

143
2 ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**IMPORTANCIA DE LAS TERAPIAS EMOCIONALES COMO
APOYO EN LA RESOLUCION DE PROBLEMAS EN LA
EDUCACION ESCOLAR: TRES ALTERNATIVAS DE
TRATAMIENTO.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
MA. CONCEPCION RAMIREZ ARGAEZ
NOEMI DIAZ MARROQUIN

1985



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	I
Objetivo general y específicos	XIII

CAPITULO I

APROXIMACION PSICOANALITICA	1
1.- Antecedentes Filosóficos y Psicológicos	1
2.- Fundamentos Teóricos	6
3.- Título de la terapia	18
4.- Autor: Anna Freud	19
5.- Principios Fundamentales	20
6.- Objetivo(s) de la Terapia	31
7.- Método	
7.1.- Población	31
7.2.- Escenario y Encuadre	32
8.- Procedimiento	37
9.- Roles	45
10.- Recomendaciones	50

CAPITULO II

APROXIMACION CENTRADA EN LA PERSONA	54
1.- Antecedentes Filosóficos y Psicológicos	54
2.- Fundamentos Teóricos	56
3.- Título de la terapia	76
4.- Autor: Virginia M. Axline	76
5.- Principios Fundamentales	78
6.- Objetivo(s) de la Terapia	81
7.- Método	
7.1.- Población	82
7.2.- Escenario y Encuadre	85
8.- Procedimiento	89
9.- Roles	95
10.- Recomendaciones	98

CAPITULO III

APROXIMACION CONDUCTUAL	102
1.- Antecedentes Filosóficos y Psicológicos	103
2.- Fundamentos Teóricos	107
3.- Título de la terapia	109
4.- Autor: Aubrey-J. Yates	110
5.- Principios Fundamentales	111
6.- Objetivo(s) de la Terapia	129
7.- Método	.
7.1.- Población	129
7.2.- Escenario y Encuadre	131
8.- Procedimiento	132
9.- Roles	139
10.- Recomendaciones	140

CAPITULO IV

ALGUNAS DESTREZAS NECESARIAS EN UNA RELACION TERAPEUTICA.	143
1.- Atender	145
2.- Empatía	151
3.- Autenticidad	161
4.- Respeto	161
5.- Ser concreto	163
6.- Confrontación	167
7.- Proximidad	169
8.- Autodescubrimiento	170

CONCLUSIONES	174
--------------	-----

BIBLIOGRAFIA	188
--------------	-----

I N T R O D U C C I O N .

Según Palacios, (1984), se puede considerar que lo que hoy se conoce como escuela tradicional, tuvo sus orígenes en el siglo -- XVII con los internados jesuitas, cuya finalidad era la de proveer -- a la juventud de una vida apacible y metódica, con dos rasgos esen -- ciales: separación del mundo y vigilancia constante e ininterrumpi -- da del alumno. Por medio de la educación se trataba de alejar al -- alumno del "peligroso" mundo exterior, e impedir que el joven sucum -- biera a sus deseos y apetencias naturales.

La educación versaba sobre temas alejados de la realidad y cotidianeidad de los alumnos, éstos estaban organizados jerárquica -- mente según sus logros académicos, de ésta forma se estimulaba el -- trabajo de los alumnos, y se fomentaba un alto grado de competencia para avanzar no sólo en conocimientos sino también en dicha jerar -- quía.

El papel del maestro era determinante para la optimización del proceso educativo " ... él es quien organiza la vida y las acti -- vidades, quien vela por el cumplimiento de las reglas y formas, quien resuelve los problemas que se plantean: el maestro reina de manera -- exclusiva en este universo puramente pedagógico." (Palacios, 1984, - p. 18).

Aunque los inicios de la educación tradicional los podemos encontrar en el siglo XVII, en la actualidad los principios y funda --

mentos de la misma se siguen aplicando, aunque no se pueden negar -- las reformas que se han hecho a través de los siglos, éstas no han logrado una revolución pedagógica profunda que pueda eliminar definitivamente la influencia en nuestros días de la escuela tradicional.

Esta educación afirma que " ... el hablar, leer y escribir son pilares que sustentan un sistema educativo ... sólo hay acto educativo cuando hay palabras, muchas palabras." (Blanco, 1982, p. 27).

La pedagogía ortodoxa niega al alumno la capacidad y el deseo de saber algo acerca de sí mismo. " No es inútil resaltar el carácter mítico de una pedagogía que hace del maestro el depositario de un saber y del alumno el ignorante al que hay que 'salvar' de su incultura." (Mannoni, 1984, p. 35).

No podemos desligar el proceso educativo del social. La escuela en gran medida ha venido siendo un reflejo de la sociedad -- que a su vez ha evolucionado constantemente, sus metas y valores se han ido transformando. La educación en cambio, no ha tenido este mismo grado de desarrollo. Se ha estancado y esto ha provocado un desfase. " Cuando en una sociedad determinada persisten aún restos de una educación concebida para un tipo de sociedad diferente, el conflicto es inevitable." (Palacios, 1984, p. 26).

Es incuestionable que la educación está en crisis. Hay algo en el sistema educativo que no funciona; de un año a otro los pro

blemas son mayores y mas complejos, las contradicciones se acumulan y se agudizan. Existe una decepción creciente por parte de investigadores, alumnos, profesores, padres y de la sociedad en general hacia la enseñanza escolarizada. Desafortunadamente se sigue entendiendo exclusivamente a ésta como la transmisión de información, instrucción o capacitación.

El objetivo de la educación en sentido amplio, no tradicional, es facilitar y promover el desarrollo de la personalidad en lo individual y en lo social. Se propone un desarrollo del ser humano en su globalidad; no tan sólo en su aparato psíquico o personalidad, ni tampoco exclusivamente en su capacidad cognitiva e intelectual o en su conducta; se propone una tarea holística, ya que el ser humano es una unidad indivisible; las segmentaciones que se hagan de él son artificiales. Para poder entender al individuo en su totalidad, será preciso no perder de vista ninguno de los aspectos de esta integridad. Si se aborda a la persona de una manera seccionada, dará -- por resultado una percepción parcial y muchas veces deformada del fenómeno histórico-bio-psico-social que se está tratando.

La educación consiste, en todo proceso intencionalmente --- gestado para promover una adaptación crítica y transformadora de la realidad vivida por el ser humano, en la línea de búsqueda de un desarrollo personal y social.

Aunque la transmisión de información, la instrucción, la --

búsqueda de aprendizaje de habilidades, conocimientos, destrezas, forman parte del quehacer cotidiano en la educación formal institucionalizada, ésta sólo es una de las funciones adjudicadas al hecho educativo, pero no es su única función, ni mucho menos la principal.

La educación se centrà en una tarea de interacción satisfactoria del ser personal y el mundo que le circunda. Conocimientos, - habilidades, destrezas, tienen sentido tan sólo en este contexto.

Las formas existentes de "educación" formal han sustituido las mas de las veces este objetivo educativo por una especie de cascarón sin contenido; lo único que se propone en muchas instituciones educativas (en consonancia con el mandato de la estructura social) es provocar por intervenciones de "afuera" hacia "adentro" la obtención de estereotipadas habilidades, actitudes, defensas, conocimientos, destrezas, etc. En síntesis, aprendizajes conductualmente observables, que hagan de la persona un sujeto "sujetado" a las expectativas y, en ese sentido, altamente previsible.

" La educación dada en la escuela ya no puede ser, pues, -- una simple instrucción ... no basta enseñar las técnicas fundamentales de la lectura y del cálculo ... no se pueden negar los aspectos afectivos fundamentales de toda enseñanza." (Wall, 1966, p. 8-9).

" La escuela afecta a las vidas de una creciente cantidad - de población y lo hace precisamente en unos años decisivos para el -

desarrollo y maduración individual." (Palacios, 1984, p. 12). No se puede negar que la escuela debe realizar una función profiláctica, de orientación, y en algunos casos terapéutica.

Hay que tomar en cuenta que en el momento en que un niño ingresa a la escuela, se conjuntan diversos factores que determinan el éxito o fracaso en el aprendizaje. Bima (1980), dice que estos factores pueden ser internos (orgánicos, mentales y afectivos) y externos (socioculturales, familiares y escolares), o una interacción de éstos, o sea, factores del sujeto o del ambiente, o de ambos, que van a ser la causa de su conducta posterior. Todos los factores influyen de manera dinámica e integral en el niño. Uno de los factores internos se refiere al aspecto afectivo en donde se involucran " ... los trastornos de la personalidad del niño que se manifiestan en el hogar y en la escuela como problemas de 'conducta' o de 'adaptación.'" (Bima, 1980, p.25).

Desde otro punto de vista no podemos negar que, en muchos casos, el problema académico es el posible generador de problemas emocionales. Lurcat (1979) afirma que es en la escuela en donde por primera vez el niño va a ser comparado con sujetos de su misma edad y ésto puede ser un factor determinante para su autoestima, " ... tan a menudo la desvalorización engendra el fracaso que hay que tenerlo en cuenta como factor de problemas de aprendizaje." (Lurcat, 1979, p. 22).

Por otro lado, Bima dice al respecto que "... el fracaso, la inadaptación en la etapa escolar, puede dejar marcado al niño para toda su vida." (Bima, 1980, p. 14). Cuando un niño ingresa a la escuela cargado de ansiedades y conflictos, será muy difícil que se adapte a las exigencias y normas que la escuela le impone, asimismo, su problemática afectiva disminuirá su capacidad de atención y concentración que son indispensables para un buen desempeño académico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existen en la actualidad áreas olvidadas en la educación -- cuando se lleva a cabo la labor educativa, algunas de ellas son el campo afectivo y el social. " Si se considera que el objetivo de la educación es la formación integral del estudiante, el descuido de estos factores nos dá por resultado una persona limitada en la percepción de su actividad, de su vida y de la realidad social." (Blanco, 1982, p. 18).

Los padres y maestros han puesto énfasis en el aprendizaje de conocimientos y habilidades que supuestamente capacitarán al niño para su vida futura, se acentúa lo intelectual y no lo afectivo.

El papel del educador, desde esta perspectiva, favorece --- la disociación intelectual - afectiva de la vida de sus alumnos. -- " El afecto, ternura, agresividad, sexualidad, etc., que es el fundamento de la personalidad está negado en la definición de las tareas del docente." (Blanco, 1982, p. 32).

Esta problemática académica y emocional genera un círculo, que es función del profesional educativo romper. Por esta razón una terapia educativa debe contener el tratamiento emocional antecedente o simultáneamente al tratamiento académico.

Con esta terapia incidiendo en dos esferas, se le dará al individuo la posibilidad de una reeducación, de una reestructuración cognoscitiva, tanto de los aspectos académicos propiamente dichos, como de la imagen de sí mismo.

En un ambiente escolar, se pueden encontrar niños con problemas emocionales y/o académicos, que un psicólogo educativo puede tratar de manera integral para lograr que el niño resuelva completamente su problemática.

Existe cierto consenso experimental acerca de que los niños con problemas emocionales muestran con mayor frecuencia problemas de rendimiento académico. Glavin y Annesley (1971) (c.p. Stott, 1981), encontraron que el 82% de los niños que exhibían perturbaciones emocionales tenían un bajo rendimiento en lectura, 50% de los mismos se catalogaba en el extremo de "lectores deficientes", comparado con el 21% de los niños no problemáticos. Igualmente en aritmética 72% de los niños perturbados tenían deficiencia en ésta área y 38% de ellos fueron colocados en el extremo de "grandes deficiencias en matemáticas", comparados con 6% de niños colocados en la misma categoría y que no presentaban problemas de adaptación.

Vernon (1957) (c.p. Stott, 1981), concluyó que en algunos casos las dificultades emocionales eran el factor primario y fundamental en el bajo rendimiento académico y que en otros casos el problema de aprendizaje era la causa de la perturbación emocional.

En un estudio realizado por Steed (1985) en dos escuelas en Londres se trató de detectar la frecuencia de la conducta problemática escolar; entendiendo por conducta problemática, aquella que interfiere seriamente con el proceso de enseñanza y con el funcionamiento de la escuela que incluye ataques físicos a compañeros o maestros y/o daño premeditado a la propiedad ajena. Las conductas problema estaban claramente especificadas y se basaban en un estudio hecho por Lowenstein (1972) (c.p. Steed, 1985) para la National Union of Teachers. A cada maestro se le proporcionaron formatos, donde tenía que especificar la conducta, la hora, el lugar, la duración, el número de alumnos involucrados, etc. La escuela A reportó 2020 incidentes durante el año escolar, y la escuela B 5760 en el mismo período. Todos los incidentes fueron descriptos como "serios", el 10% en la escuela A y el 20% en la escuela B como "muy serios". Aunque la diferencia en las dos escuelas es muy grande, ambas nos hablan de un grave problema que está presente en el ámbito escolar; existen en las aulas niños perturbados emocionalmente y/o con problemas académicos que es urgente ayudar con el fin de favorecer su desarrollo personal y social.

Existen gran cantidad de terapias educacionales para resol-

ver los diferentes tipos de problemas académicos que puede presentar un niño, estas terapias no serán revisadas en este trabajo por no constituir éstas la finalidad del mismo. La presente tesis se abocará a revisar tres diferentes aproximaciones terapéuticas para el tratamiento de niños con problemas emocionales, que se espera sirvan de apoyo a los psicólogos educativos que se encuentran con este problema en su vida profesional.

Los enfoques que se revisarán como alternativas de tratamiento para niños con problemas emocionales en la educación serán:

Aproximación Psicoanalítica

Aproximación Centrada en la Persona

Aproximación Conductual

Aproximación Psicoanalítica.-

El psicoanálisis es un método creado por Sigmund Freud para el tratamiento de trastornos de la personalidad. La meta del psicoanálisis es hacer consciente lo inconsciente para que de esta forma el paciente que se encuentra en análisis resuelva su problemática. Este método utiliza varias técnicas para tener acceso al inconsciente como son la asociación libre, la interpretación de los sueños, la interpretación de los actos fallidos, el análisis de la resistencia y de la transferencia, etc.

Sigmund Freud, además de crear un método terapéutico creó una teoría de la personalidad que intenta explicar la naturaleza hu-

mana y que hace énfasis en la sexualidad infantil, en el aparato --- psíquico con sus tres instancias (ello, yo y superyo), en los mecanismos de defensa, además de haber realizado investigaciones acerca de diversos fenómenos culturales.

Anna Freud, hija del creador del Psicoanálisis, basada en los principios de su padre, se dedicó especialmente al trabajo analítico con niños, adaptando algunas técnicas a esta población en especial. Esta será la autora que se revisará en esta aproximación.

Aproximación Centrada en la Persona.

El creador de la aproximación centrada en la persona es el Dr. Carl R. Rogers, psicólogo norteamericano que, basado en su experiencia clínica ha desarrollado lo que él denomina como el consejo no - directivo, basado en el hecho de que la naturaleza humana tiende hacia la autorrealización si se le brinda un clima facilitador, que toda persona tiene la capacidad de autodirigirse y de que nadie mejor que ella conoce lo que mas le conviene en un momento determinado. La terapia no - directiva brinda a la persona ese clima facilitador que le permitirá llegar por sí mismo a la autorrealización.

Virginia M. Axline, ha trabajado en este enfoque, y tomando como punto de partida los principios del Dr. Rogers se ha abocado al consejo no - directivo infantil. El trabajo terapéutico de esta autora será revisado en el presente trabajo.

Aproximación Conductual.

El conductismo es un sistema psicológico, creado por J.B. Watson en 1913, que hace énfasis en la conducta humana, la cual puede ser observable, cuantificable y verificable, sin importar los fenómenos psíquicos subyacentes a ésta. Su principal postulado es el paradigma E - R que dice que toda conducta está en función de los -- estímulos que la anteceden, es decir, conociendo los estímulos evocadores de la respuesta podemos controlar y modificar ésta.

El conductismo ha experimentado modificaciones a través de los años, gracias a la intensa investigación básica y aplicada que -- han realizado los seguidores de esta aproximación. La modificación de conducta ha demostrado ser efectiva y económica en una amplia variedad de sitios, desde las aulas escolares hasta los hospitales --- mentales y la comunidad. Sus principios se aplican actualmente en -- forma amplia en escuelas, hospitales, prisiones, clínicas y programas comunitarios, con la finalidad de adaptar al individuo a su medio -- ambiente.

Aubrey J. Yates es uno de los representantes de la nueva -- tendencia en modificación conductual. Su trabajo terapéutico ha --- consistido en retomar y sistematizar algunas técnicas de otros au -- tores para el tratamiento de problemas específicos como fobias escolares, enuresis, encopresis, tartamudeo, tics, obsesiones, delincuen -- cia, deficiencia mental y problemas de comportamiento en niños "nor -- males".

Cada una de las aproximaciones tiene su forma particular -- de conceptualizar la naturaleza humana así como la conflictiva personal y la alternativa terapéutica idónea; también difieren en lo -- que respecta a la naturaleza de la relación entre paciente y terapeuta.

Una vez revisadas las alternativas terapéuticas que un psicólogo educativo puede utilizar, cabría preguntarse, ante un niño -- con una problemática emocional - académica, ¿ qué acción terapéutica sería la mas adecuada, qué principios o teorías se podrían conjugar para resolver este problema ?, ¿ qué características humanas y profesionales debe poseer un terapeuta que desee favorecer el desarrollo y maduración del niño ?

OBJETIVO GENERAL.

1.- El objetivo general de esta tesis es plantear tres alternativas terapéuticas y orientadoras (aproximación psicoanalítica, aproximación centrada en la persona y aproximación conductual) más las habilidades y actitudes que debe tener todo profesional educativo que le faciliten el manejo y aplicación de actitudes, habilidades y técnicas de intervención terapéutica en el momento en el que se enfrenta con un problema real y concreto a solucionar en el campo de la educación escolar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Aproximación Psicoanalítica.

1.1.- Describir los fundamentos teóricos propuestos por Sigmund Freud y analizar los procedimientos y técnicas planteadas por Anna Freud para regresar al niño a su línea normal de desarrollo.

Aproximación Centrada en la Persona.

1.2.- Exponer y analizar los principios fundamentales propuestos por Carl R. Rogers, así como los trabajos realizados por Virginia M. Axline para facilitar la auto dirección y la autocomprensión del niño logrando así un crecimiento pleno.

Aproximación Conductual.

1.3.- Se revisarán los principios fundamentales del conductismo así como los trabajos realizados por Aubrey J. Yates en el campo de la psicoterapia conductual infantil para adaptar al niño a su ambiente.

Se hará una descripción y análisis de cada una de las aproximaciones considerando los siguientes aspectos:

1.- Antecedentes Filosóficos y Psicológicos. Se expondrán en breve las corrientes filosóficas y psicológicas que influyeron para la elaboración de cada una de las teorías, así como los principios filosóficos y la orientación psicológica que sustenta la teoría de cada autor.

2.- Fundamentos Teóricos. Se describirán brevemente los conceptos básicos en los que se sustenta la terapia que propone cada uno de los autores.

3.- Título de la Terapia.

4.- Autor.

5.- Principios Fundamentales. Se enumerarán y explicarán los principios que rigen a cada uno de los enfoques terapéuticos.

6.- Objetivos. Se especificarán los fines que persigue la terapia.

7.- Método.

7.1.- Población. Se delimitará la población que puede ser atendida con esta terapia en particular en aspectos tales como : edad, sintomatología, nivel socioeconómico, nivel intelectual, condiciones medioambientales.

7.2.- Escenario y Encuadre. Se especificarán las condiciones espacio-temporales propuestas como idóneas por el autor; lugar, tipo de material, frecuencia de la terapia, horario.

8.- Procedimiento. En este apartado se explicarán los pasos - específicos propuestos por el autor para la realización de la terapia.

9.- Roles. Se expondrá el papel del Psicólogo Educativo o profesional de la ayuda; del niño, así como el de los adultos significativos que interactúan con éste (padres y maestros) para el éxito de la terapia; actitudes y habilidades básicas que permitan crear un clima o atmósfera propicios para un desarrollo integral adecuado.

10.- Recomendaciones. Se especificarán aquellos alcances y/o limitaciones propuestas por el autor, sus sugerencias y advertencias para la optimización de su terapia.

El último capítulo se dedicará a describir en forma general las habilidades y actitudes que debe tener todo profesional de la ayuda, indispensables en toda relación terapéutica, sin importar el enfoque teórico adoptado para la solución de un determinado problema.

Para concluir se darán alternativas para que el Psicólogo Educativo pueda implementar con efectividad su papel terapéutico optimizando su desempeño profesional, facilitando el desarrollo personal del individuo que busca ayuda, proceso que representa el prin-

cipio de su intervención.

CAPITULO I.

APROXIMACION PSICOANALITICA

1.- Antecedentes Filosóficos y Psicológicos.

El origen del Psicoanálisis sólo se puede comprender por completo después de considerar su entorno sociológico y cultural, el que incide en una filosofía y en un modo de percibir y actuar.

Entorno Sociológico.- A finales del siglo XVIII, la forma de vida y de pensar de las comunidades europeas era totalmente diferente al modo de vida contemporáneo. Las ciudades eran muy pequeñas, la mayor parte de la población era rural, las clases sociales eran muy marcadas y rígidas, fundamentalmente dos; aristócratas y plebeyos.

El conocimiento científico era vago, difuso e impreciso; sólo existieron casos aislados de investigadores serios, que eran tomados en cuenta como posibles generadores de conocimiento y progreso. Los primeros intentos "sistemáticos" para el tratamiento de la "enfermedad mental" fueron llevados a cabo en ésta época por ----- Mesmer quien atendía a damas distinguidas de la sociedad (aristocracia) que padecían de la neurosis de moda: "les vapeurs" (desvanecimientos y bochornos) que Mesmer supuestamente curaba por medio de un aparato magnético (la baquet), cuya fuerza contrarrestaba los --- desvanecimientos padecidos por estas damas. Así mismo Puyseguy trataba a campesinos por medio del magnetismo del árbol; se considera-

ba que los árboles tenían una fuerza magnética capaz de curar las enfermedades mentales, concordando de esta forma con el folklore -- campesino y sus creencias en los árboles sagrados. Estos primeros intentos "psicoterapéuticos" tuvieron gran aceptación.

En esta misma época empezaba a emerger una nueva clase social, la burguesía, el auge de la misma propició que la psicoterapia se convirtiera en un "modus vivendi", y es a partir de este momento que la psicoterapia se convierte en una actividad de tipo profesional y remunerada.

Entorno Cultural.- El movimiento cultural de la Ilustración que surgió en aquella época, preconizaba el culto de la razón y la sociedad. La filosofía de la Ilustración era optimista y práctica, la ciencia debía estar al servicio de la humanidad. Se promovía el desarrollo científico y con él la creación de comunidades científicas al servicio de la sociedad. Un representante importante de este movimiento fué Kant, que en su " Tratado de la religión dentro de los límites de la simple razón ", destacaba el papel de la razón en lugar de la tradición mística. Por primera vez se intentó la reforma de los hospitales mentales, además de los esfuerzos que se hicieron para dar educación especial a niños sordomudos, ciegos, y deficientes mentales.

El siguiente movimiento cultural fué el Romanticismo, originado en Alemania en el siglo XIX; en contraposición a la Ilustración, mantenía el culto a lo irracional y a lo individual, una pro-

funda sensibilidad por la naturaleza y un intento por profundizar y descubrir el vínculo del hombre con ella. Se manejaban conceptos -- tales como: "la ley de las polaridades" que expresa que dentro de to do ser humano existen fuerzas contrarias positivas y negativas que -- están presentes en todo momento constituyendo la integridad y tota -- lidad de la naturaleza humana; además se hablaba ya del inconscien -- te como una estructura importante del ser humano, aceptando que en -- el hombre existen sentimientos sumergidos que no forman parte de su conciencia, pero que tienen una gran influencia en su vida.

Mientras tanto, había surgido una nueva corriente filosó -- fica: el positivismo, que rendía culto a los hechos tangibles, obser -- vables, factibles de verificación y cuantificables, rechazándose --- cualquier especulación por considerarse no científica, y en este con -- texto surgieron las ideas de Darwin acerca de la evolución de las -- especies, que respaldaban y avalaban las ideas positivistas, dándole un carácter científico al origen de la vida.

Dentro de este marco general resaltan algunos filósofos -- que inciden fuertemente en el campo de la psicoterapia, dando lugar a un enfoque teórico hoy conocido como psicoanálisis cuyo creador -- fué Sigmund Freud.

La obra del filósofo Von Schubert (1780 - 1860) tuvo gran influencia en los constructos hipotéticos creados por Freud. A con -- tinuación se resumen gráficamente algunas semejanzas entre estos dos

autores:

VON SCHUBERT	FREUD
- Naturaleza triple del hombre:	- Naturaleza triple del hombre:
- Leib (cuerpo viviente)	- Ello
Alma	Yo
Espíritu	Superyo
- Ich-Sucht (amor a sí mismo)	- Narcisismo
- Todessehnsucht (anhelo de muerte)	- Instinto de muerte
- Sueño: lenguaje de palabras y lenguaje de imágenes.	- El mismo concepto
- Jeroglíficos	- Condensación
- Símbolos universales	- Símbolos universales

Carl Gustav Carus (1789 - 1869) médico y pintor se dedicó al estudio de la Psicología definiéndola como la ciencia del desarrollo del alma desde el inconsciente, hasta el consciente. " La conciencia surge de forma gradual, pero permanece siempre bajo la influencia del inconsciente, al que el individuo retorna periódicamente durante el sueño." (Ellembérger, 1972, p.244).

Arthur Schopenhauer (1788 - 1860) Sostenía que la naturaleza del hombre estaba dominada por dos tendencias o fuerzas irra --

cionales e instintivas: el de conservación y el sexual.

Fechner (padre de la psicología experimental) Proclamaba el principio del placer - displacer , el concepto topográfico de la mente y el de la energía mental, los cuales formaron parte fundamental del armazón teórico del psicoanálisis freudiano.

J.J. Bachofen (1815 - 1887) Planteaba que la humanidad ha bía pasado por cuatro grandes etapas que hicieron posible la evolución de la sociedad. La obra de Freud, también se vió influída por este autor. Sigmund Freud dividió la historia individual en forma - semejante a la historia de la humanidad propuesta por Bachofen, como se observa en el siguiente esquema:

BACHOFEN	FREUD
- Período "hetaírico" de promiscuidad sexual <u>p</u> ri mitiva	- Período infantil de <u>p</u> erver sión polimorfa
- matriarcado: dominio de las "madres", ginococracia	- período pre-edípico " <u>i</u> nces tuoso", gran unión a la madre
- período dionisíaco	- estado fálico
- patriarcado	- estado genital adulto.

Resumiendo, podemos considerar que Freud fué heredero de la filosofía de la Ilustración, de la filosofía del Romanticismo así como de la del Positivismo naturalista.

Como se ha visto flotaban ya en el ambiente las ideas que

serían fundamentales en la teoría psicoanalítica, Freud las retomó, profundizó en ellas, las sistematizó y trató de avalarlas científicamente.

2.- Fundamentos teóricos.

Para la explicación de los principios fundamentales de la teoría Psicoanalítica, se hará una breve descripción de los conceptos elaborados por Sigmund Freud y en los cuales se basa Anna Freud, la autora que se revisará con mayor profundidad en este enfoque.

De acuerdo al punto de vista psicoanalítico, la personalidad consiste en tres sistemas: el ello, el yo y el superyo.

El ello es el componente biológico, el yo el componente psicológico y el superyo es el componente social.

El ello es el sistema original de la personalidad, una persona es toda ello cuando nace. El ello es la fuerza primaria de energía psíquica. El ello no puede tolerar tensión y su función es descargar esta tensión inmediatamente, para regresar a un estado de homeostasis. El ello es ilógico, amoral y conducido por una sola consideración: satisfacer las necesidades instintivas de acuerdo con el principio del placer.

El yo hace contacto con la realidad. Es el que ejecuta, controla, gobierna y regula la personalidad. Es el mediador entre el ello y el superyo. Se rige por el principio de la realidad. -- El yo formula pensamientos lógicos y realistas y propone planes de acción para la satisfacción de las necesidades. El yo es la base del pensamiento racional que controla y supervisa los ciegos impulsos del ello.

El superyo es la moral, representa el ideal mas que lo -- real. Es el código moral de cada persona, que le dice lo que es bueno o malo, correcto o incorrecto. No se rige por el principio del placer sino por el de la perfección. Representa los valores tradicionales e ideales de una sociedad, los cuales son transmitidos de padres a hijos. Su función es inhibir los impulsos del ello, así -- como tratar de persuadir al yo para que sustituya sus metas realistas por metas morales que llevan a la perfección.

Desde la perspectiva freudiana, el ser humano es visto como un sistema cerrado de energía. La dinámica de la personalidad -- consiste en la forma en la cual se distribuye esta energía psíquica entre el ello, el yo y el superyo.

Los instintos son centrales en la aproximación freudiana, y éstos los podemos dividir en instintos de vida y de muerte. Los instintos de vida están impulsados por una energía llamada libido. La libido es una fuerza o motivación que se orienta a la satisfac-

ción de los mismos . Los instintos de vida sirven al propósito de la supervivencia de la raza humana y están orientados hacia el desarrollo, el crecimiento y la creatividad. Los instintos de muerte se manifiestan por los impulsos agresivos y el deseo consciente o inconsciente de la propia destrucción. El conflicto entre estos dos instintos siempre está presente en el ser humano, que tiene que escoger entre la predominancia de uno u otro en las decisiones cotidianas.

Consciente e inconsciente.

Quizá una de las mayores contribuciones de Freud son sus conceptos consciente e inconsciente, que son la clave para entender la conducta y los problemas de la personalidad.

El inconsciente no puede ser estudiado directamente, se infiere de la conducta. La manera en que clínicamente se puede abordar el inconsciente es por medio de los sueños, que son representaciones simbólicas de necesidades inconscientes, deseos y conflictos; los actos fallidos y lapsus; el material derivado de la técnica de la asociación libre y el material derivado de las técnicas proyectivas. Para Freud la conciencia sólo es una pequeña porción de la totalidad de la mente. El inconsciente ocupa la mayor parte de la mente, como un gran iceberg cuya mayor parte yace en la profundidad y sólo se deja ver una pequeña porción de éste.

La mayoría de las motivaciones, deseos e impulsos se en -

cuentran en el inconsciente y están fuera del control de la conciencia.

Desarrollo de la Personalidad.

Una de las aportaciones importantes del modelo psicoanalítico es la explicación del desarrollo de la personalidad, dividido en cinco etapas que van desde el nacimiento hasta la madurez.

Para Freud el desarrollo social y personal tiene su origen sobre todo en los primeros cinco años de vida del individuo.

Las cinco etapas son las siguientes:

Etapa Oral. (0 - 1 año). Desde el nacimiento hasta el final del primer año, las principales experiencias del niño son orales. Al succiónar el pecho de la madre satisface sus necesidades de alimento y placer. Los labios y la boca son zonas erógenas sensitivas durante este período. El yo y el superyo aún no se han desarrollado y solamente el ello demanda que sus necesidades sean gratificadas inmediatamente. La característica que se desarrolla principalmente en este período es el sentimiento de confianza, confianza en otros, en el mundo y en sí mismo. Los niños que se sienten queridos tienen poca dificultad en aceptarse a ellos mismos. El rechazo infantil tiene como consecuencia que más tarde el niño sea miedoso, inseguro, agresivo, celoso, hostil y solitario.

Etapa Anal. (1 - 3 años). La etapa anal marca el inicio de otra e-

tapa en el desarrollo. Durante este período se logra la independencia, autonomía, y es cuando el pequeño aprende a manejar sus sentimientos negativos. Durante el segundo y tercer año, la zona anal tiene gran importancia en el desarrollo de la personalidad. Cuando se inicia el tratamiento del control de esfínteres los niños tienen su primer contacto directo con la disciplina. Los métodos de entrenamiento y las actitudes y sentimientos de los padres hacia el niño tienen un profundo efecto en la personalidad. Muchas de las actitudes de los niños hacia sus propias funciones corporales son el resultado directo de las actitudes de sus padres. Cuando se utiliza un método muy estricto para el control de esfínteres, los niños pueden expresar su incoformidad ya sea deteniendo las heces a placer o defecando en lugar inapropiado. Por otra parte, en este período se desarrolla el sentimiento de independencia y autonomía. Si los padres adoptan una posición sobreprotectora, le estarán mandando al niño el mensaje de que él es débil, incapaz de hacer las cosas por él mismo. El pequeño en esta etapa necesita sentir que es aceptado por los otros a pesar de sus errores.

Etapa Fálica. (3 - 5 años). En esta etapa la libido se centra principalmente en los genitales, el pene en los niños y el clítoris en las niñas. De acuerdo con el punto de vista ortodoxo freudiano, los conflictos básicos en la etapa se centran en un deseo inconsciente, incestuoso, que el niño desarrolla hacia el padre del sexo opuesto. El niño se enfrenta con un doble conflicto. Por una parte desea al padre del sexo opuesto, pero tiene un rival que es el padre del mis

mo sexo. Como se da cuenta que su rival es mas poderoso opta por aliarse a él y se da el proceso de identificación, que le permite al niño experimentar una satisfacción vicaria. De esta manera el conflicto, al cual se le llama Complejo de Edipo, se resuelve. Durante este período el niño necesita tener modelos adecuados para la identificación de los roles sexuales.

Etapa de Latencia. (5 - 12 años). Las etapas anteriores se caracterizaron por la gran actividad que tuvo el desarrollo psicosexual de la libido del niño, Después de la agitación producida por las etapas oral, anal y fálica, en este período el niño puede gozar de una relativa tranquilidad porque las principales estructuras de la personalidad ya han sido formadas. (ello, yo, superyo). Durante este período el interés infantil se centra en la socialización y en la interacción con el mundo que lo rodea. Los impulsos sexuales se subliman en actividades escolares, pasatiempos, deportes y amistades con miembros del mismo sexo. La característica mas sobresaliente de este período es el narcisismo.

Esta etapa se extiende hasta el inicio de la pubertad y es durante la adolescencia cuando se establece la identidad adulta con orientación genital.

Etapa Genital. (12 - adultez). Durante la adolescencia se va desarrollando un interés por el sexo opuesto. Esta etapa lleva a la culminación de la genitalidad madura. El adulto establece relaciones

íntimas y es capaz de interesarse en los otros. La principal característica de esta etapa es la libertad de amar y trabajar, así como la satisfacción que se deriva de esto.

Mecanismos de Defensa.

Los mecanismos de defensa le ayudan al individuo a manejar su ansiedad y a defender la integridad del yo. Es una estrategia -- protectora del sí mismo, no necesariamente patológica, que ayuda a la adaptación del individuo.

Los mecanismos de defensa tienen dos características en -- común:

- a) niegan o distorsionan la realidad
- b) operan en un nivel inconsciente

A continuación se describirán brevemente algunos de los -- mas comunes mecanismos de defensa.

Represión.- Freud considera a la represión como la estrategia prin cipal de la defensa del yo, de la cual se desprenden en una u otra - forma los restantes mecanismos de defensa. La represión es el pro - ceso de eliminación de la conciencia de una situación conflictiva. Al suprimirla de la conciencia se deposita en el inconsciente. To - dos los individuos utilizan la represión, pues no sería posible car - gar en todo momento con los conflictos y ansiedades que se genera --

ron anteriormente.

Negación.- La negación de la realidad es quizá el mas simple de todos los mecanismos de defensa. Es una forma de distorsionar la realidad y consiste en defenderse de la ansiedad "cerrando los ojos" a eventos que sería muy doloroso aceptar en la conciencia. Es un mecanismo muy común durante las guerras, catástrofes, pérdida de seres queridos, etc.

Racionalización.- Este término "se aplica a toda forma de engaño de sí mismo." (Allport, 1977, p. 195). La racionalización funciona como una justificación de la conducta. Como un ejemplo de este mecanismo podemos citar la creencia de los blancos en la inferioridad de los negros, lo cual les permite mantener su autoestima y su estatus.

Proyección.- Este mecanismo de defensa es un tipo especial de racionalización, por medio del cual se atribuyen los pensamientos, deficiencias y deseos inaceptables en uno mismo a otra persona. Si se pueden cargar las faltas y las deficiencias en los otros, se evita el individuo la pena de juzgarse a sí mismo. Por ejemplo, si un padre se siente sexualmente atraído por su hija, puede proyectar este deseo incestuoso diciendo que es la hija la que lo seduce.

Desplazamiento.- Este mecanismo de defensa es un tipo especial de proyección. Consiste en dirigir la energía hacia otro objeto o persona, cuando el objeto original o persona es inaccesible. Por ejem-

plo, cuando un trabajador es intimidado por un superior y no puede manifestarle su inconformidad, descarga su ira y hostilidad en su esposa y/o hijos.

Fijación y Regresión.- Estos mecanismos se caracterizan porque el individuo se aferra a una pauta de conducta que no corresponde a su nivel de maduración. En estos mecanismos el individuo trata de eludir la responsabilidad que el medio le demanda, fijándose o regresando a etapas anteriores en donde las exigencias son menores y hay mayor seguridad.

Formación reactiva.- " La formación reactiva es una extraña forma de defensa. Para ocultar el origen del conflicto a los demás y hasta a sí mismo, un individuo puede sostener con energía exactamente lo contrario de lo que realmente siente." (Allport, 1977, p.199). - Una madre que rechaza a su hijo, le manifiesta un cuidado y solicitud extremos.

Sublimación.- La sublimación consiste en dirigir la energía hacia otras formas socialmente aceptadas. Algunos de los deseos "maduros" no son otra cosa que formas de disimular deseos instintivos reprimidos. Por ejemplo, los impulsos agresivos pueden ser canalizados hacia actividades atléticas.

Compensación.- Aunque este mecanismo no es freudiano sino introdu-

cido por Adler se considera de suma importancia, y es la tendencia a contrarrestar los sentimientos de inferioridad, ya sea desarrollando otras áreas que le brinden confianza y seguridad al individuo, o enfrentándose a esa debilidad específica y tratándola de superar. Por ejemplo, una persona que se siente inferior intelectualmente, se dedica a cultivar áreas donde no se ponga en evidencia su inferioridad, como actividades manuales, físicas, etc. Un ejemplo característico de enfrentamiento a la realidad es el caso de Demóstenes, quien siendo tartamudo se convirtió en un gran orador.

Técnicas y Procedimientos Terapéuticos.

Las técnicas en la terapia psicoanalítica tienen como objetivo incrementar el autoconocimiento, aumentando la capacidad de insight del analizado. El trabajo terapéutico es progresivo, el material verbal del analizado tiene en primer nivel una función catártica, posteriormente logra el insight y, en una etapa posterior, a través del manejo del material inconsciente el individuo logra la meta de un cambio en la personalidad, por medio de la educación de sus aspectos emocionales e intelectuales.

Las cinco técnicas básicas de la terapia psicoanalítica son:

- 1) Asociación libre
- 2) Interpretación
- 3) Análisis de los sueños

- 4) Análisis de la resistencia
- 5) Análisis de la transferencia

Asociación libre.- La técnica central de la terapia psicoanalítica es la Asociación libre. Básicamente, la asociación libre consiste en pedir al analizado que exteriorice sin censura cualquier pensamiento que se le venga a la mente, no importando lo doloroso, irrelevante, ilógico o trivial que parezca. Para llevar a cabo la asociación libre en el análisis ortodoxo de adultos, es necesario que el paciente se recueste en un diván y que el analista se encuentre atrás, para no ser un factor de distracción en el proceso de asociación libre. La asociación libre es la principal herramienta para aproximarse al inconsciente, con sus deseos, fantasías, conflictos y motivaciones. Esta técnica permite reconstruir hechos pasados y liberar los sentimientos intensos que han sido reprimidos.

Interpretación.- Es un procedimiento básico para analizar la asociación libre, los sueños, las resistencias y la transferencia. El procedimiento consiste en que el analista puntualiza o enseña al analizado el significado de su conducta, que se manifiesta a través de los sueños, la asociación libre, las resistencias y la relación terapéutica en sí misma. La interpretación permite al yo incorporar el nuevo material y acelerar el proceso de descubrimiento del material inconsciente. Una regla general es que la interpretación debe presentarse en el momento adecuado, es decir, solamente cuando el fenómeno interpretado se encuentra cercano al consciente -

y el paciente es capaz de tolerarlo e incorporarlo. Otra regla general es que la interpretación debe ir de lo más superficial a lo más profundo.

Análisis de los sueños.- Es un procedimiento importante para descubrir el material inconsciente y provocar el insight del paciente, en algunas áreas de problemas no resueltos. Durante el sueño las defensas se debilitan y los sentimientos reprimidos emergen. Freud afirmó que los sueños son el camino principal al inconsciente. Algunos sentimientos que no son aceptados por la persona se expresan de manera simbólica en los sueños, en lugar de ser revelados directamente. Los sueños tienen dos niveles de contenido:

- el contenido latente y
- el contenido manifiesto

El contenido latente es el significado oculto que, por medio de símbolos, encubre el verdadero sentimiento inconsciente. El contenido manifiesto es el sueño en sí, que ya ha sido transformado y deformado para encubrir sentimientos dolorosos que yacen en el inconsciente.

Análisis e interpretación de la resistencia.- La resistencia es un concepto fundamental de la práctica psicoanalista, -----
 "... es una acción de defensa contra el surgimiento de material que suscita ansiedad." (Freud, A., 1983, p. 86), material que es traído

desde el inconsciente hasta la conciencia. Algunas resistencias son inherentes al carácter y se hallan presentes desde el inicio de la terapia. Algunas otras se desarrollan en el transcurso del proceso terapéutico. La interpretación que hace el analista de las resistencias pretende ayudar al analizado a comprender las razones de las mismas, de manera que pueda llegar a manejarlas.

Análisis e interpretación de la transferencia.- El término transferencia " ... se refiere a la manera en que el paciente expresa la visión de sus objetos infantiles y sus relaciones con ellos en la percepción, pensamientos, fantasías, sentimientos, actitudes y conductas actuales en relación con el analista." (Freud, A., 1983, -- p. 109). En la transferencia el paciente vuelve a experimentar sentimientos de rechazo, hostilidad hacia sus padres o figuras significativas y los deposita en la persona del analista. El análisis de la transferencia es una técnica central en el psicoanálisis, porque le permite al paciente revivir su pasado en la terapia, para que de esta forma pueda comprender su presente.

3.- Título de la terapia.

Psicoanálisis de niños.

4.- Autor: Anna Freud.

Anna Freud nació el tres de diciembre de 1895 en Viena y murió el 9 de octubre de 1982. Toda su vida la dedicó al estudio -- de los niños, por lo tanto se le puede considerar la fundadora del - psicoanálisis de niños.

En un principio los analistas manifestaban mayor interés por el análisis de adultos, sin embargo, con los estudios de Anna -- Freud se llegó a la conclusión de que era factible establecer el aná - lisis de niños propiamente dicho puesto que las perturbaciones de és - tos son en muchas ocasiones accesibles a la observación directa aún no almacenada en el inconsciente, lo que da la posibilidad de un tra - bajo psicoanalítico.

La obra de Anna Freud se concibe como una extensión del - trabajo de su padre Sigmund Freud. La contribución teórica mas im - portante fué " El yo y los mecanismos de defensa " (1937). Después de la publicación de este libro su obra se dirige mas hacia aspectos clínicos y prácticos como fué la organización y desarrollo de la --- Hampstead Child Therapy Clinic en Londres, en donde se llevaron a ca - bo varios proyectos relacionados con niños y adolescentes. Esta clí - nica ha tenido dos funciones primordiales: el tratamiento de niños, así como la investigación de problemas del desarrollo infantil normal y anormal. La atención en ésta clínica se extiende también a niños

con impedimentos físicos e institucionalizados (huérfanos).

Anna Freud y sus colaboradores se abocaron hacia los problemas de la evaluación diagnóstica de niños. Ella encontró que los criterios para la evaluación de la patología en los niños son totalmente diferente a los de los adultos, ya que en los primeros, la patología se manifiesta como una detención en el desarrollo, tomando como parámetro la línea evolutiva normal del niño, entendiendo a ésta como lo que se puede esperar en cada edad particular física y psicológicamente. Esto da por resultado una evaluación mas precisa pero mas compleja de la patología del niño.

La obra de Anna Freud está entrelazada con la obra de la Hampstead Child Therapy Clinic. Desde sus comienzos ella fungió como guía y asesora en la sistematización y organización de las investigaciones psicoanalíticas infantiles.

5.- Principios Fundamentales.

Anna Freud es la primera en hablar de un tratamiento específico para el psicoanálisis de niños.

Para ella al realizar un análisis de niños se deben tomar en cuenta varios aspectos:

- 1.- La división cronológica en tres etapas.
- 2.- La estructura interna de la personalidad infantil.
- 3.- La relación entre los sectores de la personalidad infantil.
- 4.- Los medios auxiliares que se toman en cuenta en el análisis del adulto.
- 5.- Los principios fundamentales de la técnica psicoanalítica.

1.- La división cronológica en tres etapas:

- a) la temprana infancia (que incluye la etapa oral, - anal y fálica. 0 - 5 años)
- b) el período de latencia (5 - 12 años)
- c) la pubertad (12 - 16 años aproximadamente).

Dependiendo de la etapa en la que el niño se encuentre, la orientación que tomará el análisis será diferente. Esto significa - que el terapeuta debe tener presente la etapa del desarrollo psicosexual en la que se encuentra el niño para poder decidir si una determinada conducta es considerada normal o anormal. Por ejemplo, es normal que un niño de entre 3 y 5 años manifieste un gran apego hacia - el padre del sexo opuesto ya que se encuentra en la etapa fálica, y esta conducta no debe intentar modificarse ya que el mismo desarrollo del niño la irá superando.

2.- La estructura interna de la personalidad infantil.- -

En este punto se tiene que tomar en cuenta el carácter tripartito del paciente; es decir, la vida instintiva el yo y el superyo así como

el desarrollo de cada una de estas instancias.

3.- Deben tomarse en cuenta las características de la personalidad infantil. Para Anna Freud el análisis del niño difiere -- mucho del análisis del adulto, ya que éste último es un ser "maduro" e "independiente", en cambio, el niño es un ser indefenso e inmaduro.

Además, las circunstancias en el análisis del niño son totalmente diferentes de las del adulto; el niño no está ni siquiera - consciente de su trastorno, de esta manera, al niño le falta algo in dispensable: la conciencia de enfermedad, y por lo tanto, la resolución de curarse. La autora se pregunta cómo establecer en los niños la conciencia de enfermedad, la resolución de curarse y la decisión de analizarse?

Ella propone una etapa previa a la terapia en sí. Es decir, una etapa de preparación, donde se establezca contacto con el - niño, en donde éste viva un clima de comprensión y de ayuda que hagan posible el inicio del análisis. Esta fase de preparación o de - entrenamiento durará hasta que la relación terapeuta - niño, tenga un clima propicio de confianza y seguridad que permita iniciar con el - análisis. Las formas de preparación discrepan dependiendo del caso que se presente, siempre y cuando se consiga el fin: iniciar el análisis. Algunos terapeutas inician explicando al niño la finalidad - de la terapia, la frecuencia de las sesiones, etc.; otros no dan explicación alguna, simplemente escuchan al niño y tienen en cuenta sus ansiedades y fantasías. No hay una fórmula ideal. La forma en que

se introduzca al análisis va a depender de la percepción del terapeuta acerca de las ansiedades y defensas del paciente.

Parecería ser que la técnica anterior está en contradicción con las reglas psicoanalíticas. Anna Freud lo justifica por la naturaleza del niño ya que sin esta preparación previa se corre el riesgo de perderlo como paciente, incluso antes de comenzar el análisis.

4.- Los medios auxiliares que se toman en cuenta en el análisis del adulto y de las cuales algunos se retoman en el análisis infantil son:

a) recuerdos conscientes del enfermo (para poder ir reconstruyendo paso a paso su enfermedad con sus datos).

b) interpretación de las asociaciones libres.

c) interpretación de los sueños.

a) recuerdos conscientes del enfermo (para poder ir reconstruyendo su enfermedad) En el análisis infantil nos encontramos con la primera dificultad. La historia clínica del adulto se basa en los datos conscientes que proporciona éste. Con el niño no se puede reconstruir esta historia ya que es muy poco lo que puede decir acerca de su enfermedad, de sí mismo y de sus experiencias en relación con los demás, esto se debe a que el niño es un ser limitado, inconsciente de su enfermedad, con un almacén a muy corto plazo de la in-

formación. Con este panorama, el analista infantil no tiene otra alternativa que acudir al ambiente familiar para completar la historia.

b) interpretación de las asociaciones libres. En el análisis infantil se presenta un gran problema: la falta de capacidad en la asociación libre, empezando así a introducir el juego, no como central en la terapia, sino como una técnica para producir una vinculación terapéutica positiva, que posibilitará un procedimiento efectivo.

c) interpretación de los sueños. Anna Freud dice que es -- mas fácil interpretar los sueños de los niños que los de los adultos ya que es mas factible abarcar las vivencias diurnas y conocer el número de personas que componen su ambiente. Con estos elementos se -- hace mas sencilla la interpretación de los sueños. Además de la interpretación onírica, tiene gran importancia la interpretación de -- los ensueños diurnos, puesto que los niños no tienen vergüenza de narrar sus ensueños como en el caso del adulto.

Aún cuando en el análisis ortodoxo de adultos la expresión gráfica no es una técnica usual, el dibujo y otras expresiones similares son muy importantes en el análisis de niños, ya que son el medio natural de auto-expresión del pequeño que permiten explorar sus fantasías, medios que suplen en gran parte en la infancia a la verbalización de los adolescentes y adultos.

5.- Los principios fundamentales de la técnica psicoanalí-

tica que hay que tomar en cuenta son:

a) La alianza terapéutica.- " La alianza terapéutica es - un producto consciente o inconsciente del deseo del niño de cooperar y de su disposición de aceptar la ayuda terapéutica." (Sandler, 1983, p.71). Son aquellos factores que " ... mantienen al paciente en tra^{ta}miento y que le permiten persistir en él durante fases de resis^{ten}cia y de transferencia." (Sandler, 1983, p.81) . Se basa en la conciencia de enfermedad del paciente y en la necesidad que siente de - hacer algo con ella, además de la capacidad de tolerar el sufrimien^{to} al tratar de resolver el conflicto.

Los motivos para que se establezca la alianza terapéutica con los niños pueden ser varios: el motivo mas maduro puede ser el deseo de recibir ayuda, este deseo lo expresan principalmente los -- niños que experimentan ansiedades o los niños obsesivos. Otro moti^{vo} pudiera ser que la alianza terapéutica es un aspecto de la trans^{ferencia} positiva, donde el analista es el representante del impor^{ta}n^{te} mundo de los adultos, pudiendo experimentarlo como la "madre" o el "padre" que trata de comprenderlo. Otra alternativa motivacio^{nal}, pudiera ser también, que el niño experimente al analista como a una persona con una comprensión nueva que por sí misma suscita senti^{mi}entos positivos.

El niño no sólo debe desear obtener placer de esta rela -

ción, sino que además debe tener conciencia de querer manejar su --- problemática a pesar de sus resistencias. Sin embargo, es exagerado pedir a los niños pequeños que tengan conciencia de sus dificultades internas al inicio de la relación, por eso, en estos casos, el vínculo positivo que se forma con el analista es la base fundamental de la labor terapéutica: lograr una conciencia en el niño mas clara de su problemática y de las posibilidades de manejo mas adecuado de la misma.

" Una alianza sólida establecida sobre la base de la necesidad de encontrar comprensión y ayuda para superar dificultades internas no es lo mismo que una transferencia positiva." (Sandler, 1983, p. 74). Si la terapia dependiera sólo de la transferencia positiva, el análisis estaría limitado en cuanto a metas, logros y duración.

A veces las actitudes que tiene el paciente de "aceptar" - el análisis son sólo conductas de "acatamiento al tratamiento" en lugar de una alianza terapéutica positiva. Algunos niños desde el incio muestran una actitud positiva hacia el terapeuta y aunque ésto - no es una alianza propiamente dicha, mientras dura, puede resultar - provechosa para el trabajo terapéutico.

b) La resistencia. - Generalmente se dice que el psicoanálisis de adultos es el análisis de las resistencias del paciente.

La detección de resistencias en niños marca caminos diferentes que los observados para los adultos: " En el análisis de niños es necesario buscar resistencias a la comunicación o a la cooperación en general." (Sandler, 1983, p. 86). El analista infantil tiene que manejar dos tipos de resistencia: la de los padres y la del propio paciente.

Las resistencias de los padres pueden tener varias manifestaciones: inasistencias del pequeño, problemas en el pago de honorarios, negación de la problemática del hijo, no dar valor al proceso terapéutico o incluso no desear el análisis conscientemente en caso de que el niño haya sido remitido por terceras personas como trabajadores sociales, maestros, etc.

Las resistencias del niño también pueden hacerse manifiestas de diversas formas: constante retardo; frecuentes inasistencias; sustitución de la hora analítica por otro tipo de actividades, como por ejemplo: clases de música, natación, etc.; o la poca cooperación dentro de la sesión.

Es fundamental que el analista detecte las resistencias para que no obstaculicen o estancuen el análisis. Además, es fundamental también, contrarrestar éstas a través de la alianza terapéutica.

c) Insight y autoobservación.- El papel del insight como

agente terapéutico es mucho más claro en el análisis de adultos que en el de niños; aunque en éstos últimos el insight sí produce cambios terapéuticos no es el único factor de cambio.

El insight es la capacidad de cobrar conciencia de lo que antes era inconsciente. Es volverse sobre sí mismo, sobre los propios sentimientos, motivaciones y conductas. Para poder hablar de insight, el paciente debe saber que tiene un problema además de saber por qué lo tiene.

El desarrollo del insight depende del nivel de autoobservación. No es posible tener insight sin autoobservación pero sí -- es posible lo contrario, o sea, autoobservación sin insight, ya que primero se debe lograr una autoobservación para facilitar posteriormente el insight. Además, el grado de insight varía enormemente de una persona a otra y tal vez influye la manera en que los padres manejan los sentimientos del niño. Si a un niño se le dice "esto está mal, no lo hagas" en vez de decirle "sé que estás muy enojado, pero a Pepe le duele si le golpeas la cabeza", se le obliga al niño a identificarse con la autoridad moral y a crear una mayor distancia entre su concienciación y sus verdaderos deseos y sentimientos, y por lo tanto, a desarrollar una capacidad menor de insight.

Para Anna Freud el trabajo analítico básicamente consiste en ensanchar las áreas de autoobservación y de concienciación. Al reducirse las resistencias se produce dicho ensanchamiento, por e -

ejemplo, cuando el terapeuta le dice a un niño que es natural enojarse con papá o con mamá, muy probablemente en el futuro, el niño tendrá menor resistencia a esos pensamientos y sus conflictos serán --mas accesibles al análisis.

d) La transferencia.- La transferencia en el contexto del análisis de adultos se concibe como la visión, expectativas y sentimientos del paciente en relación con el analista. En cambio, en el análisis infantil está mas ligada con las relaciones parentales cotidianas.

Se pueden distinguir cuatro tipos de transferencia:

- transferencia de modos habituales de relacionarse. ---

Cuando el terapeuta se convierte en "otro adulto mas" con el cual el niño establece una relación.

Los modos habituales de relacionarse no son transferencia en el sentido estricto del término, aunque pueden incluir afectos y acciones dirigidas al terapeuta. Por ejemplo: cuando las relaciones del niño son de naturaleza sadomasoquista, tenderá a establecer este mismo tipo de interacción en el psicoanálisis.

- Transferencia de relaciones actuales. Las preocupaciones del niño pueden estar relacionadas con una problemática actual, que se verá reflejada en el análisis. Por ejemplo, la reacción regresiva del niño al nacimiento de un hermano o la aparición de personas edípicas como consecuencia de su desarrollo.

- transferencia de experiencias pasadas. En este tipo de transferencia se repiten y reviven los sentimientos de pasadas experiencias y se depositan en el analista. En el análisis de niños la distinción de transferencia de experiencias pasadas y relaciones actuales se dificulta porque en muchas ocasiones el niño ha experimentado y continúa viviendo la situación conflictiva. Si un pequeño -- sufre de agresiones físicas a causa del estado de ebriedad de su padre, esto indudablemente ha causado una huella perdurable, pero además en la actualidad, sigue experimentando la misma situación. Aquí la transferencia de hechos pasados se confundiría con la de relaciones actuales, ya que constituyen la misma problemática.

- Neurosis de transferencia. " Es una intensificación muy especial de la transferencia que implica la externalización hacia el terapeuta de un conflicto interno patógeno severo, de manera que el paciente siente que el conflicto se da entre el niño y el terapeuta." (Sandler, 1983, p. 125). El paciente se concentra en la interacción con el terapeuta y entonces los síntomas del conflicto disminuyen en intensidad o hasta desaparecen. En el análisis infantil no se dan pruebas claras de neurosis de transferencia. Esto hace diferente el análisis de adultos y el de niños. Los adultos transfieren y reviven en la neurosis de transferencia hechos pasados, en cambio, el niño - tiene involucrados objetos cotidianos del presente. Por esta razón, la neurosis de transferencia, si es que la hay, queda eclipsada por

el presente del niño.

6.- Objetivo (s) de la terapia.

El objetivo fundamental en el psicoanálisis de niños es devolver a éste a la línea normal de desarrollo.

Este objetivo se cumple a través del logro de dos metas:

La primera de ellas es la reestructuración del carácter - haciendo consciente lo inconsciente, y la segunda es el fortalecimiento del yo de manera que la conducta se base mas en la realidad que en los impulsos instintivos.

El objetivo no está limitado a la resolución de un determinado problema o al aprendizaje de nuevas conductas, sino al desarrollo de un mayor nivel de autoconocimiento que pueda producir un cambio en el carácter.

7.- Método.

7.1.- Población.

La población que es posible analizar por el método psicoanalítico infantil la constituyen niños desde dos años de edad hasta adolescentes.

Los problemas que se pueden tratar van desde perturbaciones "neuróticas", problemas de conducta fronterizos hasta psicóticos.

Se puede ofrecer terapia psicoanalítica a niños con impedimentos físicos, como por ejemplo, minusválidos, ciegos, e institucionalizados.

La técnica psicoanalítica de niños en sí, no contempla un nivel socioeconómico determinado, o sea, puede entrar en análisis - cualquier niño independientemente de su posición social o económica.

Para llevar a cabo un tratamiento analítico, el niño puede proceder de una familia consanguínea, de una familia sustituta, de un orfanatorio o cualquiera otra posibilidad.

Hay que tener en cuenta que esta terapia tiene como una condición fundamental, la capacidad del individuo para lograr el insight, esto implica un cierto grado de inteligencia. El insight es " la capacidad de ponerse en contacto con los propios sentimientos, motivaciones y conducta." (Sandler, 1983, p. 97).

7.2.- Escenario y encuadre.

Lugar.- El lugar utilizado generalmente es una sala de

terapia para niños, equipada con juguetes, mesa de juego, asientos para niño y terapeuta.

Cabe mencionar que en el análisis infantil no se utiliza el diván como en el análisis de adultos.

Anna Freud no le da demasiada importancia al escenario como tal, el que una sala esté perfectamente acondicionada no garantiza que el análisis se lleve a cabo adecuadamente.

El análisis debe iniciarse con la cantidad mínima de juguetes, éstos al principio no se consideran esenciales; el instrumento principal durante todo el proceso es el terapeuta.

Tipo de material.- La autora considera esencial la facilitación del material verbal. La comunicación por medio de la palabra se considera como una meta a la que hay que aspirar en el curso del análisis. " La verbalización es el modo de expresión ideal que se busca en el curso del análisis de un niño."(Sandler, 1983, p.157).

Tomando en cuenta que los modos de expresión de los niños pequeños generalmente no son verbales, sino que el niño necesita de la acción y del juego para comunicarse, es sugerible ir introduciendo en el transcurso del proceso terapéutico juguetes que favorezcan

la externalización de impulsos y deseos inconscientes, " ... el material de juego debería permitir al niño ante todo una máxima libertad de expresión." (Sandler, 1983, p. 166)

Existen juguetes que son mas apropiados que otros por su naturaleza para cumplir con la función de facilitar la expresión de los sentimientos. Anna Freud no especifica qué juguetes utilizar - como fundamentales. Dependiendo de la perturbación del paciente se elegirán los materiales adecuados, una vez seleccionados se colocan en una gaveta especial para cada niño. Es decir, el niño no tendrá acceso a todo el material existente, sino a aquel que ha sido escogido para él.

Esta limitación de material manipulable, la autora la considera necesaria para evitar que el niño no le de el uso conveniente para realizar el trabajo analítico y se disperse en actividades no propias del análisis, como lo constituye el hecho de que el niño por curiosidad explore un juguete y otro sin aportar elementos para el tratamiento.

Además de la palabra y del juego existen otras formas de expresión como el dibujo, las dramatizaciones y la expresión corporal, que juega un papel importante en el desarrollo del análisis.

Cada niño tiene su particular forma de expresión. Algu -

nos utilizan mas la expresión verbal, mientras que otros prefieren la no verbal. La combinación de estos dos tipos de expresión resulta lo mas conveniente en el análisis infantil. El terapeuta debe captar cual es el grado óptimo de expresión del paciente y así favorecer el progreso del trabajo analítico.

Frecuencia de la terapia y honorarios.- Para Anna Freud, cinco veces a la semana es el número deseable de asistencias en el análisis de niños y aún esa cantidad de horas le parecen pocas, porque necesita un contacto lo mas intenso posible para mantener la -- continuidad en el trabajo interpretativo y para reunir la máxima -- cantidad de información. Considera que cualquier disminución en la frecuencia de asistencias va en detrimento de la eficacia del trabajo del analista. Ciertamente la calidad del trabajo psicoanalítico no puede definirse únicamente sobre la base de la frecuencia de las sesiones, pero una situación modelo incluiría cinco veces de asistencia semanal y sesiones diarias de cincuenta minutos.

En la frecuencia de la terapia hay una diferencia entre el análisis de niños y el de adultos ya que el terapeuta de niños tiene que enfrentarse siempre con dos partes: el paciente y sus padres. Esto puede ocasionar problemas en la asistencia a las sesiones, porque si los padres tienen resistencias al análisis de su hijo, ésta se manifestará en las inasistencias del pequeño.

La asistencia de un niño al análisis es un hecho que el -

terapeuta debe tomar en cuenta; si ésta es con regularidad o no, si el niño generalmente llega tarde o siempre puntual. - Estos datos -- pueden ser de ayuda al analista porque estarán hablando de resisten- cias, obsesividad, alianza terapéutica, etc. del niño, de los pa -- dres o de ambas partes. Anna Freud pone un ejemplo: " La pacien - te no estableció ninguna alianza terapéutica y había desarrollado - una transferencia negativa respecto a su analista. Esta niña no de seaba cooperar, pero un día quedaron desbaratadas las medidas para trasladarla desde la escuela hasta la casa de su analista a la que llegó sin aliento, pero a la hora fijada; y entonces comenzó a mos- trar su habitual resistencia. La regularidad con que asistía a las sesiones reflejaba sólo su escrupulosidad obsesiva y ahí no había - ni transferencia ni alianza terapéutica." (Sandler, 1983, p. 30).

El terapeuta debe estar consciente si la asistencia al -- análisis constituye un factor transferencial de dependencia del ni- ño con el analista. Además de tener cuidado de que la obsesividad en la regularidad y puntualidad no constituyan el objeto fundamen - tal de la terapia, olvidando el valor del trabajo analítico en sí.

En la actualidad los terapeutas infantiles no son tan rí- gidos en cuanto al número de sesiones por semana. Los especialis - tas en análisis infantil, generalmente, viven en las grandes ciuda - des donde las condiciones no son óptimas para ver a un niño con tan

ta frecuencia. Generalmente se acepta que el pequeño asista de una a tres veces por semana, dependiendo de su problemática, de las condiciones externas (como actividades del niño y de los padres), leja nía del hogar y condición económica de la familia, teniendo cuidado que esos problemas no estén al servicio de la resistencia.

8.- Procedimiento.

Anna Freud se pregunta cómo establecer en los niños la -- conciencia de enfermedad, la resolución de curarse y la decisión de analizarse.

Como se ha mencionado, en el análisis infantil debe haber una etapa de rapport a la terapia en sí. Se habla entonces de una etapa o fase de preparación o entrenamiento que durará hasta que el caso se parezca a la situación del análisis del adulto, en lo que - se refiere a las resistencias, a la alianza terapéutica, etc., cuando se logra esto se estará preparado para comenzar el análisis.

Introducción al tratamiento.- No hay una regla general - que indique la manera idónea de introducir al niño al tratamiento. La forma utilizada dependerá de la percepción del terapeuta acerca de las características específicas de cada caso, como por ejemplo: si el niño desea recibir ayuda o no, si sufre de preocupaciones o - ansiedades, si niega o acepta su perturbación, si los padres están de acuerdo o no en que su hijo reciba análisis, así como de la fin

lidad del tratamiento.

Sin embargo, se suele introducir en dos formas al niño al tratamiento:

a) explicándole las circunstancias en que se llevará a cabo el análisis, la finalidad del mismo, así como la frecuencia de las sesiones.

b) no explicándole nada, pero tomando en cuenta sus fantasías y ansiedades.

Independientemente de la forma que el terapeuta haya elegido para introducir al niño al tratamiento, debe establecer contacto con el paciente y sus problemas, y hacerle sentir que está ahí para ayudarlo en sus dificultades, esto puede ser un apoyo para estructurar la situación terapéutica.

A continuación se explicarán brevemente algunas de las técnicas utilizadas por Anna Freud en la práctica psicoanalítica infantil:

- a) clarificación
- b) interpretación y elementos auxiliares de la interpretación.
- c) gratificaciones
- d) contactos extraanalíticos.

a) clarificación.- La clarificación consiste en usar ma-

terial extraanalítico que ayude al paciente a comprender mas claramente aspectos de su problemática que de una u otra forma reducirá la angustia que interfiere en el proceso analítico.

Una clarificación de la realidad es esencial para que el niño distinga entre fantasía y realidad, y de esta forma logre una mayor comprensión de lo que le sucede a él como individuo y de lo que acontece en su medio circundante.

La autora ejemplifica la utilidad de la clarificación relatando el caso de Tomy, donde parecía que el análisis estaba estancado a causa de la imposibilidad del niño para hablar de las frecuentes riñas entre sus padres. La terapeuta le dijo a Tomy que su madre había hablado de la desarmonía que existía entre ella y su esposo, Tomy se sintió aliviado y a partir de entonces pudo hablar sobre las peleas entre ellos y los sentimientos que éstas le producían.

Las clarificaciones que se dan en el análisis son sólo ayudas para que se realicen las interpretaciones que son el punto clave del proceso terapéutico.

b) interpretación.- Interpretar según el diccionario de la Real Academia Española (1950) es " ... explicar el sentido de una cosa... atribuir una acción a determinado fin o causa... comprender y expresar bien o mal el asunto o materia de que se trata."

En el método psicoanalítico la interpretación es una técnica medular utilizada con el fin de hacer consciente lo inconsciente. El inconsciente a lo largo de toda la vida tiende a manifestarse veladamente, a través de símbolos, porque si lo hiciera abiertamente originaría gran culpa y angustia. Por medio de la interpretación se intenta descorrer este velo para que el paciente haga consciente aquello que el inconsciente de forma disfrazada está manifestando.

La labor del psicoanalista consiste en irle proporcionando al paciente aquellas interpretaciones para las que esté preparado, intentará que a lo largo del análisis el analizado pueda trabajar con interpretaciones cada vez mas profundas que lleguen a la raíz de su problema.

En el psicoanálisis de niños la técnica de la interpretación se utiliza ampliamente para descifrar el significado de los sueños tanto diurnos como nocturnos, así como de los juegos del pequeño, de sus dibujos, y de otras conductas que el analista considere factibles de ser interpretadas.

En el análisis de niños se utilizan a veces distintas formas de juguetes, cuentos, muñecos, juegos de roles y dramatizaciones que ayudan al proceso de interpretación, ya que el terapeuta las formula refiriéndose indirectamente a la problemática del niño, lo que provoca que se reduzca la angustia de éste, bajando sus de -

fensas.

Cuando el niño utiliza un material de juego como un animal o un títere y empieza a revelar algo de sí mismo, el terapeuta puede dar una interpretación como si el comentario fuera hecho por otra de las figuras de juguete o puede también hacer referencia a otro niño diciendo "yo conocí a un niño que se afligía mucho cuando su mamá -- salía de casa." También puede utilizar la táctica de referirse a una "parte" del niño y decir "una parte de tí está enojada con tu papá" o se puede dividir al niño en el "niño grande" y el "niño pequeño" que piensan y sienten diferente.

c) gratificaciones.- Esta técnica adquiere una especial importancia en el análisis del niño, consiste en satisfacer necesidades y deseos reales del paciente durante la sesión. " En el análisis de niños el terapeuta no puede dejar de ser un proveedor en -- muchos aspectos." (Sandler, 1983, p. 247). Estas gratificaciones incluyen una gama de posibilidades que van desde proporcionar contacto físico hasta brindarle ayuda en la resolución de problemas cotidianos que aún no esté capacitado para afrontar por sí solo, como por ejemplo: acompañarlo al cuarto de baño, proporcionarle alimentos y bebida, etc.

El terapeuta debe ser sensible para percibir si la gratificación que el niño demanda en ese momento va de acuerdo con el nivel de maduración de su yo, para no favorecer con gratificaciones ----

inadecuadas la manipulación y/o la regresión del paciente.

El adecuado manejo de la gratificación dentro de la hora de terapia puede contribuir a establecer y mantener la alianza terapéutica durante todo el proceso analítico.

d) contactos extraanalíticos.- La información que obtiene el analista de otras fuentes puede ser significativa. Los contactos extraanalíticos en el análisis de niños incluyen un gran número de posibilidades que pueden ser: contacto con el niño fuera -- del tratamiento, con los padres, y con otras personas significativas para el pequeño.

Hay muchas ocasiones en las cuales un terapeuta puede encontrarse con un pequeño paciente fuera de la hora de tratamiento; puede visitar al niño en el hospital, asistir a una fiesta en la escuela o visitar a un niño en su casa; lo importante es que el analista trate cada caso según sea conveniente, que sea flexible y que no aplique un modelo técnico rígido, independientemente de las características del niño analizado.

En el análisis infantil es necesario el contacto y la ayuda de los padres para asegurarse del apoyo afectivo que éstos deben brindar al niño para que continúe en el tratamiento y para que éste sea exitoso.

Las posibilidades de contacto con los padres son diversas dadas las circunstancias: se puede llevar a cabo un análisis simultáneo de padre(s) e hijo, o permitir la presencia del padre, la madre o ambos en la sala de tratamiento aunque sólo sea por un tiempo. Entre mas pequeño sea el niño hay una mayor necesidad de contacto con los padres: en el caso de los adolescentes ésto puede no ser esencial aunque siempre es recomendable y deseable.

Los contactos con los padres tienen además otros objetivos: hacer comprender a los mismos los cambios producidos por el desarrollo evolutivo del niño así como por el análisis; brindar apoyo para elevar la autoestima de los padres, que muy frecuentemente se encuentra disminuída por la historia personal de cada uno y además por la intrusión del terapeuta, ésta última situación puede hacerles mas obvio el sentimiento de fracaso como personas y como padres.

Es necesario algunas veces obtener información de otras fuentes y hacer contacto con éstas, como con profesores, directores, padres sustitutos, cuidadores de guarderías y otra persona que tenga trato directo y significativo con el niño en tratamiento.

Las sugerencias o las recomendaciones que proporcione el analista en el entorno del paciente, tienden a producir cambios en el ambiente del niño; ya sea al mudarlo de la recámara parental, al incidir en su relación con un maestro, al remitir a alguno de los padres a análisis, etc, para que la situación terapéutica pro-

grese.

Los niños tienen poco control en su medio ambiente, por ésta razón, el terapeuta debe trabajar con las personas significativas que rodean al niño para establecer armonía entre el ambiente y el análisis.

La información que obtiene el analista de otras fuentes - puede ser significativa, ya que aumenta las posibilidades del conocimiento real y profundo de la problemática del paciente, y permitirá a la vez confrontar y clarificar al paciente dentro de la terapia.

Cierre o terminación del proceso.- La decisión de terminar el tratamiento puede provenir del terapeuta, del niño o de los padres, o de un acuerdo entre estas partes.

El criterio que utiliza el terapeuta para la terminación del tratamiento es haber cumplido con el objetivo de la terapia de devolver al niño a la línea normal de desarrollo.

Para tomar esta decisión el terapeuta debe analizar la -- situación actual del paciente, así como el grado de adaptación mostrado fuera del marco analítico, como por ejemplo: sus relaciones - dentro del hogar y en la escuela.

Así mismo se puede señalar que algunos tratamientos termi

nan por decisión de los padres o del niño aunque el terapeuta considere que debe proseguir el mismo. Esto puede ser debido a una causa externa como cambio de residencia, problemas económicos, etc.; o a causa interna como resistencias o racionalizaciones que traten de convertirla en una causa "válida". En estos casos, el papel del terapeuta, es tratar de crear conciencia en el niño y/o en los padres de la necesidad de continuar el proceso, buscando y analizando las alternativas viables.

De cualquier manera, si se decide dar por terminado el -- análisis, no es conveniente hacerlo de manera súbita; se debe dedicar un tiempo para tratar la finalización de la terapia. Algunos terapeutas durante esta fase van espaciando progresivamente la frecuencia de las sesiones y elaborando, al mismo tiempo, la separación con el niño, en primera instancia, además de hacerlo con los -- padres.

9.- Roles.

En esta aproximación podemos distinguir tres elementos para la realización de la terapia:

- a) el analista
- b) el niño
- c) los adultos significativos en la vida de éste.

a) El analista.- El papel que juega el analista es funda

mental. Es el que debe establecer la relación terapéutica ya que - conoce las técnicas para la "curación" del paciente.

A diferencia del análisis de adultos, en el análisis infantil el terapeuta debe cuidar tanto la relación con el niño así como con los padres.

El primer paso en la relación terapeuta - niño es establecer una alianza terapéutica positiva que le permita al niño tener - conciencia de enfermedad así como el deseo de curación, esto permite en sí, el inicio y el desarrollo del análisis.

Como un segundo paso es deseable establecer la transferencia positiva que facilitaría aún mas el progreso del análisis.

Hay algunas actitudes que el terapeuta debe tener en cuenta para la optimización del análisis:

- Es indispensable ponerse a favor del paciente para poder demostrarle que se está dispuesto a ayudarlo.

- Es importante que el terapeuta cree un clima de seguridad y contención donde el niño se sienta tranquilo y pueda aliviar su ansiedad.

- En el análisis clásico el terapeuta se presenta como -- una figura neutral, objetiva, anónima y relativamente pasiva, que - facilitará que el paciente deposite en él su problemática incons --

ciente, dándose así la transferencia. En cambio, en el análisis de niños el terapeuta debe tener una actitud de flexibilidad, calidez y acercamiento. Una relación humana de confianza, no artificial, - que transmita al niño la sensación de que hay una persona que está ahí dispuesta a comprenderlo y ayudarlo.

- Se necesita establecer una verdadera relación interpersonal, una vinculación amorosa, una transferencia positiva, puesto que el niño sólo cree en las personas amadas, y sólo hace algo por alguien a quien ama. Así, el análisis va transcurriendo y el analista se convierte en el blanco de los impulsos amistosos u hostiles del niño en un clima de permisividad.

- El análisis debe tornarse agradable al niño para poder mantener en un nivel óptimo el tratamiento.

- Como se ha mencionado anteriormente, el analista no puede dejar de ser un múltiple proveedor y debe fluctuar entre el deseo del paciente y la regla analítica; pero nunca coludirse con él. El analista puede permitir o gratificar hasta "cierto" punto.

- Las preocupaciones y pensamientos del terapeuta deben quedar separados del análisis para permitir a éste percibir objetivamente qué le sucede a él mismo y a su paciente.

- El terapeuta debe establecer una alianza positiva también con los padres para que ellos comprendan la importancia y utilidad del tratamiento de su hijo, porque no hay que olvidar que, en última instancia, son ellos los que decidirán si el análisis continúa o no.

b) El niño.- En los casos de análisis infantil el niño no es quien decide el tratamiento; generalmente es canalizado por la escuela, por alguna institución o por los padres. Sin importar quien remita al pequeño para ser tratado, no se puede pasar sobre la voluntad del niño, si éste no desea ser analizado, el tratamiento no puede llevarse a cabo. El éxito de la terapia depende de la actitud del niño hacia el tratamiento y hacia el analista.

Las fantasías y expectativas que tiene el niño respecto del análisis van a influir en el progreso de éste.

La fantasía de que con el análisis se eliminarán algunos problemas, significa que va a tener una actitud positiva hacia la terapia. La idea de que el niño que está en análisis es un "loco" perjudicará el progreso terapéutico. Los contactos iniciales con el analista van a contribuir a desaparecer o a dar forma a éstas expectativas.

El niño debe también establecer una alianza positiva, así como de ser posible una relación transferencial con el analista para poder llevar a cabo el tratamiento en sí.

El niño es libre de expresar sus sentimientos, juicios u opiniones de la manera que él lo desee, sin ninguna restricción o juicio por parte del terapeuta. La hora analítica debe estar asociada con la permisividad, confianza y seguridad.

El niño además de obtener placer de la hora analítica debe tener deseos de querer manejar su problemática pese a sus resistencias.

Anna Freud sostiene que para los niños la relación con el terapeuta es muy importante. Algunos pacientes faltos de afecto -- perciben al terapeuta como el satisfactor de sus necesidades. El niño en el análisis tiene la experiencia nueva de que un adulto lo tome en serio en sus sentimientos y expresiones, el resultado es -- que se eleve la autoestima del niño; este tipo de relación es ya de por sí terapéutica.

c) Los padres.-- El papel que desempeñan los padres en -- el desarrollo de la terapia es fundamental, porque son ellos, las -- figuras significativas, las que van a facilitar o a entorpecer la -- evolución madurativa del niño. No es indispensable que los padres se encuentren en análisis, pero sí es recomendable en algunos casos; porque no hay que olvidar que los niños con problemas generalmente tienen padres con problemas que necesitan ayuda.

Los padres pueden optar por entrar ellos mismos en análisis, esto facilitará enormemente el progreso analítico de su hijo, o pueden decidir no ingresar a terapia. En este último caso, lo -- fundamental, es que estén de acuerdo con el análisis del pequeño para que apoyen afectivamente al niño en el tratamiento, así como para que comprendan los cambios que suceden en éste y sean capaces de

afrontarlos. La actitud siempre positiva de los padres hacia el -- análisis de su hijo es determinante para lograr los objetivos propuestos por éste.

10.- Recomendaciones.

Muchas veces se comete el error de querer aplicar el método de adultos para el tratamiento de niños. Las necesidades y naturaleza de cada uno de ellos son totalmente diferentes porque el niño está en proceso de desarrollo en todas las esferas. Se encuentra en una etapa psicosexual determinada, el yo está en formación, su concepción del mundo es muy egocéntrica, hace poca diferencia entre su realidad y los objetos, existe una unión inquebrantable entre el intelecto y la emoción.

Para la optimización de la terapia, Anna Freud recomienda que el terapeuta no pierda de vista las diferencias que el análisis de niños presenta:

- reducida capacidad de insight (como se concibe éste en el análisis de adultos).
- fluctuante alianza terapéutica
- menor tolerancia a la frustración
- imposibilidad de trabajar a través de la asociación libre.
- preferencia por la acción mas que por la verbalización
- intrusión de los padres

Al igual que para hacer psicoanálisis de adultos, el terapeuta de niños debe contar con una formación psicoanalítica, haber llevado a cabo un análisis personal de cuando menos cuatro años y - realizar bajo supervisión el análisis de un mínimo de tres casos.

Es importante que el terapeuta tenga una actitud humana y cálida en la relación, ya que ésta es esencial para el progreso del análisis. Un analista frío y distante muy difícilmente logrará un clima terapéutico adecuado para el niño. Sin embargo, en éste enfoque, no es recomendable involucrarse afectivamente con el paciente porque ésto dificultaría la visión objetiva del mundo de éste.

Los modos de expresión que el niño utiliza en la hora --- analítica son diversos; pueden ir desde lo no verbal (el juego, la pintura, la dramatización) a lo verbal. Cualquier forma de expresión puede ser adecuada desde el punto de vista psicoanalítico, no se debe creer que el material verbal es mas relevante que el material no verbal; hay momentos en que un juego, un dibujo, una postura corporal o una acción revela una fantasía inconsciente mejor que cualquier verbalización.

La autora enfatiza que la acción y el juego son medios -- naturales de autoexpresión del niño, pero a medida que éste va avanzando en su desarrollo y maduración del yo, los medios que utilizan para su autoexpresión se irán modificando tendiendo siempre a la -- verbalización, la cual manifiesta un mayor grado de madurez. La --

verbalización le ayuda al niño a hacer sus sentimientos mas accesibles y por lo tanto, a ejercer un mayor control sobre ellos, le permite también poner un sello de irrealidad a sus fantasías, lo que las hace menos peligrosas, mas comprensibles y controlables.

Existen ciertas limitaciones en cuanto a la acción o el juego dentro de la hora analítica, que de una u otra forma facilitarán el progreso de la terapia. La autora indica que a menudo, es necesario que el terapeuta desaliente e incluso prohíba algunas formas de conducta, por ejemplo, aquellas actividades que pongan en peligro la integridad del niño (que se quiera salir por la ventana del consultorio), del cuarto y de los materiales (que el niño quiera destruir paredes o juguetes) o bien la integridad del mismo terapeuta (que el niño quiera agredir directamente al terapeuta). - Esto se hace con la finalidad de proteger al niño, al terapeuta y al ambiente.

Estas restricciones le permiten al niño sentirse mas seguro, con menos ansiedad y culpa por su conducta y ayudar así al desarrollo del análisis. Se debe alentar al niño a expresar verbalmente o por medio de juegos o fantasías sus sentimientos, en lugar de actuarlos. Las limitaciones que se ponen en el análisis son diferentes de las que se ponen en el hogar o en la escuela. Estas últimas van acompañadas de reprimendas moralizantes y castigos, en cambio, en el análisis, no se acompañan de ningún juicio valorativo.

Para la autora, hay que evitar materiales de juego que --
alienten las regresiones como por ejemplo la arena y el agua; en --
cambio, la pintura y el barro permiten la expresión y el desarrollo.

El terapeuta debe mostrar un gran respeto por el niño, de
la misma manera que lo haría con un paciente adulto. Si por alguna
causa tuviera que hacerse alguna modificación en la frecuencia, ho-
ra o lugar del tratamiento, debe comunicársele al niño con la debi-
da anticipación, explicándole las circunstancias implicadas en el -
hecho.

Por último se recomienda que una vez terminado el trata-
miento, se lleve a cabo un seguimiento, con el objeto de verificar
si los cambios suscitados durante el análisis tienen alguna influen-
cia en la forma en que el niño afronta los problemas cotidianos.

C A P I T U L O I I .

APROXIMACION CENTRADA EN LA PERSONA.

1.- Antecedentes Filosóficos y Psicológicos.

La psicoterapia ha tenido gran auge en la actualidad. A raíz del gran avance tecnológico y científico, el hombre se ha tenido que ir adaptando a rápidos cambios, ya no le es posible conservar los mismos patrones de conducta que tuvieron sus antecesores. No es fácil tener en el presente una vida tranquila, apacible, que le proporcione a la persona seguridad y estabilidad emocional. El grado de incertidumbre y de tensiones que conlleva la vida moderna, ha propiciado un desajuste en todas las esferas de la vida del hombre de hoy. Como una respuesta a esta problemática, la actividad psicoterapéutica ha tratado de contribuir, por medio de procedimientos y técnicas, a restablecer la tranquilidad mental que el ser humano necesita para un desarrollo pleno.

La sociedad en general al darse cuenta que la psicoterapia puede ayudarle a resolver algunos de sus conflictos mas importantes, se ha interesado enormemente y ha brindado su apoyo para el desarrollo de la actividad psicoterapéutica.

En el contexto de ésta época, y de su entorno socioeconómico, cultural y político, el Dr. Carl R. Rogers crea una nueva corriente dentro del campo de la psicoterapia, - el consejo no directivo o centrado en la persona - , que enfatiza aspectos que no ha --

bían sido suficientemente valoradas como , la convicción de que todo ser humano lleva dentro de sí las potencialidades que lo inducen al crecimiento.

El surgimiento de esta psicoterapia no hubiera sido posible sin las contribuciones de otros grandes psicoterapeutas. El enfoque centrado en la persona tiene sus raíces en las contribuciones de Sigmund Freud acerca de los impulsos inconscientes y de la naturaleza emocional del hombre, Rogers parte de este supuesto para encontrar la mejor forma de abordar la complejidad humana, toma del enfoque freudiano los conceptos de significado de la conducta, catarsis, represión y el juego como lenguaje natural del niño. Otro punto que han influido para la elaboración de esta terapia se encuentra en el pensamiento de Otto Rank quien enfoca la terapia al problema emocional tal como existe en el presente, independientemente de su historia, se abandona la interpretación y se concibe a la sesión terapéutica como una experiencia de crecimiento, es decir, es un enfoque ahistórico, con énfasis en los sentimientos expresados en ese momento. Se ha visto también, profundamente influida, por la psicología conductual estadounidense, quien enfatiza la medición objetiva, las definiciones operacionales, y el apego al método científico. Otra corriente, decisiva para el desarrollo de sus conceptos básicos, ha sido la psicología de la Gestalt, ésta hace énfasis en la totalidad integral del individuo y en la interrelación -- que guardan todos los aspectos que lo constituyen como individuo. Los psicólogos de la Gestalt, afirman que el ser humano no puede --

ser dividido ni fragmentado, que es una integridad en donde el todo es mucho mas que la simple suma de sus partes.

Por otra parte, se considera que el pensamiento pragmático y utilitario, característico de la sociedad estadounidense donde surge y se desarrolla esta corriente, ha contribuido en gran parte al gran auge que tiene la terapia centrada en la persona, donde se ven los resultados a corto plazo y su aplicabilidad y utilidad a los problemas cotidianos del individuo.

Por todo lo dicho anteriormente, se podría considerar que la terapia centrada en la persona es exclusivamente un producto de un contexto sociocultural. Sin negar tal influencia, es necesario hacer notar, que es también un producto de observaciones minuciosas y sistemáticas de la conducta y naturaleza humana que trasciende -- cualquier cultura, época o condición social. Esta corriente se ha visto avalada por numerosas investigaciones que intentan descubrir las leyes que rigen la naturaleza humana.

2.- Fundamentos teóricos.

A partir de 1940, Carl R. Rogers desarrolla lo que se conoce como consejo no directivo, como una reacción a la aproximación psicoanalítica ortodoxa.

Rogers causa un gran impacto cuando cambia la concepción

comunmente aceptada de que el terapeuta es el que sabe mas de lo -- que sucede y acontece al cliente, y que por lo tanto puede dirigirlo hacia la meta que el orientador crea conveniente. El cuestiona radicalmente los conceptos de que los procedimientos de ayuda son -- antes que nada el uso y aplicación de técnicas, asesoría, sugerencias, consejos, persuasión, enseñanza, diagnóstico e interpretación.

Parte de la base de que el hombre es esencialmente digno de confianza, que tiene un vasto potencial de autoconocimiento y de capacidad para resolver sus problemas, así como la posibilidad de -- autocrecimiento, si está involucrado en un clima o atmósfera propicio para ello.

Rogers enfatiza la importancia de las actitudes, habilidades y características del terapeuta en su relación con el cliente, como aspectos que sobrepasan en efectividad terapéutica al conocimiento de teorías y técnicas por parte del terapeuta.

En un principio (1942) Rogers se interesa principalmente en la práctica del consejo y psicoterapia individual. Posteriormente sistematiza una teoría y un método de intervención que da lugar a lo que en la actualidad se conoce como terapia centrada en la persona.

La terapia centrada en la persona se ha extendido a una -- gran variedad de campos: en la educación institucionalizada, área de

comunmente aceptada de que el terapeuta es el que sabe mas de lo -- que sucede y acontece al cliente, y que por lo tanto puede dirigirlo hacia la meta que el orientador crea conveniente. El cuestiona radicalmente los conceptos de que los procedimientos de ayuda son -- antes que nada el uso y aplicación de técnicas, asesoría, sugerencias, consejos, persuasión, enseñanza, diagnóstico e interpretación.

Parte de la base de que el hombre es esencialmente digno de confianza, que tiene un vasto potencial de autoconocimiento y de capacidad para resolver sus problemas, así como la posibilidad de -- autodesarrollo, si está involucrado en un clima o atmósfera propicio para ello.

Rogers enfatiza la importancia de las actitudes, habilidades y características del terapeuta en su relación con el cliente, como aspectos que sobrepasan en efectividad terapéutica al conocimiento de teorías y técnicas por parte del terapeuta.

En un principio (1942) Rogers se interesa principalmente en la práctica del consejo y psicoterapia individual. Posteriormente sistematiza una teoría y un método de intervención que da lugar a lo que en la actualidad se conoce como terapia centrada en la persona.

La terapia centrada en la persona se ha extendido a una -- gran variedad de campos: en la educación institucionalizada, área de

gran interés para Rogers por su poder profiláctico, toma el nombre de educación centrada en el alumno; en las décadas de los 60's y -- 70's aplica sus conceptos al desarrollo de grupos de crecimiento -- por la riqueza de vivencias y experiencias que éstos implican, así como por el beneficio de llegar a un número mayor de personas; también ha trabajado con parejas y familias, encontrando que el redescubrimiento y la reeducación de actitudes y habilidades que su enfoque enfatiza, ayudan a crear un clima propicio para relaciones -- mas vividas y profundas. Sus ideas han sido aplicadas también al campo laboral, grupos minoritarios, interraciales e interculturales. En el campo de la psicoterapia infantil, Rogers concibe al niño como un modelo de congruencia entre su hacer y su sentir, su terapia se basa en la creencia en el ser humano y en sus potencialidades de crecimiento y autodirección. Los principios del consejo no-direc-- tivo, han sido aplicados a niños con una amplia gama de problemáticas, síntomas y pautas de personalidad, así como en una gran variedad de instituciones como orfanatos, centros de orientación, clu bes infantiles, escuelas, etc. El efecto que tiene la terapia y la orientación infantil con este enfoque, es que una vez que el niño experimenta un ambiente facilitador, su situación y su vida tienden a modificarse. De hecho, es el inicio de una serie de cambios acti tudinales, que llevarán al niño a hacer un uso constructivo de sí mismo. Los éxitos encontrados en la psicoterapia y orientación infantil que se centra en la persona, versan alrededor de las mejoras en actividades académicas, modificaciones positivas en las relaciones familiares, disminución de conductas socialmente inaceptables,

así como en su papel preventivo.

En la actualidad, el enfoque propuesto por Carl R. Rogers, sigue gozando de una gran aceptación dentro del campo de la psicoterapia. El y sus colaboradores se siguen preocupando por el progreso y la optimización en las diversas áreas de las relaciones humanas.

Conceptos fundamentales.

Se ha visto la necesidad de sistematizar y sintetizar una teoría de la personalidad que avale la terapia centrada en la persona. La elaboración de ésta teoría se ha ido conformando a lo largo de muchos años de experiencia y de contacto directo con problemas clínicos, ésto con el propósito, de crear una psicoterapia congruente y exitosa.

Rogers parte de la base de que la naturaleza humana tiende hacia un desarrollo positivo y constructivo, si se establece un clima de respeto y confianza. No está de acuerdo con aquellas aproximaciones que conciben que no se puede confiar en la naturaleza humana y que por lo tanto esta necesita ser dirigida, motivada, instruída, castigada, premiada, controlada y manejada por otros que -- son superiores y expertos. El punto de vista de Rogers acerca de la naturaleza humana, es primordial para entender la profundidad de su enfoque que es, además de una filosofía, una profesión de fe en

el hombre.

Esta teoría ha ido sufriendo continuas modificaciones, si se comparan los conceptos presentados por Rogers hace tres décadas, a los presentados en éstos últimos años, se advertirá que, aunque fundamentalmente son los mismos, la organización de la teoría así como sus constructos se han ido transformando.

A continuación se presentará una breve explicación de los principales constructos utilizados por Rogers para la elaboración de su teoría de la personalidad, que permita una mejor comprensión de la misma.

1.- Tendencia actualizante.- Rogers considera que la motivación básica del ser humano es su tendencia actualizante. Dentro de cada organismo humano hay una tenacidad por la vida, un empuje vital y una tendencia a crecer aún en ambientes hostiles.

La tendencia actualizante del ser humano es inherente a su naturaleza. Este presenta una actitud positiva, constructiva, adaptativa y progresista hacia la vida. Sea el ambiente favorable o desfavorable, la persona va a tender no sólo a mantenerse, sino sobre todo a mejorarse, a expandirse. El organismo tiende a la autorrealización y a alejarse de fuerzas externas que intenten controlarlo, siempre conservando su tendencia direccional holística hacia la actualización de sus potencialidades y habilidades.

La persona busca satisfacciones completas, no se conforma con satisfacciones simples; esto se ha comprobado aún en organismos inferiores, como las ratas, que muestran preferencias por un medio ambiente rico en estimulación.

Maslow (1954) afirma que las necesidades del ser humano -- se deben ir cubriendo por niveles que van desde las necesidades fisiológicas como son el hambre, el sueño y el sexo, hasta llegar a la autorrealización del ser humano.

Rogers enfatiza esto, y dice que una vez que el individuo cubre sus necesidades básicas, no se quedará estático, siempre estará vivo y activo y dispuesto a "hacer algo". Con esto se constata que la tendencia actualizante es selectiva, direccional y constructiva.

No hay duda de que el organismo comete errores, pero éstos son corregidos por la retroalimentación; un niño pequeño, con el tiempo, puede autobalancear su dieta, aunque al principio cometa excesos. " El hombre es mas abierto que su intelecto." (Rogers, --- 1980, p. 170). Cuando funciona bien la persona es una unidad que confía en lo que experimenta para guiar su conducta.

En nuestra sociedad muchas veces el hombre parece estar --

alienado y volverse autoderrotista, incapaz de enfrentarse a la vida. ¿ Porqué ocurre ésto siendo que el individuo tiene la capacidad de enfrentarse a la vida con su tendencia actualizante ? De hecho, el autor considera que en esta sociedad generalmente se refuerzan y se condicionan conductas que son antagónicas a la dirección natural, a la tendencia actualizante. " La trágica condición de la humanidad es que ha perdido confianza en sus propias direcciones internas no conscientes." (Rogers, 1980, p.172). El consciente tiene una serie de constructos introyectados y rígidos; mientras que el inconsciente se comporta de acuerdo a la tendencia actualizante; el remedio consiste en permitirle al individuo vivir en una relación unificada entre su conciencia y su dirección interna, en la medida que el individuo llegue a confiar en su interior puede lograr la armonía humana que invariablemente tiende hacia la autorrealización.

" Soy consciente de que esta visión les parecerá a algunos idealista y sin esperanza, a otros les parecerá simplemente bizarra. Sin embargo, para mí, ésta es la mas cercana aproximación a la realidad que he sido capaz de lograr y yo la encuentro estimulante y esperanzadora." (Rogers, 1980, p.174).

2.- Experiencia.- La experiencia es todo aquello que le sucede a un organismo, y que tiene la posibilidad de hacer consciente en un momento determinado. Toda persona vive en un medio fluctuante en experiencias de las que ella es el centro. Es un mundo --

privado que se puede denominar el "campo fenoménico o experiencial", que incluye aquello que experimenta un individuo y que puede llevarlo a la conciencia si éste considera que es primordial para la satisfacción de alguna necesidad. El mundo privado de la persona sólo - puede ser conocido de manera genuina y completa por ella misma, el individuo es el único que sabe cómo percibió una determinada experiencia. Como se puede ver, el mundo privado es diferente para cada persona.

3.- Sentimiento.- El sentimiento es el tinte emocional de la experiencia, que incluye la repercusión cognoscitiva y afectiva (que son inseparables) de la experiencia en el individuo, conformando de ésta manera una totalidad congruente de la experiencia: conciencia, conocimiento y expresión del sentimiento vivido.

4.- Percepción de la realidad.- La persona reacciona al campo fenoménico tal como lo percibe y lo experimenta. Este campo perceptual constituye la realidad del individuo, no se reacciona ante una realidad "absoluta" sino a una percepción muy particular de esa realidad. Rogers dice que esa percepción del individuo constituye en sí su realidad. El autor considera que esto se puede constatar cotidianamente cuando varias personas son expuestas al mismo fenómeno, y cada una reacciona de distinta forma porque sus percepciones también son diferentes, por lo que la realidad de un individuo es tan válida como la de cualquier otra persona. Ante un determinado hecho la persona formula una hipótesis primaria que está ex-

puesta a verificación, y que se puede reafirmar o modificar dependiendo de la comparación de las percepciones de otras personas con la suya propia, así como comparándola también con experiencias pasadas, posibilitando de esta manera la congruencia de su vida interna y externa.

Muchas percepciones han sido probadas y verificadas por muchas personas, y por lo tanto se convierten en muy confiables y seguras. Por ejemplo, cuando una persona percibe un árbol y dice "esto es un árbol" está completamente segura de su afirmación, pues ésta se encuentra validada socialmente. No así cuando una persona tiene una percepción sobre un concepto más abstracto como sería la belleza, la cual es una percepción muy personal y que también forma parte de la realidad del individuo, la cual debe considerarse fundamental para la comprensión de éste.

5.- Experiencia, concepto y estructura del yo.- La experiencia del yo la constituye " ... todo hecho o entidad del campo fenoménico discriminado por el individuo y que se discrimina también como yo ... las experiencias del yo son la materia prima con la cual se forma el concepto del yo organizado." (Rogers, 1982, p. 30)

El concepto del yo es la imagen que la persona tiene de sí misma y la estructura es la visión del yo desde un punto de vis-

ta externo, es decir, la conformación objetiva del yo.

Para Rogers el yo es uno de los constructos centrales de su teoría ya que basándose en su experiencia terapéutica asegura que éste es un término importante en la vivencia del cliente, descubrió también que las actitudes hacia el yo cambiaban en el curso de la terapia, algunas veces la persona tenía un concepto positivo de sí misma, y algún acontecimiento, aparentemente insignificante, podrían -- cambiar radicalmente su autoimágen y hacerla negativa.

Otro aspecto importante enfatizado por Rogers es el principio de la coherencia del yo, que dice que " ... las experiencias que no son coherentes con el concepto que el individuo tiene de sí mismo son excluidas por lo general de la conciencia, sea cual fuere su carácter social." (Rogers, 1982, p.33). Esto significa que solamente aquellas experiencias que vayan de acuerdo con la autoimágen de la persona van a ser aceptadas y a permanecer en la conciencia, en cambio, aquellas vivencias que choquen con el concepto del yo serán suprimidas, ésto explica porqué algunas personas reprimen profundamente aún sentimientos positivos como el amor, la ternura y la solidaridad ya que chocan con un concepto negativo de sí mismos. -- Uno de los logros mas significativos a lo largo del proceso terapéutico es el cambio que el individuo hace de su autoconcepto.

6.- Incongruencia entre el yo y la experiencia.- La ----

congruencia entre la descripción objetiva del yo y la descripción - subjetiva que el individuo hace de sí mismo es fundamental para su estabilidad emocional, cuando hay diferencia entre el yo como es -- percibido por la propia persona y la experiencia real, el indivi -- duo se desorganiza y confunde y puede ser vulnerable a la angustia. Cuando el individuo se siente amenazado por una incongruencia entre el yo y la experiencia tiene como reacción una defensa, con el obje -- to de mantener su autoconcepto habitual. Cuando la persona no quie -- re aceptar esta incongruencia llega a distorsionar o a negar sus ex -- periencias provocando una inadaptación psicológica. Por ejemplo, - cuando un estudiante tiene un pobre concepto de sí mismo, se consi -- dera un "tonto" y obtiene una buena calificación, tenderá a distor -- sionar esta realidad para que sea congruente con la imágen de sí -- mismo argumentando que fué debido a la suerte.

7.- Madurez.- En el momento en que la persona no se sien -- te amenazada porque existe una congruencia entre su yo y su experien -- cia estará abierta y aceptará sin distorsiones ni limitaciones la - realidad objetiva, esto dará por resultado una aceptación psicológi -- ca que invariablemente llevará a la madurez. El individuo estará - en posibilidad de evaluar las experiencias en función de los elemen -- tos objetivos de prueba, y como se valora a sí mismo, podrá aceptar y valorar a los demás tal como son.

8.- Contacto.- " Cuando dos personas están en presencia -- una de la otra y cada una afecta el campo experiencial de la otra en

forma percibida o subliminal, decimos que esas personas están en --- contacto." (Rogers, 1982, p. 40). Se podría decir que es la primera relación mínima necesaria para que se pueda entablar una posterior - comunicación profunda.

9.- Consideración positiva.- Cuando la percepción que se tiene de una persona modifica el campo experiencial de otra de manera positiva se dice que existe una consideración positiva de ésta última hacia la primera. Los sentimientos que pueden manifestarse en este tipo de relación son principalmente actitudes de cariño, simpatía, afecto, respeto y aceptación. Según Standal (c.p. Rogers, ---- 1982), los seres humanos tienen la necesidad de una consideración -- positiva, mas aún, esa necesidad debe tener un matiz incondicional, que significa que el individuo debe ser valorado en toda su integridad, debe ser percibido como una persona digna en todos los aspectos que lo conforman como ser humano, esto significa valorar y aceptar a otra persona tal como es. En el proceso terapéutico el individuo percibe que es aceptado incondicionalmente, incluso en aquellas esferas que él mismo rechaza o se avergüenza. Esta actitud de parte del terapeuta le ayudará a la persona a tener el sentimiento de consideración positiva hacia sí mismo, lo cual " ... lo ayudará a ser una persona mas completa y congruente, capaz de funcionar eficaz y adecuadamente." (Rogers, 1982, p.42).

La consideración de uno mismo no es algo rígido ni acaba -

do, se modifica constantemente a través de las experiencias. Cuando éstas son positivas facilitarán y elevarán el crecimiento y el autoconcepto; por el contrario, si son negativas, se deteriorará la autoimagen y habrá una consideración negativa hacia sí mismo.

Por otro lado, la valoración condicional implica que el individuo no es aceptado en su totalidad, sino que en algunos aspectos se le considera digno, mientras que en otros se le rechaza. Esto traerá como consecuencia que una experiencia determinada no la evalúa el individuo con base en el beneficio que ésta le aporta a sí mismo, sino de acuerdo con la valoración que el otro (juez) le dé a esa experiencia. Esto lleva a un concepto clave en la teoría de Rogers que es el centro de valoración, que significa que el criterio para valorar una experiencia puede ser interno, esto es, provenir del individuo, o externo, cuando el criterio se deposita en una fuente externa al individuo (una persona o una institución).

10.- Marco de referencia interno.- Este concepto lo define Rogers como el "mundo subjetivo" del individuo, que implica todas las experiencias que tienen la posibilidad de emerger a la conciencia del individuo.

Quien logra un mayor conocimiento de este mundo privado es el individuo mismo, otra persona puede, por medio de la comprensión empática, tener acceso a este mundo interno, sin embargo, su conocimiento del otro será siempre parcial.

11.- Empatía.- Para que se produzca en una relación una comprensión empática, lo primero que debe de existir es una percepción correcta del marco de referencia interno del otro, no sólo a nivel intelectual, sino con todos los matices emocionales que coloran una experiencia. Esto no significa que el individuo se involucre en el mundo subjetivo de la otra persona; empatía significa tener la capacidad de sentir "como el otro" y a la vez darse cuenta - que ese sentimiento le pertenece al otro.

12.- Marco de referencia externo.- Es la completa objetividad de una persona respecto de otra, es convertir las experiencias de otro en un verdadero objeto de observación sin tomar en cuenta las emociones y sentimientos que conlleva esta experiencia.

Una de las aportaciones de Carl R. Rogers en el campo de la psicoterapia infantil ha sido proporcionar al terapeuta de niños un análisis de las características inherentes a su naturaleza que le permiten al orientador lograr un conocimiento mas amplio y profundo de los sentimientos y conductas del pequeño.

Todos los constructos anteriormente explicados fueron elaborados por Rogers con base en su experiencia terapéutica. Su teoría es de tipo condicional, es decir, si se presentan ciertos elementos, entonces, estos harán posible un cambio en la estructura de la personalidad.

Los elementos necesarios para crear un clima terapéutico son:

- 1) Un terapeuta y un cliente que inician la relación por medio de un contacto primero.
- 2) Que el cliente se sienta amenazado por un estado de angustia.
- 3) Que el terapeuta sea genuino, auténtico y congruente.
- 4) Que el terapeuta acepte y valore incondicionalmente al cliente.
- 5) Que el terapeuta comprenda empáticamente el mundo interno del cliente.
- 6) Que el cliente experimente las actitudes que el terapeuta tiene hacia él.

La primer condición es básica y fundamental para el desarrollo posterior del proceso terapéutico. Un contacto inicial adecuado facilitará que se presenten las condiciones posteriores.

Cuando el cliente se presenta a terapia angustiado por alguna problemática, y se ha establecido el contacto inicial, se estará preparado para dar marcha al proceso terapéutico, Rogers considera que cuando no existe este elemento de angustia se dificultará, de alguna manera, el establecimiento de dicho proceso.

Antes de comenzar la terapia se debe partir del supuesto de que el cliente sabe mas acerca de su vida y de sus propios pro -

blemas que el terapeuta, lo que le lleva a descubrir una forma mas apropiada de conducta.

Una vez iniciado el proceso terapéutico, la genuinidad y congruencia de parte del terapeuta van a ser determinantes para el progreso del mismo. En la medida en que el terapeuta esté presente, sea él mismo, transparente, sin obstáculos entre él y la persona, ésta podrá progresar, crecer y cambiar de forma constructiva.

La aceptación y valoración incondicional es un punto clave dentro del proceso terapéutico, puesto que en la medida en que el terapeuta con toda su actitud logre transmitirle a la persona el sentimiento de aceptación, aprecio y respeto, se logrará un ambiente promotor del cambio. Si estas actitudes son proyectadas por el consejero al cliente, la actitud de éste último será menos defensiva, mas abierta y constructiva.

Este punto de vista positivo del ser humano tiene importantes implicaciones en la práctica terapéutica, porque si el individuo tiene la capacidad inherente de moverse del desajuste a la salud psíquica, el terapeuta no le quita la responsabilidad a la persona de ejercer el poder sobre sí misma.

En la medida en que el cliente capte que el consejero lo escucha de manera aceptante, será capaz de escucharse y aceptar el sentimiento que está experimentando en ese momento sin importar su

naturaleza (miedo, odio, ternura, coraje). Si el terapeuta lo estima y valora, el cliente se autoestimaré y autovalorará de la misma forma. Si la persona percibe al terapeuta genuino y sincero podrá también ser mas auténtica y abierta.

No basta con que el terapeuta tenga una valoración positiva incondicional hacia el cliente, es necesario, además, que capte de manera precisa los sentimientos experimentados por el cliente y se los comunique tratando de comprender su mundo interno, es decir, que logre una comprensión empática.

Por último, este proceso no se verá completo si la persona no experimenta vivencialmente las actitudes de aceptación y de comprensión positiva que el terapeuta tiene hacia él, ya que no hay que olvidar que la aproximación centrada en la persona se enfoca en la capacidad y responsabilidad que tiene el individuo de descubrir formas mas plenas de vida.

Rogers considera que durante la infancia el individuo tiene atributos específicos que hay que tomar en cuenta al establecer la relación terapéutica. Estas características son:

- El niño es capaz de percibir sus experiencias las cuales constituyen su realidad, (ésta puede no ser la realidad objetiva, sin embargo, constituye la verdad para ese niño en particular y ésta es la verdaderamente significativa), nadie mejor que él conoce su mundo interno, ésto le da mas probabilidades de tomar conciencia de lo que significa para él la realidad.

- La tendencia natural del niño hacia el progreso y la actualización de sus potencialidades es innata. El niño va a interactuar con su realidad de manera holística e integrada de acuerdo con esa tendencia y su conducta va a estar en función de la satisfacción de las necesidades de su propia realidad.

- Una vez que el niño ha tenido una experiencia ésta pasa por un criterio de valoración que él mismo va a determinar: le dará un valor positivo si según su percepción esta experiencia favorece su desarrollo; y le dará un valor negativo si por el contrario estas experiencias las considera opuestas al enriquecimiento del organismo. En consecuencia el niño tenderá hacia las experiencias consideradas como positivas y se opondrá a aquellas que percibe como negativas.

Las experiencias que el niño va acumulando van a permitir que se diferencie éste de su medio ambiente, lo que permite que se vaya conformando el concepto del yo, ésto a su vez le facilita tener una experiencia de sí mismo como un organismo único. A medida que se desarrolla el yo, se crea concomitantemente una necesidad de consideración positiva, que llega a ser tan fuerte que algunas veces el individuo la prefiere a aquella experiencia que tenga un valor positivo para el desarrollo del organismo. Cuando las figuras significativas para el niño emiten juicios valorativos sobre las experiencias del pequeño, la valoración que éste tenga de sí mismo estará condicionado por su medio externo.

Rogers no presenta su teoría centrada en la persona en forma acabada y completa, por el contrario, él espera que sus principios sean el inicio de una larga investigación que enriquezcan y den dinamismo a este enfoque, para que no se convierta en un dogma que rigidice la teoría por él propuesta.

Los mismos principios psicoterapéuticos son aplicables a todo tipo de personas: "normales", "neuróticas" y "psicóticas", o sea, que todo ser humano tiende hacia el crecimiento no importa si tiene un nivel relativamente normal de desarrollo o si presenta algún grado de desajuste psicológico.

La psicoterapia en este enfoque presenta una alternativa al punto de vista tradicional; ya que el fundamento es la relación interpersonal constructiva, en la cual el consejero es congruente, puesto que su conducta externa va de acuerdo con sus sentimientos y pensamientos internos, acepta incondicionalmente además de empaticizar, lo cual dará por resultado un cambio terapéutico de parte del cliente.

Como se ha mencionado anteriormente Rogers propone la hipótesis de que ciertas actitudes del consejero (autenticidad, aceptación, aprecio no posesivo así como comprensión empática) constituyen las condiciones necesarias y suficientes para la efectividad terapéutica. El enfoque centrado en la persona sostiene que la función del terapeuta es estar presente y accesible al cliente. acom--

pañándolo en su camino hacia el desarrollo a partir de la experiencia terapéutica del aquí y el ahora.

Esta teoría no es un conjunto de técnicas ni un dogma. Su fundamento es un bagaje de actitudes y creencias que el terapeuta demuestra. Está caracterizado principalmente por ser una forma de vida en la que hay un encuentro entre dos personas: el cliente y el terapeuta; ambos se muestran con autenticidad y participan de una experiencia de crecimiento que les proporciona dicha relación.

Es importante señalar el énfasis que Rogers da al poder del individuo, ya que éste, en última instancia, es el que conoce más acerca de sí mismo, el que sabe lo que le conviene y el que va a decidir el rumbo que tome su vida.

Este punto de vista tiene implicaciones políticas que han revolucionado la imagen tradicional del terapeuta como un profesional que se caracteriza por ser paternalista, directivo, fomentador, de la dependencia, manipulador, y controlador; lo cual le provee -- un status que lo coloca como poseedor del conocimiento y un modelo a seguir para conseguir la perfección que posee.

El hecho de transferir el poder y el control del terapeuta a la persona constituye un cambio radical en el campo de la psicoterapia.

El autor no está de acuerdo con la necesidad de estable -

cer un diagnóstico antes de iniciar una terapia porque es un modelo médico que supone que al conocer la causa se puede controlar la situación, este conocimiento causal lo tiene el terapeuta, lo cual no le sirve de nada al cliente porque el cambio debe tener un origen interno, no externo.

El cliente es el único que tiene la posibilidad de conocer plenamente la dinámica de sus percepciones, es decir, quien hace -- el diagnóstico es el cliente a través de la terapia.

Otras objeciones al establecimiento de un diagnóstico por parte del terapeuta es que se favorece la dependencia y desvalorización de la persona, además de que tiene implicaciones sociales de control de una minoría sobre una mayoría.

3.- Título de la Terapia.

Terapia de juego no - directiva.

4.- Autor: Virginia M. Axline.

Virginia M. Axline es una de las principales representantes del enfoque centrado en la persona aplicado a niños, ha sido -- una entusiasta colaboradora de Carl R. Rogers en el desarrollo y -- aplicación de su teoría.

Su técnica llamada "terapia de juego - no directiva" ha --
puesto de manifiesto que los principios sustentados por Rogers son -
eficazmente aplicables en otros campos. Su trabajo con niños ha si-
do muy extenso, se han visto beneficiados desde niños con leves pro-
blemas emocionales hasta pequeños seriamente dañados.

Sus aportaciones al campo del consejo no - directivo han --
sido muy valiosas. Su trabajo profesional ha incluido investigacio-
nes con niños con incapacidades físicas, con problemas de aprendiza-
je, niños provenientes de orfanatos, de hogares sustitutos así co
mo también niños aparentemente sin ningún problema, haciendo de es-
ta manera hincapié en el carácter y utilidad profiláctica de la tera
pia.

Sus principales publicaciones son: Terapia de Juego, (1947),
Dibs, en busca del yo, (1984); Mental deficiency - symptom or disea-
se ? (1949); Non - directive therapy for poor readers (1947); play -
therapy and race conflict in young children (1948); play therapy ---
experiencias as described by child participants, (1950).

Además de estas publicaciones, Virginia, M. Axline trabaja
intensamente desarrollando y perfeccionando su terapia de juego no
directiva en el Child Guidance Center (Centro Infantil de Guía Psi--
cológica).

5.- Principios Fundamentales.

Los principios fundamentales de la terapia de juego no --
directiva están basados en la orientación no directiva del Dr. Carl
Rogers. Esta orientación está considerada como una filosofía y no
tanto como una técnica, ya que se refiere a la capacidad del ser --
humano y de su habilidad para ser autodirectivo. No es tampoco un
método, es algo mas que ésto: una forma de vida.

La teoría de la personalidad propuesta por Virginia M. Ax
line se basa en la idea de que existe una necesidad continua del --
ser humano para lograr su autorrealización , o sea, un impulso ha--
cia la madurez, la independencia y la autodirección. Esta necesi--
dad siempre está presente, pero necesita un ambiente favorable que
permita el crecimiento. Este se concibe como un proceso dinámico,
en constante cambio. A medida que el individuo madura, las experien
cias que tiene en su vida hacen que cambie el enfoque y la perspec--
tiva que tiene de su propia persona y entorno.

La personalidad se reorganiza constantemente, la experien
cia de ayer, el día de hoy tiene un significado totalmente diferen--
te. La personalidad es pues, por lo tanto, flexible. Cuando el --
hombre cobra conciencia de la posibilidad de cambio, aunada a la --
tendencia innata a la madurez y al crecimiento, le será posible, en
cualquier momento de su vida, siempre y cuando se le brinde un cli--
ma facilitador, dar un giro a su vida por completo si él así lo de

sea, planear su curso de acción y lograr así una vida mas plena.

Por otra parte, la autora menciona que el niño general --- mente acepta la vida tal como se le presenta, acepta también a las - personas con quienes convive, al niño le gusta crecer y luchar por - hacerlo. Cuando el niño satisface esta necesidad de crecimiento se dice que se encuentra bien adaptado. Un aspecto importante de esta aproximación se refiere a la persona " que parece no admitir ser --- clasificada, estereotipada o fragmentada." (Axline, 1983, p. 21). Cuando el niño se encuentra con barreras en el camino para alcanzar su realización se puede dificultar o imposibilitar la plenitud y -- el logro de la madurez. Esta barrera da origen a tensiones, friccio nes, inadaptaciones, angustias, que darán por resultados un niño ina daptado o problemático.

Axline propone una alternativa a esta conflictiva; la tera pia de juego no - directiva.

La terapia de juego no - directiva se basa en el hecho de que el medio natural de autoexpresión del niño es el juego. A partir de este supuesto, se le da al niño la posibilidad y oportunidad de - encontrar un clima facilitador que le permita crecer. El niño, por , medio del juego, puede actuar sentimientos, traerlos a la superfi -- cie, expresarlos abiertamente, reconocerlos como propios, enfrentar los, controlarlos o rechazarlos conscientemente. La terapia de juego es una experiencia única para el niño, en la que se siente que repenti

namente desaparecen las sugerencias, los mandatos, las críticas, -- las restricciones, las presiones y las reprimendas.

Esta terapia se basa en el hecho de que, en cada individuo, existe la capacidad para dirigirse y para resolver su problemática de forma efectiva, además de que tiende invariablemente a la madurez, lo que hace que la conducta madura llegue a ser mas satisfactoria que la conducta inmadura.

Esta terapia le permite al niño ser él mismo sin juicios, ni evaluaciones, se le acepta incondicionalmente; de esta forma, el individuo aprende a conocerse a sí mismo y a trazar su curso de acción sin presiones, abiertamente, sabiendo que lo que él decida es lo correcto para él mismo. Cuando el niño llega a conocerse a sí mismo, se convierte en su propio dueño y en un individuo verdaderamente libre.

Esta terapia es abierta y dinámica. Se inicia en el aquí y el ahora, y termina en el momento en que el paciente lo desee.

En esta terapia no se hacen diagnósticos previos a la terapia.

El individuo es aceptado en su etapa actual de crecimiento. Asimismo, las interpretaciones son evitadas puesto que no es importante para la terapia lo que sucedió anteriormente. Lo impor-

tante lo constituye el presente. Otra razón por la que las interpretaciones son evitadas, es porque el único que puede conocer profundamente sus motivaciones es la persona misma.

Las preguntas indagatorias tampoco se consideran pertinentes porque el individuo es el que decide lo que quiere decir y lo que es importante para él en ese momento.

Así mismo, esta terapia no considera necesario que el niño tenga conciencia de que tiene un problema ni que tenga insight para que se beneficie de la terapia. Es el clima facilitador del crecimiento el que le va a hacer tener una vida mas plena, no el conocimiento intelectual de sus conflictos.

Cabe señalar que la autora enfatiza que el individuo funciona como una integridad en donde no se puede separar el intelecto de los sentimientos. Las experiencias son vivenciadas por la persona en todos los niveles, incluso visceralmente; la implicación que tiene este supuesto para la terapia, es que se le da gran importancia a los sentimientos y emociones para que la persona las clarifique, las reconozca como propias, las afronte y las maneje.

6.- Objetivo(s) de la terapia.

El objetivo general de la terapia de juego no - directiva

propuesto por Virginia M. Axline, es devolverle el poder al niño -- para que éste pueda llegar a ser sí mismo, o sea, capaz de dirigir su propio crecimiento de tal forma que pueda resolver por sí solo - los problemas que se le presenten.

No se trata de "darle algo", sino mas bien de quitarle trabas que le impiden crecer y tener un desarrollo normal para lograr la madurez y la autorrealización.

La terapia de juego brinda una oportunidad vital al niño para que pueda expresar sus sentimientos y problemas, sus temores, su odio, su soledad, sus sentimientos de fracaso y desadaptación, - por medio del juego. Le da la oportunidad al niño de conocerse a - sí mismo a través de su relación con el terapeuta. Un aspecto fundamental en la terapia de juego es examinar el yo con la finalidad de orientar los valores individuales por medio de una evaluación interior honrada para poder así adquirir conciencia respecto a las diversas maneras de llegar a la autoafirmación, teniendo como meta el obtener la fuerza y el valor de llegar a ser sí mismo.

7.- Método.

7.1.- Población.

La terapia de juego no - directiva ha sido utilizada en - niños que van desde los cuatro años hasta la adolescencia.

La terapia puede ser individual o grupal. Aunque en ésta última se recomienda no exceda de un grupo de 7 niños. La forma --- grupal se recomienda principalmente a aquellos niños cuyas dificultades son fundamentalmente de tipo social, y la forma individual para aquellos cuyo problema se centra en una dificultad emocional. Esto no es una regla. La autora propone exponer al niño, si es posible, a los dos tipos de experiencia terapéutica, para que éste decida la forma mas adecuada para él.

En la terapia grupal se agrega un elemento de realidad, en donde el pequeño convive con otros niños y tiene que tomar en cuenta las reacciones y sentimientos de los demás.

A esta terapia son remitidos aquellos niños considerados - por los adultos que conviven con ellos como niños "problema"; son -- pequeños que canalizan sus tensiones hacia comportamientos poco constructivos, la gama es muy amplia, incluyen:

- a) niños con problemas emocionales
- b) niños con problemas de aprendizaje
- c) niños con problemas de lenguaje
- d) niños con impedimentos físicos
- e) niños considerados mentalmente sanos.

a) Niños con problemas emocionales.- En esta categoría -- están comprendidos aquellos pequeños que son considerados agresivos, inquietos, (son los que con mayor frecuencia se remiten a este ----

tipo de terapia) o por el contrario, inhibidos y retraídos, o aquellos casos en donde el problema es alguna sintomatología específica, como enuresis, encopresis, anorexia, astenia, terrores nocturnos, - pequeños robos, etc.

b) Niños con problemas de aprendizaje.- En este rubro se han tratado, por lo general, problemas en el aprendizaje del cálculo y la lectoescritura. Se ha observado que a menudo, el niño que no aprende es un niño perturbado. " Las sesiones de terapia de juego han probado ser de ayuda para solucionar los problemas de estudio al permitir al niño explorar sus sentimientos y actitudes, liberar sus emociones reprimidas y a través de todo el proceso de la terapia adquirir el desarrollo psicológico y madurez necesario para realizar sus labores escolares a satisfacción." (Axline, 1983, p. 67).

c) Niños con problemas de lenguaje. Si los problemas de habla y lenguaje tienen un origen emocional como en el tartamudeo, en las dislalias y en el lenguaje expresivo confuso, también pueden ser corregidos a través de la terapia de juego ya que la problemática emocional se refleja en toda la integridad del pequeño.

d) Niños con impedimentos físicos.- Los niños con cualquier tipo de impedimento físico como sordos, hipoacúsicos, ciegos, débiles visuales, con problemas motores, o parálisis cerebrales, pueden ser grandemente beneficiados por esta terapia si esta limitación está causando algún problema emocional.

e) Niños considerados mentalmente sanos.- Es importante recalcar que la terapia de juego no - directiva, conlleva un elemento preventivo que puede ser muy benéfico para aquellos niños que - aparentemente no tienen problemas. Se ha visto que éstos niños responden rápidamente a esta terapia, la cual es un apoyo para el crecimiento y maduración del pequeño. No hay razón para esperar que el niño tenga un conflicto grave para proporcionarle un clima facilitador del crecimiento, ya que si este se proporciona de manera preventiva se garantizará que el niño sea un individuo maduro, independiente, que tienda a la autorrealización.

La labor del psicólogo, en la medida de lo posible, debe ser preventiva, la terapia de juego no - directiva es una buena oportunidad para que así sea.

Aunque no se ha trabajado en este enfoque con niños débiles mentales ni con delincuentes, no se excluye la posibilidad del beneficio que pudieran obtener a través del mismo, sin embargo, sería necesario una mayor investigación y trabajo en este campo para corroborar los efectos de la terapia en esta población.

7.2.- Escenario y Encuadre.

Lugar.- El lugar en donde se desarrolla la terapia puede ser muy variado, aunque debe cumplir ciertos requerimientos:

a) ser espacioso (un lugar donde el pequeño pueda moverse libremente)

b) independiente (alejado de ruidos y personas extrañas - que puedan interferir en el desarrollo de la terapia)

c) seguro (un lugar libre de peligro para evitar cualquier daño físico para el niño).

Aunque lo mas apropiado es contar con un cuarto especial para la terapia, si no se cuenta con los recursos necesarios, se puede llevar a cabo en algún espacio de un salón de clases, en cuartos no ocupados en alguna sala de hospital o centro de salud, etc.; a donde el terapeuta lleva consigo los materiales de juego cada sesión.

Si las condiciones económicas y de espacio lo permiten, se puede contar con una habitación para terapia, la autora ofrece las siguientes sugerencias:

Que el cuarto se adapte contra ruidos, que cuente con un lavabo con agua caliente y fría, los pisos y paredes deben ser de un material lavable que facilite la limpieza.

Aunque exista un cuarto especial con las condiciones físicas óptimas, no se logrará el éxito terapéutico si no existe un clima facilitador, en donde el niño se sienta seguro, aceptado completamente, con la capacidad de decidir qué hacer, en donde él es el -

elemento mas importante, quien controla la situación; nadie lo critica ni lo regaña, puede hacer o decir lo que quiera y se rá siempre aceptado y respetado.

Tipo de material.- Los materiales de juego que se pueden utilizar en la terapia de juego no - directiva son:

Una familia de muñecos, biberones de plástico, casa de muñecas, inodoro de juguete, escobas, trapeador, teléfono, soldados - de juguete, pistolas, teatro guiñol, títeres, gises, pizarrón, pintura, cartulina, fotografías de personas y animales, periódicos, revistas, arcilla y arena.

La arena puede ser colocada en una caja grande, ésta facilita la expresión de los sentimientos del niño. Tiene la ventaja de ser un material fácilmente manipulable, sin riesgo de peligro, con la posibilidad de ser utilizada como el niño lo desee.

Respecto a la familia de muñecos, el terapeuta debe tener el cuidado de incluir a todos los miembros de una familia; papá, mamá, niños, bebé, abuelos, para que estén al alcance del niño todos los símbolos posibles. Si el espacio lo permite, es conveniente -- contar con un escenario donde se representen obras inventadas y actuadas por los mismos niños.

Todos los materiales deben colocarse en estantes a la vis

ta y altura del niño para que éste elija libremente el medio para expresarse. Los juegos de mesa así como los mecánicos no son muy recomendables porque no permiten fácilmente el juego expresivo.

Una regla importante es que todos los materiales deben ser sencillos, fáciles de manipular y resistentes.

Frecuencia de la terapia y honorarios.- Las sesiones en este enfoque se programan, por lo general, semanalmente y con duración de una hora.

La frecuencia de la terapia no está determinada por la problemática del sujeto.

Cuando se considera conveniente que el individuo asista a terapia individual y grupal, se recomienda programar dos sesiones semanales, una de ellas destinada a la sesión individual y la otra a la grupal.

Los terapeutas de este enfoque consideran importante que el cliente dé una gratificación económica al recibir la terapia, ya que esto puede facilitar que la persona se sienta comprometida con la labor terapéutica y esto propicie un mayor sentido de responsabilidad que le permita caminar hacia la independencia.

8.- Procedimiento.

Virginia M. Axline propone ocho principios que deben cumplirse para lograr el éxito terapéutico:

- 1.- Inicio de la relación.
- 2.- Aceptar al niño como persona.
- 3.- Propiciar un clima de permisividad.
- 4.- Reconocimiento y aceptación de los propios sentimientos.
- 5.- Respeto por el niño.
- 6.- El niño señala el camino a seguir.
- 7.- No acelerar el ritmo terapéutico.
- 8.- Finalizando la relación terapéutica.

1.- Inicio de la relación.- En el momento en que el pequeño entra en el cuarto de juegos, se inicia la relación terapéutica. Los primeros minutos en el cuarto de juegos pueden ser de tensión y expectancia, manifestada algunas veces por el llanto, por el apego al adulto que lo condujo a terapia o de una actitud de curiosidad exploratoria.

Desde este primer encuentro el terapeuta debe permitir que el niño tome sus propias decisiones, incluso de no entrar al cuarto del terapeuta, si él así lo decide, todo esto, sin que el terapeuta emita juicios de valor.

La forma en que el terapeuta establezca la relación va a

ser determinante en el éxito o fracaso de la terapia.

2.- Aceptar al niño como a una persona.- Esta aceptación se va a manifestar por la actitud del terapeuta que debe ser de respeto, tranquilidad, seguridad y amistad.

Asimismo, se deben evitar muestras de impaciencia, crítica o reproche.

El niño es muy sensible y capta cualquier actitud del terapeuta. Por ésta razón, éste debe ser consistente, eliminando todo halago o recriminación que en un momento determinado entorpezca y -- obstaculice la relación. " La total aceptación del niño parece ser de vital importancia para el éxito de la terapia." (Axline, 1983, -- p. 93). Esta aceptación, a la vez, no implica aprobar "todo" lo que haga el niño, esto perjudicaría el proceso terapéutico. Hay que tomar en cuenta que el niño expresa sentimientos negativos, que de ser elogiados pueden interferir en el crecimiento de éste.

Si el terapeuta trata de controlar al niño aunque sea su - tilmente, tal vez no logre la participación incondicional de éste y es probable que no se supere la problemática actual del sujeto. --- Una vez que el niño ha tomado una decisión, cualquiera que ésta sea, el terapeuta debe acatarla y respetarla. La aceptación del niño se

inicia con la terapia misma y no cesa hasta el término del proceso terapéutico.

La total aceptación por parte del terapeuta se ve reflejada en su tono de voz, en su expresión facial y en su actitud en general.

3.- Propiciar un clima de permisividad.- Lo primero que debe tomar en cuenta el terapeuta es que la hora terapéutica le pertenece al niño y éste puede utilizarla como desee. La permisividad que propicie el orientador debe crearse por el conjunto de sus actitudes y acciones.

Esta permisividad debe incluir el uso o indiferencia de los materiales al arbitrio del niño. La absoluta permisividad implica la ausencia de sugerencias para asegurar de este modo el éxito terapéutico.

Cualquier intervención no adecuada del terapeuta puede retrasar el camino a la independencia del niño.

Es un proceso que debe manejarse con cautela a lo largo de toda la terapia a partir del contacto inicial. " El niño debe confiar en el terapeuta, si él decide compartir sus sentimientos." (Axline, 1983, p. 101).

La atmósfera de la terapia debe ser neutral, sin censuras ni juicios valorativos. En la medida en que el niño experimenta la permisividad estará cada vez mas capacitado para valorarse por sí mismo y lograr la autorrealización.

4.- Reconocimiento y aceptación de los propios sentimientos.- El terapeuta debe ser muy sensible para percibir los sentimientos del niño en un primer momento y mas tarde tener la habilidad para reflejarlos de tal forma que el niño los reconozca como propios, los acepte y logre de esta manera profundizar en su autocnocimiento.

Reconocer los sentimientos no significa interpretar los mismos. El terapeuta no profundiza mas allá del nivel que el niño manifiesta. No trata de encontrar la causa del sentimiento, sino de comprenderlo en toda su magnitud, aceptarlo y hacerle sentir al niño que es comprendido y aceptado.

5.- Respeto por el niño.- El terapeuta debe respetar al niño en todo momento, ya que éste es el que tiene la responsabilidad sobre sí mismo. El niño le dará a su vida el giro que considere necesario. Cuando realmente se respeta al individuo en la terapia se habla de un enfoque centrado en la persona, ya que todo ser humano tiene la habilidad y responsabilidad para dirigir su propio crecimiento.

El respeto y la confianza que el terapeuta le brinda al niño producirán en éste un sentimiento de autorrespeto y autoestima que le permitirán lograr un mayor equilibrio. Este respeto se manifiesta en todo momento durante la terapia, ya sea, con la elección y uso del material, como en la decisión de utilizar la hora terapéutica en la forma que lo desee. Puede llevar a cabo cualquier actividad o incluso no tener actividad alguna, puede permanecer sentado, callado, dormido, armando alboroto, etc. El niño elige y se respeta esa decisión sin presiones ni sugerencias.

6.- El niño señala el camino a seguir.- El terapeuta no hace preguntas indagatorias, el niño sólo dice aquello que desea, sólo aquello que está preparado internamente para comunicar.

Como el terapeuta no expresa verbalmente alabanzas ni rechazos, ni críticas a las decisiones del niño, éste no se siente presionado a seguir ninguna pauta de comportamiento determinada, él es el que marca su propio camino, que invariablemente lo llevará a la independencia y autorrealización.

No siempre es fácil dejar que el niño guíe el camino, cuando el terapeuta percibe que con una pequeña ayuda, la persona llegará al fondo de su conflicto o a solucionarlo, se puede sentir tentado a darla, por ejemplo, haciéndole un pequeño interrogatorio, interpretando su comportamiento, dando un consejo, en estos casos se corre el riesgo de que el niño no esté aún preparado para dar ese paso

y que como consecuencia se retraiga y la terapia retroceda.

Es conveniente no correr este riesgo y esperar que el cambio, por pequeño que parezca proceda del interior del niño.

7.- No acelerar el ritmo terapéutico.- Se tienen que tomar en cuenta dos aspectos. En primer término, en el enfoque centrado en la persona se tiene un profundo respeto por el individuo, respeto que, como se mencionó anteriormente se refleja en todo el proceso terapéutico. En segundo término el niño por su naturaleza tiene un ritmo diferente al del adulto, éstos generalmente lo apresuran y presionan en su ritmo de vida.

Estos dos aspectos deben ser tomados en cuenta por el terapeuta para respetar el ritmo que el niño quiera darle a su propio proceso terapéutico, ya que, en última instancia, el niño es el conocedor mas profundo de su naturaleza y por ende de su problemática.

En algunas ocasiones pudiera parecer que la terapia tiene un ritmo demasiado lento, que pudiera aprovecharse mas si se agilizará. Pero el terapeuta no debe olvidar que el crecimiento es un proceso gradual y continuo que emana del interior del individuo.

8.- Finalizando la relación terapéutica.- La decisión de dar por terminada la terapia siempre va a provenir del niño. Es él el que va a valorar su trabajo y va a decidir en qué momento está -

preparado para enfrentar sin ayuda del clima facilitador que le proporciona la terapia, su propia problemática y las resoluciones que le permitirán ir creciendo y convirtiéndose gradualmente en una persona cada vez mas independiente y madura.

9.- Roles.

a) El terapeuta.- La terapia centrada en la persona no es simplemente un método o cúmulo de técnicas que deban aplicarse al pié de la letra por un consejero adiestrado en ellos, es mucho mas que eso, es una actitud ante el ser humano, una forma de vida profundamente arraigada en la naturaleza del terapeuta, el cual utiliza -- en la terapia métodos y técnicas sistemáticas y congruentes con su -- forma de vida.

El profesional de la ayuda trabaja con la hipótesis inicial factible de ser verificada o refutada. " El individuo tiene la capacidad suficiente para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la -- conciencia." (Rogers, 1972, p. 36), el terapeuta va a actuar coheren -- temente con este supuesto.

Parecería ser que el consejero en la hora terapéutica tiene una actitud pasiva, en donde su único papel es escuchar al clien-

te, esto no es verdad ya que requiere:

- 1º de toda su atención y sensibilidad.
- 2º de su entendimiento e interés genuino en el niño,
- 3º de una actitud permisible, flexible y accesible,
- 4º de una actitud de respeto y aceptación hacia el niño,
- 5º de la capacidad de comunicar verbalmente y hacer sentir al pequeño que se le atiende, comprende, permite, respeta y acepta.

Así mismo el terapeuta debe tener las siguientes características: ser honesto y sencillo, no dirigir, no sugerir ni apresurar, debe ser paciente, maduro, bondadoso, comprensivo y constante. Un buen terapeuta debe poseer firmeza en sus convicciones, -- abordar las relaciones con firmeza, confianza, seguridad, calidez emocional, comprender el problema del niño en su totalidad, entenderlo empáticamente, esto es, desde el marco de referencia del pequeño, aunque no hay que perder de vista que no es conveniente involucrarse a tal grado que se pierda la objetividad, porque el terapeuta debe tener presente que el problema es del niño, y que es él el que tiene que encontrar la mejor manera de solucionarlo y de esta manera favorecer su independencia a lo largo del proceso terapéutico.

b) El niño.- El niño en el cuarto de juegos es la persona mas importante, él tiene poder sobre sí mismo, es capaz de tomar decisiones sin temor a la represión, es totalmente autodirectivo y

libre, él puede escoger qué hacer durante su hora de terapia, él -- puede incluso permanecer tan indiferente como una piedra, el niño - puede experimentar y expresar abiertamente sus sentimientos de agre- sión, afecto, miedo, etc., así como sus impulsos sin restricciones, reprimendas ni críticas, no se le regaña ni se le obliga, no tiene que competir con nadie, no es manipulado por nadie, siempre se le - aceptará incondicionalmente. El ritmo de la terapia es marcado por el propio niño, que decide cuándo y en qué momento aflorar sus sen- timientos, él es el total responsable de su hora de terapia, el niño guía el camino; el terapeuta lo sigue.

c) Los padres.- A diferencia de otras terapias, en la apro- ximación centrada en la persona no es indispensable la intervención directa de los padres para el éxito terapéutico, aunque no se niega la utilidad de que si los padres se involucran en el proceso tera- péutico, ésto acelerará la resolución de la problemática del niño, sin embargo, es innegable que el niño puede ser el generador del cam- bio en su medio ambiente familiar. Antes de la iniciación de la te- rapia puede existir un círculo vicioso en la relación padre - hijo, al sentirse el niño aceptado, respetado, con libertad y responsabi- lidad, generará un sentimiento de equilibrio y madurez que forzoza- mente se reflejará en la relación con sus padres, y esto puede ser un punto de partida hacia una actitud mas positiva entre ambos. Es- to no significa que muchas veces no sea necesario un cambio ambien- tal, hay ambientes que obstaculizan el crecimiento, mientras que -- hay otros que lo facilitan, pero lo que Axline enfatiza es la capa- cidad de adaptación y de afrontar situaciones que enfrente el ni

ño, aún cuando éstas sean hostiles y no deseables.

La autora reporta casos en los cuales, aún no teniendo -- contacto con los padres y a veces sin conocerlos, los resultados -- terapéuticos han sido halagadores ya que ha habido mejoría en el me dio ambiente cotidiano del pequeño.

10.- Recomendaciones.

Las recomendaciones propuestas por la terapia de juego no directiva son pocas, pero de gran importancia, éstas incluyen las - relacionadas con la seguridad del niño, del terapeuta y del cuarto de juegos.

En cuanto a la seguridad del niño se deben evitar todas - aquellas acciones o materiales que por sentido común puedan lasti - mar física o emocionalmente al niño. La autora no considera de va - lor terapéutico aquello que pueda poner en peligro la integridad del sujeto. En cuanto a esta limitación el terapeuta debe ser firme y determinante y no permitir la acción peligrosa, por el contrario, - debe facilitar la expresión verbal o la actividad lúdica para el - manejo del sentimiento que provoca el deseo de realizar esa acción.

Si la prohibición causa un sentimiento de rechazo o de -- enojo hacia el terapeuta, también es importante que éste comprenda,

acepte y refleje dicho sentimiento. La autora considera que es de gran importancia enfrentar al niño a las limitaciones que tiene en la vida real en lugar de permitirle dar rienda suelta a acciones -- destructivas, esto dará por resultado que el niño pueda manejar mas adecuadamente sus relaciones interpersonales.

El uso que el niño hace de los materiales le permite de manera mas adaptativa y constructiva desahogar los sentimientos agresivos.

Respecto a la seguridad del terapeuta es importante no permitir ningún tipo de agresión física, que provenga del niño, no sólo por la integridad física del consejero, sino también por el daño que esto puede causar a la relación terapéutica, ésta tiene como base el respeto mutuo, y los dos involucrados, niño y terapeuta, deben manifestarlo en todo momento.

En cuanto a la seguridad del cuarto de juegos no se debe permitir destruir deliberadamente el área, como son ventanas, pisos, puertas, paredes, etc.

Algunos terapeutas con este enfoque sugieren que en las primeras sesiones se expongan las limitaciones que el niño debe acatar durante la hora terapéutica; otros piensan que esto provocaría inhibición en algunos y una actitud de desafío y reto en otros. -- Virginia M. Axline considera que es mejor dejar que la situación --

transcurra libremente hasta que surga la necesidad de imponer una limitación, esto dará por resultado que la terapia progrese con mayor rapidez.

Un aspecto fundamental respecto a las recomendaciones en este enfoque lo constituye la actitud firme y consistente del terapeuta, esto le proporciona al niño un marco de seguridad y confianza donde puede tener mayor control sobre la situación.

Hay que recordar también que la aceptación genuina por parte del consejero debe manifestarse en todo momento, ya que si un niño infringe una limitación, el terapeuta debe estar alerta para que su actitud no provoque en el niño sentimientos de culpa, deberá solamente reflejar los sentimientos que llevaron al niño a realizar tal acción.

El factor tiempo es una de las mas obvias limitaciones que deben respetarse por ambos. Si el terapeuta no puede cumplir en alguna ocasión con el horario establecido debe comunicárselo al niño con anterioridad, si el pequeño no llega puntualmente a su cita, esta de cualquier forma deberá terminarse a la hora estipulada. Durante la sesión el niño puede abandonar en cualquier momento el cuarto de juegos, pero si ha tomado esta decisión se dará por terminada su hora terapéutica y no podrá regresar sino hasta la siguiente sesión.

Por otra parte, los materiales utilizados en la terapia - deben ser resistentes y en la medida de lo posible irrompibles, si éstos son destruidos accidentalmente el terapeuta debe manifestarle al niño que fué un accidente. No debe permitir que se destruyan los materiales deliberadamente, pero si ésto llega a suceder, el papel del terapeuta es también reconocer el hecho y reflejar el sentimiento que llevó al niño a esa acción.

Otra recomendación con respecto al material es revisar -- éste regularmente para sustituir el que se encuentre deteriorado además de tener cuidado que la habitación se encuentre en orden antes de la llegada del niño a sesión, no dejar los materiales acomodados de tal forma que sugieran un determinado juego. Es conveniente en algunos casos cubrir la ropa de los niños con una bata o mandil --- para que no manchen o ensucien su ropa y pueda ser éste motivo de - angustia del niño o de conflicto con los padres.

CAPITULO III .

APROXIMACION CONDUCTUAL .

Antes de iniciar la revisión del presente enfoque, cabría - hacer un comentario: el conductismo, desde sus orígenes, se ha abocado al estudio de la conducta observable, cuantificable y sujeta a verificación, sin tomar en cuenta los elementos subyacentes a la misma, como serían los sentimientos, las emociones, etc.

Dado que el objetivo de esta tesis es proporcionar alternativamente de tratamiento para niños con problemas emocionales en la educación, este enfoque en particular presenta una serie de dificultades; no existe una terapia conductual para problemas emocionales - porque en esta aproximación se enfatiza exclusivamente la conducta, sin importar si ésta es producto de un problema emocional o no. Por esta razón todas las conductas son factibles de ser tratadas por el mismo método conductual experimental, no se hace diferencia entre el tratamiento de una conducta que conlleva una problemática emocional y cualquier otro tipo de conducta.

Se abordó este enfoque porque las técnicas y procedimientos que propone, constituyen herramientas prácticas que le permiten al terapeuta modificar conductas específicas con una etiología emocional, como pudieran ser la enuresis, la encopresis, la drogadicción, el tabaquismo, las fobias, el alcoholismo, entre otras. Las técnicas revisa

das en el presente capítulo estarán siempre orientadas a la solución de este tipo de conductas.

1.- Antecedentes Filosóficos y Psicológicos.

Las corrientes filosóficas que tuvieron influencia en el -- conductismo, las podemos encontrar en el siglo XIX. Durante esta -- época las ciencias naturales tuvieron un gran avance, los grandes - descubrimientos se apoyaban en instrumentos precisos y métodos de investigación sistemáticos. La física y la biología hacían gran énfasis en la observación y experimentación, de ahí que solamente tenían validez aquellos fenómenos avalados por el método científico.

Estos éxitos en las ciencias empíricas incidieron en una u otra forma en las ideas de los estudiosos del alma humana. La psicología entonces era considerada como una rama de la filosofía y basada fundamentalmente en la especulación.

Surge en ese momento la corriente filosófica denominada positivismo, cuyo principal representante fué Augusto Comte, quien -- afirmaba que en las ciencias sociales (dentro de las cuales se encontraba la psicología) como en las naturales, era necesario desprenderse de prejuicios y presuposiciones. El fin de la psicología era alcanzar la neutralidad objetiva propia del físico, del químico y del biólogo. El método de estudio de la psicología debía ser igual al de las ciencias naturales, con los mismos procedimientos de investigación

y su observación debía ser igualmente neutra, objetiva y destacada de los fenómenos naturales.

Tomando como base el positivismo Comtiano, se inicia la nueva era de la psicología, que deja de ser especulativa para convertirse en empírica y científica. Con la institución del primer laboratorio de psicología experimental creado por Wundt, en 1879, se marca el inicio de la psicología científica y experimental, tratando de explicar los fenómenos con una aproximación determinista y mecanicista, en contrando las relaciones causa-efecto, que hicieran posible enunciar las leyes generales del comportamiento humano.

En este contexto surgen los trabajos realizados por el fisiólogo soviético Ivan Pavlov, que introduce conceptos básicos conocidos actualmente como condicionamiento clásico, donde demostraba que, a nivel fisiológico, era posible condicionar los reflejos de un organismo, este hallazgo tuvo gran influencia en los psicólogos norteamericanos que, al mismo tiempo, inciden en el campo del condicionamiento, no a nivel fisiológico ni reflejo, sino abocándose a la modificación de conductas específicas. Los primeros intentos en este campo fueron realizados por Thorndike (1913), quien postuló en su "ley del efecto" que toda conducta se aprende en función de su efecto. Posteriormente Watson (1920), cambia radicalmente la concepción de los psicólogos estadounidenses acerca de la naturaleza humana, al demostrar en forma por demás impactante, el aprendizaje del miedo, con el famoso experimento del niño Alberto, un infante de nueve meses que apren-

dió a temer a las ratas al presentarse un sonido fuerte cada vez que el pequeño tocaba al animal. Después de algunos ensayos el niño emitía respuestas de llanto y sobresalto vigoroso, ante la sola presentación de la rata, precisamente con este caso clínico tuvo su origen -- conceptual la terapia conductual. Años más tarde, Mary Cover Jones - (1924), siguiendo las sugerencias de Watson en el tratamiento de fobias, empleó este método para la superación del miedo, utilizando con éxito un tratamiento sistemático. Mowrer y Mowrer (1938) desarrollaron una técnica para el tratamiento de la enuresis, empleando para ello un circuito eléctrico conectado a la almohada del niño, el cual activaba un timbre al humedecerse la cama, esta técnica tiene gran aceptación aún en la actualidad.

Uno de los representantes mas relevantes de esta aproximación es, sin duda, B.F. Skinner (1938, 1953), quien tuvo una influencia decisiva en el desarrollo de la corriente conductista. La investigación que realizó en el campo del aprendizaje por medio del condicionamiento operante y la verificación de las relaciones causa-efecto en la conducta de los organismos, realizada por medio del análisis experimental de la conducta, contribuyeron a formar una base sólida de constructos y técnicas que posteriormente serían ampliamente aplicados y verificados.

A finales de la década de los 50, surgieron tres diferentes tendencias que conformaron de manera simultánea lo que hoy se conoce como Terapia Conductual.

La primer tendencia es representada por la obra de J. Wolpe y A. Lazarus, en Sudáfrica. Wolpe demostró que el miedo y la ansiedad neurótica en los humanos, era un proceso aprendido y que por tanto, aplicando los principios de aprendizaje del condicionamiento operante, podría lograrse un cambio en esa conducta que interfería con la adaptación del sujeto a su medio ambiente. Las técnicas empleadas con mayor frecuencia por estos autores son: La desensibilización sistemática y la inhibición recíproca. En esta tendencia también se incluye la labor de M. B. Shapiro y H.J. Eysenck, en Londres, quienes querían enfatizar la teoría de Hull y del condicionamiento clásico para su aplicación en el campo clínico. Todos ellos trabajaban en experimentos - - hechos con animales en laboratorio, les provocaban ansiedades que luego, por medio de técnicas específicas, eliminaban, estos experimentos se realizaban posteriormente con seres humanos.

Una segunda tendencia del desarrollo de la terapia conductual proviene de trabajos de O.R. Lindsey y B.F. Skinner, quienes iniciaron investigaciones en un hospital para enfermos mentales, utilizando técnicas de reforzamiento. El hospital era tratado como una gran caja de Skinner, en donde se aplicaban los principios del condicionamiento operante con su rigidez y control experimental.

La tercera tendencia la constituye la obra de Bandura, - - Baer, Rotter y Perry, entre otros, quienes inciden en el área del - - aprendizaje social, del aprendizaje por imitación, enfatizando la importancia de la exposición a modelos.

En la actualidad los trabajos realizados por A.J. Yates representan una aplicación actual y sistemática de la terapia conductual, que puede ser de gran utilidad en la resolución de una amplia gama de problemas.

2.- Fundamentos Teóricos.

Como se mencionó anteriormente, la terapia conductual aplica los principios del análisis conductal a la modificación de la conducta del ser humano, que finalmente lo lleve a una adaptación mas adecuada a su medio ambiente.

A continuación se enumerarán los principales conceptos que fundamentan esta terapia:

Conducta.- Todo lo que hace un organismo.

Respuesta.- Unidad de la conducta o parte de la misma, distinta o recurrente.

Estímulo.- Acontecimiento físico, combinación de acontecimientos o relaciones entre los mismos. Acontecimiento, evento o condición física que afecta la conducta.

Estímulo Discriminativo.- Es un estímulo antecedente que -- produce respuestas y que marca la ocasión ante la presencia de éste, -- de que la conducta que aparezca tenga una consecuencia.

Reforzador.- Es un estímulo consecuente que, puesto como consecuencia de una respuesta, aumenta la probabilidad de la misma.

Reforzador Positivo.- Es un evento o estímulo que, aplicado después de la respuesta, incrementa la probabilidad de ésta.

Reforzador Negativo.- Es un evento o estímulo que, al retirarlo después de la respuesta, incrementa la probabilidad de ésta.

Castigo.- Es la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de un estímulo reforzante que, aplicado como consecuencia de una respuesta, decrementa la probabilidad de la misma.

Castigo Positivo.- Es la presentación de un estímulo aversivo que reduce la probabilidad de la respuesta.

Castigo Negativo.- Es la eliminación de un estímulo reforzante que reduce la probabilidad de la respuesta.

Condicionamiento Operante.- Llamado también instrumental, - consiste en modificar la probabilidad de una respuesta a través de sus consecuencias.

Condicionamiento Clásico.- Es un procedimiento por medio del cual, un estímulo que inicialmente no provocaba la respuesta, cuando es apareado sistemáticamente con otro estímulo que sí la provoca (Estímulo Incondicional), adquiere la capacidad de evocarla en ausencia de este último.

Estímulo Neutro.- Es aquel que por sí solo no provoca una -

respuesta en particular.

Estímulo Incondicionado.- Es aquel que, de modo seguro y -- por sí solo, provoca una respuesta particular.

Estímulo Condicionado.- Es un evento neutro que inicialmente no provoca una respuesta y que, apareado con el estímulo incondicionado, adquiere la capacidad de evocar la respuesta que este provoca.

Conducta Operante.- Es aquella que es comprendida como relacionada funcionalmente a sus consecuencias en el medio.

Conducta Respondiente.- Aquella que es provocada por estímulos específicos y que se correlaciona directamente con el Sistema Nervioso Autónomo.

Discriminación.- Cualquier diferencia entre las respuestas ante estímulos diferentes.

Generalización.- Emitir la misma respuesta ante estímulos diferentes.

Extinción.- Consiste en la suspensión del reforzamiento hasta que la conducta emitida por el sujeto deje de presentarse.

3.- Título de la Terapia.

Terapia Conductual Infantil.

4.- Autor: Aubrey J. Yates

La obra del Profesor Yates, como él mismo lo afirma, está influenciada por diversos autores dentro del campo de la psicoterapia conductual, específicamente por el Dr. M.B. Shapiro, el profesor H.J. -- Eysenck, así como por los profesores J. Wolpe y A. Lazarus.

Yates ha recopilado e integrado las técnicas utilizadas por estos autores y las ha aplicado en diversos campos. Así mismo ha -- aplicado las técnicas de condicionamiento operante tradicionales y ha probado su validez en la modificación de conducta infantil.

Algunas de sus principales investigaciones en el campo de la enuresis, las fobias escolares, los tics, el tartamudeo y las anomalías de la función psicomotora, son las siguientes:

- The modification of excessive frequency of urination: a case study, 1975.
- Behavioral analysis in a case of excessive frequency of -- micturition, 1972.
- Recent empirical and theoretical approaches to the experimental manipulation of speech in normal subjects and in -- Stammerers, 1963.
- Abnormalities of psychomotor functions, 1960.
- The application of learning theory to the treatment of tics. 1958.

5.- Principios Fundamentales

Dentro de la terapia conductual infantil, Yates ha utilizado dos grandes procedimientos que son:

- 1) Técnicas de Condicionamiento Operante
- 2) Técnicas de Desensibilización Sistemática

1) Técnicas de Condicionamiento Operante

Estas técnicas se basan en el principio de que las causas y los controles de la conducta problemática se pueden identificar objetivamente y utilizarse en el tratamiento.

En primer término la conducta que se intenta modificar se observa con cuidado en un análisis conductual, éste ocupa el lugar de diagnóstico tradicional, esto es, se especifica clara y objetivamente la conducta problemática, además de la especificación de las conductas no problemáticas.

Se analiza el contexto en el que ocurre la conducta, investigando los estímulos y eventos que anteceden a ésta, también se investigan los resultados o consecuencias de la misma. Cuando se han especificado claramente los estímulos antecedentes y consecuentes que controlan la conducta, se estará en posibilidad de modificarla.

Además de realizar lo anterior, también se hace un análisis

de los eventos reforzantes, de los castigos, así como de las motivaciones que pueden influir en la conducta del niño.

Una vez que el terapeuta conductual tiene bien claro el problema (la conducta, los estímulos antecedentes y consecuentes de la misma, así como los reforzadores y castigos capaces de alterarla), se procede a hacer una medición de la conducta. Esta medición se hace por medio de registros sistemáticos. En la terapia conductual la medición de la conducta previa al tratamiento se denomina Línea Base, ésta se hace con la finalidad de determinar qué tan frecuentemente ocurre dicha conducta, antes de hacer cualquier intento por cambiarla. La Línea Base indica también la magnitud de la conducta y sirve de parámetro para hacer comparaciones durante el tratamiento y al final -- del mismo, ésto como una especie de retroinformación.

Existen diferentes tipos de registros observacionales para poder medir la conducta que se intenta modificar, éstos son:

- a) Registro anecdótico
- b) Registro de frecuencia
- c) Registro de duración
- d) Registro de ensayo
- e) Registro de productos permanentes

a) Registro anecdótico.- Este tipo de registro es el más elemental que existe, y consiste en describir en la forma mas clara posible todos los eventos que se presentan cuando el sujeto interactúa

con su medio ambiente. Este es un registro preliminar que se utiliza cuando no se tiene claramente especificada la conducta problemática o cuando, habiéndose identificado, no se han determinado las situaciones en las que se presenta.

b) Registro de frecuencia.- Este tipo de registro cuantifica las veces que ocurre una determinada conducta en un intervalo de tiempo. Se utiliza para medir aquellas conductas que pueden ser claramente cuantificables, por ejemplo: el número de veces que el niño grita durante la clase; número de veces que el niño pide permiso para salir del salón de clase; etc.

c) Registro de duración.- En este registro se mide el tiempo que dura la conducta, desde el inicio hasta el fin de la misma, especificando el lapso empleado en su emisión. Este registro es utilizado en aquellas conductas en las que la duración de la misma es lo que interesa; por ejemplo: el tiempo que el niño se chupa el pulgar en un lapso de una hora; el tiempo que el niño tarda en ingerir sus alimentos.

d) Registro de ensayo.- Este registro consiste en proporcionarle al sujeto un estímulo para que éste emita una respuesta en un tiempo determinado. Este registro se utiliza en situaciones de prueba o interrogatorio, en donde el sujeto tiene que responder ante situaciones claramente especificadas.

e) Registro de productos permanentes.- El último tipo de -

registro observacional consiste en cuantificar los productos que se quedan como testimonio de la emisión de la conducta. - Ejemplos de este tipo de productos son las pruebas escritas, la grabación de la voz de un niño, etc.

Una vez que se ha establecido la Línea Base por medio de registros observacionales, se implementa un programa conductual específico para el problema en particular.

Las técnicas conductuales variarán de acuerdo a la modificación que se le intente hacer a la conducta, así encontraremos procedimientos:

- a) Para incrementar la conducta
- b) Para decrementarla
- c) Para mantenerla

a) Técnicas para incrementar la conducta:

Reforzamiento positivo.- Esta técnica tiene por objeto aumentar la probabilidad de ocurrencia de una respuesta y tiene el efecto de incrementar la intensidad o la frecuencia de dicha conducta, y consiste en presentar inmediatamente después de la emisión de la misma un estímulo reforzante o agradable para ese sujeto. Esta técnica es ampliamente utilizada por su comprobada efectividad, aplicándose cada vez con mayor frecuencia para la resolución de problemas infantiles. Un ejemplo de esta técnica son los premios tangibles y reforzamiento social que los maestros otorgan a los niños cuando éstos han cumplido con los deberes escolares.

Reforzamiento negativo.- Cuando se incrementa una respuesta mediante el cese o eliminación de un estímulo aversivo ha ocurrido lo que conocemos como reforzamiento negativo, en otras palabras, se suspende un estímulo desagradable para el niño y, de esta forma, se incrementa la conducta. Un ejemplo de esta técnica es que el niño aumenta su conducta de estudiar para evitar un estímulo desagradable, como el ser llamado "burro".

Moldeamiento.- Técnica que consiste en el reforzamiento diferencial de las aproximaciones sucesivas a una respuesta particular que se intenta crear y que, efectivamente, reduce los límites de la clase operante. Cuando se quiere que un niño desarrolle una conducta que aún no conoce, ésta se puede moldear paulatinamente. De esta forma el moldeamiento constituye un proceso gradual para reforzar selectivamente conductas que se encuentran más próximas a la conducta meta. La conducta de hablar puede establecerse a partir del balbuceo, reforzando cada vez las exclamaciones que se parezcan más a los fonemas -- que forman el idioma.

Modelamiento o imitación.- Técnica que consiste en que un sujeto emita conductas de otro sujeto (modelo), sin que haya consecuencias tangibles para el primero. La conducta se aprende simplemente observando a un modelo y luego intentando imitarlo; el reforzamiento se encuentra en lograr la imitación perfecta del modelo. Esta técnica ha demostrado su eficacia y utilidad con niños, ya que constituye una conducta "natural" en ellos. Los niños aprenden conductas complejas como el hablar, imitando los modelos con los que interactúan.

Principio de Premack.- El principio de Premack sostiene -- que al hacer que las conductas de alta probabilidad sean contingentes a las conductas de baja probabilidad, se incrementarán estas últimas. Una conducta de baja probabilidad pudieran ser las tareas escolares y una de alta probabilidad jugar football. El principio de Premack establece que hacer contingente el terminar la tarea con que el niño pueda salir a jugar football, incrementa la probabilidad de que se presente la conducta de hacer la tarea.

b) Técnicas para decrementar la conducta:

Castigo.- El castigo, en general, como anteriormente se -- había definido, es la presentación de un estímulo aversivo que, como consecuencia de una conducta decremента la intensidad o frecuencia de la misma.

Existen dos tipos de castigo:

- Castigo positivo o estimulación aversiva
- Castigo negativo o costo de respuesta

El castigo positivo consiste en presentar al sujeto un estímulo aversivo como consecuencia de una conducta emitida. El resultado será que se decremente la probabilidad de ocurrencia de esa conducta, al menos por un tiempo. Un ejemplo de este tipo de castigo son las reprimendas verbales por parte de la maestra (estímulo aversivo) que, como consecuencia de su presentación, los niños dejan de emitir la conducta ruidosa que antes presentaban.

El castigo negativo o costo de respuesta, es una técnica en la cual se quitan o no se emplean reforzadores positivos como consecuencia de una conducta, con la finalidad de decrementar la intensidad o frecuencia de la misma. En este tipo de castigo la conducta realmente cuesta algo, ya que hay pérdida del reforzamiento. Este principio puede ejemplificarse con el uso de multas en el salón de clases, ante la presentación de conductas interruptoras de las tareas académicas, - estas conductas se decrementarán ya que la "mala conducta" les "costará" a los estudiantes.

Una variación del castigo negativo es la técnica de Tiempo-Fuera, que consiste en la eliminación de la probabilidad de obtener un reforzamiento positivo durante un tiempo determinado como consecuencia de una conducta, el efecto es el decremento de ésta. La mayoría de las veces la atención que una persona le brinda a otra va a funcionar como reforzador positivo; si al niño se le priva de la oportunidad de obtener esa atención, manteniéndolo aislado durante algún tiempo, - se decrementa la probabilidad de que se emita la conducta no deseada.

c) Técnicas para mantener la conducta:

Desvanecimiento.- Es una técnica que consiste en ir quitando gradualmente los estímulos de apoyo que facilitan o mantienen la conducta del sujeto.

Cuando se intenta mantener una respuesta se pueden emplear diferentes programas de reforzamiento, unos provocan tasas mas altas -

de respuesta y mayor resistencia a la extinción que otros. Los programas se dividen en programas de razón y programas de intervalo. Un programa de razón es aquel en el cual la respuesta es reforzada solamente después de haberse emitido cierto número de respuestas. Un programa de intervalo es aquel en el cual la respuesta es reforzada después de pasado cierto tiempo.

Los programas de razón y de intervalo pueden tener dos modalidades: fijos o variables. El resultado de la combinación de estas cuatro variaciones (razón, intervalo, fijo, variable), es el siguiente:

- Programa de razón fija
- Programa de razón variable
- Programa de intervalo fijo
- Programa de intervalo variable

Programa de Razón Fija.- Es aquel en el cual se establece de antemano el número de respuestas que el organismo debe emitir para obtener el reforzamiento, es importante que el número de respuestas requeridas para que se dé el reforzamiento sea siempre el mismo.

Programa de Razón Variable.- En este programa el número de respuestas requeridas para otorgar el reforzador es variable, es decir, el experimentador establece de antemano el promedio de respuestas que debe emitir el sujeto para obtener reforzamiento. El reforzador se dará algunas veces con un número de respuestas y otras con otro, de forma tal que el sujeto no pueda prever la respuesta exacta que será re-

forzada, aunque el experimentador tiene siempre cuidado de que el promedio de respuestas reforzadas sea constante.

Programa de Intervalo Fijo.- En este programa el lapso entre un reforzamiento y otro es siempre el mismo, sin tomar en cuenta el número de respuestas que el organismo emita en este período.

Programa de Intervalo Variable.- Al igual que en el programa de Razón Variable, el sujeto no sabrá en que momento recibirá el reforzador, porque éste es dado con una frecuencia variable, aunque el promedio de intervalo siempre será el mismo.

Se ha encontrado que en general los programas de razón producen una tasa más alta de respuestas que los de intervalo, y los programas de razón e intervalo variable son más resistentes a la extinción que los fijos. Si se quiere mantener la conducta hay que tomar en cuenta las características del programa que se va a aplicar.

Las técnicas anteriormente descritas deben ser valoradas, para elegir aquellas que con mayor probabilidad ayuden en la resolución de un problema en particular. El terapeuta debe, además, cuidar que durante la intervención se realicen evaluaciones formativas, que son aquellas que tienen el objeto de retroalimentar, tanto al terapeuta como al niño, acerca de la eficacia del programa de intervención. Permite, además, precisar con claridad el grado de avance paulatino del sujeto y también determinar si el programa implementado es el adecuado. Esta evaluación formativa se realizará por medio de los mismos regis-

tros observacionales utilizados en la Línea Base, procurando hacerse - en condiciones similares a los del inicio del tratamiento.

La última etapa de un programa terapéutico conductual incluye hacer un análisis objetivo de los resultados obtenidos en la intervención, con este propósito se utilizan nuevamente las mismas fuentes de información y en las mismas condiciones que fueron empleadas al inicio del tratamiento. Los datos graficados se comparan con los obtenidos en la Línea Base y, de esta forma, se determina la efectividad final - del tratamiento.

La meta de cualquier programa de modificación de conducta es adaptar al individuo a su medio ambiente, por lo que es necesario que las conductas aprendidas durante el tratamiento se presenten en situaciones cotidianas de la vida del niño, es entonces necesario programar en el tratamiento la transferencia y mantenimiento de la respuesta a - situaciones reales. Aunque ya se hizo mención de las técnicas para - mantener la conducta, sería conveniente tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Sustituir paulatinamente los reforzadores utilizados dentro del tratamiento, por reforzadores que ocurran en el escenario natural.
- Entrenar a padres, maestros y a figuras significativas en - la vida del niño, para administrar en el ambiente natural - los reforzadores que demostraron ser eficaces en la modificación de la conducta.

-Eliminar gradualmente las contingencias (reforzamiento o castigo) que durante el entrenamiento han logrado modificar la conducta, ésto con el objeto de no eliminar abruptamente las contingencias que puedan hacer regresar la conducta a la Línea Base. Es importante que las consecuencias se retiren hasta que la conducta se encuentre bien establecida y se emita consistentemente.

-Variar las condiciones del entrenamiento.- Una forma de programar el mantenimiento de la respuesta, y además lograr la transferencia de ésta, es entrenar la conducta "objetivo" en una amplia gama de situaciones y en la presencia de diferentes individuos.

-Autocontrol.- La última estrategia aquí mencionada para lograr el mantenimiento de una conducta, es entrenar al propio individuo para que se encuentre capacitado para controlar su conducta, de esta forma se hace mas probable que los logros conductuales se mantengan aún cuando se retire el programa, porque el individuo aprende a reforzar o a castigar su propia conducta, es decir, se autoaplica las mismas técnicas que el terapeuta usó en el tratamiento. Por ejemplo, un niño puede aprender a decir "lo hago muy bien", incluso sin que alrededor se encuentre nadie.

2) Técnicas de Desensibilización Sistemática:

Cuando una persona ha desarrollado una hipersensibilidad -

hacia un estímulo en particular y ésto le provoca una disfunción en su comportamiento, se puede contrarrestar gradualmente el estado de desequilibrio interno por medio de la Desensibilización Sistemática. Esta técnica tiene sus orígenes en investigaciones de laboratorio realizadas por Wolpe (1948-1958), en donde, después de haber producido una neurosis experimental en gatos enjaulados, por medio de la aplicación de choques eléctricos, se observó que las respuestas neuróticas de ansiedad se emitían en presencia de la jaula y de los estímulos presentes en el momento del choque. Cabe mencionar que Wolpe intentó utilizar un procedimiento de extinción y se percató que los animales eran extremadamente resistentes a este procedimiento; tampoco redujeron las respuestas de ansiedad la exposición prolongada ni la exposición repetida de los animales al medio ambiente experimental, aunque nunca se les volvió a dar choques eléctricos, más aún, ni siquiera la privación alimenticia logró acercar a los animales a la comida que se encontraba en la jaula experimental. Wolpe concluyó que la ansiedad que experimentaban estos animales inhibía la aparición de una respuesta tan básica y adaptativa como la de comer. A medida que el ambiente difería en mayor medida del laboratorio experimental, los animales presentaban un menor grado de ansiedad, hasta que se encontró aquel ambiente que no producía ninguna respuesta ansiosa y que posibilitaba el restablecimiento de la conducta de comer; una vez llegado a este punto se inició el proceso contrario, se fué acercando al animal, de manera gradual, a escenarios cada vez mas parecidos a la primera situación experimental, hasta que llegó un momento en que el gato pudo comer en la jaula experimental sin presentar ningún signo de ansiedad.

Basándose en estos hallazgos, Wolpe consideró que el mismo método podría aplicarse a las neurosis humanas, aunque no lo logró inmediatamente, a través de años de investigación creó una técnica comprobadamente eficaz en el tratamiento de las neurosis: la Desensibilización Sistemática (1954). Esta técnica está basada en la siguiente observación: ante un mismo evento, dos individuos reaccionan de diferente manera, uno de ellos presenta una respuesta altamente ansiosa, - cabe preguntar ¿Por qué uno de ellos reacciona con un alto nivel de ansiedad, mientras que el otro no?. Existe una reacción psicofisiológica de angustia, asociada al objeto "neutro", que hace que ese sujeto - en particular convierta el objeto neutro en fóbico. En este punto la incógnita sería ¿Cómo se puede suprimir la respuesta psicofisiológica de angustia?. Wolpe hace uso del término inhibición recíproca para indicar que dos respuestas antagónicas no pueden estar presentes simultáneamente en el mismo sujeto y, además, que la presencia de una respuesta inhíbe a la otra y viceversa. La condición psicofisiológica antagónica a la ansiedad es la relajación.

Desde el punto de vista de Yates, lo importante en el término inhibición recíproca lo constituye el hecho de que se fortalezcan - respuestas alternativas o nuevas, no necesariamente antagónicas, ante estímulos ligados anteriormente a respuestas desadaptativas como la ansiedad.

La Desensibilización Sistemática es una de las técnicas que se utilizan para contrarrestar gradualmente las conductas neuróticas de

La respuesta de ansiedad, por medio de una respuesta alternativa (relajación) se induce al paciente hacia un estado fisiológico inhibitorio de la ansiedad y se expone al paciente ante un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad. Si este procedimiento se repite varias veces, el estímulo fóbico pierde paulatinamente su capacidad para provocar respuestas de ansiedad, una vez superado este paso se le presenta al paciente una situación un poco mas parecida a la situación original que provocaba la angustia y así sucesivamente hasta llegar a desensibilizar al individuo ante la presencia del estímulo inicial.

Wolpe y Lazarus (c.p. Yates, 1973) dividen la Desensibilización Sistemática en tres fases:

- a) Entrenamiento de relajación
- b) Elaboración de jerarquías de ansiedad
- c) Utilización de los procedimientos de desensibilización, a través de todas las jerarquías de ansiedad, practicando simultáneamente ejercicio de relajación.

a) Entrenamiento de relajación.- La técnica de relajación utilizada por estos autores está basada en el trabajo de Jacobson -- (1938, 1939, 1940, 1964) (c.p. Wolpe, 1983). Existen cuatro -- principales tipos de relajación:

- relajación respiratoria
- relajación muscular
- relajación psíquica
- relajación a través de técnicas de biorretroinformación.

-La relajación respiratoria es la mas sencilla de todas, aun que hay pacientes (sobre todo la población infantil), que necesitan un entrenamiento intensivo, porque esta relajación no está dentro de sus hábitos cotidianos. Consiste en hacer inspiraciones profundas, retener el aire unos segundos y hacer exhalaciones lentas.

-La relajación muscular consiste en la contracción de grupos musculares, comenzando por los músculos de los pies y continuando en forma ascendente. Este tipo de entrenamiento tiene por objeto enseñar le al sujeto lo que significa la relajación por medio de la comparación con su opuesto: la contracción.

-La relajación psíquica se logra a través de la fantasía o imaginación del sujeto, induciéndolo a través de ésta a una situación placentera, con objeto de lograr un estado de relajación.

-La relajación, a través de instrumentos de bioretroinformación, parte del hecho de que el Sistema Nervioso Autónomo manda información a la conciencia, sobre como está funcionando el organismo y lo que está sucediendo a éste, y la conciencia a su vez puede tener ingerencia en la modificación del estado de los órganos inervados por el Sistema Nervioso Autónomo. Los aparatos de bioretroinformación le permiten al individuo y al terapeuta registrar los cambios que se den en estos órganos internos para que, teniendo esta información objetiva, el sujeto pueda conocer su estado interno y mandar conscientemente órdenes que puedan modificar su estado de angustia y se logre la relajación.

b) Elaboración de jerarquías de ansiedad.- Este segundo elemento de la Desensibilización Sistemática consiste en construir una lista de estímulos, desde aquellos que tengan un nivel bajo de ansiedad (fácilmente controlables por el sujeto) hasta llegar a aquellos estímulos que provocan la respuesta máxima de ansiedad (incontrolables).

Es de importancia fundamental elaborar una lista que contenga gradualmente aquellos estímulos que se acerquen cada vez más a la situación conflictiva original. Estos niveles jerárquicos deben ser elaborados cuidadosamente para no omitir ningún paso, para que cada ítem se acerque cada vez a la situación que provoca la inadaptación y para estar seguros que en cada nivel el sujeto va a ser capaz de tolerar la angustia provocada. La construcción de estas jerarquías debe hacerse conjuntamente con el paciente, es importante hacer notar que esta lista está sujeta a modificaciones en cualquier momento del proceso terapéutico.

La forma de recolectar los datos para la construcción de las jerarquías pueden provenir de la historia clínica del paciente, de sondeos que el terapeuta haga con el paciente acerca de la situación que produce la inadaptación, además es importante que el propio paciente elabore él mismo una lista de situaciones que considere embarazosas o angustiantes.

Se ha discutido la posibilidad de utilizar jerarquías estandarizadas. Wolpe (1958) y Yates (1973), afirman que la construcción -

de jerarquías debe ser individual, ya que una jerarquía estandarizada corre el riesgo de contener ítemes no graduados correctamente para ese sujeto en particular, que le provoquen un grado de angustia no controlable, o ítemes demasiado fáciles que no generen ansiedad.

c) El tercer elemento de esta técnica es el conjugar simultáneamente el entrenamiento de ejercicios de relajación con la aplicación de los niveles jerárquicos.

Existen dos modalidades de la técnica de Desensibilización Sistemática:

- Desensibilización Sistemática en vivo
- Desensibilización Sistemática en fantasía

- La Desensibilización Sistemática en Vivo consiste en presentarle al sujeto objetos o situaciones reales, ordenados jerárquicamente, dependiendo de la cantidad de ansiedad que provoquen, partiendo de la situación menos angustiante hasta llegar al máximo nivel de ansiedad. Aunque la efectividad y rapidez de esta técnica ha sido demostrada por Benthler (1962), Murphy (1964), Cooke (1966) (c.p. Yates, 1973), la modalidad en fantasía ha sido mayormente utilizada por constituir una técnica más económica y de fácil aplicación.

- La Desensibilización Sistemática en Fantasía consiste en trabajar con el paciente para que, por medio de la imaginación, repro-

duzca los objetos o situaciones que le provocan ansiedad, por supuesto utilizando los niveles jerárquicos elaborados con anterioridad.

La técnica de la Desensibilización Sistemática tiene algunas variaciones que pueden ser aplicadas, según el caso lo amerite:

- Desensibilización Sistemática de Grupo.- Esta variación -- fué introducida por Lazarus (1961) (c.p. Yates, 1973), para el tratamiento de fobias y trastornos sexuales, en esta variación se establece una jerarquía común, en donde no puede avanzarse hasta que todos los miembros del grupo hayan superado un nivel determinado de ansiedad.

- Desensibilización Sistemática Emotiva.- Aquí el terapeuta emplea técnicas de imaginación, el sujeto evoca aquellas imágenes que provocan sentimientos positivos como cariño, orgullo, reconocimiento, autoaceptación, las cuales constituyen respuestas alternativas inhibitorias de la ansiedad.

- Desensibilización Sistemática Automatizada.- Esta variación consiste en utilizar una grabadora que le permita al niño tener sesiones en casa, utilizando su propia voz e incluyendo instrucciones de relajación.

- Desensibilización Sistemática por Medio de Técnicas Asertivas.- En esta variación el individuo, por medio de respuestas asertivas jerárquicas, va acercándose a una situación conflictiva hasta llegar a manejarla.

6.- Objetivo(s) de la Terapia

El objetivo de la terapia conductual infantil es solucionar - problemas de conducta específicos, utilizando sistemáticamente los - principios conductuales, los cuales están basados en un cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos, que se han derivado del método experimental en Psicología y las disciplinas relacionadas con ésta, con la finalidad de investigar y explicar la etiología de las conductas anormales del comportamiento y, además, de aplicar dicho conocimiento para el tratamiento o prevención de estas conductas.

Los objetivos específicos de la terapia conductual infantil pueden ser divididos en tres grandes rubros, que van a depender de la problemática que se presente:

- a) Incrementar la conducta
- b) Decrementar o extinguir la conducta
- c) Mantener la conducta

7.- Método

7.1 Población.

La población que puede ser atendida por la terapia conductual infantil es muy amplia. El rango de edad va desde recién nacidos hasta adolescentes.

La naturaleza de la problemática que es posible tratar con -

este enfoque es muy variado, va desde problemas neuróticos hasta psicóticos. Lo importante en esta aproximación no es la etiqueta que se le pueda asignar a una problemática determinada, sino tener la posibilidad de observar y cuantificar la conducta y, de esta forma, poder manipularla, controlarla y modificarla. Como las causas subyacentes a la conducta no constituyen un elemento determinante para el proceso terapéutico, lo importante es poder definir a la conducta operacionalmente, en este sentido cualquier conducta (siempre y cuando sea observable y cuantificable), podrá ser tratada por los terapeutas conductuales. - Ejemplos de conductas que pueden ser tratadas en esta aproximación -- son: chuparse el pulgar, llanto, golpes en la cabeza, berrinches, control del comportamiento de desorden en el salón de clases, mutismo selectivo, etc.

Los beneficios que brinda la terapia conductual es posible - extenderlos a toda la población infantil, es decir, pueden ingresar a terapia niños con impedimentos físicos o mentales, con problemas emocionales, con problemas de aprendizaje, con problemas de lenguaje, además de poderse utilizar con niños "normales" en los que se quiere modificar alguna leve perturbación de la conducta.

No existe un nivel socioeconómico determinado que pueda ser favorecido por esta terapia, mas aún, este enfoque ha tenido la posibilidad de incidir en niveles socioeconómicos bajos, a través de la instrumentación de programas terapéuticos comunitarios, de la capacitación a padres, maestros y para profesionales que se relacionan directamente

con los niños. Los programas terapéuticos pueden ser aplicados en clínicas, orfanatos, escuelas, guarderías, etc.

7.2 Escenario y Encuadre .

Lugar.- Los lugares utilizados para realizar las sesiones terapéuticas pueden ser:

- a) Un consultorio, que debe estar aislado de las condiciones externas medioambientales, que puedan interferir con el procedimiento terapéutico. Esta condición tiene gran importancia en este enfoque por la naturaleza misma de la aproximación conductual, la finalidad es que el terapeuta tenga todo el poder sobre la conducta, para lograr el control experimental.
- b) Escenario natural, es decir, se puede llevar a cabo el programa conductual en el lugar mismo en donde se presenta la conducta problema, como pudiera ser la escuela, el hogar del niño, el hospital, el orfanato, la guardería, etc. Cuando el tratamiento se implemente en este tipo de escenarios se facilitará el mantenimiento de los nuevos repertorios conductuales adquiridos.

Tipo de Material.- En referencia a este punto no es posible utilizar un mismo tipo de material para cualquier programa conductual. Los materiales son diversos, dependiendo del programa en sí, pueden ir

desde reforzadores tangibles como dulces, fichas; reforzadores sociales; hasta la utilización de instrumentos como espejo, campana, abatelenguas, etc., o aparatos sofisticados como el galvanómetro, circuitos eléctricos, electrodos, etc.

El material a utilizarse ha de ser seleccionado por el mismo terapeuta, el criterio para esta selección lo constituiría el caso en especial remitido a terapia.

Frecuencia de la Terapia y Honorarios.- Esta terapia puede ser considerada como una psicoterapia breve, ya que tiene la característica de lograrse en poco tiempo los resultados esperados. Por sus mismas características debe ser aplicada continua, sistemática y consistentemente, hasta obtener la modificación de la conducta. Los terapeutas conductuales recomiendan, de ser posible, la aplicación diaria del programa terapéutico, ya que de esta forma se asegurará su éxito.

Los terapeutas conductuales no enfatizan la importancia de los honorarios como un factor de peso para el éxito terapéutico, éstos se asignan según las condiciones, sin que se considere influyan en el programa de la terapia.

8.- Procedimiento

El primer paso para llevar a cabo una terapia conductual es obtener información del pequeño, esto es, elaborar una historia clínica que, esencialmente, sería similar a todas las historias clínicas, -

con la diferencia de que este enfoque hace énfasis en la especificación de las conductas problema. La información que el terapeuta va a obtener acerca del paciente será por medio de un interrogatorio minucioso al mismo niño, a sus padres, maestros u otras figuras significativas - en la vida del pequeño. Se determinan las circunstancias en las que se estableció la conducta problemática, de igual forma se especifican las contingencias que influyeron para el establecimiento de ésta, en una palabra, se rastrea toda la historia del condicionamiento de la conducta que se desea modificar. La finalidad de contar con esta información "histórica" es proporcionar elementos antecedentes que sirvan como fundamento y como punto de comparación a lo largo del tratamiento. Al obtener esta información el terapeuta posee una perspectiva amplia de las relaciones Estímulo-Respuesta, las que serán un aspecto clave en la terapia.

Para que la información sea lo más específica y exacta posible, el terapeuta tendrá que indagar en qué situaciones concretas el niño presenta trastornos conductuales. Esta correcta identificación de los antecedentes estímulo de la respuesta, es esencial para la efectividad de la terapia.

Una vez que se ha reunido toda la información necesaria, el terapeuta decide el curso de acción de la terapia, es decir, cuáles serán las áreas prioritarias para el tratamiento. Independientemente de la problemática a tratar, la línea de acción deberá encaminarse a la definición operacional de la conducta que se intenta modificar, cuando

se ha establecido ésta, el terapeuta procede a elaborar lo que se llama Línea Base que, como se ha explicado anteriormente, constituye la primera fase del entrenamiento en sí. La Línea Base le ayuda al terapeuta a ir introduciéndose cada vez más en el problema, de una manera clara y objetiva y, a partir de ésta, determinar el programa terapéutico a seguir.

A. Yates ha trabajado con diversas técnicas conductuales para el tratamiento de una amplia gama de trastornos infantiles. A continuación se describirán brevemente las técnicas utilizadas para cada problema en especial.

1) Enuresis.- Yates utiliza técnicas como la de Mowrer (1938) que consiste en conectar una campana a una colcha especial, que hace sonar en el momento en que empieza la micción. El entrenamiento consiste en que el niño se despierta (o lo hacen sus padres), en el momento en que suena la campana, cuando el niño despierta tiene una sensación de distensión de la vejiga, a lo largo del entrenamiento el pequeño, por asociación, despertará cuando su vejiga esté distendida, aún antes de que suene la campana.

El tratamiento de la enuresis, desde el punto de vista conductual, ha llevado a la conclusión de que si se hace una aplicación de condicionamiento operante a un problema real y cotidiano, en forma sistemática, se logra el éxito terapéutico.

2) Encopresis.- En general el problema de la encopresis se ha considerado como de difícil tratamiento. La terapia conductual ha utilizado técnicas sistemáticas de condicionamiento operante para su solución. Yates utiliza la técnica de Neale (1963), que consiste en la administración de una serie gradual de recompensas si el niño defeca en el lugar y momento adecuado, este procedimiento, además, propone la utilización de la técnica de autocontrol para lograr el éxito terapéutico.

3) Tartamudeo.- El tartamudeo es otro problema que se puede abordar por medio de una terapia conductual. Las técnicas utilizadas para el tratamiento de este problema son variadas. Yates ha utilizado procedimientos como el seguimiento, que consiste en que el niño hable en voz alta, tratando de seguir otra voz que lo va guiando; el habla rítmica, que consiste en hacer hablar al niño con un metrónomo, con un sonsonete, etc.

Las técnicas operantes han sido igualmente eficaces en el tratamiento del tartamudeo, un ejemplo de éstas sería la de Rickard y Mundy (1965), que se basa en la utilización de recompensas. Por último, la técnica de la Desensibilización Sistemática Imaginaria y Real se ha utilizado en el tratamiento de este problema. Se basa en el supuesto de que el tartamudeo puede ser una respuesta de ansiedad ante ciertas situaciones estímulo.

4) Fobia Escolar.- El problema que representa la fobia escolar

ha suscitado un marcado interés en la última década. Los terapeutas conductuales han incidido en el tratamiento de este problema. Yates (1973), menciona que la mayoría de los teóricos conductuales han usado técnicas o procedimientos "rápidos", para hacer posible el retorno del niño a la escuela. La Desensibilización Sistemática Real o en Fantasía han sido los procedimientos que muchos terapeutas conductuales han usado ante esta problemática, aunque Lazarus (1965) y Petterson (1965), han usado otras técnicas, el primero, por medio del condicionamiento clásico y operante, logró el retorno del niño a la escuela, el segundo utilizó sesiones de juego para ir aproximando cada vez más al niño a la situación escolar temida.

5) "Histeria".- El término "histeria" despierta una gran polémica en la actualidad, pero con este término general se engloban trastornos específicos, que se relacionan de una u otra forma con la estructura de la personalidad. Algunos de los trastornos "históricos" que el terapeuta conductual puede tratar son:

- La parálisis funcional (inhibición del movimiento de grupos musculares determinados)

- El grafospasmo (perturbación motora de los músculos del brazo que impiden la escritura)

- Retención histérica de la orina

- Anorexia nerviosa (falta de apetito)

- Neurodermatitis (afección de la piel, que se produce por factores emocionales)

Estos trastornos son abordados por Yates por medio de la utilización de técnicas de condicionamiento operante (aversivas y de reforzamiento, principalmente). La afonía y la disfonía histérica han sido tratadas mediante la Desensibilización Sistemática Real.

6) Tics.- Los tics tienen la gran ventaja de que son fácilmente observables y medibles en cuanto a su intensidad y frecuencia, esto facilita su evaluación y la aplicación de técnicas conductuales para su solución.

Yates utiliza, entre otras, la técnica de Barret, que consiste en sentar al niño en un sillón cómodo y reclinable, en cuyo respaldo hay un imán en forma de "U", que registra los movimientos espasmódicos del paciente. El procedimiento consiste en desconectar durante -- 1½ segundos la música (estímulo reforzante) en los audífonos que tiene el paciente, a cada presentación del tic, es decir, se elimina el estímulo reforzante contingente con la respuesta. O bien, en iniciar un silbido de 60 decibeles (durante 1.5 seg.), ante la emisión del tic, - el silbido constituye el estímulo aversivo contingente a la respuesta.

7) Trastornos "normales" de niños "normales".- Estas técnicas tienen gran aplicabilidad en la actualidad, ya que los padres, maestros y adultos significativos en la vida del niño, inadvertidamente, son -- los causantes de los problemas cotidianos de éste, por hacer uso de programas de reforzamiento no adecuados. Estos problemas pueden abarcar dificultades como berrinches, llanto, golpes en la cabeza, chupar-

se el pulgar, rechazo a la comida, rascarse en exceso, excesivas peticiones verbales, comportamiento rebelde o aislado, mutismo selectivo, gateo regresivo, hiperactividad, agresión, desorden en el salón de clases, etc. Estos problemas pueden ser tratados por técnicas operantes. El terapeuta, con ayuda de los adultos que conviven con el niño, implementa procedimientos de modificación conductual. Un ejemplo de estos procedimientos terapéuticos lo constituye la técnica de tiempo-fuera, que se utiliza para el tratamiento de los berrinches y el llanto, entre otros.

Habiendo expuesto brevemente las diversas técnicas de modificación de conducta, para una amplia gama de problemáticas, el paso a seguir por el terapeuta conductual es el presentar los resultados del tratamiento por medio de gráficas y tablas, éstas son de gran utilidad para el terapeuta, para otros terapeutas, para adultos que conviven con el niño, y para el mismo niño que, por su naturaleza concreta, desea "ver" su progreso terapéutico.

La terapia conductual no termina con la presentación de resultados para dar por concluido el tratamiento. Para hacer más factible el éxito terapéutico, se deben realizar procedimientos de generalización y transferencia anteriormente descritos; para determinar si estos procedimientos fueron exitosos se realiza una fase de seguimiento. Si el seguimiento corrobora que la generalización y transferencia han tenido lugar en el ambiente natural del niño, se puede concluir que la terapia ha sido exitosa.

9.- Roles

a) El Terapeuta.- Dentro de la terapia conductual, el terapeuta constituye el elemento más importante, es el especialista que posee el conocimiento de las técnicas que pueden modificar la conducta del niño. El terapeuta debe estar interesado en el análisis de los datos antes que de la psique y abierto a las hipótesis alternativas y al reconocimiento de las limitaciones de aquello que está tratando de lograr.

La actitud que el terapeuta asume en las sesiones terapéuticas va de acuerdo con su perspectiva determinista, más aún, considera al niño como un producto de las cualidades físicas y de las experiencias que éste ha tenido, dado que el terapeuta considera que el paciente no ha elegido ser lo que es, sino que lo conceptualiza como el producto de sus interacciones con el medio ambiente, no emite juicios valorativos, ni censuras moralizantes.

Como se mencionó, el terapeuta posee la máxima autoridad en la terapia, en el inicio y durante la modificación conductual, por esta razón asume totalmente la responsabilidad del progreso o fracaso terapéutico, si una técnica no funciona, no se culpa al paciente, sino que se considera que es el terapeuta quien no ha seleccionado o implementado la técnica adecuada.

b) El Niño.- El papel que juega el niño, dentro de la concep

ción clásica conductual, es el de receptor pasivo de una serie de técnicas para la modificación de su conducta. Sus sentimientos, emociones, intereses y deseos no son tomados en cuenta en las sesiones terapéuticas. Actualmente esta concepción ha ido cambiando y se ha dado mayor interés a la participación del sujeto en la determinación de las conductas que se quieren modificar, el cambio que se desea lograr y las técnicas para la implementación del programa conductual.

c) Los Padres.- Los padres y adultos significativos tienen una labor de apoyo durante todo el tratamiento, porque son ellos quienes generalmente aplican las contingencias en el ambiente natural del niño, para lograr que el programa tenga éxito deben colaborar estrechamente con el terapeuta, con el objeto de entrenarse en el manejo adecuado de las contingencias desde el inicio del tratamiento hasta lograr la generalización y transferencia de la conducta "meta".

10.- Recomendaciones

Wolpe (1983), considera que existen diferencias en la naturaleza misma de los problemas factibles de ser tratados en terapia, algunos de ellos tienen una connotación inevitablemente valoral, algunos otros simplemente pueden considerarse como técnicos y pueden ser tratados sin tomar en cuenta aspectos de valores morales. La acción del terapueta es saber diferenciar la naturaleza de la problemática que va a tratar, para que, de esta forma, esté consciente de la actitud objetiva que es necesario mantener, porque de lo contrario podría tratar de

moldear a los sujetos a su imagen y semejanza, ajustándolos a su propio sistema de valores.

Wolpe (1983), enfatiza además que la gran autoridad que el terapeuta conductual asume sobre el paciente no es criticable, ya que tiene la misma ascendencia que cualquier otro especialista (por ejemplo: médico) sobre su paciente, y que el objetivo primordial es ayudar al paciente.

Es importante que la terapia conductual transcurra en un clima emocional de permisividad y objetividad. El terapeuta debe convencer al niño que sus respuestas desagradables son reversibles, que de igual modo que han sido aprendidas, son factibles de desaprenderse, esto puede ilustrarlo el terapeuta, a menudo, basándose en la propia historia clínica del pequeño. Si el niño tiene una idea errónea de su problemática, es importante que el terapeuta se la corrija tan pronto como sea posible.

El enfoque conductual propone ciertas sugerencias para que se garantice el éxito terapéutico. La recomendación mas importante en este enfoque lo constituye el control experimental, que finalmente será la clave que asegurará el éxito de la terapia, es decir, que durante todo el proceso terapéutico se tenga presente la objetividad que proporciona el análisis de los datos, tener el máximo control posible sobre las variables que puedan influir en la conducta, así como también sobre las condiciones del escenario terapéutico. Hay que tomar en cuenta

que los reforzadores, para ser efectivos, deben aplicarse invariablemente en forma contingente a la emisión de la conducta. El momento en el que sean aplicados los reforzadores, va a estar determinado por el tipo de programa de reforzamiento elegido, por ello los reforzadores no deben ser aplicados en otro momento que no sea el especificado por dicho programa.

Por otra parte se recomienda que, si son varias las conductas que se desean modificar, el terapeuta debe hacer una jerarquización de las mismas, tomando como prioritarias aquellas que puedan estar afectando con mayor intensidad al sujeto, por ejemplo, las conductas auto-destructivas o que puedan atentar contra terceras personas, deben ocupar el primer lugar dentro de la jerarquía. Cuando exista la posibilidad de elegir entre un procedimiento aversivo y uno positivo se optará, invariablemente, por la utilización de éste último. El castigo y los reforzamientos negativos se usarán como la última alternativa de tratamiento, ya que se ha observado que con este tipo de técnicas la conducta no se mantiene al terminar la intervención terapéutica, la frecuencia o intensidad de ésta rápidamente regresa al nivel de Línea Base o, incluso, la rebasa. Además, este tipo de estrategias tienen implicaciones éticas y legales, que no hacen recomendable su aplicación en cualquier situación terapéutica. La tendencia actual en la modificación de conducta está dirigida hacia controles positivos de la misma. Un último recurso puede ser la utilización de las técnicas aversivas, en combinación con métodos positivos para lograr más efectivamente el cambio conductual.

CAPITULO IV.

ALGUNAS DESTREZAS NECESARIAS EN UNA RELACION TERAPEUTICA.

Después de haber revisado tres aproximaciones terapéuticas: psicoanálisis, terapia centrada en la persona y terapia conductual, se considera necesario proponer una serie de destrezas prácticas para incrementar las probabilidades de éxito en el quehacer terapéutico, porque no basta con conocer los fundamentos teóricos de cada corriente, es indispensable tener una visión clara de los elementos que facilitan o dificultan la relación terapéutica, si se quiere ayudar a los niños a resolver su problemática.

Estas habilidades no están basadas en ninguna corriente -- psicológica en especial, no se contraponen con ningún enfoque, por el contrario, el terapeuta puede decidir basarse en la aproximación que crea conveniente dependiendo de la problemática del pequeño y -- ayudarse de estas habilidades para hacer mas eficaz su labor terapéutica.

La psicoterapia y la orientación al aplicarla como práctica profesional se verá limitada en cuanto a su entrenamiento, el profesional de la ayuda no integra los conocimientos teóricos en un --- proceso vivencial; el entrenamiento de los psicoterapeutas hace énfasis en una orientación cognitiva, teórica e intelectual, está comprobado que para que se dé un aprendizaje significativo es necesario poner en práctica las técnicas o procedimientos teóricos, sola -

mente se aprende haciendo, es por esto que es importante tener conocimiento de un conjunto de destrezas necesarias para implementar el proceso terapéutico, mismas que se deben practicar hasta assimilarlas, de tal modo, que pasen a formar parte de una filosofía de vida que se traduzca en actitudes facilitadoras del crecimiento humano.

La serie de habilidades necesarias para establecer una relación interpersonal que a continuación se presentan están basadas en los trabajos realizados por Gerard Egan, Thomas Gordon y Virginia Satir. Estos autores dicen que la persona que quiere ayudar debe tener un plan que le ayude a delimitar cuales son las habilidades básicas que debe tener para desarrollarse como un buen terapeuta. Necesita, en primer lugar, un marco práctico que le ayude de manera empírica a facilitar la comprensión y solución de problemas que se le presenten. Además es indispensable un marco teórico integrador que, como su nombre lo indica, le capacite para integrar las ideas de diversos teóricos y enfoques, para que, de esta forma, pueda reunirlos en un solo concepto que dé por resultado una ayuda efectiva.

De lo anterior se desprende que para que un orientador dé una ayuda efectiva no solamente es indispensable que conozca a nivel teórico uno o varios enfoques terapéuticos, sino que además y como aspecto esencial, debe entrenarse para adquirir ciertas habilidades personales que le permitan crear un clima favorable para el óptimo desarrollo del proceso terapéutico. El hecho de ser

un profesional de la ayuda confiable necesariamente implica que se posean estas habilidades. Lo anterior indica que el buen terapeuta no nace, se hace y a lo largo de toda su vida sus experiencias interpersonales le van facilitando u obstaculizando el desarrollo de dichas habilidades, como la historia de cada individuo es diferente, algunos terapeutas necesitan aprender muy poco acerca de la forma de establecer la relación terapéutica, en cambio, para otros, es indispensable reaprender muchas de las formas óptimas de relación humana.

En este contexto se puede afirmar que un terapeuta debe estar comprometido con su propio crecimiento, porque sabe que solamente es factible ayudar cuando esté constituido realmente como ser humano potente, que esté dispuesto a actuar, se podría decir que la persona que decide ser un terapeuta "debe aprender a vivir efectivamente, física, intelectual y socioemocionalmente." (Egan, 1981, p. 23).

1.- Atender.

La principal habilidad que debe poseer un orientador es la capacidad de atender, esto significa escuchar atentamente tanto los mensajes verbales como los no verbales que la otra persona está comunicando, significa poder entrar en contacto con el otro, este contacto no se circunscribe al diálogo externo. Virginia Satir dice que los sentidos son los principales receptores de la información que viene del exterior y hay que aprender a usarlos completamente.

El ayudar implica estar en presencia del otro y esta presencia debe saberse comunicar, es decir, el terapeuta debe mostrarle al niño que está con él.

La atención necesaria para establecer el contacto se debe dar en dos niveles: física y psicológicamente.

Atención Física. La atención física se refleja con la actitud corporal que incluye postura (abierta hacia el otro), contacto visual (mirar a los ojos del otro), tensión muscular (postura relajada pero alerta, interesada), y distancia entre los interlocutores, la ideal es aquella que no impide libertad de movimientos y que no se ve bloqueada por ningún objeto entre ambos (escritorio, mesa, etc.), todo esto tiene dos finalidades: mostrar que se está con el otro y, además, que esta atención física garantice en gran medida la atención psicológica. Para Virginia Satir, confirmando la importancia que la atención tiene para G. Egan, la actitud corporal óptima para un contacto efectivo es el siguiente: Las dos personas colocadas frente a frente, al mismo nivel, (es importante hacer énfasis en esta recomendación, sobre todo cuando se quiere establecer una comunicación con un niño, ya que las diferencias de estatura podrían interferir para establecer una buena comunicación), de preferencia sentadas, mirándose a los ojos, con una posición relajada, tranquila, ligeramente inclinado hacia el niño; esta autora afirma que esta actitud física por parte del terapeuta ayudará a que éste escuche realmente lo que el pequeño le comunica y a que éste último se sienta escuchado. Ciertamen

te, esta actitud del terapeuta implica un mayor compromiso y gasto de energía, puesto que tiene que dar lo mejor de sí mismo en ese momento y estar consciente que su cuerpo es una herramienta que, si la utiliza adecuadamente, hará mas fructífera su intervención y si, por el contrario, no la usa convenientemente, se convertirá en un obstáculo para llevar a cabo el trabajo terapéutico. Otro aspecto importante que hay que cuidar para facilitar la atención física, es el medio ambiente circundante donde se lleva a cabo la terapia, éste deber ser un lugar cómodo y confortable que invite al trabajo terapéutico. El medio ambiente es importante, mas no determinante, para que la persona se sienta motivada para trabajar.

Atención Psicológica. El segundo nivel que es necesario para lograr el contacto es la presencia psicológica, ésta se refiere a que el terapeuta, desde el primer contacto, le hace sentir al pequeño que es aceptado completamente, que se le escucha realmente y que el terapeuta tiene un interés genuino por él y su problemática. Atención psicológica significa escuchar tanto los mensajes verbales como los no verbales del que acude a terapia, porque éstos pueden ser una fuente de información complementaria que en ocasiones confirman y en otras hacen aparecer como incongruentes los mensajes verbales. Las conductas no verbales que una persona emite son sus movimientos corporales, sus gestos y expresiones faciales, así como las conductas paralingüísticas como el tono de la voz, la intención, la inflexión, las pausas entre las palabras y el énfasis. La conducta verbal que emite el niño debe ser captada por el terapeuta en toda su amplitud, escuchando atentamente los sentimientos, conductas y experiencias que

acompañan a las palabras.

El orientador debe tener la destreza para percibir cuando - existe una incongruencia entre el mensaje verbal y no verbal del niño, con la finalidad de que el terapeuta perciba la problemática del niño desde el marco interno de referencia de éste. Si un niño en las sesiones terapéuticas muestra gran incongruencia entre sus mensajes verbales y no verbales, le estará comunicando al orientador que ésta área en particular es especialmente problemática para él. También - es importante que el terapeuta se dé cuenta de sus propias conductas verbales y no verbales, para poder determinar si él, a su vez, manda mensajes congruentes a su interlocutor, si sus palabras, sus sentimientos, su cuerpo y sus acciones, ofrecen un mensaje claro al niño.

Este primer paso (atender), es el fundamento y la clave de la relación terapéutica, sobre este cimiento se va a edificar todo el trabajo posterior, porque al atender física y psicológicamente a una persona, se le está mandando un mensaje fundamental para su autoestima: aceptación incondicional. " Tal aceptación es uno de los elementos mas importantes para el crecimiento y para el cambio que se - verifica en las personas a través del consejero y de la terapia." - (Gordon, 1985, p. 39).

Una forma "pasiva" de demostrar aceptación es escuchar sin emitir mensajes verbales, un ligero movimiento de cabeza o una interjección, son algunas veces suficientes para que el niño se sienta escuchado y aceptado, y esta primera relación es ya de por sí terapéuti

ca.

Hay formas más activas de demostrar aceptación. Gordon enfatiza que el hablar es un elemento esencial en la comunicación humana, pues permite establecer una relación más viva e íntima, este autor dice que casi todas las comunicaciones verbales pueden clasificarse en 13 categorías, las 12 primeras son estilos no adecuados, porque mandan un mensaje de no aceptación que lastima a la otra persona y - que tiende a deteriorar la relación, la última forma de comunicación propuesta por el autor es una forma más constructiva de relacionarse, ya que manda el mensaje de aceptación y así se mantiene abierto el canal de comunicación entre las dos personas y tiende a hacer una relación que propicia el crecimiento y el desarrollo mutuo.

Las doce categorías que no implican aceptación son las siguientes:

a) Orden, dirección, mandato.- Aquí uno de los interlocutores, (terapeuta), asume el papel dominante, de jefe: "No vuelvas a - mostrar esa conducta".

b) Advertencia, amonestación, amenaza.- Aquí el terapeuta comunica al niño las posibles consecuencias de su conducta: "Si te sigues comportando así, tus amigos te rechazarán".

c) Exhortación, sermón, lección.- La actitud del terapeuta es decirle al niño lo que debe hacer: "deberías ser mas amigable".

d) Proporcionar soluciones o sugerencias.- Aquí se le dan al niño las posibles respuestas o alternativas para su problemática: "Invita a tus amiguitos a tu casa para que te acepten en su grupo".

e) Argumentar lógicamente.- El terapeuta trata de influir - en el niño por medio de razonamientos lógicos y, por lo tanto, inobjetable: " Todos los niños deben aprender a convivir con otros."

f) Juzgar, criticar, culpar.- El tipo de comunicación que se establece con el niño es la de emitir un juicio negativo sobre la conducta del niño: " Pienso que lo que hiciste está muy mal hecho."

g) Recompensa, estar de acuerdo.- Aquí la conducta del niño se evalúa positivamente: " Estoy orgulloso de tí, porque eres muy hábil."

h) Ridiculizar, avergonzar.- El terapeuta hace sentir al niño humillado, tonto: " Te estás comportando como un bebé."

i) Interpretar, analizar.- El terapeuta trata de explicarle al niño los motivos que dieron origen a esa conducta: " Creo que lo que en realidad te pasa es que sientes celos de tu amigo."

j) Consolar.- El terapeuta niega la fuerza del sentimiento del niño y trata de que éste se sienta mejor: " No te preocupes, -- las cosas las verás mejor mañana."

k) Preguntar.- El terapeuta interroga para buscar mas información sobre el problema: " ¿Desde cuándo te sientes así?."

l) Distraer, entretener.- El terapeuta aparta al niño del problema, no le da la importancia debida: " Vamos, olvida esto."

La última forma de comunicación, propuesta por el autor, -- es:

Comunicar constructivamente.- Esta treceava categoría sirve para establecer una relación terapéutica y constructiva, porque implica un menor riesgo de romper el vínculo con el pequeño o fomentar

que éste se sienta culpable, con baja autoestima, defensivo o rechazado. Existen formas simples para invitar a hablar a un niño, como pueden ser: " Sigue, te escucho", " ¿y qué más?", " parece que tienes algo que decirme", " deseo conocerte mejor". Esta forma de comunicarse constituye una etapa preparatoria para establecer posteriormente una relación mas profunda. Es importante señalar que, en el momento que el terapeuta da la oportunidad de establecer una comunicación abierta, contribuirá a acrecentar la autoestima del niño.

Satir considera que la autoestima de una persona es el centro de su ser. Si la autoestima disminuye, la persona tiende a sentir minusvalía, inseguridad, incapacidad para salir adelante y puede adoptar cualquier actitud defensiva como agresión, racionalización o indiferencia. Ya que estas actitudes no son las óptimas para establecer un contacto interpersonal satisfactorio, el individuo va deteriorándose y limitando sus posibilidades de crecimiento. En cambio, cuando el nivel de autoestima de una persona es alto, ésta se siente fuerte, poderosa, segura, sabe que vale y ésto le permite hacer frente a sus dificultades de forma constructiva y desarrollar sus potencialidades para llegar a ser un ser humano libre y pleno.

2.- Empatía.

La empatía es una habilidad que debe mostrar un buen terapeuta en el proceso de orientación, y significa la capacidad de entender a la otra persona desde su propio punto de vista, así como el de

poder comunicar que se le comprende. Para lograr una respuesta empática deben atenderse dos elementos: Discriminación y Comunicación. Discriminar es meterse en el mundo del niño, ver el mundo a través - del marco de referencia de éste, entendiendo sus conductas, experiencias y el sentimiento que subyace a éstas. Comunicar significa expresarle al niño que se entiende en toda su magnitud su conducta, su experiencia, así como los sentimientos que van unidos a las mismas.

Existen dos niveles de empatía:

- a) Empatía precisa a nivel primario
- b) Empatía precisa avanzada

a) En la empatía precisa primaria el terapeuta responde al niño de forma tal que muestra que lo escucha y que, además, comprende como se siente y lo que está experimentando acerca de sí mismo. Para lograr una comunicación empática a nivel primario, el terapeuta además debe comunicar al niño que lo entiende desde su propio marco de - referencia, mas que desde el marco interno del mismo terapeuta.

Este nivel de empatía se usa principalmente al iniciar la - relación terapéutica o cuando se están explorando áreas nuevas que el pequeño aún no tiene claras y que, por tanto, no puede comprender con mayor profundidad.

Es importante señalar que en la empatía primaria el terapeuta solo debe comunicar lo que el niño estrictamente dice, sin hacer - interpretaciones, sin hacer inferencias, ni ir mas allá de lo que sim

plemente el niño quiere comunicar.

Si por ejemplo un niño expresa:

Niño: -Mi maestra es una tonta, me cae mal

Un orientador que tratara de comunicar empatía primaria diría:

Terapeuta: -Siento que te es difícil soportar a tu maestra.

O si el niño comunica el siguiente sentimiento:

Niño: -No me gusta ir a la escuela

Terapeuta: -Realmente te gustaría no ir a la escuela

Niño: -Estoy asustado porque no estudié para el examen de Geografía

Terapeuta: -Te preocupa no saber que responder a la hora -- del examen

Niño: -Si, me da miedo no poder contestar bien y ser - la burla de la clase.

Terapeuta: -Realmente, sería para tí muy penoso que tus compañeros se mofen de tí.

En los casos anteriores el terapeuta le refleja al niño el sentimiento y hace que éste se sienta comprendido.

Si por el contrario se da el siguiente diálogo:

Niño: -No me gusta ir a la escuela

Terapeuta: -Estoy seguro de que te vas a divertir mucho en la escuela si tratas de hacer amigos.

Con esta respuesta el terapeuta está cerrando toda comunicación con el niño, porque no lo está comprendiendo y sí en cambio amo-

nestándolo.

Otro ejemplo de comunicación es el siguiente:

Niño: -Hoy la maestra me pidió que diera la clase para mañana. Yo no sé hablar en clase y se me olvida todo cuando estoy frente a mis compañeros. Voy a decirle a la maestra que no puedo ir porque estoy enfermo.

Terapeuta "A": -Te sientes asustado, piensas que realmente no puedes hacerlo porque te pondrás en ridículo frente a tus compañeros de clase.

Terapeuta "B": -Tú eres un niño muy inteligente que puede fácilmente hablar en público. No veo el porqué tienes que fingirte enfermo.

El terapeuta "A" acepta al niño y le posibilita una mayor autocomprensión, en cambio el terapeuta "B" manda un mensaje de no aceptación. Le dice al niño que no tiene razón al tener ese sentimiento, que quien ve las cosas con claridad es el orientador.

Si a la empatía adecuada a nivel primario se une el respeto y la autenticidad, ayudará enormemente a establecer la armonía en el individuo, además de crear un clima de confianza y apertura que son indispensables para el proceso terapéutico. La forma empática y no valorativa de escuchar, hace que el niño pierda el miedo hacia sus sentimientos negativos, promueve una relación cálida entre los inter-

locutores. Esta empatía tiene un efecto particular: aumenta el nivel de autoexploración del niño, le facilita encontrar una solución a sus problemas, porque el pequeño es el que habla, empieza a pensar - por sí mismo, va poco a poco profundizando en sus problemas hasta que, finalmente, llega a soluciones constructivas, es a través de este proceso que el pequeño llegará a convertirse en una persona responsable e independiente.

Algunos adultos consideran que los problemas de los niños - no son problemas reales, porque desde su punto de vista tienen fácil solución; nada más lejos de la verdad, los niños tienen problemas tan serios como los de cualquier otra persona, porque tienen también confusiones, frustraciones, fracasos o privaciones que les impiden salir adelante en la vida.

Consideremos los siguientes ejemplos:

- Memo cree que va a reprobado el año y está triste.
- Laura ya no quiere ir a la escuela porque no le gusta su profesora.
- José ha sido expulsado una semana de la escuela.

Si a los niños se les brinda un clima facilitador para resolver sus problemas, mantendrán un equilibrio interno porque irán adquiriendo fuerza y confianza en ellos mismos, pero si se les obstaculiza el camino, desarrollarán problemas emocionales.

Hay ocasiones en que el niño no puede cambiar una situación externa y la atmósfera de aceptación y comprensión le facilita ampliar alternativas y, de esta manera, encontrar formas más constructivas de manejar esta situación. Cuando se trata con niños es indispensable es tar muy alerta a los sentimientos que éstos comunican a través de men sajes no verbales como el dibujo, la pintura, el juego de roles, etc. El terapeuta también debe responder empáticamente a estos mensajes. Cuando la respuesta al mensaje del niño es empática, éste va a avanzar ampliando, afirmando o profundizando en su declaración. En cambio, si la respuesta es inadecuada se cortará la comunicación y el ni ño puede demostrar esto de muchas formas: pararse en seco, eludir el tema, hacer obvio su desagrado preguntando ¿a qué hora se termina la sesión?, ¿tendré que venir la próxima semana?, o, simplemente, iniciar otra actividad ignorando al terapeuta. Cuando el terapeuta no ha entendido completamente el mensaje del niño, aunque haya hecho todo - lo posible por atenderlo y entenderlo, debe comunicarle al pequeño que no ha captado el mensaje y no aparentar un entendimiento que no existe.

La empatía primaria no significa repetir como eco lo que la otra persona dice, en una respuesta empática se trata de comunicar en tendimiento y no solo repetir o parafrasear lo que el niño expresa. - Lo que verdaderamente es importante es reflejar con precisión el sentimiento, la conducta y la experiencia que por medio de las palabras el niño está tratando de comunicar. En el siguiente ejemplo se darán dos tipos de respuestas, la del terapeuta "A", que simplemente para--

frasea lo que le dice el niño, y la del terapeuta "B", que capta el sentimiento del pequeño y se lo comunica.

Niño: -No me gusta jugar en el recreo. Los niños mas grandes me avientan.

Terapeuta "A": -No te gusta salir al recreo porque los niños mayores te empujan.

Terapeuta "B": -Tú también quieres jugar, pero en el recreo te sientes molesto porque los niños más grandes te lo impiden.

Una recomendación importante al tratar con niños es hablarles en un lenguaje que ellos comprendan y evitar los términos muy rebuscados que puedan confundir o inhibir al niño. La empatía también se comunica con el tipo de lenguaje y el tono de voz que se utiliza. La terapia se vuelve más efectiva cuando el lenguaje del terapeuta está a tono con el lenguaje del niño. Cuando el orientador escoge las palabras adecuadas, demuestra su habilidad para asumir el marco de referencia del niño. Hay que tener cuidado de no utilizar un lenguaje que resulte incómodo para el orientador sólo por estar a nivel del individuo. Esto puede suceder al hablar con adolescentes. Se debe utilizar un lenguaje informal, pero sin llegar al extremo de hablar en caló (si esta forma de expresarse no es propia del terapeuta), sólo para comunicar empatía, porque sonará artificial, poco genuino, y esto será una interferencia en la comunicación.

Egan recomienda tener mucho cuidado con las preguntas por- que pueden llevar a una entrevista tipo interrogatorio, que bloquea - la autoexploración del orientado. Si a un niño se le pregunta ¿no te llevas bien con tu papá?, el niño probablemente responderá un sí o un no, que no le ayudará a explorarse. Si han de hacerse preguntas és- tas deben ser abiertas, para que aumente la probabilidad de que el ni ño vierta información necesaria para lograr un mayor autoentendimien- to a través de la empatía primaria; pero la información no es un fin en sí misma, es solo un medio para la autoexploración. "Las pregun- tas que meramente apilan información que no es entendida ni usada, - son contraproducentes."(Egan, 1981, p. 84).

b) Empatía Precisa Avanzada.

Un segundo nivel dentro de la empatía es la empatía precisa avanzada, por medio de la cual se da un paso mas en la labor terapéu- tica, ya que el orientador trata de entender, además de lo expresado, el mensaje implícito, lo que el niño no expresa abiertamente pero que se puede deducir del contexto, de mensajes anteriores, del tono de - voz, de la postura y actitud del niño. A través de la empatía precisa avanzada se sacan a la superficie sentimientos mas profundos que no - estaban al alcance inmediato del niño. Si el terapeuta usa la empatía avanzada en el momento oportuno será de gran ayuda para el niño, ya - que puede comenzar a integrar los elementos que conforman su problemá tica.

En este segundo nivel de empatía, el terapeuta, además de comunicar al niño que lo comprende desde su marco de referencia, le comunica también el entendimiento de aquellos mensajes no verbales que no se muestran abiertamente, pero que de alguna manera están implícitos y, por tanto, afectan directamente las conductas, experiencias y sentimientos del niño.

A continuación se ejemplificarán los dos niveles de empatía:

Niño: -Odio a la maestra que me tocó este año, es de lo peor.

Empatía precisa primaria: -Estás inconforme, muy molesto con la maestra que te tocó este año.

Empatía precisa avanzada: -Estás molesto porque esta maestra te haya tocado, pero también te veo muy angustiado porque no sabes cómo soportarla durante todo el año.

Contexto: Este niño esperaba ser el abanderado en la ceremonia de fin de cursos. Sus papás y él estaban emocionados con la idea. En el último momento le avisaron que no sería él el elegido.

Niño: Me hubiera gustado mucho ser el abanderado. Escogieron a Lucy. Es una buena niña. A todos les cae muy bien. Yo trabajé mejor que ella, pero ella es más simpática que yo. No creo que deba

enojarme.

Empatía precisa primaria: Te sientes decepcionado por no haber sido el abanderado. Y, además piensas -- que no hay razón para sentirte molesto.

Empatía precisa avanzada: Cuando tú piensas las cosas, -- una parte de tí siente que no hay razón para es tar tan decepcionado y, otra parte de tí, parece que dice " estoy muy enojado, estoy muy de - cepcionado."

En el primer nivel de comunicación empática, el terapeuta - le hace saber al niño que lo entiende desde su propio marco de refe- rencia, en el segundo nivel el terapeuta va mas allá de la sola com- prensión y profundiza en los sentimientos que el niño le comunica en ese momento.

La empatía precisa avanzada permite ver la conducta desde - un panorama mas amplio, posibilitando de esta manera un autoentendi- miento integral y dinámico. Este nivel de empatía se utiliza una vez que la relación terapéutica se ha consolidado y que el individuo ha llegado a un nivel de autocomprensión, que le permite explorar con ma yor profundidad un área conflictiva en particular.

3.- Autenticidad

Otra de las cualidades que el orientador debe mostrar a través de todo el proceso de ayuda es la autenticidad. Al hablar de autenticidad se está haciendo referencia a un valor moral intrínseco a cada persona. Ser auténtico significa ser genuino, sin fachadas. Un orientador, además de ser auténtico, debe tener conductas que muestren esa autenticidad. Egan, al hablar sobre la autenticidad, dice lo siguiente: "La persona genuina es una que, en su interacción, es básicamente ella misma. Está a gusto con ser ella misma y por tanto puede cómodamente ser ella misma en todas sus interacciones. Esto significa que no cambia cuando está con gente diferente, esto es, no tiene que adoptar constantemente nuevos papeles con objeto de ser aceptable para los otros."(Egan, 1981, p. 86).

Una persona auténtica no asume un rol en un momento porque le conviene o porque eso se espera de ella. Un orientador no va a asumir el "rol" de orientador, sino que tiene un estilo de vida y de comunicación interpersonal determinado que le permiten ayudar a otra persona. Una persona auténtica es además espontánea y asertiva, es congruente, actúa y dice lo mismo que piensa y siente.

4.- Respeto

Otra característica que debe tener un terapeuta es el respeto, éste, como la autenticidad, es un valor moral que el orientador -

debe poseer, y no es posible hacer "como si..." se respetara a otro durante las sesiones de terapia, sino que es una cualidad que el terapeuta posee y que se refleja en todas sus relaciones interpersonales.

La actitud de respeto se manifiesta a través de las siguientes conductas:

a) Atender.- Si se escucha con interés al niño se le está manifestando respeto, pues se le manda el mensaje de "tú eres una persona importante", "me interesa lo que dices".

b) No emitir juicios de valor.- Significa que el orientador no juzga, acepta incondicionalmente las conductas o sentimientos del pequeño, manifestando así su comprensión hacia el mismo. Cabe aclarar que la aceptación incondicional no es sinónimo de aprobación, un orientador puede entender y aceptar las conductas y los sentimientos del orientado, aún cuando no las apruebe.

c) Comunicar empatía precisa.- El hecho de manifestar al niño que se comprenden sus sentimientos, sus experiencias y sus conductas, es la mejor forma de comunicar respeto.

d) Ayudar al niño a desarrollar sus propias potencialidades.- Se manifiesta respeto si se le permite al pequeño tomar sus propias decisiones y actuar por sí mismo. Esto tiene especial importancia en la relación terapéutica con el niño, porque el orientador puede sentirse tentado a actuar por éste, eligiendo determinado camino.

El orientador debe mostrar su respeto, que en este caso se traduce en permitirle al niño seguir su propio ritmo para tomar las decisiones - que considere convenientes y cuando esté preparado para hacerlas.

e) Cordialidad.- Esta se manifiesta en toda la actitud verbal y no verbal del terapeuta y es una forma de expresar respeto. La cordialidad no se debe exagerar y caer en una actitud falsa, extremadamente complaciente, que proyecta al niño un marco de irrealidad en donde no hay límites claros y que, por lo tanto, puede dañar mas que beneficiar al niño.

f) Refuerzo como respeto.- Un orientador debe tener muy en cuenta que, quiéralo o no, ejerce una influencia determinante en el pequeño, porque toda interacción humana es un proceso de influencia social, en este caso el terapeuta tiene además una ascendencia que su propio status le proporciona. Por esta razón el terapeuta debe estar muy consciente y alerta de la responsabilidad que implica esta influencia, que no debe ser tomada para controlar o manipular al niño, sino para reforzar aquellos aspectos que lo conduzcan a un vivir más pleno y, además, apoyarlo en aquellos aspectos negativos que el niño aún no ha podido manejar.

5.- Ser Concreto

Es común que en la terapia infantil los niños divaguen, que no concreten al hablar de sus sentimientos y sus experiencias, ésto los hace confusos y difícil de explicarlos y entenderlos. Por esta -

razón, el terapeuta debe ayudar al niño a concretizar cada vez más sus experiencias y sentimientos, si se pretenden lograr metas como la autoexploración, si el niño se dispersa de tal forma que divague al comunicar su problemática, el terapeuta debe regresar al tema central - para explorarlo más profundamente y poder concretizar. Un niño puede expresar de una forma vaga o concreta la misma experiencia: Vaga: - "Mis compañeros me molestan". Concreta: "Mis compañeros de clase se burlan de mí porque soy gordo. Me dicen 'gordo', 'puerco', 'tonel', no quieren jugar conmigo porque dicen que no puedo correr." La segunda forma de comunicar la misma experiencia posibilita enfocarse en los sentimientos y conductas que esta experiencia concreta está provocando en el niño.

El terapeuta debe ayudar al niño a integrar en forma coherente y lógica aquellas ideas "aisladas" y confusas que le impiden al pequeño la comprensión integral de sí mismo. Cuando un niño llega a terapia su problemática es semejante a un rompecabezas, en donde todas las piezas están desordenadas e, incluso, hay algunas de ellas - perdidas. La labor del terapeuta es armar este rompecabezas, para - proporcionarle al niño un panorama organizado y coherente del cual -- pueda partir para lograr un cambio.

Ayudar al niño a concretizar su experiencia es una de las técnicas que el terapeuta puede utilizar para lograr que el pequeño - tenga una percepción global de sí mismo.

El concretizar implica llegar a la raíz del problema del niño, es decir, buscar las "piezas perdidas" que le permitan localizar su área de conflicto.

Bandler y Grinder (1976) proponen tres formas para lograr la concretización en el proceso terapéutico:

1º Al escuchar el mensaje del niño, el terapeuta busca palabras que puedan sustituir las que el niño utiliza al expresar su pensamiento. De esta forma lo va guiando para determinar con precisión el sentimiento experimentado por el pequeño.

Ejemplo:

Niño: Estoy asustado

Terapeuta: Sientes temor

Niño: Sí, me siento angustiado porque reprobé el --
examen de matemáticas.

2º Una segunda forma para ayudar al niño a concretizar ---- consiste en hacerle preguntas acerca del sentimiento experimentado, que le permitan ir profundizando y especificando cada vez mas dicho sentimiento.

Ejemplo:

Niño: Siento miedo

Terapeuta: ¿De qué sientes miedo?

Niño: Me dan miedo los mayores

Terapeuta: ¿ A qué te refieres al decir "mayores"?

Niño: -Los que me asustan son los adultos

Terapeuta: -¿Quiénes son los adultos que te asustan?

Niño: -Mi papá me asusta mucho

3º En la última forma propuesta por estos autores, el terapeuta intuye o cree que ha encontrado la "pieza perdida", es decir, -piensa que conoce ya el sentimiento específico que el niño está experimentando. El siguiente paso es confirmar con el niño si el sentimiento que el terapeuta intuyó es el que realmente el pequeño está experimentando. Este hallazgo por parte del orientador estará fundamentado en el contexto terapéutico, esto es, en mensajes dados por el niño en sesiones anteriores, en el tono de la voz, en su postura corporal, etc.

Ejemplo:

Niño: -Estoy asustado

Terapeuta: -Dime si lo que te voy a decir es lo que tú estás sintiendo: "Mi papá me asusta mucho".

Niño: -Si, me asusta mucho mi papá cuando llega borracho a casa.

Cuando el mensaje dado por el terapeuta concuerda con el --sentimiento del niño, éste lo reconoce como propio y logra un sentimiento de mayor congruencia que le permite recuperar las "piezas perdidas" y reconocer integralmente su problemática.

6.- Confrontación

La confrontación es una técnica terapéutica que permite --- hacer obvias las incongruencias, "quitar cortinas de humo", hacer énfasis en aquellos aspectos que el orientado aún no tiene claros y que obstaculizan su autoentendimiento, una vez que el problema se presenta ante él, tal y como es, está en posibilidades de afrontarlo y de darle una solución mas constructiva.

La confrontación es una extensión de la empatía precisa avanzada ya que ayuda al pequeño a explorar sentimientos, experiencias y conductas que éste ha rehusado explorar porque implican una responsabilidad no asumida o un dolor no asimilado. La confrontación debe -- hacerse siempre con el espíritu de la empatía precisa avanzada, para que sea constructiva, debe tener lugar de manera tentativa, es decir, de forma delicada, tomando en consideración la motivación actual del niño, su estado anímico, y no abrumándolo al exponerlo de una sola -- vez a todas sus áreas problema. La confrontación no debe castigar o sermonear, por el contrario, la actitud del terapeuta al confrontar - debe propiciar un clima de seguridad y respeto que permita al niño -- disminuir sus defensas y asumir su responsabilidad y los sentimientos que de la confrontación se desprendan.

La confrontación es una técnica que utiliza el terapeuta para enfrentar al niño con su problemática real y objetiva, sin distorsiones, sin evasiones, sin negaciones ni incongruencias, que el niño

esté utilizando como defensas y que no le permiten un autoentendimiento y un cambio constructivo.

Ejemplo:

Terapeuta: -Juanito, tu me estás platicando los regaños -- que con frecuencia te da tu papá. ¿Me podrías decir si hay algo que haces o dejas de hacer para que él te regañe?

El orientador debe estar alerta para poder confrontar las incongruencias que el niño tenga, por ejemplo, cuando el niño está diciendo una cosa y sintiendo otra, o cuando hay una clara diferencia entre lo que dice y lo que hace.

Ejemplo:

Terapeuta: -Erika, me estás diciendo que no te importó el que tu mamá no te llevara a la fiesta de tu -- amiga, yo siento que sí te importó pues escuché tu voz temblorosa y con ganas de llorar. Dime, ¿estoy en un error?

El terapeuta debe también confrontar al niño cuando éste -- tiende a distorsionar su realidad, para no enfrentar las cosas tal como son.

Ejemplo:

Terapeuta: -Me dices que te llevas muy bien con tu papá y también me platicaste que te regaña y te pega muy seguido. ¿Puedes hablarme más de eso?

Otra situación en la que es necesario confrontar es cuando el niño culpa a otros de sus problemas y no quiere reconocer la parte que a él le corresponde.

Ejemplo:

Terapeuta: -He entendido muy bien que tus amigos te rechazan y no te permiten participar en los juegos ¿Podrías decirme qué dirían tus amigos de tí - si alguien les preguntara porqué no te dejan jugar?

La confrontación produce un estado de desorganización, el niño tratará de reestablecer el equilibrio, el orientador debe ayudar a que logre este equilibrio de una forma más constructiva.

7.- Proximidad

Es la capacidad de discutir de manera abierta y directa con la otra persona lo que está sucediendo "aquí y ahora" en la relación interpersonal, significa comunicar sincera y genuinamente los sentimientos que están teniendo lugar en ese momento.

"La proximidad se requiere cuando el orientador ve que tanto él o el cliente tienen pensamientos y sentimientos no verbalizados, acerca de lo que está teniendo lugar en la sesión de ayuda y que está interfiriendo con el camino." (Egan, 1981, p. 169)

La proximidad es fundamental en la relación terapéutica, -- porque ésta es primordialmente una relación interpersonal y, para que verdaderamente funcione, es necesario que los involucrados, en este caso niño y terapeuta, sientan que el uno está con el otro de una forma cercana y cálida, que están ambos comprometidos en el aquí y el -- ahora para promover el desarrollo que va a brindar el proceso terapéutico.

8.- El autodescubrimiento es otro elemento que no debe descuidarse en la relación terapéutica. Implica que el orientador está en la disposición para compartir con el pequeño alguna experiencia vivida que pueda, en un momento determinado, ayudar al niño. Así mismo, el autodescubrimiento favorecerá la relación terapéutica, porque ayuda a establecer un clima de proximidad, genuinidad, confianza y seguridad. Esta herramienta es muy útil siempre y cuando se utilice en una forma responsable. Esto quiere decir que se hará uso de ella solamente en aquellos casos en los que la experiencia vivida por el terapeuta pueda ser útil para que el niño logre un mejor manejo de su situación. Por supuesto, no debe ser usada si pudiera asustar al niño o abrumarlo con los problemas del terapeuta. Como el autodescubrimiento implica una relación muy cercana, no debe ser usada al inicio de la terapia, sino hasta que se esté seguro de la solidez de la relación terapéutica.

Ejemplo:

Niño: -Este año iba yo a ser elegida "Reina de la Primavera" en mi escuela. Pero mi papá no me dió

permiso. Yo me puse a llorar.

Terapeuta: -Cuando yo estaba en la primaria me sucedió lo mismo, mi papá se burló de mí y me dijo que yo era muy fea para ser "Reina de la Primavera".

Niño: -Lo que me dijo a mí mi papá fué que cómo era - posible que me eligieran "Reina de la Primavera" si yo todo el día me estaba peleando con - mis compañeros.

Terapeuta: -Yo te entiendo porque en aquel momento me sentí muy triste y desilusionada.

Niño: -Sí, me siento muy triste y, como tú, me siento desilusionada. Creo que todavía puedo hacer - algo, hablar con mi papá y luchar por lo que - quiero.

Todas las habilidades y destrezas descritas con anterioridad tienen una meta en común: elevar la autoestima del niño que, según el punto de vista de las autoras del presente trabajo, es la meta de cualquier aproximación terapéutica. La autoestima, para Corkille, "es lo que cada persona siente por sí misma. Su juicio general acerca de sí mismo, la medida en que le agrada su propia persona en particular." (Corkille, 1983, p. 21).

Un niño con alta autoestima se sentirá digno de ser amado y valioso. El elemento principal para esta autoestima es el saberse --

querido y aceptado, si gusta a los demás también gustará de sí mismo y podrá aceptar sus deficiencias y limitaciones, sin que esto haga peligrar su autovaloración.

Dependiendo de la actitud que el terapeuta tenga para con el niño, se elevará o disminuirá la autoestima. Un niño con alta autoestima se sentirá confiado, aceptado, por lo que será amistoso, alegre y abierto, en cambio, si su autoestima es baja, será un niño apocado, vacilante o agresivo, no se creerá merecedor de respeto por parte de los demás. La autoestima de un niño va a influir determinante en la maduración y desarrollo de su ser personal.

Como se ha mencionado, este fundamental elemento, la autoestima, constituye la clave del éxito o del fracaso en la vida de todo ser humano. El grado de autoestima del niño matizará todas las esferas de su integridad afectiva, su creatividad, su forma de relacionarse, su productividad, su estabilidad emocional, su satisfacción consigo mismo, es decir, incidirá en una forma directa en todas las áreas y etapas de su vida.

Por último, es necesario enfatizar que todas las habilidades y destrezas aquí expuestas, no deben quedarse en el mero intelecto o como herramientas de trabajo utilizadas solamente durante la sesión terapéutica. Por el contrario, una persona interesada en ser terapeuta debe estar comprometida en su desarrollo personal, que implica el hacer de estas herramientas su forma de vida. Cuando el ayudado per

cibe esta congruencia entre el ser y el hacer del terapeuta, se siente impulsado, motivado y comprometido en su cambio de vida.

Un terapeuta que realmente está comprometido con su propio desarrollo, busca activa y prácticamente su superación personal y profesional, que pudiera traducirse en acciones concretas como: ingresar a una terapia personal, a un programa de entrenamiento de orientadores y/o buscar supervisión adecuada en el ejercicio de su vida profesional.

CONCLUSIONES.

Los tres enfoques revisados en la presente tesis proporcionan una panorámica del trabajo realizado en el campo de la psicoterapia infantil. Estas tres aproximaciones han generado un gran número de estudios teóricos y experimentales que intentan probar la eficacia de cada una de ellas.

La corriente que ha tenido una mayor cantidad de evidencias experimentales es sin duda alguna el Conductismo. La terapia centrada en la persona ha tratado de avalar sus resultados por medio de investigaciones sistemáticas. El psicoanálisis no se ha abocado a la tarea de verificar por medio del método científico los resultados obtenidos en su quehacer terapéutico, sin embargo, otros investigadores (no psicoanalíticos) han reportado estudios experimentales para probar la eficacia del método psicoanalítico.

A continuación se describirán algunas de éstas evidencias experimentales en cada uno de los enfoques.

Leitenberg, Agras y Thompson (1968) (c.p. Arnau, 1984), analizaron los efectos del reforzamiento positivo sobre la ingesta de calorías y del peso de una paciente de anorexia nerviosa. Durante la línea base la paciente tenía que ingerir 4 comidas diarias de 1000 calorías cada una. Se le indicó a la pequeña que el comer en el hospital le causaría un mejoramiento. Estas condiciones se mantuvieron

durante la fase de entrenamiento en la que se le aplicó una contingencia de refuerzo que consistía en una alabanza o refuerzo social, dependiendo del consumo de alimento. Los resultados muestran que -- durante la línea base se mantuvo estable el peso de la niña, en cambio, al aplicar el refuerzo durante el entrenamiento se produjo un incremento lineal muy marcado.

Reep y Deitz (1974) (c.p. Arnau, 1984), evaluaron un programa para reducir la agresividad y autolesión en un débil mental de 13 años, durante la fase de línea base se registró la conducta agresiva y autolesiva, ésta osciló entre 0.00 y 0.22 respuestas por minuto, a partir de la segunda fase se inició el programa, en el cual se recompensaba cuando el niño no exhibía este tipo de conductas (anotando en su cuaderno 5 estrellas), en caso de que ocurriera una respuesta inapropiada, el niño podía tener tres consecuencias: se le informaba que aquello estaba mal, se le borraban las estrellas de su libreta o se reiniciaba el intervalo (el conteo del tiempo se ponía en el punto cero). Se reportó que la combinación de tratamientos produjo un cambio radical en la conducta del niño. Este experimento fue -- probado con otros sujetos en quienes se verificó la eficacia de dicho tratamiento.

El principio de Premack fué utilizado por Homme, de Baca, Devine, Steinhorst y Rickert (1963), en 3 niños de 3 años de edad que presentaban una alta probabilidad de conductas disruptivas (gritar, empujar, correr por el aula) y la poca probabilidad de conductas --

deseadas (trabajar en silencio, atender), utilizando el principio de Premack los investigadores en el momento en que los niños se sentaban en la silla en silencio y veían al pizarrón se hacía contingente el sonido de una campana con la indicación "corran y griten", los niños lo hacían inmediatamente. Se les daba otra señal para que suspendieran esa conducta. Con ese procedimiento el control sobre la conducta disruptiva de los niños era prácticamente perfecta.

En un estudio hecho por McAllister, Stachowiak, Baer, Conderman (1969), se investigaron los efectos de las consecuencias sociales dadas por los maestros sobre las conductas de un grupo de estudiantes de secundaria dentro del salón de clases en comparación -- con un grupo control. Durante la línea base se le pidió a la maestra que se comportara en forma habitual en ambos grupos. Las consecuencias sociales que la maestra aplicó al grupo experimental fueron:

- 1.- Desaprobar mediante represión verbal severa las conductas inapropiadas que ocurrieran.
- 2.- Evitar amenazas a los alumnos.
- 3.- Elogiar a todo el grupo cuando presentaran la conducta deseada. Los resultados indican que los comentarios hechos por la maestra (elogio y desaprobación) tuvieron sólidos efectos sobre el grupo experimental.

Un gran número de estudios han sido reportados para modificar conductas en variedad de situaciones.

Ayllon y Azrin (1964) con pacientes esquizofrénicos,
 Agras, Leitenberg, Barlow y Thompson (1969) en claustrofobia,
 Leitenberg, Winnce, Butz, Callahan, Agras (1970) en evitación
 de interacción social y de situaciones dañinas,
 Agras, Leitenberg y Barlow (1968) en desensibilización del mie--
 do a las víboras,
 Harris, Wolf y Baer (1964) en conductas problema en niños de ---
 edad preescolar,
 Ollendick (1979) en el tratamiento de anorexia nerviosa,
 Mountjoy (1984) en el tratamiento de la enuresis.

Todas estas investigaciones han podido ser comprobadas y ve
 rificadas con otros sujetos en las mismas situaciones experimentales.

La eficacia de la psicoterapia con niños y adultos ha sido
 cuestionado por Eysenck (1960) (c.p. Pumfrey, 1970); Levitt y Millar
 (1957,1963) (c.p. Pumfrey, 1970); Marazzo (1965) (c.p. Pumfrey, ---
 1970); Dittman (1966) (c.p. Pumfrey, 1970) ; Kellner (1967) (c.p. --
 Pumfrey, 1970); y Millar (1968) (c.p. Pumfrey, 1970).

La efectividad de la psicoterapia y de la terapia de juego-
 no directiva está aún en duda, porque los experimentos que se han --
 hecho carecen de rigidez y control experimental que permitan llegar
 a conclusiones generales.

Gran parte de la efectividad de ésta técnica ha estado basa

da en experimentos con un reducido grupo de niños y sin comparación con un grupo control; por ejemplo Landisberg y Snyder (1946) (c.p. - Pumfrey, 1970) reportaron resultados de la terapia en 4 niños entre 5 y 6 años de edad, 3 de los casos fueron considerados satisfactorios y uno incompleto. Obviamente pocas conclusiones pueden ser derivadas de un experimento con tan reducido grupo. Un gran número de estudios han sido revisados por Lévvitt (1957) (c.p. Pumfrey, 1970) en psicoterapia de niños tratados en el Child Guidance Center y otro con niños que se inscribieron al centro pero que no asistieron al mismo, se hizo un seguimiento de estos niños durante 4 años después del tratamiento, encontrándose que el porcentaje de mejoría en ambos grupos era similar, concluyendo que la psicoterapia infantil no parece facilitar la resolución de desórdenes neuróticos.

Un gran número de estudios con grupo control han sido reportados con resultados variables, Fleming y Snyder (1947) (c.p. Pumfrey, 1970) dieron terapia no - directiva a 7 niños entre 8 y 11 años de edad, al finalizar la terapia se compararon los resultados con otros 7 niños también con perturbaciones emocionales que no habían recibido terapia, encontrándose que los niños del grupo experimental incrementaron significativamente su ajuste personal (medido éste por medio de 3 tests de personalidad) en comparación con los niños del grupo - experimental y con el grupo control en general. Dado que el diseño experimental carece de grandes deficiencias los resultados son inconclusos.

Cox (1953) (c:p. Pumfrey, 1970) encontró que un grupo de

9 huérfanos incrementó considerablemente en algunos índices de ajuste social después de 10 semanas de terapia de juego y la mejoría se mantuvo a lo largo de 15 semanas que duró el seguimiento, el grupo control no mostró ningún cambio.

Dorfman (1958) (c.p. Pumfrey, 1970) investigó los efectos de la terapia de juego psicoanalítica en 12 niños y 5 niñas entre 9 y 12 años desajustados socialmente. Encontró que el incremento en el ajuste fué significativo comparado éste con un grupo de 17 sujetos que no recibió tratamiento. El criterio para medir el ajuste fueron los resultados obtenidos en un test objetivo de personalidad y dos tests proyectivos. Sin embargo, no hubo validación de las calificaciones obtenidas en los test y fué un solo terapeuta el que llevó a cabo -- todo el proceso.

Levi y Ginott (1961) (c.p. Pumfrey, 1970), reportaron los efectos de la terapia de juego grupal no - directiva en 314 niños -- tratados en la Child Guidance Center con un grupo control de 300 niños. De el grupo tratado 55% mejoró y 45% no mejoró. El criterio de mejoría fué la desaparición de los síntomas. De el grupo control sólo en el 20% hubo evidencia de mejoría. Desafortunadamente la frecuencia y duración de la terapia en el grupo control no fué reportada ni el período de seguimiento en ambos grupos.

Shouksmith y Taylor (1964) (c.p. Pumfrey, 1970) trataron de probar que la terapia no - directiva incrementaba el rendimiento aca

démico y las habilidades sociales en niños que presentaban estos problemas en la escuela. 12 niños fueron remitidos a terapia entre 12 y 13 años. Después de 6 meses de tratamiento, el rendimiento académico y las habilidades sociales de estos niños se incrementaron considerablemente, en comparación con dos grupos control.

En un amplio estudio realizado en Cambridge - Somerville Youth Study (Powers, 1949; Powers y Witmer, 1951; Teuber y Powers, 1953) (c.p. Pumfrey, 1970), fueron seleccionados 650 niños entre 6 y 10 años de edad catalogados como "predelincuentes" y comparados con un grupo control. Los muchachos seleccionados fueron remitidos a terapia grupal en un período de 2 a 8 años. Los terapeutas eran o de orientación psicoanalítica o de orientación centrada en la persona. Los terapeutas reportaron que aproximadamente las 2/3 partes del grupo se beneficiaron con la terapia, en contraste con el grupo control en el que no se encontró ninguna mejoría. Desafortunadamente el estudio no habla de cual fué el criterio para evaluar los resultados.

La existencia de una relación entre el ajuste infantil y el rendimiento académico ha sido frecuentemente enfatizado (Vernon, 1957) (c.p. Pumfrey, 1970); Gregory (1965) (c.p. Pumfrey, 1970); Sampson (1966) (c.p. Pumfrey, 1970). Axline (1950) (c.p. Pumfrey, 1970) estudió un grupo seleccionado de 37 niños con problemas en la lectura (8 niñas y 29 niños), cuya inteligencia según la prueba de Stanford - Binet variaba entre 80 y 148. Axline partía del supuesto que en muchos casos el problema de aprendizaje en la lectura era

un síntoma de un desajuste en la personalidad. Se instituyeron grupos de lectura basados en la filosofía de la terapia no - directiva incluyendo algunos procedimientos terapéuticos. Al inicio se administró a los niños una prueba de lectura y después de un período de 3 y 6 meses de terapia se les volvió a administrar la misma prueba, encontrándose que el incremento en el nivel de lectura fué mayor que el esperado por el proceso de maduración. Axline encontró que 5 de los niños se convirtieron en buenos lectores, 15 lograron un nivel de lectura adecuado a su edad. Los efectos de la terapia son difíciles de concluir porque no existía un grupo control.

Los problemas para evaluar la eficacia por medio de evidencia experimental tanto en la terapia psicoanalítica como en la terapia no - directiva son los siguientes:

1) Diseño experimental.- Los investigadores tienen problemas para lograr un diseño experimental ideal porque los grupos son muy pequeños, el grupo control y el experimental no son comparables, las muestras no son elegidas al azar. El período experimental es muy corto.

2) Efecto Hawthorne.- En muchos de los experimentos no es considerado el efecto que tiene tanto en niños como en experimentadores el hecho de saber que pertenecen a un grupo de tratamiento, porque según Roethlisberger y Dickson (1939) (c.p. Pumfrey, 1970), la mejoría que se detecta es debida a este efecto y no al procedimiento terapéutico en sí.

3.- Selección de un criterio de mejoría.- La validez del criterio utilizado para reportar el incremento en el ajuste de la --

personalidad es las mas de las veces cuestionable. Los diferentes - resultados encontrados con diversos procedimientos de medición pueden ser vistos en el experimento de Seeman, Barry, y Ellenwood (1964) (c.p. Pumfrey, 1970), quienes encontraron diferencias significativas entre los grupos experimental y control medidos por medio de un test de personalidad, pero no encontrando diferencias respecto a la opinión de los maestros en cuanto a los niños.

4.) Tiempo entre el tratamiento y la mejoría.- Kellner (1967) (c.p. Pumfrey, 1970) ha demostrado que aún sin tratamiento, por un proceso de maduración, los niños muestran mejoría en su ajuste social.

5) Selección de los niños.- Una de las críticas que se le han hecho a la psicoterapia (incluyendo psicoanálisis y terapia no directiva) que dada la tremenda variedad de síntomas y la gran diversidad de sujetos, es muy cuestionable que la misma terapia sea igualmente efectiva en todos los casos. Pumfrey y Elliot (1969) (c.p. Pumfrey, 1970) consideran que quizá una de las razones de que las investigaciones no reportan diferencias significativas entre el grupo control y experimental sea debido a la heterogeneidad de los mismos.

6) Diferencias en los terapeutas.- Orlmeyer, Welkowitz y Cohen (1966) y Kemp (1966) (c.p. Pumfrey, 1970) han hecho notar la importancia de la relación terapeuta - niño y los trabajos como el de Poser (1966) (c.p. Pumfrey, 1970) sugieren la importancia de mayor investigación en este campo porque las características del terapeuta puede ser una importante variable en la obtención de resultados.

Por los datos que arroja la evidencia experimental, la efectividad terapéutica sólo puede ser probada por la aproximación conductual. Los parámetros utilizados por esta aproximación para evidenciar su eficacia se basan en el control sistemático, en la posibilidad de --verificación, cuantificación y objetividad de los fenómenos tratados.

En cambio, la efectividad del psicoanálisis y de la terapia centrada en la persona no se ha podido corroborar experimentalmente en forma concluyente. Nagel (1959) (c.p. Corey, 1982) ha cuestionado la cientificidad de estas aproximaciones, argumentando que sus teo --rías e hipótesis no están basados en experimentos y estudios contro --lados. Su edificio teórico es considerado por este autor como va --cío y especulativo.

Cabe en este momento hacer algunas consideraciones. Para --Jaspers (1977) existen dos tipos de psicologías que pueden ser divi --didas según su objeto de estudio. La primera es la psicología ob --jetiva, la cual trabaja con datos objetivos; aquellos que se perci --ben sensorialmente, aquellos que indican un rendimiento medible o --aquellos que se pueden comprender racionalmente, a este tipo de psi --cología se le puede llamar también explicativa y se basa en el método científico. El segundo tipo de psicología es la subjetiva, que se basa en la autoobservación y que intenta comprender los fenómenos men --tales, le podríamos llamar a este tipo de psicología, explicativa.

Estas dos grandes corrientes psicológicas tienen diferente

objeto de estudio, para una el objeto de estudio es la conducta y para la otra son las motivaciones e impulsos que subyacen a la misma. Estos dos tipos de psicología no pueden compararse porque una intenta explicar las causas de los fenómenos, mientras que la otra trata de comprenderlos.

Según Bleger (1977) el que la psicología subjetiva no cuente con técnicas de verificación, control y objetividad no lo invalida - como método terapéutico efectivo ya que su sustento principal reside en la comprensión.

Concluyendo, el conductismo, el enfoque centrado en la persona y el psicoanálisis han enriquecido el campo de la psicoterapia infantil con su muy particular forma de abordar los fenómenos psicológicos.

Sin embargo, los tres enfoques se enfrentan a serias limitaciones que los hacen vulnerables.

Al Conductismo se le ha atacado su visión reduccionista y simplificada de los fenómenos; al enfoque Centrado en la Persona su falta de sustento teórico; y al Psicoanálisis su incapacidad para de mostrar experimentalmente sus hipótesis.

En el presente trabajo se revisaron tres enfoques terapéuticos alternativos: terapia psicoanalítica, terapia centrada en la persona y terapia conductual; cada una de ellas con una concepción de la

naturaleza humana, pero las tres coincidiendo en un objetivo: brindarle al niño la posibilidad de rescatar su propio ser, de desarrollarse en toda su integridad y, por ende, crear un ser humano que viva más plenamente.

Las técnicas y procedimientos utilizados por cada una de las aproximaciones revisadas son diversas, no se puede asegurar que una sea mejor que la otra, solamente se puede manifestar que cada una de ellas inciden en mayor o menor grado en un aspecto de la naturaleza del niño. Ninguno de estos enfoques posee la verdad absoluta, cada una de ellas descubre parte de la verdad acerca de la complejidad del ser humano. Si algún método en especial fuera considerado como total y únicamente verdadero, se estaría en peligro de caer en un fanatismo que puede llevar al profesional a "cerrar los ojos" ante las bondades de otras alternativas y ante las limitaciones de su propio enfoque. Se puede concluir que es necesario que el psicólogo educativo se adentre en el conocimiento teórico-práctico de un enfoque determinado, manteniendo siempre una actitud abierta y flexible que le permita enriquecerse con las aportaciones que le puedan brindar otras corrientes psicológicas.

Como se mencionó en el cuarto capítulo, hay habilidades y destrezas que cualquier profesional de la ayuda debe poseer, no basta con adentrarse en el conocimiento teórico-práctico de un enfoque terapéutico determinado, es indispensable que el terapeuta se comprometa en su desarrollo personal, porque la terapia es, ante todo, una relación

interpersonal que implica la presencia testimonial del ser mismo del -
terapeuta ante el niño. Para que esta presencia se cristalice en una
acción terapéutica constructiva debe estar basada en la autenticidad,
que se fundamenta en el contacto personal y directo terapeuta-niño, -
para encontrarse y descubrirse como seres humanos; en la aceptación, -
basándose en la creencia de que el niño es un individuo digno de con-
fianza, un ser humano individual con limitaciones, pero también con po-
tencialidades; en la comprensión empática, para lograr que el niño - -
sienta que hay alguien que lo comprende como ser humano, que no lo juz-
ga ni lo analiza y, con esta confianza, que puede emprender su camino
hacia el progreso, el aprendizaje y el crecimiento.

Si nuestro punto de partida ha sido el análisis de la situa-
ción de la educación y de su distanciamiento, con un concepto más am-
plio e integral de educación, pasando por la revisión de algunas alter-
nativas que puedan servir de apoyo para conformar un concepto global y
flexible de educación. Se impone en este momento una reflexión final:
la educación en nuestra sociedad no puede quedarse restringida a la me-
ra transmisión de información, esta nueva concepción de educación debe
proponer la formación integral del niño, avocándose a formar no sola-
mente el intelecto, sino además el afecto, que le dará la posibilidad
de llegar a ser un ser humano más pleno y, por lo tanto, más comprome-
tido con su entorno social. La interrogante sería ¿Quién puede ini- -
ciar este cambio en la educación?, por supuesto el elemento humano com-
prometido e interesado en la misma, que son específicamente los maes- -
tros, pedagogos y psicólogos educativos, porque en sus manos está la -

responsabilidad de la formación de la comunidad educativa.

El profesional de la ayuda cuenta, además del conocimiento - de técnicas y métodos probadamente eficaces, con un instrumento único, su ser mismo, su capacidad para relacionarse eficaz y cálidamente con otros seres humanos matizará profundamente la terapia. El terapeuta - no nace, se hace, el desarrollo de éste mismo como ser humano sólo se logra con el compromiso por luchar continuamente para lograr su auto-realización.

Esta reflexión nos vuelca sobre el punto fundamental de esta tesis: el trabajo profesional del psicólogo educativo no concluye con la aplicación de una terapia educativa, es necesario abordar concomitantemente el aspecto afectivo-emocional, para incidir en forma integral en la problemática del ser humano, además de estar profundamente comprometido con su propio desarrollo.

B I B L I O G R A F I A .

- AGRAS, LEITENBERG, BARLOW. En la obra de Bijou y Rayek. Análisis conductual aplicado a la instrucción. México: Trillas, 1980.
- AGRAS, LEITENBERG, BARLOW, THOMPSON. En la obra de Bijou y Rayek. Análisis conductual aplicado a la instrucción. México: -- Trillas; 1980.
- ALLPORT, G. La personalidad. Su configuración y desarrollo. (6a. ed.) Barcelona: Herder, 1977.
- ARNAU, J. Diseños experimentales en psicología y educación. México: Trillas, 1984.
- AXLINE, V. Dibs, en busca del yo. México: Diana, 1984.
- AXLINE, V. Terapia de juego. México: Diana, 1983.
- AYLLON, AZRIN. En la obra de Bijou y Rayek. Análisis conductual aplicado a la instrucción. México: Trillas, 1980.
- BANDLER, R. The structure of magic I. Palo Alto, Cal.: Science and Behavior Books, 1976.
- BIEHLER Introducción al desarrollo del niño. México: Diana, 1983.
- BIJOU, S., RIBES, I. Modificación de conducta. Problemas y extensiones. México: Trillas; 1983.
- BIMA, H., SCHIAVONI, C. El mito de la dislexia. México: Ateneo, 1980.
- BLANCO, R. Docencia Universitaria y desarrollo humano. México: Alhambra Mexicana, S.A., 1982.
- BLEGER, J. En la obra de Ziziemsky. Métodos de investigación en psicología y psicopatología. Buenos Aires: Nueva Visión, -- 1977.

- BOZATH, J. Person - Centeredness: A paradigm from client - Centered Therapy. First international forum on the person - centered approach., Oaxtepec, Mor., México., June-27, July-4, 1982, U.I.A.
- BRINK, D. Humanistic Education. First international forum on the person - centered approach, Oaxtepec, Mor., México, June-27, July-4, 1982. U.I.A.
- BUCKLE, D. The person of the therapist in the person centered approach. First international forum on the person - centered approach, Oaxtepec, Mor. México., June-27, July-4, 1982, U.I.A.
- CATANIA, Ch. Investigación contemporánea en conducta operante. México: Trillas, 1974.
- COREY, G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. (2a. ed.) California: Books/Cole Publishing Company, 1982.
- CORKILLE, B. El niño feliz. (6a. ed.), Barcelona: Gedisa, 1983.
- CORSINI, R. Current Psychotherapies. Itasca Illinois: F.E. Peacock - publishers, 1973.
- CROSBY, N. Essential enuresis: Successful treatment based on physiological concepts. Medical Journal of Australia. 1950, -- 2, 533-534.
- DOLTO, F. Psicoanálisis y pediatría, (9a. ed.) México; Siglo XXI, 1984.
- EGAN, G. El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. California: Wadsworth International Iberoamericana, 1981.

- EGAN, G. El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. Manual de entrenamiento. California: Wadsworth Internacional Iberoamericana, 1982.
- ELLENBERGER, H. El descubrimiento del inconsciente. Madrid: Gredos, 1972.
- ESTRADA, J. The phenomenology of encounter, as the basis factor in the therapeutic relationship. First international forum on - the person - centered approach., Oaxtepec, Mor., México, June-27, July-4, 1982, U.I.A.
- FERSTER, CH. Principios de la conducta. México: Trillas, 1976.
- FREUD, A. Introducción al psicoanálisis para educadores. Buenos Aires: Paidós, 1978.
- FREUD, A. Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño. Buenos Aires: Paidós, 1977.
- FREUD, A. Neurosis y sintomatología en la infancia. Buenos Aires: Paidós, 1977.
- FREUD, A. Normalidad y patología en la niñez. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- FREUD, A. Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- FREUD, A. El psicoanálisis infantil y la clínica. Buenos Aires: -- Paidós, 1977.
- FREUD, S. Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. Obras Completas, Tomo III, (3a. ed.) Madrid: Biblioteca nueva, - 1973.

- FROMM,E. Grandezas y limitaciones del pensamiento de Freud. Méxi-
co: Siglo XXI, 1979.
- GOLDFRIED,M., DAVISON,G. Técnicas terapéuticas conductistas. Buenos
Aires: Paidós, 1981.
- GORDON,T. P.E.T. Padres eficaz y técnicamente preparados. México:
Diana, 1978.
- HARRIS, WOLF, BAER. En la obra de Reese y Lipsitt. Psicología expe-
rimental infantil. México: Trillas, 1974.
- HOLLAND,J., SKINNER,B. Análisis de la conducta. México: Trillas, 1972.
- HOMME, deBACA, DEVINE,STEINHORST, RICKERT. En la obra de Bijou y Ra-
yek. Análisis conductual aplicado a la instrucción. Méxi-
co: Trillas, 1980.
- IBERG,J. The therapeutic event: state changing interaction. First
international forum on the person - centered approach, --
Oaxtepec, Mor., México., June-27, July-4, 1982, U.I.A.
- JASPERS,K. Escritos psicopatológicos. Madrid: Gredos, 1977.
- KLEIN,M. Principios del análisis infantil. Contribuciones al ---
psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- LAZARUS,A. A preliminary report on the use of directed muscular acti-
vity in counter conditioning. Behavior Research and The-
rapy, 1965, 2, 303-310.
- LEITENBERG, WINNICE, BUTZ, CALLAHAN, AGRAS. En la obra de Bijou y -
Rayek. Análisis conductual aplicado a la instrucción. --
México: Trillas, 1980.
- LOVIBOND,S. The mechanism of conditioning treatment of enuresis.

- Behavior Research and Therapy. , 1963, 1, 17-21.
- LURCAT, L. El fracaso y el desinterés escolar en la escuela primaria. Barcelona: Gedisa, 1979.
- LYNTON, M. Manual Simplificado de estilo. México: Trillas, 1978.
- MANNONI, . La educación imposible. (4a. ed.) México: Siglo XXI, 1984.
- McALLISTER, STACHOWIAK, BAER, CONDERMAN. En la obra de Bijou y Rayek. Análisis conductual aplicado a la instrucción. México: Trillas, 1980.
- McGUIGAN. Psicología experimental. (3a. ed.) México: Trillas, 1983.
- MINUCHIN, S. Families and family therapy. London: Tavistock Publications Limited, 1974.
- MCUNTJOY, P. Recent technological advancements in the treatment of enuresis. Theory and commercial devices. Behavior modification. 1980, 4, 1, 3-34
- MOWRER, O. Enuresis: A method for its study and treatment. American Journal of Orthopsychiatry. 1938, 8, 436-447.
- NEALE, D. Behavior therapy and encopresis in children. Behavior Research and therapy, 1963, 1, 139-149.
- OLLENDICK, T. Behavioral Treatment of anorexia Nervosa. A five-year study. Behavior modification. 1979, 3, 1, 124-135.
- PALACIOS, J. La cuestión escolar, críticas y alternativas. (6a. ed.) Barcelona: Laia, 1984.
- PATTERSON, G. A learning theory approach to the treatment of the school phobic child. En la obra de Ullman, L. y Krasner, L. (dirs). Case studies in behavior modification. Nueva --

- York: Holt, 1965, 279, 285.
- POZZO, M. La psicoterapia a través del juego. Tesina de Licenciatura, U.I.A., México, 1984.
- PUMFREY, P. Play therapy, Social adjustment and reading attainment. Educational Research. 1970, 12, 3, 183-193.
- REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Diccionario manual e ilustrado de la lengua Española. Madrid: Espasa - Calpe, 1950.
- RICKARD, H., MUNDY, M. Direct manipulation of stuttering behavior: an experimental - clinical approach. En la obra de Ullman L. y Krasner, L. (dirs), Case studies in behavior modification. Nueva York: Holt, 1965, 268-274.
- ROGERS, C. Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Buenos Aires: Nueva Visión, 1978.
- ROGERS, C. Psicoterapia Centrada en la persona. Buenos Aires: Paidós: 1966.
- ROGERS, C. El poder de la persona. México: El manual moderno, 1980.
- ROGERS, C. El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Paidós, 1961.
- ROGERS, C. Libertad y creatividad en la educación. Buenos Aires: -- Paidós, educador contemporáneo, 1978.
- SANDLER, J. Conversaciones con Anna Freud. La técnica en psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Gedisa, 1983.
- SATIR, V. En contacto íntimo. México: Concepto, 1981.
- SATIR, V. Relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax - México, 1985.
- SEGAL, H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires:

- Paidós, 1977.
- STEED, D. Disruptive pupils, disruptive schools: Which is the chicken ? Which is the egg ? Educational Research. The Journal of the NFER. 1985, 27, 1, 3-8.
- STUMPHAUZER, J. Terapia conductual. México: Trillas, 1983.
- SULZER-AZAROFF, B. Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes. México: Trillas, 1983.
- WAHL, C. y otros. Historia del psicoanálisis VII, Buenos Aires: Paidós, 1968.
- WALL, W. Educación y salud mental. (2a. ed.) Madrid: Aguilar, 1966.
- WOLMAN, B. Teorías y sistemas contemporáneos en psicología. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1978.
- WOLPE, J. Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas, 1983.
- YATES, A. Terapia del comportamiento. México: Trillas, 1973.
- YATES, A. Teoría y práctica de la terapia conductual. México: Trillas, 1977.
- YATES, A. Symptoms and symptom substitution. Psychological Review. 1958, 65, 371-374.
- YATES, A. The modification of excessive frequency of urination: A case study. Australian Journal of psychology. 1972, 24, (2), 145-152.
- YATES, A. Behavioral analysis in a case of excessive frequency of micturition. Behavior therapy. 1972, 3 (3), 449-453.

YATES,A. The definition of behavior therapy. Revista latinoamericana de psicología. 1970, 2 (2), 113-122.

YATES,A. Behavior therapy. New York.: John Wiley and Sons, 1970.