrontamiento.
9. Desarrollar una fuente interna de evaluación.
10. Llegar a confiar más en sí mismo.

En la terapia de juego centrada en el niño se evita cualquier tipo de evaluación. Los niños son alentados pero no elogiados debido a que el elogio establece un patrón evaluativo. Las afirmaciones evaluativas privan al niño de su motivación interna, toda vez que en ese punto la dirección es del adulto. En consecuencia, el terapeuta permite que sea el niño quien dirige y evita de manera diligente interferir con el juego del niño. Lo anterior no elimina la participación en el juego del niño, pero esta participación debe hacerse a bajo su dirección.

Si interfiere en el juego del niño cuando se le hacen preguntas, se le ofrecen soluciones o sugerencias, o se le permite manipular al terapeuta para que lo convierta en un maestro o haga cosas para el niño. Los niños no aprenden a autodirigirse, autoevaluarse ni a ser responsables cuando el terapeuta evalúa u ofrece direcciones; a esto nos referimos con la Terapia No Directiva.

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

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

2.2 Materiales y su uso

Los materiales deben fomentar la actividad autodirigida del niño y facilitar una amplia variedad de sentimientos y actividades lúdicas. No todos los juguetes y materiales animan la exploración de los sentimientos, necesidades y experiencias de los niños. Schaefer (2012) propone que los materiales de juego que son mecánicos, complejos o muy estructurados o que requieran la ayuda del terapeuta de juego son inadecuados ya que no facilitan la expresión emocional de los niños.

Los materiales recomendados por Landertth (2012) constituyen el núcleo de los materiales de juego en el cuarto de juegos: crayones, papel periódico, tijeras sin punta, plastilina, palitos de madera, cinta adhesiva, biberones, muñecos, platos y

tazas de plástico, figuras de familias, muebles para muñecos, una casa de muñecos, máscaras, navajas y pistolas de plástico, soldados, carros, aviones, marionetas, teléfonos, cuerdas y joyería de disfraz.

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

2.3. Características del terapeuta

A partir de estas premisas, la terapia de juego centrada en el niño implica emprender un viaje con el niño para involucrarse en el autodescubrimiento y la autoexploración. En congruencia con la teoría y la terapia centrada en la persona, el elemento fundamental es la relación. El éxito o fracaso de la terapia de hecho depende del desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica.

Axline (1975) formuló ocho principios para llevar a cabo el tratamiento, los cuales son los siguientes:

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

relación.

Así, el terapeuta de juego no es un director terapéutico que hace diagnósticos sino un facilitador y un explorador que acompaña al niño en una misión de autodescubrimiento. Por consiguiente a diferencia de otras aproximaciones, el terapeuta de juego centrado en el niño no dirige su atención al diagnóstico, síntomas o técnicas (Schaefer, 2012).

2.4. Concepto de trastorno

La filosofía centrada en el niño resulta incongruente con las conceptualizaciones de desadaptación y el énfasis en los problemas; se hace el reconocimiento de que ésta postura remite a que en el niño lleva en su interior una tendencia inherente a avanzar con orientación sutil hacia la adaptación, la salud mental, el crecimiento del desarrollo, la independencia, etc. De acuerdo a Rogers, la desadaptación se da cuando la persona niega experiencias significativas a la consciencia, que por ende no llegan a ser simbolizadas y organizadas en la estructura del self (*Op. Cit.*).

Sweeney y Landerth (2009), consideran que todos los desajustes son el resultado de una incongruencia entre lo que el niño experimentó en la realidad y su concepto de sí mismo. Si la percepción que tiene el niño de una experiencia es distorsionada o negada, existe un estado de incongruencia entre el autoconcepto y la experiencia. El resultado fundamental de la incongruencia entre el autoconcepto y la experiencia del niño es la incongruencia de su conducta.

West (1996), señala que los problemas que pueden ser abordados desde la Terapia Centrada en el Niño incluyen: conducta inmadura; dificultad para relacionarse o falta de afecto; fracaso escolar; maltrato físico o sexual de niños o animales; masturbación; cambios extremos en el estado de ánimo; trastornos del sueño; trastornos de la alimentación; problemas psicosomáticos; mentir; orinarse; defecarse o ensuciarse; trastornos de aprendizaje; rehusar ir a la escuela;

berrinches; brotes de violencia y retraimiento; daño a sí mismo u otros; respuestas emocionales inadecuadas; y mutismo selectivo.

El proceso terapéutico centrado en el niño se puede dividir en cuatro etapas (Op. Cit.):

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

- Etapa 2: los niños se sienten más aceptados y respetados y por lo tanto podrán focalizar mejor sus emociones en cosas o personas fuera de ellos mismos. Durante la Etapa 3 se da la construcción de sentimientos positivos, sin embargo, hay una situación emocional ambivalente por lo que existen cambios violentos en la conducta. Poco a poco esa intensidad en los sentimientos va disminuyendo.

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

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

2.5. Caso ilustrativo

Caso Jeff ¹

- Jeff: Voy a hacerte algo ¿está bien? ¿Qué quieres que haga?
- Terapeuta: Aquí, eso tú debes decidirlo.
- Jeff: Bueno. Haré un corazón. No éste no me gusta
- Terapeuta: No te gusta ése.
- Jeff: Odio el café. (saca otro color y termina de pintar) ¿Te llevas esta hoja de aquí? (Señala al sujetapapeles).

- Terapeuta: Es algo que tú puedes hacer si quieres.
- Jeff: Está bien.
- Terapeuta: Tiraste el que está de ese lado. Mira.
- Jeff: (Cuando cae el papel periódico) ¡Diablos! Detén esto.
- Terapeuta: No te gustó que se cayera.
- Jeff: Lo odio. ¿Puedo tirar éste al basurero?
- Terapeuta: El basurero está ahí (lo señala).
- Jeff: No gracias. (Deja el dibujo en el mostrador y regresa y empieza otro dibujo) Odio el anaranjado. Lo probaré.
- Terapeuta: Hay algunos colores que realmente no te gustan.
- Jeff: ¡Odio los colores, los odio!
- Terapeuta: Los que odias, ¡realmente los odias!
- Jeff: Sí, probaré el negro. El negro es mejor, pero el café, probaré el café. El rojo parece ser el que quiero (Toma una servilleta de papel y borra la pintura café) Necesitaré diez mil de éstas. Voy a borrarlo. Muy bien, aquí está mi dibujo. Es mío (Luego, levanta una pistola de juguete y finge dispararle al terapeuta)
- Terapeuta: Fingías dispararme.
- Jeff: No quise dispararte.
- Terapeuta: Sólo disparabas.
- Jeff: Sólo practicaba el tiro al blanco (se dirige al estante y toma la pistola de dardos). También usaré ésta para practicar al tiro al blanco. (Va hacia el espejo de dos vistas y empieza a dispararle al espejo).
- Terapeuta: Jeff, sé que quieres dispararle al espejo, pero el espejo no es para dispararle; puedes disparar en todos estos otros lugares (Los señala).
- Jeff: Está bien. Quieres decir que... (Se levanta y le dispara al pizarrón)
- Terapeuta: Ahí mismo...

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

3. TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO CONDUCTUAL

3.1. Fundamentos y principios teóricos

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

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

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

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

De esta manera, la investigación básica evolucionó a formulaciones teóricas, lo que llevó a intentar aplicar estas ideas en el área clínica. Lo anterior llevo a diseñar aproximaciones cognitivo-conductuales intentando preservar lo mejor de las intervenciones clínicas conductuales pero reconociendo las experiencias cognitivas (internas) del individuo. En contraste con las intervenciones conductuales de ese

momento, las nuevas aproximaciones terapéuticas no sólo reconocían el papel de los eventos cognitivos sino que también éstos se convierten en el centro del cambio.

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

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

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

La primera aplicación de la terapia cognitivo-conductual para niños se debe al trabajo de Donald Meichenbaum quien utilizó los trabajos de Luria y Vygotsky como base. Meichenbaum y Goodman desarrollaron el Entrenamiento Auto-Instruccional (SIT por sus iniciales en inglés) para atender a niños conductualmente impulsivos. La aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales con niños se ha enfocado a áreas específicas que se cree son el foco de muchas de sus problemas adaptativos.

Estos objetivos de intervención han sido fuertemente influenciados por las tendencias teóricas y de investigación en la psicología del desarrollo.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) trabaja con los pensamientos y conductas disfuncionales en el *qué se tiene que hacer para cambiar* más que en el *por qué* (León, 2012). La Terapia de Juego Cognitivo Conductual (TJCC) pretende contribuir dentro de la terapia a la resolución a los trastornos infantiles basado en las teorías conductuales y cognoscitivas del desarrollo y la psicopatología emocionales, integrándolos de manera sensible a los aspectos del desarrollo. Tiene como objetivo utilizar el juego para modelar las conductas deseables en los niños.

La TJCC proporciona un método potencialmente poderoso para que los niños aprendan a cambiar su propia conducta y se vuelvan participantes activos en el tratamiento. La importancia de dicha participación puede entenderse desde varios ángulos. El primero, desde el punto de vista del desarrollo, los niños necesitan demostrar un sentido de dominio y control sobre su ambiente. Enseñar a un niño el autocontrol podría ser más eficiente y más duradero que los programas suministrados por los padres; y también podría suministrar cambios significativos en los adultos en relación a su participación en actividades más positivas para los niños. Finalmente, en los programas llevados a la práctica por los padres, en los cuales el niño se integra de manera directa al tratamiento, el adulto podría convertirse en una señal discriminativa para que aquél emita la conducta adecuada o suprima la indeseada. Por tanto, los niños solo pueden comportarse de ciertas maneras cuando están presentes estas señales. El integrar intervenciones cognitivas y conductuales puede proporcionar el enlace faltante para promover la participación activa del niño en un tratamiento enfocado (O'Connor y Schaefer, 1998).

Una de las críticas más importantes que recibe este tipo de terapia es la implicación lógico-racional, propia de la TCC con adultos, la cual no se encuentra completamente desarrollada en niños pequeños. Schaefer (2012) menciona que las tradiciones clínicas sugieren que la terapia con preescolares deben implicar cierto

nivel de terapia de juego a fin de involucrar al niño lo que suele ser una tarea más verbal. Un adulto quizá necesite cierta orientación para identificar y etiquetar los pensamientos irracionales e ilógicos, una vez identificadas puede entender las incongruencias. Sin embargo, los niños pequeños quizá no entiendan estas diferencias y no sean capaces de distinguir entre el pensamiento irracional e ilógico y el pensamiento racional y lógico.

La adaptación de la terapia cognitiva para preescolares cada vez recibe más atención; por ejemplo, la idea de TJCC de Knell (2006) fue desarrollada para usarse con niños de dos años y medio a seis años e incorpora las terapias cognitivas, las conductuales y las de juego. La terapia de juego cognitivo conductual se basa en la teoría cognitiva de trastornos emocionales y en los principios cognitivos de la terapia, los cuales son adaptados de forma apropiada para el desarrollo de los niños y hace hincapié en la validación empírica de la eficacia de las intervenciones.

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

Este enfoque es principalmente un entrenamiento, o un modelo de enseñanza; se enfoca en los problemas específicos que presenta el niño en la conducta, en sus sistemas de valores o creencias, en sus interacciones personales, así como en sus ambientes (Granvold, 1994; Cattanach, 2003). Supone que el niño al obtener más conocimiento y habilidades, cambiará sus cogniciones, conductas, y motivaciones (Hernández, 2008).

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

Beck y Emery (citados en Galicia, 2005) desarrollaron algunos principios aplicables de la terapia cognitiva apropiada para niños pequeños entre los cuales se encuentran los siguientes:

- La Terapia Cognitiva se basa en el modelo cognoscitivo de los trastornos emocionales, en donde la finalidad de la terapia cognoscitiva es que el niño se comporte de una manera más adaptativa. Las intervenciones con niños pequeños se centrará en la ausencia de pensamientos adaptativos y sobre los errores cognoscitivos, debido al tipo de pensamiento pre-operacional concreto, en donde los niños pueden comportarse impulsivos y con escasa comunicación verbal.

- La terapia cognitiva es breve y de tiempo limitado, este tipo de tratamiento es adecuado para las dificultades infantiles comunes, más no en casos graves. Con la orientación de los niños hacia la realización de tareas y solución de problemas a través de la autosuficiencia y la independencia del terapeuta enfocándose en intervenciones sencillas, específicas y concretas. El tiempo fluctuante debe ser alrededor de 6 meses.

- Una relación terapéutica es una condición necesaria para la terapia cognitiva efectiva, el buen resultado de tratamiento terapéutico se basa en un desarrollo positivo y en una adecuada confianza y aceptación en donde se permita comunicar mensajes acerca de uno mismo evitando que el niño se sienta juzgado.

- La terapia cognoscitiva es estructurada y directiva, la estructura y la dirección está diseñada de acuerdo a las necesidades de cada niño, especificando los objetivos de cada sesión.

- La terapia cognoscitiva se orienta hacia los problemas, en donde se debe de tomar en cuenta las experiencias o factores causantes del estrés en la vida de los niños. El tratamiento además de aliviar los síntomas requiere considerar los conflictos relacionados con la confianza y el control.

- La terapia cognoscitiva se basa en un modelo educativo, denominado "aprender a aprender" en donde el terapeuta enseña al niño habilidades de enfrentamiento positivo y conductas alternativas.

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

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

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

3.2. Métodos y técnicas

La información por lo común se recopila con respecto al funcionamiento habitual del niño, su nivel de desarrollo, los problemas actuales y un sentido de su perspectiva en relación con su problema. Los padres pueden contribuir a una comprensión de las percepciones del hijo. Se obtendría una evaluación más directa del niño por medio de la observación, la interacción, la entrevista clínica y la evaluación del juego.

El prerrequisito fundamental para entrevistar al niño de una manera que resulte sensible al desarrollo es la flexibilidad. Ésta se determina en parte por medio del

nivel de desarrollo del niño, el objeto de la entrevista, la relación entre el niño y el entrevistador, el escenario y los estilos interpersonales de ambos. Si bien, no existen entrevistas de juego estandarizadas que confirmen un diagnóstico en particular o evoquen síntomas específicos, se pueden utilizar las entrevistas de juego para apoyar el informe del padre.

Algunas veces se utilizan las mediciones psicológicas aplicadas de manera individual con los niños pequeños. Las pruebas de desarrollo cognitivo/intelectual proporcionan información acerca de las capacidades cognitivas del niño. Las conductas generales al realizar las pruebas y el estilo de respuesta del niño pueden proporcionar información que se agrega a resultados específicos de éstas.

Las pruebas proyectivas, no típicas del enfoque cognitivo- conductual, proporcionan información acerca de los conflictos del niño, sus estilos de afrontamiento, su modo de organizar la información y su perspectiva del mundo.

La fusión de los campos cognitivo y conductual, conciben un conjunto amplio de intervenciones. El manejo de contingencias se refiere a las técnicas que modifican la conducta mediante el control de sus consecuencias. Algunas de las más comunes se describen a continuación (Schaefer, 2012; Galicia, 2005):

Desensibilización sistemática (DS): Es el proceso de reducción de la ansiedad mediante la sustitución de una respuesta inadaptada por otra adaptada, lo cual se logra rompiendo la asociación entre un estímulo particular y la ansiedad o respuesta de temor que ésta provoque. Es decir, se presenta el estímulo pero se impide que ocurra la ansiedad. En el caso de los niños mayores se les puede enseñar una técnica modificada de relajación, mientras que en los niños pequeños puede inducirse la relajación por medio de actividades de juego tranquilizantes o la visualización de escenas relajantes.

Reforzamiento positivo: Se identifica una conducta específica y los reforzadores, y el reforzamiento se hace contingente a la ocurrencia de la conducta requerida. Pueden emplearse reforzadores sociales (como elogios) o reforzadores materiales (estampas o calcomanías).

Moldeamiento: Consiste en que el individuo (el niño) se acerque cada vez más a una meta. Se ofrece reforzamiento positivo por pasos cada vez más cercanos a la respuesta deseada.

Desvanecimiento del estímulo: El desvanecimiento del estímulo puede emplearse en el caso de un niño que posee algunas de las habilidades para realizar cierta conducta pero sólo las exhibe en ciertas circunstancias o con algunas personas. El terapeuta ayuda a transferir esas habilidades a escenarios distintos desvaneciendo gradualmente la situación o persona ante la cual el niño puede realizar la habilidad.

Extinción y RDO: Algunos niños exhiben comportamientos inadaptados porque han sido reforzados para realizarlos. Para que las conductas inadaptadas disminuyan debe eliminarse el reforzamiento. Si el reforzamiento no se entrega (extinción), las conductas tenderán a disminuir o desaparecer. No obstante, la extinción no enseña conductas nuevas, por lo que suele usarse en conjunto con el reforzamiento, de modo que se refuerza una conducta nueva y más adaptada (RDO) mientras que la inadaptada se somete a extinción.

Autosupervisión: Se refiere a las observaciones y registro de información por parte de un individuo. Esto puede implicar la supervisión de la actividad o del estado de ánimo. En su utilización con niños pequeños se presenta con señales visuales (como caras sonrientes o tristes).

Programación de actividades: Se planean tareas específicas para ser puestas en práctica en otros escenarios. Usualmente se necesita cierto nivel de participación de los padres. Esta técnica puede ser útil para niños deprimidos, ansiosos o retraídos.

Registro de pensamientos disfuncionales: Se alienta a los niños pequeños a utilizar dispositivos simples de registro; por ejemplo, hacer dibujos en una libreta.

Estrategias de cambio cognitivo y refutación de creencias inadaptadas: Se aborda desde tres frentes: mirar la evidencia, explorar las alternativas y examinar las consecuencias. Para refutar los pensamientos inadaptados se puede emplear el

examen de la evidencia que apoya la creencia, la consideración de múltiples escenarios (“¿qué pasaría si?”) y el análisis de alternativas.

Autoafirmaciones de afrontamiento positivo: Muchos niños tienen pensamientos más neutrales. En el caso de los que tienen pensamientos negativos, se recomienda primero sustituirlos por unos más neutrales y posteriormente unos más positivos. Estas afirmaciones son en parte autorreforzantes, por ejemplo; “Soy fuerte”; “Puedo hacerlo”; “No es verdad que hay un fantasma debajo de mi cama”; “Puedo pasar frente a ese bravucón con una sonrisa en el rostro”.

Biblioterapia: Consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros o lecturas acerca del problema para que el paciente se familiarice con lo que le sucede. También se le puede considerar un método de moldeamiento.

3.3. Características del terapeuta

Se da por sentado que el terapeuta debe de tener una preparación a nivel profesional y ha trabajado en el área clínica, en especial con la población a tratar, en este caso con niños. Aprender para llegar a ser un terapeuta de TJCC debe incluir un entendimiento por la bibliografía respectiva, así como experiencia por medio de sesiones de terapia de interpretación de papeles, la observación de terapeutas experimentados y dirección supervisada de casos. La obtención de dichas cualidades puede resultar difícil, debido al limitado número de terapeutas de juego experimentados que utilicen enfoques cognitivo-conductuales.

En este enfoque el terapeuta tiene un papel activo, el paciente suministra información, el terapeuta proporciona estructura y destreza en la solución de problemas; y el paciente y el terapeuta trabajan en conjunto para elaborar estrategias y planes para ayudar al primero a manejar las dificultades.

Friedberg y McClure (2005) señalan que el terapeuta de la TJCC debe estar orientado hacia objetivos concretos que intenten modificar los pensamientos, emociones y patrones de conducta problemáticos a través del juego. A su vez, Schaefer (2005) recalca la importancia de proporcionar, en función de la edad del

niño, estrategias para desarrollar habilidades de afrontamiento modelando conductas adaptativas a través de juguetes, títeres y otros materiales.

En la tarea de modificar los pensamientos inadaptados, es necesario que el terapeuta utilice de manera adecuada el método socrático. El terapeuta de TJCC debe utilizar la pregunta como una guía, y evitar las sugerencias y explicaciones directas. Las preguntas se utilizan con frecuencia para ayudar al individuo a modificar el pensamiento inadaptado: por ejemplo, el terapeuta podría preguntar “¿qué tienes que ganar o perder?, ¿qué puedes aprender de esto?” Tales preguntas, al paso del tiempo, llegan a estar incorporadas dentro del repertorio del paciente, con el fin de contrarrestar los pensamientos irracionales y desarrollar un estilo de pensamiento más racional y adaptativo (Galicia, 2005).

Como terapeuta de TJCC es importante el uso de elogios. O'Connor y Schaefer (1998) mencionan que el elogio es un componente determinante en la TJCC, ya que ayuda a los niños a sentirse bien con respecto a sí mismos y a incorporar percepciones positivas dentro de su autovaloración. El elogio también le comunica al niño cuáles conductas resultan apropiadas y cuáles no.

3.4. Concepto de trastorno

Schaefer (2012) menciona que si bien las distorsiones cognitivas en niños muy pequeños pueden ser apropiadas para el desarrollo, aun así son inadaptadas. En la mayoría de los casos los niños incorporan a su pensamiento las experiencias de su vida, y con la ayuda del discurso cotidiano que sostienen con sus padres pueden integrar este aprendizaje en un pensamiento más adaptado. Dado que los pensamientos inadaptados pueden ser apropiados para el desarrollo, resulta complicado emplear el concepto de distorsiones cognitivas en el caso de niños pequeños. Por ese motivo es más apropiado denominar a ese tipo de pensamientos como *inadaptados* en lugar de distorsionados.

3.5. Caso ilustrativo

Caso "Samantha"¹

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

La terapeuta se trazó varias metas: generar una mayor interacción social, reducir las obsesiones y compulsiones, y hacer que la niña se sintiera más a gusto en las situaciones sociales. Samantha manifestaba ciertas obsesiones (por lo general relacionadas con el temor a haber hecho algo mal) y compulsiones (necesitaba que las cosas fueran regulares").

Los esfuerzos por ayudarla con esto directamente solían toparse con mucha resistencia de su parte (p. ej., en una ocasión, Samantha gritó a la terapeuta: "¿cómo crees que voy a olvidar eso si te la pasas repitiéndomelo?", al tiempo que se cubría las orejas con las manos). En cambio, era muy receptiva a representaciones más simbólicas de varios aspectos en el juego. Cuando jugaba con animales de peluche, Samantha solía interpretar el papel de una doctora que vendía animales. En una ocasión la terapeuta le pidió que le vendiera un animal que tenía un problema con sus pensamientos y rápidamente Samantha le ofreció un león. La terapeuta comentó que el león tenía una "pequeña parte del cerebro que no le funcionaba correctamente. Esa parte de su cerebro le decía que hiciera algo que él realmente no quería hacer"; la niña decidió rápidamente que el animal debía comer carne, pero él sólo quería comer pasto. Juntas, terapeuta y niña, hicieron un dibujo del cerebro del león, mostrando todas las partes buenas que lo ayudaban a hacer las cosas correctas y la pequeña parte que constituía un problema (la que le decía que comiera pasto en lugar de carne). Luego, mediante el juego, la terapeuta

ayudó al león a ver que había formas de fortalecer los pensamientos correctos y lo ayudó a hacer que desaparecieran las ideas problemáticas.

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

ANÁLISIS COMPARATIVO

Dentro de las tres teorías expuestas se pueden encontrar tantas similitudes como diferencias. El primer elemento a considerar es el concepto de juego. En la terapia de juego cognitivo-conductual se refiere a una técnica que permite que el terapeuta enseñe habilidades y conductas alternativas al niño. Para la terapia de juego psicoanalítica el juego es el medio que permite que el niño verbalice sus conflictos y de esta forma el terapeuta pueda la resistencia y la transferencia. En la terapia de juego centrado en el niño, el juego es considerado como el medio natural que permite la expresión de sentimientos y conflictos del niño.

Otro elemento a considerar es el concepto de trastorno; mientras que el psicoanálisis considera al trastorno como un rompimiento del equilibrio yoico que, impide al niño enfrentar las dificultades; la terapia centrada en el niño habla de manifestaciones de conductas de superación mal orientadas, y los cognitivo-conductuales de hábitos inadaptativos. Sin embargo el trastorno en general, es visto como un factor tanto interno como externo que interfiere con el sano desarrollo del niño, dicho factor se manifiesta a través de lo que se ha dado por llamar “problemas de conducta”; ya sea en casa, en la escuela o la sociedad, influenciando en gran medida por los padres y en general por el medio ambiente en el que se desarrolla el niño.

La terapia de juego psicoanalítica y la terapia de juego centrada en el niño tienen un denominador común, el cual es que no son directivas. En ambas teorías es el niño quien decide qué materiales utilizar y qué jugar. En ninguno de los dos modelos se proponen metas específicas que deban cumplirse a lo largo del tratamiento. A diferencia de la terapia de juego cognitivo conductual, la cual es completamente directiva. En ella tanto el niño como el terapeuta deciden lo que se realizará durante la terapia y el terapeuta propone objetivos a cumplir dentro de cada sesión.

Para el modelo psicoanalítico la interpretación es importante y debe encontrar la forma de comunicársela al niño para que la pueda entender y trabaje con ella de manera activa. La terapia de juego cognitivo-conductual utiliza la interpretación, o

mejor dicho las conexiones de la conducta con el fin de que el niño las verbalice y puedan trabajar con ellas. En el caso de la terapia centrada en el niño, las interpretaciones no se utilizan, a menos que el niño las incorpore, a las cuales el terapeuta responde con una aceptación incondicional, no se realiza la interpretación simbólica el juego.

En cuanto a los cambios operados en el niño se puede decir que tanto en la terapia de juego psicoanalítica como en la centrada en el niño, éstos son internos, mientras que en la terapia de juego cognitivo-conductual son de tipo externos, es decir, se dan cambios en las conductas observables.

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

El escenario por excelencia para emplear cualquier terapia de juego es el cuarto de juego, el cual debe estar equipado y condicionado de manera que facilite a los niños su manipulación. La terapia de juego tanto psicoanalítica como centrada en el niño también pueden aplicarse en hospitales o clínicas debido a su aproximación emocional y la relación con los niños que se encuentren enfermos u hospitalizados. En cambio la terapia de juego cognitivo conductual es más recomendable para trabajar en escuelas ya que se obtienen cambios rápidos en la conducta visible. Esto no significa que las teorías anteriores no sean aplicables en las escuelas o que ésta última teoría no sea aplicable en hospitales.

	T.J. Psicoanalítica	T.J. Centrado en el niño	T.J. Cognitivo-Conductual
Autores	S. Freud A. Freud M. Klein D. Winnicott	C. Rogers V. Axline	A. Ellis A. Beck S. Knell
Concepto de Juego	Recurso para establecer contacto con el niño Medio de observación Fuente de información	Medio de autoexpresión Se utiliza como un fin para la terapia	Medio para enseñar habilidades o conductas alternativas Método de comunicación Actividad simbólica para satisfacer necesidades
Principios fundamentales	Fortalecimiento e integración del Yo Análisis de resistencias y transferencia	Favorecer la autorrealización	Extinción de conductas inadaptables por medio de principios de aprendizaje
Características del terapeuta	Formación psicoanalítica Base profunda del desarrollo infantil	Formación humanista Facilitador Coexplicador	Formación Cognitivo Conductual Experiencia en aplicación clínica
Concepto de trastorno	Rompimiento del equilibrio yoico, tanto causas internas como externas Tensiones inherentes a los procesos del desarrollo Vinculación de la neurosis entre padres e hijos	Manifestaciones de conductas dirigidas del impulso de superación mal orientadas Formación defectuosa del superyo Daño en algún nivel de desarrollo y ajuste emocional	Hábitos inadaptables contrarios al bienestar del organismo Desorden de pensamiento
Materiales	Amplia gama de juguetes	Amplia gama de juguetes	Amplia gama de juguetes
Técnicas	Asociación Libre Interpretación Transferencia	Reflejo Parfraseo Resumen y amplificación Confrontación Estructuración	Moldeamiento Contingencias de conducta Desensibilización Tiempo fuera Extinción Reforzamientos

Mejores Escenarios	Cuarto de juegos Hospitales	Cuarto de Juegos	Escuela
--------------------	--------------------------------	------------------	---------

Figura 2. Tabla comparativa de las principales teorías psicológicas en terapia de juego.

CONCLUSIONES

El presente trabajo ha tenido como objetivo exponer las principales teorías psicológicas y sus posturas respecto a la terapia de juego.

Como primera conclusión destaco la importancia que tiene el juego en el desarrollo del niño y sin importar qué corriente psicológica se trate, genera interés; ya que cumple con una función educativa, favorece el desarrollo cognoscitivo, amplía el sentido de la realidad, es la herramienta mediante la cual se crean nuevas experiencias, se desarrolla la creatividad, fomenta el aprendizaje de nuevas habilidades, entre otras cualidades.

El juego permite al niño descubrir cosas nuevas que le permiten reconocer su entorno, lo cual le brinda a su vez herramientas para poder resolver problemas y permite reestablecer un equilibrio saludable.

Gracias a la riqueza que el juego brinda es de suma importancia que como terapeuta se elija la formación más adecuada a su parecer. El modelo terapéutico a emplear es de sumas importancias dadas las condiciones ambientales de las cuales provenga el niño, de la personalidad misma del niño. El terapeuta debe ser sensible del niño para tomar las decisiones más apropiadas. A su vez, el terapeuta debe estar capacitado para la aplicación correcta de estos modelos con la finalidad de proporcionar las mejores circunstancias para el beneficio del niño.

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

Con lo anterior también puedo concluir que si bien hay varios psicoterapeutas infantiles en nuestro país, se carece de bibliografía actualizada. Existe una amplia

gama de bibliografía relacionada a la terapia de juego, sin embargo la mayor parte de ésta; entre libros, tesis, tesinas y artículos de revista (siendo estos últimos más difíciles de conseguir) es de hace más de diez años. Ante esta vicisitud propongo a mis colegas psicólogos, sobre todo a los interesados en la psicoterapia infantil, a que realicemos más investigaciones, trabajos y publicaciones para poder enriquecernos de información y así completar el bello espectro de lo que es la terapia de juego.

Como conclusión final puedo decir que sin importar el modelo teórico que se utilice ninguno llega a ser mejor que otro. Todos los modelos son distintos ya que atienden a distintas necesidades, y esa diferencia es lo que enriquece a la terapia de juego.

Bibliografía

- Anzieu, A.; Anzieu, C.; Daymas, S. (2001). *El juego es psicoterapia del niño*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Axline, A. (1975). *Terapia de juego*. Diana, México.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Bierman, G. (1973) *Tratado de psicoterapia infantil*. Espaxs, Barcelona.
- Boston (BCPSG) (2008), *Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective verbal domains*. *Psychoanalytic Dialogues*, 18, 125-148.
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to play therapy*. Taylor & Francis, Inglaterra.
- Coon, D. (2005). *Fundamentos de psicología*. Thomson, México.
- Díaz, J. L. (1997). *El juego y el juguete en el desarrollo del niño*. Trillas, México.
- Dobson, K. S. (1998). *A metaanalysis of the efficacy of cognitive Therapy for depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Erwin, E. (2001). *The Freud Encyclopedia: Theory, Therapy, and culture*. NY: Routledge, Nueva York.
- Esquivel, F. (2005). *El juego*. Instituto de Juego y Psicoterapia, México.
- Flores, G. (2013). *Terapia de juego para mejorar el apego entre padres e hijos con Síndrome de Down*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Freud, S. (1976). *Más allá del principio del placer*. Obras completas. Vol. X. Amorroutu, Buenos Aires.
- Galicia M. A. (2005). *Taller de terapia de juego cognitivo conductual para niños que presentan conductas agresivas afectando su adaptación grupal*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Galimberti, U. (2007). *Diccionario de psicología*. Siglo Veintiuno Editores, México.
- Hernández, L.A. (2008). *Análisis comparativo de cinco modelos teóricos de psicoterapia de juego*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Johnson, J. H. (2003). *Métodos de tratamiento infantil*. Limusa: Noriega, México.
- Knell, S. (1996). *Cognitive-behavioral play therapy*. En Hatherleigh Guide to Child and Adolescent Therapy: Hatherleigh Press, Nueva York.
- Knell, S. (2005) *Terapia de juego cognitivo-conductual*. En: Schaefer, CH. (2005) *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual moderno.
- Knell, S.; Dasari, M. (2006). *Cognitive behavioral play Therapy for children with anxiety and phobias*. NY: Guilford Press, Nueva York.
- Levy, A. J. (2008). *The therapeutic action of play in the psychodynamic treatment of children: A critical analysis clinical work*. Social Journey, 36, 281-291.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Barcelona.
- Padilla. L. (2006). *Análisis comparativo de la terapia de juego psicoanalítica y la terapia de juego centrado en el niño*. Tesis de licenciatura no publicada, Colegio Partenón S.C., México.
- Rogers, C. R. (1961) *On becoming a person*. Houghton. Mifflin, Boston

- Romero, M. C., & Esquivel, M. F. (2007) *El monstruo invisible: El lugar de la fantasía en el duelo infantil*. Revista Mexicana de Psicoterapia de Juego, (1) 31-44.
- Rosak. (2005). Diccionario de psicoanálisis. Disponible en <http://www.rosak-lecturas.com.ar/libros/diccionario/t-005.htm>
- Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. Manual Moderno, México.
- Sharf, R. S. (2004). *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases*. Thomson Brooks/Cole, Belmont CA.
- Sweeney, D; Landreth, G. *Terapia de Juego centrada en el niño en: Schaefer, CH. E. (2005) Fundamentos de terapia de juego*. México: El Manual Moderno.
- West, J. (1996). *Terapia de juego centrada en el niño*. Manual Moderno, México.