Fundamentos de Terapia de Juego

2ª edición

Charles E. Schaefer

Manual Moderno®

Fundamentos de Terapia de Juego

2ª edición

EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor.
En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:

Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05
Santafé de Bogotá

CeMPro
Centro Mexicano de Protección y Fomento
a los Derechos de Autor
Sociedad de Gestión Colectiva

Segunda edición es español
de la segunda en inglés

Fundamentos de Terapia de Juego

2ª edición

Charles E. Schaefer

Traducido por:
Dra. María Elena Ortiz Salinas
Universidad Nacional Autónoma de México

Revisión técnica por:
Lic. María Santos Becerril Pérez
Universidad Nacional Autónoma de México
Lic. Beatriz A. Sánchez García
Universidad Nacional Autónoma de México

Editor Responsable:
Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno

Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.

(52-55)52-65-11-62

(52-55)52-65-11-00

info@manualmoderno.com

Para mayor información en:
* Catálogo de producto
* Novedades
* Pruebas psicológicas en línea y más

www.manualmoderno.com

Título original de la obra:
Foundations of play therapy, second edition
Copyright © 2011 by John Wiley & Sons, Inc.
ISBN: 978-0-470-52752-8
"All rights reserved. This translation published under license. This EBook published under license with the original Publisher John Wiley & Sons, Inc."

Fundamentos de terapia de juego, segunda edición
D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno,
S.A. de C.V.
ISBN: 978-607-448-172-3
ISBN: 978-607-448-173-0 Versión electrónica

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or transmitted in any form or by any means, electronic, photocopying or otherwise, without the prior permission in writting from the Publisher.

Manual Moderno®
es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Fundamentos de terapia de juego / ed. Charles E. Schaefer ; tr. por María Elena Ortiz Salinas. -- 2ª ed. -- México : Editorial El Manual Moderno, 2012.
x, 394 p. : il. ; 23 cm.
Traducción de: Foundations of play therapy – 2nd ed.
Disponible también en versión electrónica.
Incluye bibliografías e índice
ISBN 978-607-448-172-3
ISBN 978-607-448-173-0 (versión electrónica)

1.Terapia de juego. I. Schaefer, Charles E., ed. II. Ortiz Salinas, María Elena, tr.

615.85153-scdd21 Biblioteca Nacional de México

Director editorial:
Dr. Marco Antonio Tovar Sosa
Director editorial adjunto:
Dr. José Luis Morales Saavedra
Editora asociada:
LCC Tania Uriza Gómez
Diseño de portada:
LCS Adriana Durán Arce

Contenido

PREFACIO vii

ACERCA DEL AUTOR vii

COLABORADORES ix

PARTE I FUNDAMENTOS PRÁCTICOS DE LA TERAPIA DE JUEGO 1

Capítulo 1: Terapia de juego
Prácticas y conceptos básicos 3
Julie Blundon Nash y Charles E. Schaefer

Capítulo 2: Poderes terapéuticos del juego y la terapia de juego 15
Charles E. Schaefer y Athena A. Drewes

Capítulo 3: Juego seguro
Cuestiones éticas en la terapia de juego 27
Cynthia A. Reynolds y Laura J. Tejada

PARTE II PRINCIPALES ENFOQUES TEÓRICOS **39**

MODELOS PSICODINÁMICOS
Capítulo 4: Enfoque psicoanalítico de la terapia de juego 41
Alan J. Levy

Capítulo 5: Terapia de juego analítica Jungiana 59
Eric J. Green

Capítulo 6: Terapia de Juego Adleriana 85
Terry Kottman

Capítulo 7: Terapia de juego de liberación 105
Heidi Gerard Kaduson

MODELOS HUMANISTAS
Capítulo 8: Terapia de juego centrada en el niño 129
Daniel S. Sweeney y Garry L. Landreth

Capítulo 9: Terapia filial
Fortalecimiento de las relaciones familiares por medio del poder del juego 153
Risë VanFleet

Contenido

Capítulo 10: Terapia de juego Gestalt 171
Violet Oaklander

Capítulo 11: Terapia de juego experiencial 187
Carol C. Norton y Byron E. Norton

MODELOS SISTÉMICOS

Capítulo 12: Terapia de juego familiar
Encender la energía creativa, valorar las metáforas y hacer cambios del interior al exterior 207
Eliana Gil

Capítulo 13: Terapia de juego grupal 227
Daniel S. Sweeney

Capítulo 14: Terapia de juego ecosistémica 253
Kevin O'Connor

Capítulo 15: Terajuego: terapia de juego para fortalecer el apego 275
Evangeline Munns

Capítulo 16: Terapia de juego enfocada en la solución: ayudar a los niños y a las familias a encontrar soluciones 297
Donald R. Nims

Capítulo 17: Terapia de juego cognitivo-conductual 313
Susan M. Knell

Capítulo 18: Terapia de juego narrativa 329
Aideen Taylor de Faoite

Capítulo 19: Terapia de juego integrativa 349
Athena A. Drewes

Capítulo 20: Terapia de juego normativa 365
Charles E. Schaefer

Índice de autores **379**

Índice analítico **385**

Prefacio

Desde inicios del siglo xx, la terapia de juego ha sido la principal forma de intervención psicoterapéutica con niños. El propósito de esta obra es proporcionar al lector una introducción exhaustiva al campo de la terapia de juego.

La primera parte del libro, es totalmente nueva. Los capítulos se diseñaron para ofrecer la información básica necesaria para la comprensión y la práctica de la terapia de juego. El capítulo 1 incluye algunos de los conceptos y prácticas esenciales que todos los terapeutas de juego principiantes deben dominar. El capítulo 2 contiene una visión general de los poderes terapéuticos del juego, es decir, los mecanismos de cambio que son el alma y el corazón de la terapia de juego. El tercer capítulo informa al lector acerca de los problemas clínicos, profesionales y éticos que pueden surgir en la práctica de la terapia de juego.

Una de las virtudes de la terapia de juego es la diversidad de enfoques teóricos que se aplican en la actualidad a la práctica clínica con niños y adolescentes. Esos modelos ofrecen una base amplia y firme para la aplicación del juego terapéutico a la gran variedad de problemas psicológicos experimentados por los jóvenes.

La segunda parte del libro contiene una descripción detallada de las principales teorías de la terapia de juego, que incluyen los modelos psicodinámicos, los modelos humanistas, los modelos de sistemas, así como una serie de modelos emergentes. Cada uno de los capítulos fue escrito por una autoridad en el modelo teórico particular. Todos los capítulos de la primera edición fueron revisados y actualizados, de modo que presenten una visión general del estado del arte. Además, se añadieron cuatro capítulos teóricos para reflejar la variedad de modelos actuales, a saber, "La terapia de juego narrativa", "La terapia de juego enfocada en la solución", "La terapia de juego experiencial" y "La terapia de juego integradora".

Psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros, especialistas en la vida del niño, enfermeros, terapeutas ocupacionales y terapeutas familiares de todos los niveles de entrenamiento y experiencia encontrarán que *Fundamentos de terapia de juego, 2ª edición*, es un libro lleno de información y utilidad clínica. Igual que la primera edición, es probable que este libro se convierta en un texto esencial para cursos introductorios y talleres sobre terapia de juego en todo el mundo.

Charles E. Schaefer

Acerca del autor

EL Dr. Charles E. Schaefer, supervisor y terapeuta de juego registrado, es profesor emérito de Psicología en la Universidad Fairleigh Dickinson en Teaneck, Nueva Jersey. Es cofundador y director emérito de la Asociación para la Terapia de Juego. También es fundador y codirector del Instituto de Entrenamiento para la Terapia de Juego en Nueva Jersey. El Dr. Schaefer coordina un Grupo de Estudio Internacional de la Terapia de Juego que se realiza anualmente en Wroxton, Inglaterra.

Entre sus libros acerca de la terapia de juego se encuentran Play Therapy for Preschool Children: Empirically-Based Play Interventions for Children; Contemporary Play Therapy; Short-Term Play Therapy for Children; The Playing Cure: Individualized Play Therapy for Specific Childhood Problems; Game Play; 101 Favorite Play Therapy Techniques; Adult Play Therapy, Adolescent Play Therapy; Play Therapy for Very Young Children y Play Diagnosis and Assessment. En 2006 recibió el Premio por Logros de Toda una Vida de parte de la Asociación para la Terapia de Juego. El Dr. Schaefer hace presentaciones frecuentes en conferencias nacionales e internacionales sobre la terapia de juego. Ha sido invitado a programas televisivos como Good Morning America; Today y Oprah Winfrey. Su práctica privada en psicología clínica infantil se localiza en Hackensack, Nueva Jersey.

Colaboradores

Athena A. Drewes, PsyD, RPT-S
Director of Clinical Training
Astor Services for Children and Families
Poughkeepsie, New York

Eliana Gil, PhD
Director of Clinical Services
Childhelp
Arlington, Virginia

Eric J. Green, PhD, LMFT, RPT-S
Assistant Professor, Dept. of Counseling
University of North Texas–Dallas
Dallas, Texas

Heidi Gerard Kaduson, PhD, LLC
Private Practice
Monroe Township, New Jersey

Susan M. Knell, PhD
Clinical Psychologist
Spectrum Psychological Associates
Mayfi eld Village, Ohio

Terry Kottman, PhD, RPT-S
Director
The Encouragement Zone
Cedar Falls, Iowa

Garry L. Landreth, EdD, RPT-S
Regents Professor, Counselor Education
University of North Texas
Denton, Texas

Alan J. Levy, PhD, LCSW, DSNAP
Associate Professor
Loyola University, Chicago, School of Social Work
Chicago, Illinois

Evangeline Munns, PhD, RPT-S
Clinical Psychologist
Munns Psychological Consultant Services
King City, Canada

Julie Blundon Nash, PhD, RPT
On-Site Behavioral Health Director, Foster Care
Clinic Coordinator, Community Health Center
Middlesex County, Connecticut

Donald R. Nims, EdD, RPT-S
Professor of Counseling
Western Kentucky University
Bowling Green, Kentucky

Byron E. Norton, EdD, RPT-S
Family Psychological Services
Greeley, Colorado

Carol C. Norton, EdD, RPT-S
Family Psychological Services
Greeley, Colorado

Violet Oaklander, PhD
The Violet Solom Oaklander Foundation
Los Angeles, California

Kevin O'Connor, PhD, RPT-S
Distinguished Professor,
Director, Clinical PhD and PsyD
Programs at Alliant International
University
Fresno, California

Cynthia A. Reynolds, PhD, RPT-S
Professor, Dept. of Counseling
University of Akron
Clinton, Ohio

Daniel S. Sweeney, PhD, RPT-S
George Fox University
Portland, Oregon

Aideen Taylor de Faoite, MA
Educational/School Psychologist
Tulla, Ireland

Laura J. Tejada, MS, RPT-S, MFT, PCC, NCC
Doctoral Candidate in Marriage and Family Therapy
University of Akron
Akron, Ohio

Risë VanFleet, PhD, RPT-S
Director, Family Enhancement & Play Therapy Center
Boiling Springs, Pennsylvania

PARTE I

FUNDAMENTOS PRÁCTICOS DE LA TERAPIA DE JUEGO

Capítulo 1

TERAPIA DE JUEGO

Prácticas y conceptos básicos

Julie Blundon Nash y Charles E. Schaefer

Todos los niños deberían tener una vez en su vida la oportunidad de sobrepasarse sin tener que escuchar "¡No te atrevas! ¡No te atrevas! ¡No te atrevas!"
Jerry, 7 años

No tengo que romper esa ventana. No tengo que seguir actuando como siempre lo he hecho. No tengo que hacer las cosas porque se me ocurre hacerlas. No tengo que golpear a la gente porque sienta ganas de hacerlo. Supongo que es porque antes no sabía que podía sentirme enojado y que en un rato se me pasaría el enojo y me sentiría contento de nuevo. Puedo cambiar. No tengo que seguir siendo siempre el mismo porque puedo ser diferente. ¡Porque ahora puedo entender mis sentimientos!
Harold, 8 años

Jerry y Harold fueron clientes de Virginia Axline, una figura destacada en el mundo de la terapia de juego (Axline, 1979, p. 520). Los niños acudieron a terapia debido a problemas de conducta y a la incapacidad de expresar sus emociones de manera apropiada. Es posible que Jerry y Harold representen mejor que cualquier otro la verdadera experiencia de la terapia de juego como la oportunidad de adquirir control de las emociones que a veces pueden desbocarse. Todavía hoy sus afirmaciones suenan ciertas, aunque la terapia de juego ha evolucionado para incluir numerosas orientaciones teóricas utilizadas en todo el mundo.

Este capítulo pretende presentar una perspectiva general de los conceptos básicos y las prácticas de la terapia de juego. Ésta tiene una rica historia que se remonta a Freud y los inicios de la teoría psicoanalítica, y que se desarrolla y amplía de manera continua. En las siguientes páginas se definirá y describirá la terapia de juego, incluyendo la importancia del uso del juego en un ambiente terapéutico, el cuarto de juegos y los materiales sugeridos, las etapas de la terapia, la inclusión de cuidadores y la eficacia de las intervenciones de juego.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

DEFINICIÓN DE LA TERAPIA DE JUEGO

La Asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy) la definió como "el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos" (Association for Play Therapy, s.f.). Lo anterior indica que la terapia de juego es una modalidad terapéutica con bases firmes en modelos teóricos. En este libro se describirán con detalle las principales teorías de la terapia de juego, entre las cuales se incluyen la terapia psicoanalítica, la centrada en el niño, la cognitivo-conductual, la prescriptiva y la terapia familiar de juego.

La definición de la terapia de juego también sugiere que los terapeutas del se esfuerzan por reconocer, admitir y utilizar los poderes curativos del juego. Esos poderes terapéuticos, conocidos también como mecanismos de cambio, son las fuerzas activas del juego que ayudan a los clientes a superar sus problemas psicosociales y a alcanzar un desarrollo positivo.

IMPORTANCIA DE LA TERAPIA DE JUEGO

Los poderes terapéuticos del juego pueden clasificarse en ocho categorías generales: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización. El capítulo 2 presenta una descripción detallada de los agentes curativos específicos que son inherentes al juego. Esos mecanismos de cambio constituyen el fundamento de los modelos teóricos y son por ende el corazón y el alma de la terapia de juego.

Sin importar la edad, el juego tiene muchos beneficios en la vida. Es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés y fomenta las interacciones y la comunicación social positiva. Cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración, a regular sus emociones y a destacar en una tarea que es innata. Pueden practicar nuevas habilidades de una forma que tiene sentido para ellos, sin los límites estructurados del "mundo real" o la necesidad de usar un lenguaje verbal. No existen errores demasiado grandes que no puedan resolverse ni desafíos muy difíciles que no puedan enfrentarse mediante el juego. Esta actividad da a los niños la oportunidad de dominar su mundo a medida que crean, desarrollan y mantienen su sentido de sí mismos. Utilizan el juego para comunicarse cuando no tienen las palabras para expresar sus necesidades y esperan que los adultos entiendan su lenguaje. Como señalara atinadamente Landreth (2002a), el juego es el lenguaje del niño y los juguetes son las palabras.

UNA BREVE HISTORIA DE LA TERAPIA DE JUEGO

A partir de su trabajo con el pequeño Hans, Sigmund Freud llevó a la práctica de la psicoterapia la idea del juego terapéutico (Freud, 1909). Escribió que el juego cumple tres funciones principales: fomentar una autoexpresión más libre (en especial de los instintos considerados tabúes), satisfacción del deseo y dominio de los sucesos traumáticos. Para dominar los eventos traumáticos por medio

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

del juego, el niño los recrea con un sentido de poder y control de la situación; eso le permite llevar a la consciencia los recuerdos reprimidos y revivirlos mientras libera el afecto de manera apropiada. Este proceso, denominado abreacción, se distingue de la catarsis porque incluye la recreación y el dominio de la experiencia en sí en lugar de la simple liberación del afecto (Freud, 1892, como se cita en Erwin, 2001). Aunque algunos teóricos han descrito la catarsis en términos de una teoría hidráulica de la acumulación de energía negativa que se descarga con rapidez, autores más actuales sugieren que las emociones negativas a menudo son sacadas a la luz y liberadas lentamente a medida que el niño asimila la experiencia de manera gradual por medio del juego repetitivo (Pulaski, 1974).

Melanie Klein continuó con la idea de usar el juego para la terapia infantil en un marco psicoanalítico. En particular, creía que el juego permite aflorar el material inconsciente, y que el terapeuta podría entonces interpretar los deseos y conflictos reprimidos del niño para ayudarlo a entender sus problemas y necesidades. Klein coincidía con la aproximación gradual a la comprensión y asimilación de las experiencias negativas, así como con la necesidad de revivir y dominar esas experiencias por medio del juego (Klein, 1955). Ella trabajó con niños más pequeños que los que atendían los psicoanalistas tradicionales.

Klein (1955) fue pionera en el uso de una técnica en la que se utilizan miniaturas. Cuando los niños se entretienen con juguetes en miniatura suelen experimentar una sensación de control sobre ellos, siendo éstos una representación de objetos o personas reales. Margaret Lowenfeld llevó esta idea más lejos y desarrolló la Técnica del Mundo, la cual implica una caja de arena y acceso a agua y a objetos en miniatura que representan objetos a mayor escala. Los terapeutas de juego con arena por lo general disponen de una gran selección de miniaturas, como personas, animales, edificios, objetos de escenografía, medios de transporte, arquetipos y seres sobrenaturales. En la Técnica del Mundo los niños reciben la oportunidad de crear un mundo imaginario en el que pueden expresar lo que desean y donde pueden desarrollar mundos reales o fantásticos, pacíficos o agresivos, ordenados o caóticos (Lowenfeld, 1939). Las cajas de arena se consideran expresiones del material predominantemente inconsciente y se utilizan como tales en la terapia.

Otra psicoanalista que usó el juego de manera terapéutica fue Anna Freud (1946), ella contribuyó a llevar la terapia infantil en particular el análisis infantil a un escenario usado de manera más amplia. Creía que el juego es importante porque permite al terapeuta establecer una alianza terapéutica con el niño. De igual modo, la investigación reciente ha sugerido que para que la terapia sea eficaz se necesita una relación terapéutica fuerte.

A mediados del siglo xx, Virginia Axline dio un enfoque más humanista y centrado en la persona a la terapia infantil y de juego. En particular, Axline (1947) defendió la creencia de que las condiciones necesarias para el cambio terapéutico son la consideración positiva incondicional, la comprensión empática y la autenticidad. También afirmó que los niños pueden expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos por medio del juego mejor que con palabras.

Los siguientes capítulos ofrecerán más detalles acerca de esas teorías clásicas de la terapia de juego, junto con modelos más recientes que incluyen las terapias

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de juego cognitiva-conductual, la prescriptiva, la enfocada en la solución, la narrativa y la integrativa.

FORMAS DE LLEVAR A LA PRÁCTICA LA TERAPIA DE JUEGO

Al igual que la terapia tradicional mediante el habla, la terapia de juego puede ponerse en práctica en diversos formatos. Por ejemplo, los terapeutas de juego centrados en el niño suelen utilizar sesiones individuales con el pequeño y le dan la libertad de expresarse con poca dirección del terapeuta. El papel del terapeuta es alentar en el niño la expresión apropiada de las emociones y proporcionarle un sentido de control sobre la relación terapéutica. Los terapeutas que utilizan otras modalidades, como la terapia de juego cognitivo-conductual, suelen dar más estructura al proceso terapéutico, dependiendo de las necesidades evaluadas del niño.

Los terapeutas filiales entrenan a los padres para ser coterapeutas y llevan a la práctica el proceso terapéutico por medio de las interacciones entre los padres y el niño. Las sesiones de terapia filial son similares a las de la terapia de juego centrada en el niño, pero en éstas los padres fomentan interacciones positivas que continuarán más allá de los confines del consultorio (Guerney, 2000). También se ha demostrado la eficacia de la terapia de juego familiar que utilizan otras modalidades (como los enfoques cognitivo-conductual o de grupo) para fomentar la participación de los cuidadores (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005).

La terapia de juego grupal ha sido aplicada a diversos problemas. Los grupos de terapia pueden ser de naturaleza directiva o no directiva. En los grupos directivos, las sesiones son por lo general de naturaleza psicosocial y se enfocan en la presentación de un problema que los niños tienen en común, como deficiencias en las habilidades sociales, mal comportamiento o traumas del pasado (por ejemplo, Flahive y Ray, 2007; Spence, 2003; Sweeney y Homeyer, 1999).

APLICACIONES DE LA TERAPIA DE JUEGO

Los clientes de la terapia de juego pueden ser bebés y niños pequeños (Schaefer, Kelly-Zion, McCormick y Ohnogi, 2008), preescolares (Schaefer, 2010), o estudiantes de primaria, secundaria y preparatoria (Gallo-López y Schaefer, 2005). Sus antecedentes socioeconómicos pueden ser muy diversos e incluir a personas sin hogar (Baggerly y Jenkins, 2009). La terapia de juego también puede emplearse con clientes adultos y ancianos (Schaefer, 2003). Aunque sigue en aumento la popularidad de la terapia de juego con adolescentes y adultos, son más comunes las interacciones terapéuticas con niños de 3 a 12 años. Por consiguiente, en este capítulo se hablará del *niño* como cliente de la terapia de juego.

La terapia de juego es una modalidad que puede ser verdaderamente flexible en su ubicación. El espacio puede ser un consultorio o una clínica para pacientes ambulatorios, una escuela (por ejemplo, Ray, Henson, Schottelkorb, Brown y Muro, 2008), el hogar, la escena de un desastre (por ejemplo, Dripchak, 2007), una cama de hospital (por ejemplo, Li y López, 2008) o el patio de recreo. La terapia de juego puede tener lugar en un cuarto perfectamente abastecido de juguetes o con

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

materiales sacados de una maleta; sólo está limitada por el grado de flexibilidad y creatividad del terapeuta.

EL CUARTO DE JUEGO Y MATERIALES SUGERIDOS

Los cuartos de juegos varían considerablemente dependiendo del escenario de la terapia y de las necesidades y estilo del terapeuta. La orientación teórica y el tipo de terapia también contribuyen al diseño del espacio de juego. Por ejemplo, los terapeutas que usan el terajuego o terapia de juego grupal requieren una buena cantidad de espacio abierto y despejado. Landreth (2002a) describió las características ideales de un cuarto de juego para ser usado en sesiones de terapia individual. Sugirió un espacio de 15 a 20 metros cuadrados; materiales, muebles y pisos fáciles de limpiar; estantes para los juguetes y armarios para suministros adicionales, un lavabo con agua fría; muebles adecuados para el tamaño de niños y de adultos; un escritorio o mesa para el trabajo artístico; un pizarrón para usar con marcadores o con gises, y un baño adjunto.

En términos de los materiales de juego, es indudable que la selección de juguetes y otros objetos que deben ser incluidos varía dependiendo de la orientación teórica, las ideas personales y los valores del terapeuta, así como de cuestiones de presupuesto y de espacio. Existe una selección de objetos básicos de utilidad generalizada, los cuales incluyen objetos como familias de animales, muñecos bebés (con biberón), platos y cubiertos de plástico, familias de muñecos, una casa o caja de muñecas con muebles, marionetas, soldados de juguete, cubos y otros materiales de construcción, plastilina, materiales para trabajo artístico (marcadores, crayolas, hojas grandes de papel, cinta adhesiva, tijeras), un martillo pequeño, dos teléfonos o teléfonos celulares, un botiquín médico, una pelota suave pequeña, un juego de naipes, una caja pequeña con tapa y juguetes de transporte (carros, aviones, ambulancia, etcétera). Además de esos objetos, también pueden ser útiles otros como máscaras, espejos, cuerdas, dinosaurios, herramientas de plástico, ladrillos de cartón, libros, juegos de mesa, una varita mágica, disfraces, así co mo una caja de arena y miniaturas.

Otra característica útil del cuarto de juegos es la separación del espacio. Esto puede lograrse por medio de variaciones en los recubrimientos del piso (por ejemplo, recubrimientos de vinilo cerca de las áreas con agua o arena y alfombras o tapetes en otras áreas). A la mayoría de los terapeutas de juego les gusta separar los materiales por función a fin de incluir un área diseñada para el juego con la casa de muñecas, otra para las cajas de arena, una tercera para las marionetas, etcétera.

Además de otros factores, la predictibilidad y la consistencia son tal vez los dos rasgos más importantes en un espacio de juego. Los niños deben tener la facultad de saber que los materiales que necesitan están disponibles y que pueden localizarlos con facilidad. Si se encuentran con objetos desconocidos, dedicarán la mayor parte de la sesión de terapia a explorar esos objetos en lugar de jugar con ellos (Kottman, 2001).

Una regla general es que cada objeto de la sala de juegos debe cumplir un propósito terapéutico, por lo que los materiales de juego deben elegirse con cuidado

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

en lugar de escogerlos al azar. También deben evitarse los juegos o juguetes que se rompen con facilidad o los que son costosos o muy complicados (Kottman, 2001).

Cómo empezar y terminar una sesión

Aunque el proceso de la terapia de juego suele ser intuitivo para los niños, son pocos los padres que saben qué esperar cuando llevan a su hijo a una terapia de juego individual. Resulta útil reunirse con los padres sin que esté presente el niño para examinar sus preocupaciones y darles a conocer la terapia de juego. Por lo general los padres entienden bien la explicación de que los niños muchas veces no pueden utilizar palabras para expresar sus sentimientos y problemas, por lo que prefieren el juego para ello. Así, la terapia de juego puede describirse como una forma de conocer las preocupaciones y problemas del niño por medio del juego y de ayudarle a encontrar las formas de superarlos.

Para el niño las sesiones iniciales suelen incluir una introducción al espacio de juego y el proceso terapéutico. Ambos deben proporcionarse al nivel de desarrollo del chico y con cantidades de información apropiadas. A menudo los niños más pequeños se sientes felices de escuchar que el cuarto de juego es un espacio en el que pueden jugar de muchas maneras, mientras que los mayores pueden entender más acerca del proceso. La cantidad de información proporcionada a un niño también depende de la orientación teórica del terapeuta. Por ejemplo, es probable que en el terajuego los terapeutas le proporcionen muy poca introducción, mientras que otros terapeutas le explicarían las razones por las que lo llevaron a terapia, lo que va a suceder en la sesión y los tiempos de reunión.

Los niños usan la sesión inicial para explorar no sólo el espacio de juego sino también al terapeuta. Los terapeutas de juego por lo general le permiten explorar a su propio ritmo y no le hacen sugerencias acerca de qué materiales usar. Durante la primera sesión, los terapeutas deben concentrarse en desarrollar rapport mediante la creación de un ambiente cálido, confortable y seguro para el niño.

Al terminar una sesión, los terapeutas del juego deben decidir si el niño ayudará o no a recoger los juguetes. Esta es una decisión personal y de orientación teórica. Los terapeutas no directivos como Virginia Axline no alentarían al niño a ordenar el cuarto de juego. En lugar de ello dan una advertencia cinco minutos antes del fin de la sesión, de modo que el niño pueda prepararse mentalmente para partir.

Para la mayoría de los niños basta con hacer el anuncio cuando quedan cinco minutos. Algunos requieren más tiempo para prepararse mentalmente y les ayudaría una advertencia de 10 minutos antes del fin de la sesión seguida de otra cinco minutos antes del fin. Esto es algo que a menudo depende de la edad y nivel de funcionamiento del niño.

Establecimiento de límites en la terapia de juego

Aunque por lo general los límites a la conducta del niño son mínimos, de vez en cuando es necesario establecerlos por dos razones principales: 1) asegurar la seguridad física del niño y el terapeuta, y 2) prevenir la destrucción de los materiales y el cuarto de juego. Por lo regular, los terapeutas de juego no establecen de antemano los límites, sino sólo cuando surge la necesidad de hacerlo. Por ende, un

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

terapeuta de juego podría empezar una sesión diciendo al niño: "Puedes jugar con lo que quieras. Si hay algo que no debas hacer, te lo haré saber".

El renombrado terapeuta de juego Haim Ginott (1959) recomendaba el siguiente procedimiento de cuatro pasos para establecer un límite. Primero, ayude al niño a expresar sus sentimientos o deseos que subyacen a la mala conducta ("Estás enojado conmigo porque no puedes llevarte el juguete a casa").

A continuación, presente el límite de manera clara y firme ("¡No debes pegarme!"). Tercero, trate de señalar una alternativa aceptable a la conducta inapropiada ("Puedes aplastar esta plastilina para sacar tu enojo"). Por último, haga respetar el límite según se necesite ("Debemos terminar el juego ahora porque sigues queriendo golpear"). Este procedimiento evita los extremos de ser demasiado estricto o demasiado blando al enseñar al niño el comportamiento responsable.

Los límites se establecen más a menudo respecto a actos de agresión física (sea al terapeuta o a los materiales), conducta peligrosa y comportamientos socialmente inaceptables (que incluyen demostraciones inapropiadas de afecto; Landreth, 2002b). También deben establecerse límites cuando el niño trata de sacar un juguete del cuarto de juego, así como cuando se involucra en conductas disruptivas como continuar con el juego después de que la sesión ha finalizado o tratar de salir antes (Landreth, 2002b). Al principio suele ser incómodo para los terapeutas aplicar los límites, pero con práctica y paciencia pueden volverse diestros.

INCLUSIÓN DE PADRES Y CUIDADORES

Cada vez es mayor la evidencia sobre los beneficios de incluir a los padres en el proceso terapéutico (Bratton *et al*., 2005). Los terapeutas que utilizan modelos de terapia de juego familiar como la filial, la terapia de interacción entre padre e hijo y el terajuego entrenan a los cuidadores para que participen directamente como coterapeutas de sus hijos. En las etapas iniciales de esas terapias, los terapeutas de juego enseñan a los cuidadores la manera de usar las interacciones de juego con sus hijos para fomentar una relación más positiva. Webster-Stratton y sus colaboradores publicaron numerosos estudios acerca de grupos de entrenamiento de habilidades sociales para niños con problemas de conducta y sus padres. En esos estudios, los niños recibieron entrenamiento de habilidades sociales mientras sus padres aprendían prácticas de crianza y formas de estimular nuevas habilidades en sus hijos. La participación de los cuidadores en esos estudios dio lugar a mejoras sostenidas en las conductas de los niños y en las habilidades de los padres (Webster-Stratton y Hammond, 1997).

ETAPAS DE LA TERAPIA DE JUEGO

Existen tres etapas principales en el proceso de terapia. El primero, *construcción del rapport*, involucra a las sesiones iniciales en que el niño y el terapeuta empiezan a establecer una relación de trabajo. El terapeuta sigue recabando información acerca del niño y sus experiencias, mientras que éste conoce el espacio de juego y el proceso de la terapia. De acuerdo con la orientación terapéutica, la naturaleza de esas sesiones de juego por lo general es de apoyo y brinda al niño el tiempo para sentirse seguro y cómodo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La segunda etapa, de *trabajo*, es la más prolongada de las tres y es donde ocurre buena parte del cambio terapéutico. En esta etapa el terapeuta selecciona y aplica el agente, o agentes, más apropiados inherentes al juego (por ejemplo, abreacción, narración de cuentos, o una relación terapéutica).

Durante la etapa de trabajo los temas del juego suelen hacerse evidentes y ofrecen una ventana al mundo interno del niño. Los temas del juego son aquellos que reaparecen a lo largo de las sesiones. Pueden surgir deseos o necesidades no satisfechas, conflictos no resueltos o dificultades que el niño trata de dominar o entender. Algunos ejemplos de temas comunes de juego son agresión, apego, competencia, control, cooperación, eventos traumáticos, muerte y duelo, temores, reparación de algo roto o dañado, género, el bien contra el mal, identidad, prueba de límites, dominio de las tareas del desarrollo, necesidad de aprobación o afecto, poder, solución de problemas, regresión, repetición de situaciones reales, escuela, sexualidad, reglas sociales, transiciones, vulnerabilidad y situaciones de ganar o perder. El uso terapéutico de esos temas dependerá de la orientación teórica del terapeuta.

La etapa final de la terapia de juego es la *terminación*. El terapeuta y el niño han empleado el proceso terapéutico para mejorar o resolver los problemas presentados. Se pretende que la etapa de terminación permita al niño y a la familia apropiarse de los cambios ocurridos y preparar el terreno para continuar las mejoras.

CARACTERÍSTICAS DE LOS TERAPEUTAS DE JUEGO EFICACES

Una revisión de los trabajos sobre la capacitación en la terapia de juego sugiere la existencia de características personales (como la paciencia, la flexibilidad y el amor a los niños) que necesitan todos los terapeutas para trabajar con niños. Por lo que respecta a las características de un "buen" terapeuta de juego, Nalavany y sus colaboradores (2005) encontraron que una muestra de 28 terapeutas de juego experimentados juzgaban esenciales las cualidades personales de empatía, calidez y autenticidad, a la vez que consideraban que el conocimiento teórico y las habilidades técnicas eran menos importantes pero más fáciles de adquirir.

Harris y Landreth (2001) citaron ocho de las características más importantes de los terapeutas de juego centrados en el niño. La lista incluye interés genuino, aceptación incondicional y sensibilidad hacia el niño. Su lista incluye también la capacidad para crear un sentido de seguridad, confianza en el niño para llevar el curso de la terapia de forma gradual y natural, y la creencia honesta de que el niño es capaz de resolver sus problemas, a la vez que se establecen algunos límites necesarios para ayudarlo en este proceso.

LA EFICACIA DE LA TERAPIA DE JUEGO: UNA REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN METAANALÍTICA DE RESULTADOS

Aunque los reportes sobre la utilidad clínica de la terapia de juego se han hecho de manera anecdótica en el campo, es indudable que se requieren estudios que utilicen métodos rigurosos de investigación para establecer de modo firme la eficacia de la terapia de juego.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En el libro *Empirically Based Play Interventions for Children* (Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005) se presenta una compilación de investigaciones bien diseñadas de la terapia de juego. Además, se cuenta con varios estudios metaanalíticos prometedores sobre la eficacia de las intervenciones de juego. LeBlanc y Ritchie (2001) usaron un enfoque metaanalítico en su revisión de 42 estudios publicados y no publicados (incluyendo algunas tesis de doctorado), y encontraron que el tamaño promedio del efecto de los resultados de la terapia de juego era de 0.66. Este es un tamaño del efecto de mediano a grande (Cohen, 1977) e indica una mejoría estadísticamente significativa en los niños (LeBlanc y Ritchie). Estudios metaanalíticos previos de interacciones terapéuticas no basadas en el juego con adultos y niños reportaron tamaños promedio del efecto de 0.68 (Smith y Glass, 1977) y de 0.71 (Casey y Berman, 1985), respectivamente. En el estudio de Casey y Berman, cuando las intervenciones basadas en el juego se examinaron por separado de las terapias no basadas en el juego se encontró una media del efecto de 0.65. Esos resultados sugieren que las intervenciones que emplean la terapia de juego son tan eficaces como las terapias basadas en el habla.

Recientemente, Bratton y sus colaboradores (2005) realizaron un metaanálisis más exhaustivo de las intervenciones de terapia de juego. Al igual que LeBlanc y Ritchie (2001), Bratton y sus colaboradores sólo analizaron estudios que incluyeran intervenciones de terapia de juego, en comparación con análisis anteriores que incluían psicoterapias tradicionales basadas en el habla. Esos investigadores identificaron 93 estudios de terapia de juego usando la definición de dicha terapia establecida por la Asociación para la Terapia de Juego. Encontraron una media del efecto de 0.80 (Bratton *et al*., 2005).

Esas investigaciones metaanalíticas también arrojaron luz sobre las características específicas del tratamiento y de los participantes que dieron lugar a las mejoras observadas en los niños. En particular, esos metaanálisis destacaron la importancia de incluir a los padres en el tratamiento de sus hijos. Cuando los padres eran entrenados para actuar como coterapeutas se observaron tamaños del efecto más grandes entre los estudios (Bratton *et al*., 2005; LeBlanc y Ritchie, 2001). Las terapias filial y de interacción padre-hijo a menudo incluyen a los familiares en un esfuerzo por mejorar las interacciones entre padres e hijos, así como de enseñar a los progenitores las habilidades que pueden utilizar después de que la terapia haya terminado. Además, ambos estudios sugieren que un número de 30 a 35 sesiones de terapia de juego era óptimo para identificar resultados positivos (Bratton *et al*., 2005, LeBlanc y Ritchie, 2001).

CONCLUSIÓN

La meta de este capítulo es proporcionar una introducción básica al campo de la terapia de juego. A partir de sus raíces psicoanalíticas, el campo de la terapia de juego sigue ampliando su base teórica y es aplicada en todo el mundo a clientes de todo el ciclo de vida. Los siguientes capítulos presentarán al lector la diversidad de enfoques teóricos de la terapia de juego, incluyendo el psicoanalítico, el centrado en el niño, el cognitivo-conductual, la Gestalt, el prescriptivo y el integrativo.

La terapia de juego es una poderosa modalidad para trabajar con niños, adolescentes, adultos, grupos y familias. Los terapeutas de juego reconocen la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

importancia del juego para el desarrollo normal, así como sus múltiples poderes terapéuticos o mecanismos de cambio. Las cualidades personales de los terapeutas de juego que facilitan una relación terapéutica incluyen la empatía, la calidez, la autenticidad y la aceptación incondicional del niño.

REFERENCIAS

Association for Play Therapy (n.d.). *About play therapy overview.* Retrieved April 1, 2010, from www.a4pt.org

Axline, V. M. (1947). *Play therapy.* New York, NY: Ballantine Books.

Axline, V. M. (1979). Play therapy as described by children. In C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic use of child's play* (pp. 517–534). Northvale, NJ: Aronson.

Baggerly, J., & Jenkins, W. W. (2009). The effectiveness of child-centered play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. *International Journal of Play Therapy, 18*(1), 45–55.

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The effi cacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 376–390.

Casey, R., & Berman, J. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin, 98*(2), 388–400.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (Rev. ed.). New York, NY: Academic Press.

Dripchak, V. L. (2007). Posttraumatic play: Towards acceptance and resolution. *Clinical Social Work Journal, 35,* 125–134.

Erwin, E. (Ed). (2001). *The Freud encyclopedia: Theory, therapy, and culture.* New York, NY: Routledge.

Flahive, M. W., & Ray, D. (2007). Effect of group sandtray therapy with preadolescents. *Journal for Specialists in Group Work, 32*(4), 362–382.

Freud, A. (1946). The role of transference in the analysis of children. In C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic use of child's play* (pp. 141–150). Northvale, NJ: Aronson. (Reprinted from *The psycho-analytical treatment of children*. London, UK: Imago.)

Freud, S. (1909). *Analysis of a phobia in a fi ve year old boy*. London, UK: Hogarth Press. Gallo-Lopez, L., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2005). *Play therapy with adolescents.* Lanham, MD: Rowman & Littlefi eld.

Ginott, H. (1959). The theory and practice of therapeutic intervention in child treatment. *Journal of Consulting Psychology, 23,* 160–166.

Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy, 9*(2), 1–17.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Harris, T. E., & Landreth, G. L. (2001). Essential personality characteristics of effective play therapists. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 23–29). New York, NY: Brunner-Routledge.

Klein, M. (1955). The psychoanalytic play technique. In C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic use of child's play* (pp. 125–140). Northvale, NJ: Aronson. (Reprinted from *American Journal of Orthopsychiatry, 25,* 223–237.)

Kottman, T. (2001). *Play therapy: Basics and beyond.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Landreth, G. L. (2002a). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.

Landreth, G. L. (2002b). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional Psychology: Research and Practice, 33,* 529–535.

LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly, 14*(2), 149–163.

Li, H. C., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play in preparing children for surgery: A randomized, controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 23*(2), 63–73.

Lowenfeld, M. (1939). The world pictures of children: A method of recording and studying them. *British Journal of Medical Psychology, 18,* 65–101.

Nalavany, B. A., Ryan, S. D., Gomory, T., & Lacasse, J. R. (2005). Mapping the characteristics of a "good" play therapist. *International Journal of Play Therapy, 14*(1), 27–50.

Pulaski, M. A. (1974). The importance of ludic symbolism in cognitive development. In J. F. Magary, M. Poulson, & G. Lubin (Eds.), *Proceedings of the third annual UAP conference: Piagetian theory and the helping professions.* Los Angeles: University of Southern California Press.

Ray, D. C., Henson, R. K., Schottelkorb, A. A., Brown, A. G., & Muro, J. (2008). Effect of short- and long-term play therapy services on teacher–child relationship stress. *Psychology in the Schools, 45*(10), 994–1009.

Reddy, L., Files-Hall, T., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2005). *Empirically based play interventions for children.* Washington, DC: American Psychological Association.

Schaefer, C. E. (Ed.). (2003). *Play therapy with adults.* Hoboken, NJ: Wiley.

Schaefer, C. E. (Ed.). (2010). *Play therapy for preschool children.* Washington, DC: American Psychological Association.

Schaefer, C. E., Kelly-Zion, S., McCormick, J., & Ohnogi, A. (Eds.). (2008). *Play therapy for very young children.* Lanham, MD: Rowman & Littlefi eld.

Smith, M., & Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32,* 752–760.

Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence, and practice. *Child and Adolescent Mental Health, 8*(2), 84–96.

Sweeney, D. S., & Homeyer, L. E. (1999). Group play therapy. In D. S. Sweeney & L. E. Homeyer (Eds.), *The handbook of group play therapy* (pp. 3–14). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 93–109.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 2

Poderes terapéuticos del juego y la terapia de juego

Charles E. Schaefer y Athena A. Drewes

El juego es tan natural en los niños como respirar. Es una expresión universal de la niñez y puede superar las diferencias étnicas, lingüísticas u otros aspectos culturales (Drewes, 2006). Desde el inicio del registro histórico ha sido observado prácticamente en todas las civilizaciones y tiene una relación compleja con la forma en que la cultura desarrolla la poesía, la música, la danza, la filosofía y las estructuras sociales, conectadas todas por la visión que la sociedad tiene acerca del juego (Huizinga, 1949). No obstante la forma en que el juego es considerado y valorado difiere entre las culturas y al interior de las mismas (Sutton-Smith, 1974, 1999).

El uso de la fantasía, el juego simbólico y la imaginación es una actividad natural del desarrollo en el juego de los niños (Russ, 2007). El juego no sólo es fundamental sino esencial para el desarrollo en la niñez (Roopnarine y Johnson, 1994). En diferentes especies, incluyendo la humana, el juego puede ser casi tan importante como el alimento y el sueño; la intensa estimulación sensorial y física que proporciona contribuye a formar los circuitos cerebrales y a impedir la pérdida de neuronas (Perry, 1997). El juego es tan importante para el desarrollo de un niño que es amparado por el artículo 31.1 de la Convención sobre los Derechos de la Infancia de las Naciones Unidas en 1989, que reconoce "el derecho del niño al descanso y el entretenimiento, a participar en actividades lúdicas y recreativas apropiadas para la edad del niño y a participar de manera libre en la vida cultural y las artes". El juego es quizá el medio más poderoso y apropiado para el desarrollo en que los niños pequeños pueden construir relaciones con los adultos, desarrollar el pensamiento causal que es crucial para el control de impulsos, procesar las experiencias estresantes y aprender habilidades sociales (Chaloner, 2001). El juego puede ofrecer al niño la sensación de poder y de control que proviene de la solución de problemas y el dominio de nuevas experiencias, ideas e intereses. Como resultado, puede contribuir a formar los sentimientos de logro y confianza (Drewes, 2005). Por medio del juego y de intervenciones basadas en éste, los niños pueden comunicarse de manera no verbal, simbólica y orientada a la acción.

El juego no sólo es esencial para fomentar el desarrollo infantil normal sino que también posee poderes terapéuticos. Todas las terapias requieren, entre otros factores, la formación de una relación terapéutica y el uso de un medio de intercambio (Drewes, 2001). Por medio del juego puede establecerse una relación de trabajo con los niños, en especial con quienes carecen de autoexpresión verbal, e incluso con niños mayores que muestran resistencia o incapacidad para expresar sus

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

sentimientos y problemas (Haworth, 1964). La presencia en el cuarto de juguetes y materiales de juego envía al niño el mensaje de que este espacio y este tiempo son diferentes de todos los otros. Indica a los niños que tienen permiso de ser niños, de sentirse libres y de ser por completo ellos mismos (Landreth, 1983).

Terapeutas del juego y clínicos infantiles utilizan el juego en la terapia como una forma de ayudar a los niños a lidiar con sus problemas emocionales y de conducta. La terapia de juego y el uso de intervenciones basadas en el juego de ninguna manera constituyen una nueva escuela de pensamiento (Drewes, 2006). El uso del juego para tratar a los niños se remonta a la década de 1930 con Hermione Hug-Hellmuth, Anna Freud y Melanie Klein. Desde entonces, varias terapias para adultos fueron adaptadas para usarse con niños, como la terapia de juego centrada en el niño adaptada por Virginia Axline (1947), la terapia de juego con arena que fue desarrollada a partir de la teoría jungiana por Margert Lowenfeld (1979) y Dora Kalff (1980), y la terapia de juego cognitivo-conductual por Susan Knell (1993).

Con la seguridad y soporte emocional que brinda el consultorio , el niño puede jugar con sus preocupaciones sin problema, los cuales pueden ser desagradables y generar demasiada ansiedad como para hablar de ellos o ser confrontados directamente. La presencia del terapeuta puede ayudarles a sentirlos, escucharlos y entenderlos. Los juguetes se convierten en las palabras y el juego en el lenguaje del niño (Landreth, 1991), que le son reflejados por el terapeuta para fomentar una mayor comprensión.

FACTORES CURATIVOS DEL JUEGO

Desde hace mucho tiempo, terapeutas de distintas orientaciones teóricas han mostrado interés por los factores curativos o sanadores de la psicoterapia. Fue sólo en los últimos 25 años que los investigadores y clínicos infantiles buscaron de manera más rigurosa las cualidades específicas inherentes a la conducta de juego que la convierte en un agente terapéutico de cambio (Russ, 2004). La meta es entender qué fuerzas invisibles pero poderosas resultan de las interacciones de juego entre terapeuta y cliente que ayudan a éste último a superar y curar los problemas psicosociales. Una mayor comprensión de esos mecanismos de cambio permite al clínico aplicarlos de manera más eficaz para satisfacer las necesidades particulares de un cliente (Schaefer, 1999).

Freud escribió que el insight, facilitado por las interpretaciones y análisis que hace el terapeuta de la transferencia (Schaefer, 1999), es el componente principal hacia la curación de un cliente en psicoanálisis.

Yalom (1985) escribió acerca de "factores terapéuticos" o mecanismos de cambio que creía eran inherentes a la psicoterapia de grupo (Schaefer, 1999); éstos incluían la aceptación, el altruismo, la catarsis, la infusión de esperanza, el aprendizaje interpersonal, la autorrevelación, la autocomprensión, la universalidad, el aprendizaje vicario y la orientación (Schaefer, 1999). Bergin y Strupp (1972) propusieron factores críticos que trascendían a las escuelas teóricas de pensamiento: contracondicionamiento, extinción, aprendizaje cognitivo, recompensa y castigo, transferencia y generalización, imitación e identificación, persuasión, empatía, calidez e interpretación (Schaefer, 1999).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Schaefer (1999) fue el primero en describir los poderes terapéuticos del juego. A partir de una revisión de la literatura identificó 25 factores terapéuticos, los cuales serán examinados más adelante.

Autoexpresión
Las limitaciones del desarrollo en las habilidades del lenguaje expresivo y receptivo, el limitado repertorio del vocabulario y las restricciones en la capacidad de pensamiento abstracto contribuyen a la dificultad de los niños pequeños para comunicarse de manera eficaz. Es posible que el principal poder terapéutico del juego descrito en la literatura (Schaefer, 1993, 1999) sea su poder de comunicación. En el juego los niños pueden expresar mejor sus pensamientos y sentimientos conscientes que solamente con palabras; se sienten naturalmente cómodos con la expresión a través de actividades de juego con materiales concretos (Landreth, 1993). El uso de la expresión y representación simbólica por medio de muñecos y marionetas permite la distancia emocional de experiencias, pensamientos y sentimientos con carga emocional. A través de la expresión indirecta en el juego el niño puede obtener consciencia de sus afectos y recuerdos problemáticos e iniciar el proceso de curación.

Acceso al inconsciente
Por medio de los juguetes, juegos y materiales elegidos especialmente por sus cualidades terapéuticas y como estímulos neutros, el niño puede revelar conflictos inconscientes mediante los mecanismos de defensa: de proyección, desplazamiento y simbolización (Klein, 1955). Con el apoyo del terapeuta de juego y en un ambiente seguro, el niño puede empezar a transformar e integrar deseos e impulsos inconscientes dentro del juego y acciones conscientes (Schaefer, 1999).

Enseñanza directa e indirecta
El juego le permite superar deficiencias en el conocimiento y las habilidades del cliente a través de la instrucción directa. Por ejemplo, cuando se enseñan habilidades sociales usando muñecos, marionetas e intercambio de papeles, es más probable que los niños aprendan y recuerden las lecciones. El uso de juegos y diversión captura la atención de los niños y aumenta su motivación para aprender.

La narración de cuentos y el uso de narrativas de juego permiten que el niño se una al terapeuta en un juego interactivo de fantasía (Schaefer, 1999). A su vez, con ello puede lograrse que el niño aprenda una lección o dé solución a un problema (Gardner, 1971). Este es un método indirecto, gradual y con espacio para la repetición que permite menos activación emocional que la confrontación directa (Frey, 1993). Las narrativas de juego permiten que los pacientes organicen sus experiencias y recuerdos fragmentados en un relato cohesivo y significativo (Pennebaker, 2002).

Abreacción
Por medio del uso del juego los niños recrean y alivian experiencias estresantes y traumáticas y adquirieren de ese modo una sensación de poder y control sobre ellas (Schaefer, 1999). A través de recreaciones repetitivas del juego, el niño

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

puede lograr gradualmente la asimilación mental y el dominio de pensamientos y sentimientos desagradables (Waelder, 1932). Los niños muestran una tendencia natural a afrontar los traumas y eventos externos por medio del juego. Después de los atentados terroristas del 11 de septiembre en EUA, se observó que muchos niños construían torres con cubos y estrellaban contra ellas aviones de juguete. "El juego postraumático puede ser usado con eficacia de manera terapéutica. De hecho, es la manera más poderosa de efectuar cambios internos en niños pequeños que presenten traumas" (Terr, 1990, p. 299).

Inoculación del estrés
La ansiedad anticipatoria por eventos estresantes inminentes como una mudanza familiar, el inicio de la escuela, el nacimiento de un hermano o la visita al médico o el dentista puede ser disminuida si se representa ese suceso con antelación (Wohl y Hightower, 2001). Al representar con juguetes en miniatura exactamente lo que se puede esperar y usar un muñeco para modelar habilidades de afrontamiento, lo desconocido puede hacerse familiar y menos atemorizante para el niño.

Contracondicionamiento del afecto negativo
Dos estados internos mutuamente excluyentes, como ansiedad y relajación o depresión y ganas de jugar, no pueden coexistir al mismo tiempo (Schaefer, 1999). De este modo, permitir que un niño juegue a las escondas en un cuarto oscuro puede ayudarlo a vencer el miedo a la oscuridad. O el juego dramático con juguetes relacionados con el hospital ayuda a disminuir considerablemente los temores específicos a los hospitales. Rea, Worchel, Upchurch, Sanner y Daniel (1989) encontraron que el ajuste de niños hospitalizados mejoraba de manera significativa (había una reducción considerable de la ansiedad) en el grupo asignado al azar al que se alentó a participar en juego de fantasía con materiales médicos y no médicos.

El juego de fantasía permite al niño pasar de un papel pasivo a uno activo; por ejemplo, en un intercambio de papeles, el niño puede aplicar una inyección a una muñeca. El juego de fantasía también facilita la expresión de varios mecanismos de defensa como la proyección, el desplazamiento, la repetición y la identificación (Schaefer, 1999).

Catarsis
La catarsis permite llevar a cabo y concluir una liberación afectiva previamente restringida o interrumpida por medio de la expresión emocional (por ejemplo, el llanto) o actividad (por ejemplo, reventar globos, aplastar plastilina o golpear un saco de arena) (Schaefer, 1999). La liberación emocional es un elemento crucial en la psicoterapia (Ginsberg, 1993).

Afecto positivo
Mientras juegan, los niños suelen sentirse menos ansiosos o deprimidos. Las actividades disfrutables contribuyen a una mayor sensación de bienestar y de menor angustia (Aborn, 1993). En el juego, es probable que niños y adultos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

mejoren su estado de ánimo y sentido de bienestar (Schaefer, 1999). La presencia continua de altos niveles de cortisol (hormona del estrés) puede dañar el hipocampo, área del cerebro responsable del aprendizaje y la memoria, lo cual produce déficits cognitivos que pueden prolongarse hasta la adultez (Middlebrooks y Audage, 2008). La risa y los afectos positivos ayudan a crear el efecto contrario, liberando endorfinas y hormonas que elevan el estado de ánimo, disminuyendo los niveles de cortisol en la sangre y estimulando el sistema inmunológico (Berk, 1989). El juego y el buen humor aunados a su potencial para el regocijo y la risa se convierten en antídotos de los afectos negativos como la ansiedad y la depresión (Schaefer, 1999).

Sublimación
La sublimación permite la canalización de impulsos inaceptables en actividades sustitutas que son socialmente aceptables (Schaefer, 1999). El niño que golpea físicamente a otro puede ser reorientado, ayudado a practicar y aprender por medio de la repetición de alternativas como la expresión en juegos de mesa "belicosos" (ajedrez, damas chinas), juegos de cartas (naipes) o actividades deportivas competitivas (Fine, 1956; citado en Schaefer, 1999).

Apego y mejora de la relación
Se ha encontrado que el juego facilita el vínculo emocional positivo entre padres e hijos. Algunos estudios acerca de la terapia filial (Ray, Bratton, Rhine y Jones, 2001; VanFleet y Guerney, 2003), el terajuego y la terapia de interacción entre los padres y el niño (Brinkmeyer y Eyberg, 2003; Hood y Eyberg, 2003) han logrado facilitar el apego entre el niño y los padres y mejorar la relación (Drewes, 2006). Mediante sesiones graduales, con entrenamiento en vivo, el padre o cuidador y el niño crean experiencias afectivas positivas, como jugar juntos, lo cual genera una relación segura y afectuosa. La investigación ha demostrado que esos beneficios se reflejan en mejoras en la empatía de los padres, en la percepción de cambios positivos en el ambiente familiar, en la autoestima, en la percepción del ajuste del niño y de sus problemas conductuales, así como del autoconcepto del niño y de los cambios en su conducta de juego (Rennie y Landreth, 2000).

Juicio moral
Piaget (1932) fue el primero en afirmar que la creación espontánea de reglas y su cumplimiento por parte de los niños en las situaciones informales y no supervisadas de juego son una experiencia crucial para el desarrollo del juicio moral maduro. Las experiencias de juego ayudan a los niños a dejar atrás la primera etapa del realismo moral, en que las reglas se ven como restricciones impuestas de manera arbitraria por adultos con autoridad, para avanzar al concepto de moralidad que se basa en los principios de cooperación y consentimiento entre iguales (Schaefer, 1999).

Empatía
Por medio del juego de roles los niños pueden desarrollar su capacidad de empatía, que es la habilidad de ver las cosas desde la perspectiva de otro. Se ha encontrado

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que la representación de diferentes personajes en el juego social aumenta el altruismo (Iannotti, 1978) y la empatía (Strayer y Roberts, 1989), así como la competencia social (Connolly y Doyle, 1984).

Poder y control
Cuando juegan, los niños se sienten poderosos y en control. Pueden hacer que el mundo del juego se ajuste a sus deseos y necesidades (Schaefer, 1999). En marcado contraste con la sensación de desamparo que experimentan durante un desastre, el juego les ofrece un fuerte sentido de poder y control. El niño tiene dominio sobre los materiales de juego y determina qué y cómo jugar durante la sesión de terapia. Al final, esta respuesta rival (poder) ayuda a superar los sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad del niño.

Competencia y autocontrol
El juego ofrece a los niños oportunidades ilimitadas de crear (a través de los cuentos, de los mundos construidos en una caja de arena o de los dibujos), lo que les permite obtener un sentido de competencia y autoeficacia que estimula su autoestima (Schaefer, 1999). Además, al participar en actividades lúdicas o en el juego de construcción, los niños aprenden autocontrol por medio de la detención del pensamiento y la conducta, lo que puede ayudarles a detenerse, pensar y planear por adelantado. Como resultado, el niño puede anticipar las consecuencias de diversas acciones y conductas potenciales. Esas habilidades pueden ser dominadas por medio de oportunidades de práctica y reforzamiento positivo, y en consecuencia pueden generalizarse a diversos escenarios (como la escuela, el hogar y ambientes sociales).

Sentido de sí mismo
Por medio del juego y el uso por parte del terapeuta infantil de un enfoque dirigido y enfocado en el niño (Axline, 1947), éste puede empezar a experimentar completa aceptación y permiso para ser él mismo sin el temor al juicio, la evaluación o la presión para cambiar. A través de un comentario sobre el juego del niño, el terapeuta le ofrece (en términos figurativos) un espejo, lo cual le permite entender los pensamientos y sentimientos internos y desarrollar su autoconsciencia (Schaefer, 1999). El juego también le brinda la oportunidad de percatarse del poder de ser un individuo por derecho propio, de pensar por sí mismo, de tomar sus propias decisiones y de descubrirse (Winnicott, 1971). Dado que esto suele ser una experiencia única, Meares (1993) advirtió que el campo de juego es donde se genera, en gran medida, el sentido de sí mismo. Concluyó que el juego en la presencia de un adulto involucrado es donde se generan las experiencias que se convierten en el centro de lo que se denomina identidad personal (Schaefer, 1999).

Desarrollo acelerado
En el juego, los niveles de desarrollo de los niños en edad preescolar pueden avanzar más allá de los logros comunes de su función y edad a un grado de pensamiento

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que sólo se volverá característico más adelante (Schaefer, 1999). Vygotsky (1967) observó que en el juego los niños siempre están por encima de su edad promedio y de su conducta cotidiana.

Solución creativa de problemas
Numerosos estudios han demostrado que el juego y la vivacidad están asociados con una mayor creatividad y pensamiento divergente en los niños (Feitelson y Ross, 1973; Ross, 1988; Schaefer, 1999). Dado que en el juego importa más el proceso que el producto final, los niños tienen la libertad de proponer, sin temor a las consecuencias, combinaciones y descubrimientos novedosos que pueden ayudarlos a resolver problemas sociales y los propios (Sawyers y Horn-Wingerd, 1993; Schaefer, 1999). De hecho, hay "algo respecto al juego en sí que actúa como vehículo para el cambio" (Russ, 2007, p. 15). Se ha considerado que el pensamiento divergente es un vínculo mediador entre el juego de simulación y las estrategias de afrontamiento (Russ, 1988), por lo cual los niños que son buenos en el juego de simulación (el uso del afecto y la fantasía) son mejores pensadores divergentes, poseen más estrategias de afrontamiento y cambian con más facilidad de una estrategia a otra (Christiano y Russ, 1996). En un estudio con niños de primer grado, Goldstein y Russ (2000-2001) encontraron que existía una relación positiva y significativa entre la imaginación en el juego, la frecuencia de respuestas de afrontamiento y la variedad de estrategias utilizadas, incluso cuando se controlaba el CI de la muestra. Russ (2007) y Singer (1995) especulan que lo que subyace al juego de simulación de los niños es el pensamiento divergente, lo que ha recibido apoyo empírico. Ser capaz de pensar y encontrar diferentes usos para los objetos (como la plastilina y los cubos), de crear finales distintos para los cuentos o de concebir escenarios de acción puede incrementar el pensamiento divergente (Dansky, 1999).

Fantasía de compensación
En el juego, los niños pueden obtener la gratificación sustituta inmediata de sus deseos. Un niño miedoso puede ser valiente o uno débil puede ser fuerte. Robinson (1970) veía al juego como un mecanismo esencialmente compensatorio que opera de manera muy parecida a una fantasía. Los impulsos y necesidades que no pueden ser expresados en la vida real encuentran una salida a través de la fantasía.

Prueba de realidad
Las experiencias de juego permiten a los niños interpretar las señales en las situaciones sociales y ayudarlos a distinguir la fantasía de las situaciones reales. En el juego social de simulación, los niños alternan a menudo entre los roles que están representando y su yo real (Schaefer, 1999). La participación frecuente en el juego de simulación permite una mejor discriminación entre realidad y fantasía (D. G. Singer y Singer, 1990).

Ensayo conductual
Conductas socialmente aceptables, como la asertividad en oposición a la agresividad, pueden ensayarse y practicarse en el ambiente seguro del juego. Por medio

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

del uso de marionetas o el juego de roles, el terapeuta infantil y de juego puede modelar conductas nuevas que sean más adecuadas para el niño, que éste puede practicar luego de manera repetida para asegurar el desarrollo y dominio de la habilidad (Jones, Ollendick y Shenskl, 1989; Schaefer, 1999).

Construcción del rapport

Uno de los poderes terapéuticos más importantes del juego es el componente relacional de la construcción del rapport. Esto ocurre cuando el paciente responde de manera positiva al terapeuta alegre y amante de la diversión. Dado que la mayoría de los niños no llegan a la terapia con la mejor disposición, al inicio es necesario que sean involucrados en el proceso mediante las interacciones de juego con el terapeuta. Además, dado que el "juego es el lenguaje del niño", proporciona un medio natural para comunicarse y establecer una relación con él (Landreth, 1983, p. 202).

Terapia de juego normativa

Cada una de las escuelas más conocidas de la terapia de juego (por ejemplo, la centrada en el cliente, la cognitivo-conductual y la psicodinámica) enfatizan uno o más de los poderes curativos del juego. El enfoque normativo ecléctico (Kaduson, Cangelosi y Schaefer, 1997) cree que los terapeutas de juego se vuelven diestros en numerosos poderes terapéuticos y los aplican de manera diferencial para satisfacer las necesidades individuales de los clientes. El enfoque normativo se basa en la correspondencia individualizada, diferencial y enfocada de los poderes curativos con las fuerzas causales específicas que subyacen al problema de un cliente (Kaduson *et al*., 1997). Cuando los terapeutas obtienen mayor comprensión de esos mecanismos de cambio, pueden satisfacer con mayor eficacia las necesidades particulares de un cliente.

Norcross (2002) también apoya un enfoque normativo de tratamiento que permita que las técnicas puedan ser modificadas para adecuarse al diagnóstico o problema que presenta un cliente. Más aún, los terapeutas deberían cambiar su estilo interpersonal de interacción para adecuarlo al estilo del cliente a fin de mejorar el resultado del tratamiento.

Investigación futura

Aunque ahora se cuenta con numerosos estudios de resultados que atestiguan la eficacia de la terapia de juego con niños, son pocos los estudios sobre el proceso de la terapia de juego. Los estudios del proceso pretenden identificar los mediadores específicos, es decir, los factores terapéuticos que produjeron el cambio deseado en la conducta del cliente. Los terapeutas de juego también necesitan examinar qué agentes de cambio en el juego pueden combinarse para optimizar la efectividad del tratamiento. Un mejor conocimiento del conjunto de factores terapéuticos que subyacen a la terapia de juego permitirá a los clínicos infantiles tener acceso a las posturas teóricas disponibles para ajustar su tratamiento a un niño en particular (Kaduson *et al*., 1997).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCLUSIÓN

Este capítulo destacó brevemente los diversos mecanismos terapéuticos de cambio dentro del juego que pueden ayudar a los clientes a superar sus dificultades psicosociales. Los factores terapéuticos del juego no deben considerarse misteriosos sino capaces de ser entendidos, modificados e incluso plenamente controlados. El uso de metas individualizadas del tratamiento facilita y orienta al terapeuta en la decisión de qué poderes terapéuticos aplicar. Se requiere de mayor investigación para esclarecer los poderes terapéuticos específicos del juego que son más eficaces en el tratamiento de problemas específicos que presentan los clientes.

Esta coincidencia normativa de los agentes de cambio con las causas subyacentes dará por resultado intervenciones de juego más redituables.

REFERENCIAS

Aborn, A. I. (1993). Play and positive emotion. In C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic powers of play* (pp. 291–308). Northvale, NJ: Aronson.

Axline, V. M. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood.* Boston, MA: Houghton Miffl in.

Bergin, A. E., & Strupp, H. H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy.* Chicago, IL: Aldine.

Berk, L. S. (1989). Eustress of mirthful laughter modifi ed natural killer cell activity. *American Journal of Medical Science, 298,* 390–396.

Brinkmeyer, M. Y., & Eyberg, S. M. (2003). Parent–child interaction therapy for oppositionalchildren. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 204–223). New York, NY: Guilford Press.

Chaloner, W. B. (2001). Counselors coaching teachers to use play therapy in classrooms: The Play and Language to Succeed (PALS) early, school-based intervention for behaviorally at-risk children. In A. A. Drewes, L. Carey, & C. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (pp. 368–390). New York, NY: Wiley.

Christiano, B., & Russ, S. (1996). Play as a predictor of coping and distress in children during an invasive dental procedure. *Journal of Clinical Child Psychology, 25,* 130–138.

Connolly, J. A., & Doyle, A. (1984). Relation of social fantasy play to social competence in preschoolers. *Developmental Psychology, 20,* 797–806.

Dansky, J. (1999). Play. In M. Runco & S. Pritzker (Eds.), *Encyclopedia of creativity* (pp. 393–408). San Diego, CA: Academic Press.

Drewes, A. A. (2001). The possibilities and challenges in using play therapy in schools. In A. A. Drewes, L. J. Carey, & C. E. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (pp. 41–61). New York, NY: Wiley.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Drewes, A. A. (2005). Play in selected cultures. In E. Gil & A. A. Drewes (Eds.), *Cultural issues in play therapy* (pp. 26–71). New York, NY: Guilford Press.
Drewes, A. A. (2006). Play-based interventions. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology, 2,* 139–156.
Feitelson, D., & Ross, G. (1973). The neglected factor—play. *Human Development, 16,* 202–223.
Fine, R. (1956). Psychoanalytic observations on chess and chess masters [Monograph]. *Psychoanalysis, 4,* 1.
Frey, D. (1993). Learning by metaphor. In C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic powers of play* (pp. 223–237). Northvale, NJ: Aronson.
Gardner, R. (1971). *Therapeutic communication with children. The mutual storytelling technique.* New York: Science House.
Ginsberg, B. G. (1993). Catharsis. In C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic powers of play* (pp. 107–141). Northvale, NJ: Aronson.
Goldstein, A. B., & Russ, S. W. (2000–2001). Understanding children's literature and its relationship to fantasy ability and coping. *Imagination, Cognition, and Personality, 20,* 105–126.
Haworth, M. R. (1964). *Child psychotherapy: Practice and theory.* Northvale, NJ: Aronson. Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent–child interaction therapy: New directions in research. *Cognitive and Behavioral Practice, 9,* 9–16.
Huizinga, J. (1949). *Homo ludens.* London, UK: Routledge & Kegan Paul.
Iannotti, R. (1978). Effects of role-taking experiences on emotion, altruism and aggression. *Developmental Psychology, 14,* 119–124.
Jones, R. T., Ollendick, T. H., & Shenskl, F. (1989). The role of behavioral versus cognitive variables in skill acquisition. *Behavioral Therapy, 29,* 293–302.
Kaduson, H., Cangelosi, D., & Schaefer, C. (1997). *The playing cure: Individualized play therapy for specifi c childhood problems.* Northvale, NJ: Aronson.
Kalff, D. (1980). *Sandplay: A psychotherapeutic approach to the psyche.* Santa Monica, CA: Sigo Press.
Klein, M. (1955). The psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry, 35,* 223–237.
Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavioral play therapy.* Northvale, NJ: Aronson.
Landreth, G. L. (1983). Play therapy in elementary school settings. In C. E. Schaefer & K. J. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 202–212). New York, NY: Wiley.
Landreth, G. (1991). *The art of the relationship.* Muncie, IN: Accelerated Development.
Landreth, G. (1993). Self-expressive communication. In C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic powers of play* (pp. 41–63). Northvale, NJ: Aronson.
Lowenfeld, M. (1979). *The world technique.* London, UK: Allen & Unwin.
Meares, R. (1993). *The metaphor of play.* Northvale, NJ: Aronson.
Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). *The effects of childhood stress on health across the lifespan.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work.* New York, NY: Oxford University Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Pennebaker, J. W. (2002, January/February). What our words can say about us: Toward a broader language psychology. *APA Monitor,* 8–9.

Perry, B. D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the "cycle of violence." In J. Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (pp. 124–149). New York, NY: Guilford Press.

Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child.* New York, NY: Harcourt.

Rae, W., Worchel, R., Upchurch, J., Sanner, J., & Daniel, C. (1989). The psychosocial impact of play on hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology, 14,* 617–627.

Ray, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy, 10,* 85–108.

Rennie, R., & Landreth, G. (2000). Effects of fi lial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy, 9*(2), 19–37.

Robinson, E. S. (1970). The compensatory function of make-believe play. *Psychological Review, 27,* 429–439. Roopnarine, J., & Johnson, J. (1994). A need to look at play in diverse cultural settings. In J. Roopnarine, J. Johnson, & F. Hooper (Eds.), *Children's play in diverse cultures* (pp. 1–8). Albany: State University of New York Press.

Russ, S. (1988). Primary process thinking on the Rorschach, divergent thinking, and coping in children. *Journal of Personality Assessment, 52,* 539–548.

Russ, S. (2004). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Russ, S. W. (2007). Pretend play: A resource for children who are coping with stress and managing anxiety. *NYS Psychologist, XIX,* 5, 13–17.

Sawyers, J. K., & Horn-Wingerd, D. M. (1993). Creative problem-solving. In C. E. Schaefer (Ed.), *Therapeutic powers of play* (pp. 309–322). Northvale, NJ: Aronson.

Schaefer, C. E. (1993). *The therapeutic powers of play.* Northvale, NJ: Aronson.

Schaefer, C. E. (1999). Curative factors in play therapy. *Journal for the Professional Counselor, 14*(1), 7–16.

Singer, D. G., & Singer, J. L. (1990). *The house of make-believe: Play and the developing imagination.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Singer, J. L. (1995). Imaginative play in childhood. Precursor of subjunctive thoughts, daydreaming, and adult pretending games. In A. Pellegrini (Ed.), *The future of play theory* (pp. 187–219). Albany: State University of New York Press.

Strayer, J., & Roberts, W. (1989). The association of empathy, ego resiliency, and prosocial behavior in children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 10,* 227–239.

Sutton-Smith, B. (1974). The anthropology of play. *Association for the Anthropological Study of Play, 2,* 8–12.

Sutton-Smith, B. (1999). Evolving a consilience of play defi nitions: Playfully. In S. Reifel (Ed.), *Play and culture studies* (Vol. 2, pp. 239–256). Stamford, CT: Ablex.

Terr, L. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood.* New York, NY: HarperCollins.

United Nations Convention on the Rights of the Child. (1989). Article 31.1. Retrieved on April 20, 2008, from www2.ohchr.org/English/law/crc.htm

Van Fleet, R., & Guerney, L. (Eds.). (2003). *Casebook of fi lial therapy.* Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Vygotsky, L. S. (1967). Play and its role in the mental development of the child. *Soviet Psychology, 17,* 66–72.
Waelder, R. (1932). The psychoanalytic theory of play. *Psychoanalytic Quarterly, 2,* 208–224.
Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality.* New York, NY: Basic Books.
Wohl, N., & Hightower, D. (2001). Primary Mental Health Project: A school-based prevention program. In A. A. Drewes, L. J. Carey, & C. E. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (pp. 277–296). New York, NY: Wiley.
Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy.* New York, NY: Basic Books.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 3
Juego seguro
Cuestiones éticas en la terapia de juego

Cynthia A. Reynolds y Laura J. Tejada

Se ha definido a la ética como las normas de conducta o acción en relación con otros (Levy, 1972), y como una práctica buena o aceptable según las reglas o estándares acordados para el ejercicio establecido por una profesión (G. Corey, Corey y Callanan, 2007; Cottone y Tarvydas, 2007). Los terapeutas de juego trabajan de acuerdo con la ética de su profesión específica, como la consejería, la terapia matrimonial y familiar, la psicología, la consejería escolar y el trabajo social.

En el campo de la ética existen tres dicotomías comunes con puntos de vista contrarios: el absolutismo ético frente al relativismo ético, el utilitarismo frente a la deontología, y el egoísmo frente al altruismo (Remley y Herlihy, 2007). El *absolutismo ético* se basa en la idea de que existen algunos estándares éticos o morales que son universales y que se aplican todo el tiempo en todas las situaciones a toda la gente. Por ejemplo, un terapeuta de juego puede creer que la confidencialidad de la relación con el niño no debe ser violada nunca, mientras que otro terapeuta puede adoptar un enfoque más relativista y creer que la confidencialidad con el niño es relativa a la situación, la familia, la cultura y el contexto de ese niño en particular. Después, un terapeuta de juego que opera desde un *enfoque utilitarista* examina cuál será el efecto de una acción y cree que el fin justifica los medios. Esto podría suponer el uso de una intervención paradójica que produce un resultado deseable. En contraste, un terapeuta de juego con un *enfoque deontológico* se enfoca en lo que es inherentemente correcto. Desde esta postura, un terapeuta de juego puede negarse a emplear la misma intervención paradójica porque cree que su uso no es apropiado nunca, aunque en ocasiones funcione. Por último, un terapeuta de juego que practique el *egoísmo* puede tomar decisiones basadas en el interés personal mientras que el terapeuta de juego *altruista* se interesa más en ayudar a los demás.

Para Remley y Herlihy (2007), los *principios éticos* y la *ética de la virtud* son dos perspectivas útiles para entender la manera de vincular los ideales éticos con la práctica profesional. Los principios éticos examinan lo que uno debería hacer. Los principios éticos que se examinan con mayor frecuencia incluyen el respeto a la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia, la justicia, la fidelidad y la veracidad (Kitchener, 1984). El *respeto a la autonomía* se refiere a la autodeterminación del paciente, en concreto, a trabajar con el propósito de disminuir la dependencia del paciente y alentarlo a tomar decisiones independientes, lo que es una ética basada relativamente en la sociedad occidental que quizá no sea valorada en otras culturas (Sue, Arredondo y McDavis, 1992).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La *no maleficencia* se refiere a no causar daño a los pacientes. La *beneficencia* consiste en hacerles el bien fomentando de manera activa su bienestar y salud mental. La *justicia* conlleva la obligación de tratar a los pacientes con honestidad y tiene implicaciones de brindar a todos un trato no discriminativo y equitativo. La *fidelidad* supone cumplir una responsabilidad de confianza honrando las promesas hechas a los pacientes. La *veracidad* se refiere a la obligación de tratar con honestidad a los pacientes y a otros profesionales.

En contraste, la ética de la virtud se interesa en quién debería ser la persona. Busca rasgos de carácter específicos de los seres humanos como la integridad, discernimiento, aceptación de la emoción, autoconsciencia e interdependencia con la comunidad. Una persona con *integridad* hace lo que considera correcto en lugar de ser presionada por la obligación o el temor a las consecuencias. Una persona con *discernimiento* puede tolerar la ambigüedad, mantener la perspectiva y entender la relación entre la conducta actual y las consecuencias futuras. La *aceptación de la emoción* es practicada por una persona virtuosa que sabe que la emoción puede formar parte del razonamiento. La *autoconsciencia* es de suma importancia, ya que las suposiciones, sesgos y convicciones afectan las relaciones con los pacientes y con los demás. Un profesionista virtuoso sabe que los valores están cargados por el contexto y entiende la importancia de la *interdependencia con la comunidad.*

Se han desarrollado códigos de ética por razones diversas (Herlihy y Corey, 1996; Mappes, Robb y Engels, 1985; VanHoose y Kottler, 1985) que incluyen proteger al público; educar a los miembros de la profesión; asegurar la rendición de cuentas; servir como catalizador para mejorar la práctica; proteger a la profesión del gobierno; ayudar a controlar el desacuerdo interno y promover de ese modo la estabilidad en la profesión; y proteger a los profesionistas en términos de las demandas por ejercicio incorrecto de la profesión o quejas por el otorgamiento de licencias por parte del Estado (Fischer y Sorenson, 1996).

Welfel (2002) cree que la ética profesional abarca cuatro dimensiones. Los consejeros de la salud mental deben tener conocimiento, habilidad y juicio suficiente para emplear intervenciones eficaces, tener respeto por la libertad y dignidad humana del paciente, usar con responsabilidad el poder inherente y actuar de tal manera que fomenten la confianza del público en las profesiones de la salud mental. Las siguientes 11 afirmaciones se ofrecen con el fin de que los profesionales de la salud mental evalúen su propio nivel de preparación y aptitud ética. Léalos y considere si en su caso son verdaderas o falsas.

Entiendo la necesidad de códigos y directrices éticas. Sé que la principal razón por la que se necesitan códigos y directrices éticas es proteger al público de los usos incorrectos del poder. Los pacientes acuden a nosotros en un estado vulnerable o de necesidad y consideran que tenemos poder sobre ellos.

Los códigos éticos también instruyen a los miembros de la profesión y a sus pacientes acerca de las conductas aceptables de los profesionales de la salud mental. Los códigos y directrices éticas proporcionan a los profesionales de la salud mental las normas que se espera que sigan y por cuya práctica se les puede hacer responsables. El nivel de atención brindada a todos los pacientes se eleva cuando los profesionales de la salud mental llegan a un consenso acerca de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

lo que constituye una buena práctica y ésta es codificada en las normas éticas. Por último, cuando se presentan violaciones graves, por lo general se involucra el gobierno para ejercer supervisión. La mayoría de los profesionales de la salud mental prefieren la autorregulación a las regulaciones gubernamentales.

He leído los códigos y directrices éticas de mi profesión. Esta es mi responsabilidad más fundamental como profesional de la salud mental. De otro modo, no tendría idea de si mi desempeño es bueno o malo. Mi ignorancia de la ética no me brinda ninguna protección. He encontrado que cada vez que leo los códigos éticos aumenta mi comprensión de los mismos.

Tengo a mi disposición las copias más recientes de los códigos éticos y legales y de las directrices prácticas de mi profesión por si necesito consultarlos en un apuro. La mayoría de los códigos éticos se actualizan de manera regular y los consejos estatales para el otorgamiento de licencias suelen hacer varios cambios al año. Dado que la mayoría de las organizaciones se están volviendo "ecológicas", ya no se distribuyen copias impresas, por lo que una vez al año descargo de internet las versiones más recientes y las conservo en una carpeta. He descubierto que las ocasiones en que enfrento una crisis ética suelen ser los casos en que mi computadora muestra una excepcional lentitud o no puedo tener acceso a internet. También prefiero revisar hojas de papel en lugar de tratar de desplazarme entre 40 páginas de códigos en línea o entre dos documentos separados de directrices legales y códigos éticos.

Cuento con un colega de confianza al que puedo consultar cuando necesito una opinión acerca de problemas éticos. Es importante contar con un colega que ha aceptado ser consultado en cualquier momento del día o la noche. Usted debería haber desarrollado un elevado nivel de confianza con esta persona y confiar en que ésta lo corregirá en caso necesario. Ambas partes documentan las consultas dadas y recibidas (Gottleib, 2006).

Puedo reconocer al menos un problema ético al día en el trabajo. Es normal tener al menos un problema ético al día en el trabajo. Si no puede percibirlos, quizá necesite actualizar su entrenamiento con una clase o taller sobre ética. Es posible que no esté advirtiendo lo que pasa frente a usted en el trabajo.

Mi campo de práctica es limitado y sigo las directrices de mi profesión. Como consejero escolar, no practico la consejería familiar. Puedo tener una consulta con la familia concerniente al éxito de su hijo en la escuela, pero si no he recibido entrenamiento en una perspectiva sistémica, limito lo que hago con las familias. El hecho de haber asistido a un taller de una semana sobre desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento (DMOR) no me califica para anunciarlas como áreas de experiencia. Si nunca he tomado un curso sobre terapia de juego o consejería de niños, estaría operando fuera de mi campo de práctica si digo que estoy calificado para trabajar con niños o hacer terapia de juego. La operación fuera de mi campo de práctica significa un riesgo de una demanda por negligencia profesional.

Pertenezco a mis organizaciones profesionales y a sus programas de generación de listas de correo electrónico y mantengo actualizadas mis licencias o certificados con las unidades de educación continua apropiadas (UEC). Si alguna vez es llamado a testificar en la corte, una de las primeras preguntas que le hará el abogado de la parte contraria

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

será "¿A qué organizaciones profesionales pertenece?" Esto se debe a que una de las primeras razones para la existencia de las organizaciones profesionales y sus programas de generación de listas de correo electrónico es mantener la actualización de los profesionales respecto a los cambios legales y éticos. Se llevan a cabo conferencias y talleres, y se subvencionan UEC en áreas como las mejores prácticas, tratamientos con validación empírica, ética, diversidad cultural, supervisión, etcétera. Algunos estados tienen entidades que vigilan que la conclusión de las UEC sea apropiado; otros requieren licencias para atestiguar que tienen las UEC instituidas en forma adecuada, pero sólo se elige al azar a un pequeño porcentaje que debe presentar la documentación al consejo de otorgamiento de licencias. En esos estados una violación frecuente es la falta de conclusión de los requisitos de UEC. Aunque algunos profesionales de la salud mental deciden no unirse a sus organizaciones profesionales por el costo, el riesgo financiero de no ser un miembro es todavía mayor. Muchas organizaciones también ofrecen consultas éticas gratuitas a sus integrantes.

Tengo una elevada tolerancia a la ambigüedad y aprecio la complejidad de los dilemas éticos. Si usted es de las personas que necesitan una respuesta inmediata a un problema, que se apresura a hacer juicios, que se sienten más cómodas con el pensamiento absolutista, le será difícil adoptar perspectivas diferentes y ver los problemas desde el punto de vista de los demás. Para participar plenamente en el proceso de toma de decisiones éticas es fundamental tener una mente abierta, tolerancia a la ambigüedad y apreciar la complejidad de los dilemas éticos. Como terapeuta de juego, es necesario que pueda ver un dilema no sólo desde la perspectiva del niño, sino también de los cuidadores, la institución, etcétera.

Practico el autocuidado y la evaluación de mi aptitud profesional de modo que pueda tomar decisiones éticas de calidad u obtener ayuda si me veo afectado. Dedicamos una parte considerable de nuestro tiempo y energía al cuidado de los demás, pero la capacidad de compartir nuestros talentos depende de la habilidad para cuidar de nosotros mismos. Así como los sobrecargos nos indican que nos pongamos la máscara de oxígeno antes de ayudar a nuestros compañeros de vuelo, debemos ser capaces de priorizar nuestro bienestar. Es necesario que estemos al tanto de las señales de agotamiento y sobrecarga y que podamos monitorearnos a fin de ser lo mejor para nuestros pacientes.

Estoy consciente de los problemas éticos que surgen más a menudo en el trabajo con niños. Tres de los principales problemas concernientes al trabajo con niños son la confidencialidad y privilegio de la comunicación, temas relacionados con el divorcio y la custodia, y el contacto físico. Los terapeutas de juego deben estar preparados para lidiar con problemas éticos en esas áreas como parte común de la práctica. La *confidencialidad* es un término ético que se refiere a la idea de que existe la expectativa de que lo que se discute en la relación es privado, mientras que *comunicación privilegiada* es un término legal. Las excepciones a la confidencialidad pueden incluir daño a sí mismo, daño a los demás, abuso y una orden de la corte. Las leyes sobre la comunicación privilegiada protegen a los pacientes de que sus comunicaciones confidenciales se revelen en una corte legal sin su permiso. Según la edad y los estatutos estatales, por lo general son los padres quienes poseen el privilegio en relación con la consejería que recibe su hijo. Advierta que algunos estados pueden no extender las comunicaciones

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

privilegiadas a la profesión de la consejería escolar. Hacer terapia de juego con niños a menudo implica caminar por una cuerda floja entre la expectativa y necesidad de privacidad del niño y el derecho legal de los padres a ser informados.

Aunado al hecho de que en EUA más del 50% de los matrimonios terminan en divorcio y a las décadas de investigación sobre los efectos que éste tiene en los niños, es inevitable que los terapeutas de juego atiendan a los hijos de esposos divorciados. Los estados cuentan con códigos legales específicos que abordan el consentimiento de los padres para los servicios, el acceso a los registros y cosas similares. Una violación legal que ocurre de manera frecuente en el área de divorcio y custodia es la presencia en la corte para testificar en relación a los acuerdos de custodia de un profesional de la salud mental que no ha recibido entrenamiento como evaluador para esos fines. Otra violación que sucede constantemente es proporcionar consejo al niño sin el permiso del padre que tiene la custodia. Cuando se trabaja con hijos de padres divorciados es crucial estar actualizado en los códigos legales del Estado y en las normas éticas de su profesión en esas áreas.

El contacto físico es un tema de especial importancia en el trabajo con los niños dado el deseo natural de muchos pequeños de tocar y ser tocados. Otros niños pueden presentar valores o condiciones personales, familiares o culturales específicos, como trastornos del apego, enfermedades físicas, abuso sexual o físico, autismo, etcétera, que podrían ser mediados por el contacto físico. El contacto que ocurre entre una terapeuta y un niño o una niña a menudo se ve de manera distinta al contacto que ocurre entre un terapeuta varón y el niño o niña. El contacto físico suele ser mal visto por las organizaciones profesionales de la salud mental debido al potencial de causar daño al niño y a la diferencia de poder entre éste y el terapeuta. Algunos estados requieren incluso que se documente en las notas del caso si ocurrió algún contacto físico y, una vez más, resulta crucial estar familiarizado con los requisitos estatales.

Sé cómo usar y aplicar al menos un modelo de toma de decisiones éticas. Sé que los modelos de dilemas éticos proporcionan marcos de referencia sobre la forma de tomar decisiones difíciles. También sé que no siempre hay coincidencia entre los códigos éticos y los legales.

Los modelos de toma de decisiones éticas fueron creados para ayudar a los profesionales de la salud mental a enfrentar situaciones complejas en que no existe una respuesta clara (Kitchener, 1984; Pope y Vásquez, 1998). Existe una variedad de modelos de entre los cuales elegir (Cottone y Claus, 2000), incluyendo los modelos feministas (Hill, Glaser y Harden, 1995) y los modelos constructivistas sociales (Cottone, 2001). A menudo existe conflicto entre diversos códigos y estándares éticos. Aunque en ocasiones parecen ser muy similares, cada profesión (consejería, psicología, trabajo social, terapia matrimonial y familiar, consejería escolar) tiene formas ligeramente distintas de ver las consideraciones éticas. Un profesional de la salud mental bien entrenado tiene en la memoria al menos un modelo y sabe cómo aplicarlo a problemas éticos específicos.

Usted puede evaluar sus fortalezas y debilidades mediante la lectura de la sección anterior sobre preparación y aptitud ética y hacer un plan si decide que existen áreas en las que debe mejorar. En la siguiente sección se asume que usted posee la aptitud y preparación para enfrentar problemas éticos como profesional en el nivel

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cognitivo. Asimismo, dicha sección explora algunas de las reacciones emocionales y conductuales más comunes de los profesionales ante los problemas éticos.

POSTURAS DE CARÁCTER PREDECIBLES BAJO ESTRÉS

Cuando los seres humanos están bajo estrés, suelen replegarse a posturas defensivas para sobrellevarlo. Un dilema ético puede ser visto como una amenaza para un consejero, toda vez que existe daño potencial para los pacientes ramificaciones legales, violaciones éticas y pérdida de la licencia o el empleo. Existen ciertas posturas de carácter predecibles que los profesionales de la salud mental pueden asumir durante esos momentos de estrés. La comprensión de la dinámica de esas posturas ayudará a los profesionales a percatarse de las reacciones comunes a los dilemas éticos, de lo que está detrás de esas posturas defensivas y de lo que se necesita para abordar los dilemas éticos de manera adecuada.

Los siguientes son estereotipos ficticios, y cualquier parecido con animales o personas reales, vivas o muertas, es pura coincidencia. En esas descripciones ficticias no existe intención consciente de denigrar ningún género o especie animal. También es importante advertir que esas posturas pueden presentarse a cierto nivel en todos nosotros.

El cachorro

El cachorro es un neófito que comete errores de novato. Trata de hacer lo correcto, pero accidentalmente provoca líos. Por lo general, los cachorros son internos o nuevos profesionales que aún están aprendiendo los aspectos básicos del trabajo. Suelen ser personas de buen corazón y se preocupan mucho. Con un poco de asesoría por lo general maduran y llegan a dominar la profesión. El lema del cachorro es "Oh, lo siento, me equivoqué".

Jeff fue contratado justo después de su internado, estaba ansioso por aprender y quería complacer a todos. Su optimismo y pasión por el campo de la terapia matrimonial y familiar era contagioso. Durante una interacción con un asistente de oficina, éste le dijo: "Ponlo encima de la trituradora de papel". Trituró 10 páginas del documento de la compañía de seguros del paciente pensando que estaba haciendo lo que se le dijo. Fue necesario rehacer los documentos.

¿Alguna vez ha cometido un error de "cachorro"?

La tortuga

La tortuga evita enfrentar los problemas éticos escondiéndose en su caparazón. Su lema es "Si no puedo verlo, no debe ser una falta de ética". La tortuga se ve abrumada fácilmente por el drama, es lenta para procesar y necesita mucho tiempo para deliberar y considerar opciones. La negativa a salir del caparazón es autoprotección: "Si tengo que ver esta cosa, eso significa que debo reconocerla y enfrentarla. Eso significa que podría equivocarme y meterme en un gran problema. Por ende, es mejor si no estoy al tanto de ello".

Juan es un terapeuta competente, pero después de haber sido lastimado en varias ocasiones por plantear problemas éticos, optó por llegar a trabajar sin interactuar con nadie. Al evitar el contacto con otros en el trabajo evitaba el conflicto.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

¿Ha habido ocasiones en que haya adoptado una conducta similar a la de la "tortuga" cuando no ha podido lidiar con un problema o un ambiente de trabajo?

La gallina

La gallina es casi por completo lo opuesto a la tortuga. Reacciona en exceso a las preocupaciones éticas. Su ansiedad es tan fuerte que la mantiene en un estado de frenesí y es incapaz de tranquilizarse y pensar en los problemas de manera lógica. Aunque su intención es honesta, su estado frenético puede dejar una estela de destrucción a su paso. El lema de la gallina es "El cielo se está cayendo, el cielo se está cayendo".

Sonya era una maestra muy dedicada y atenta en el departamento de psicología clínica. Solía buscar ayuda de sus colegas para resolver preocupaciones éticas de sus alumnos, ya que no toleraba la ambigüedad y tenía poca capacidad para pensar por sí misma en los problemas. Al principio la gente se mostraba dispuesta a ayudarla, pero con el tiempo empezaron a evitarla. Sonya parecía incapaz de distinguir los niveles de gravedad y actuaba como si cada suceso fuese una crisis importante. Nadie quería verse involucrado porque su nivel de ansiedad era abrumador.

¿Alguna vez ha dejado que su ansiedad se salga por completo de control de modo que obstaculice el pensamiento racional o aleje a los demás?

La serpiente

La serpiente se las arregla para deslizarse por las preocupaciones éticas minimizando los problemas y sentimientos, lo que es el epítome del fenómeno de un callejón sin salida. El lema de la serpiente es "Calma, no hay problema, este es el mundo real".

Beth, una asistente de posgrado en un programa de consejería, encontró un CD que un estudiante del internado había dejado la noche anterior en el laboratorio de cómputo del departamento; el CD contenía, de manera muy detallada y claramente identificable, la historia y plan de tratamiento de un paciente de una organización local. Beth lo entregó de inmediato al jefe del departamento, quien le sugirió que se pusiera en contacto con el estudiante del internado y le regresara el CD. "No hay problema, sólo dile que tenga más cuidado la próxima vez". Aunque Beth no quería meter en problemas al alumno con el organismo ni ocasionar un distanciamiento con el jefe del departamento, sabía que había situaciones más grandes en juego. Decidió notificar tanto al estudiante como al organismo acerca del CD. El organismo convocó a una reunión de emergencia para tratar la violación a la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996) y desarrolló un plan para abordarla.

¿Alguna vez ha sido colocado en una situación en que sienta que la ética de una persona a cargo era cuestionable? ¿Ha sentido la tentación de minimizar un problema ético?

El sabueso

El sabueso está listo y salta de inmediato a la acción sin considerar las ramificaciones y consecuencias a largo plazo. El sabueso hace las cosas sin pensar. Su lema es "Cualquier acción es mejor que la inacción".

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuando un auditor estatal visitó su agencia y reportó irregularidades concernientes a los archivos de los pacientes, su director David, emergió con una nueva política que requería que las notas de caso sólo fueran presentadas durante el horario regular de oficina, de modo que pudieran ser revisadas. Varios profesionales bajo contrato encontraron que ya no podían completar las notas de caso si trabajaban hasta tarde. Dado que sólo estaban programados para trabajar dos veces por semana, se vieron obligados a presentarse para concluir el papeleo en momentos en que no estaban programados para trabajar. Si esperaban hasta el siguiente día programado de trabajo, su papeleo se vería atrasado y recibirían una sanción debido a una política que se había establecido para asegurar que los registros se hicieran de manera oportuna. Esos profesionales tenían un registro de trabajo ejemplar y se sintieron castigados por los errores de otros. A pesar de su deseo bienintencionado de remediar las irregularidades éticas, David terminó por crear una situación que desmoralizó a algunos de sus mejores empleados.

¿Alguna vez ha reaccionado de manera exagerada por temor ante un problema ético creando una situación más difícil para otros?

La abeja

La abeja está demasiado ocupada para preocuparse por un asunto ético. Tiene su propia agenda y no se toma el tiempo para reflexionar acerca de la complejidad de un dilema ético. El lema de la abeja es "¿No ves que estoy demasiado atareada para ocuparme de eso ahora?"

Kara trabajaba como consejera en una escuela primara que atendía a 2 400 estudiantes en cinco edificios, lo que significaba que debía pasar un día de la semana en cada uno de ellos. Tenía una lista de espera de por lo menos 15 alumnos en cada uno de los edificios y se sentía bastante abrumada. Sin importar cuánto trabajara, siempre había personas desdichadas persiguiéndola con problemas que ocupaban una parte considerable de su tiempo. Incluso alguna vez intentó cronometrar su escape al final de cada día, escabulléndose por la puerta trasera hacia su automóvil para evitar a los profesores. Lo que Kara no logró ver fue que al ignorar esos asuntos éticos no estaba siendo una profesional responsable y no actuaba de manera que fomentara la confianza en la profesión de la consejería escolar. De haber hecho una evaluación de su aptitud se habría percatado del impacto que el estrés había tenido en su capacidad para reconocer y abordar dilemas éticos.

¿Alguna vez se ha sentido tan ocupado y abrumado que no pudo detenerse a considerar un asunto ético de manera oportuna? ¿Alguna vez se ha obligado a disminuir el paso o a tomarse un tiempo libre para recuperarse del estrés?

El lobo

El lobo es taimado, engañoso y utiliza la ética para promoverse. Su método de operación es enfocar la atención en los más diminutos errores de los demás mientras él comete graves violaciones al código de ética. Su lema es "La ética es la piedra angular de la profesión. Por lo tanto, veré que otra gente sea arrinconada por ella".

Lars parecía ser un profesor y psicólogo muy serio y ético. Siempre estaba supervisando el comportamiento ético de otros profesores y de sus estudiantes, de modo

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que muchos estaban tan intimidados que temían señalar algunas graves violaciones éticas cometidas por Lars. Cuando una persona tuvo el valor de plantear en público algunas de las conductas de Lars, éste de inmediato levantó cargos en contra de dicha persona. Pudo convencer a la administración de que las acusaciones en su contra eran sólo una reacción a sus acciones heroicas de exigir responsabilidad y excelencia. A Lars nunca se le hizo rendir cuentas por sus violaciones a la ética.

¿Tiene para sí mismo las mismas expectativas que tiene para otros? ¿Ha tenido experiencia con otros profesionales cuyo comportamiento parece sospechoso pero que nunca han tenido que rendir cuentas porque siempre están acusando a otros de violaciones a la ética?

APLICACIÓN DE LAS POSTURAS A UN DILEMA ÉTICO

Considere cuál de las posturas de carácter anteriores es más similar a la forma en que usted lidia con el estrés. Piense en qué posturas concuerdan mejor con sus colegas, supervisados, supervisores o administradores. ¿Con cuáles le resulta más difícil tratar en el trabajo? ¿Cómo podría un grupo de profesionales de la salud mental manejar un dilema ético si cada uno se replegara a una de esas posturas de carácter? Imagine cómo reaccionaría cada uno de los personajes al siguiente escenario ético.

Usted ha estado orientando a Steven, un niño de ocho años, durante unos tres meses. Fue llevado a consejería por sus padres, quienes estaban preocupados por la reacción del niño ante su inminente divorcio. Steven parecía algo deprimido y retraído, y a sus padres les preocupaba su incapacidad para expresar sus emociones. Creían que la consejería lo ayudaría y firmaron un documento de consentimiento informado que incluía una nota en que lo descargaban de responsabilidad y reconocían que usted no estaba entrenado para hacer evaluaciones relacionadas con la custodia. Ambos padres participaron por igual en el tratamiento de Steven, quien hizo progresos y pudo abrirse y expresarse en la consejería. El niño confía en usted de manera implícita. Aunque los estilos de los padres varían mucho, siendo el padre más estructurado pero menos accesible y la madre más accesible pero menos estructurada, cada uno aporta una dimensión importante a la crianza del niño. Después de su cita del sábado con Steven, el padre expresó su preocupación de que su hijo hubiera sufrido un trauma debido a un hecho ocurrido en casa de la madre unas noches atrás. Dos de los novios de la mamá tuvieron una pelea en la casa de ésta y fue necesario llamar a la policía, así como a los servicios de protección al menor. Steve estaba en casa cuando esto sucedió pero no sufrió ningún daño físico. El padre quiere que usted llame a su abogado para que le cuente lo sucedido en la sesión de consejería y que testifique a su favor en la corte para ganar la custodia de su hijo. Steven representó una escena en la casa de muñecas acerca del incidente, pero usted cree que el niño se siente seguro ahora y que no sufrió un trauma importante. En su juego demostró claramente que ama y necesita a sus dos padres.

¿Cómo responde a la petición del padre? ¿Qué haría la tortuga? ¿Puede sentir la ansiedad de la gallina? ¿Puede ver al cachorro saltar a la disputa en su esfuerzo por ayudar al niño y transgredir accidentalmente los límites de la práctica?

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

¿Desarrollaría el sabueso otra política para afrontar esta situación? ¿Se tomaría la abeja el tiempo para discutir en detalle esta situación con el padre o se metería a la sesión con Steven para evitar la cuestión? ¿Puede imaginar los defectos que encontraría el lobo en su aproximación al caso hasta ahora, aunque usted hubiera tomado todas las precauciones razonables?

Para ayudarle a transitar por las cuestiones éticas, es tiempo de que nuestro último personaje haga su aparición. El búho sabio llega al rescate y pregunta: "Por qué no utiliza un modelo de toma de decisiones éticas?" Para los fines de este caso se empleará el Modelo de Welfel para la Toma de Decisiones Éticas (2002) para abordar el dilema paso a paso.

- *Desarrollar sensibilidad ética*. Esto se logra por medio de los ejemplos proporcionados en las afirmaciones de aptitud y preparación ética, como la lectura de los códigos profesionales pertinentes, las regulaciones y los requisitos legales. Antes de que una persona pueda abordar de modo adecuado un dilema ético, debe poseer una comprensión básica de la ética de la profesión.
- *Definir el dilema y las opciones.* El dilema parece ser la toma de una decisión respecto a si se debe testificar a favor del padre en una batalla por la custodia. Dos opciones podrían incluir el acuerdo de testificar en la corte en contra de la madre usando el dibujo que hizo el niño del suceso ocurrido, o negarse a testificar, protegiendo de ese modo la confidencialidad del pequeño.
- *Remitirse a las normas profesionales.* ¿Qué dice la norma acerca de la confidencialidad? ¿Cómo abordan las normas la confidencialidad con los niños y los padres? ¿Cómo resuelve usted las diferencias de las normas éticas entre profesiones?
- *Examinar las leyes y regulaciones.* Las leyes afirman con claridad que ofrecer una opinión de custodia está fuera del alcance de la práctica del terapeuta. Éste no es un evaluador capacitado en temas de custodia y sólo estaba realizando una sesión de terapia de juego con el niño. El incidente ya había sido reportado a la policía y a los servicios de protección al menor y está siendo investigado.
- *Buscar conocimiento ético*. ¿Qué se ha escrito en el campo en relación con dilemas éticos similares? ¿Ha buscado en las revistas profesionales más recientes, en el sitio en internet de su asociación profesional, etcétera?
- *Aplicar los principios éticos a la situación.*
  - **Respeto a la autonomía**: ¿Qué querría el niño independientemente de los deseos de los padres?
  - **Maleficencia**: ¿Cómo se vería dañado el niño por su decisión de testificar o de no hacerlo? El niño no le está pidiendo que cambie su custodia y cree que usted está para hacer terapia de juego con él, no para usar en la corte los contenidos de su sesión confidencial. De haber pensado que la información se haría pública podría haber decidido no compartir nada con usted. Será puesto en la posición de que sus palabras son utilizadas para alejarlo de su madre, a quien quiere mucho, y ella podría tratarlo de manera diferente o negarse a llevarlo de nuevo a la terapia. El padre también podría negarse a llevar al niño a terapia si el terapeuta no acepta testificar.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

▪ **Beneficencia:** ¿Sería mejor para el niño que el terapeuta testificara o que no lo hiciera? Para la madre podría ser bueno saber que sus conductas no son una forma aceptable de crianza y servir como impulso para proteger a su hijo de tales escenas. El niño podría beneficiarse del no testimonio porque no tendría que soportar la terrible experiencia de la batalla por la custodia y continuaría al cuidado de dos padres que lo aman. No sufrió daño físico en el hecho y parece estar enfrentando de manera adecuada sus sentimientos de disgusto respecto a lo ocurrido.
▪ **Fidelidad:** Los padres firmaron un documento de consentimiento informado que especificaba que el terapeuta proporcionaría terapia de juego y que no estaba capacitado para hacer evaluación relacionada con la custodia. Al negarse a testificar, el terapeuta se mantendría fiel a su palabra. ¿Verse mezclado en una batalla por la custodia y tomar partido a pesar de lo que dice la forma de consentimiento informado arroja alguna duda sobre la fidelidad del terapeuta?
▪ **Justicia:** ¿Sería justo tomar partido en esta disputa por la custodia? ¿Es justo para la madre, con quien usted tenía una buena relación, tomar partido en su contra sin siquiera hablar con ella acerca del hecho? ¿Es justo para el padre no ayudarlo a obtener la custodia de su hijo cuando éste tiene que enfrentar la conducta inapropiada de la madre? ¿Qué tan justo es involucrarse con un lado contra el otro sin el permiso del niño?
▪ **Veracidad:** ¿Cómo se sentirá el niño cuando se le diga que lo que compartió en una sesión privada será conocido por otros, incluyendo a su madre? ¿Le parecerá al niño que debido a eso el consejero es deshonesto?

Después de revisar esos principios éticos, el búho sabio continúa con el modelo ético.

- *Consulte con su supervisor y con colegas respetados.* Acuda a otro profesional de la salud mental que haya enfrentado problemas similares para conocer su visión del dilema.
- *Delibere y tome una decisión.* Considere los principios éticos ponderando los beneficios o consecuencias de cada acción, los estándares éticos y las regulaciones relacionadas con los problemas, así como el consejo de supervisores y colegas; luego, tome una decisión.
- *Informe al supervisor, lleve a cabo las acciones y documéntelas.* Informe a su supervisor de su decisión y, por cortesía, deje saber a los colegas a quienes consultó cuál fue el curso de acción que tomó. Asegúrese de que documenta el proceso de la toma de decisión ética.
- *Reflexione sobre la experiencia.* Una vez que haya llevado su decisión a la práctica, reflexione sobre la experiencia. ¿Consideró todas las opciones? ¿Siguió el consejo o tomó un curso diferente? ¿Los beneficios se materializaron de la forma que usted pensó que ocurriría? ¿Cómo manejó el paciente su decisión? ¿Qué haría de manera diferente si volviera a enfrentar el mismo dilema? ¿Qué aprendió del proceso?

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Con la práctica, el proceso de la toma de decisiones éticas puede llegar a ser algo sencillo. Comprender la manera en que los profesionales de la salud mental suelen responder a las cuestiones éticas cuando están bajo estrés proporciona una ayuda valiosa en nuestros esfuerzos por crecer y convertirnos en terapeutas de juego más éticos, competentes y virtuosos que hacemos lo mejor por ofrecer una atención excelente a los niños y a sus familias.

REFERENCIAS

Corey, G., Corey, M., & Callanan, P. (2007). *Issues and ethics in the helping professions* (7th ed.) Pacifi c Grove, CA: Brooks/Cole.

Cottone, R. R. (2001). A social constructivist model of ethical decision making in counseling. *Journal of Counseling and Development, 79*(1), 39–45.

Cottone, R. R., & Claus, R. E. (2000). Ethical decision making models: A review of the literature. *Journey of Counseling and Development, 78,* 275–283.

Cottone, R. R., & Tarvydas, V. M. (2007). Counseling ethical decision making (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Fischer, L., & Sorenson, G. P. (1996). *School law for counselors, psychologists, and social workers* (3rd ed.). White Plains, NY: Longman.

Gottleib, M. C. (2006). A template for peer ethics consultation. *Ethics and Behavior, 16*(2), 151–162.

Herlihy, B., & Corey, G. (1996). *ACA ethical standards casebook* (5th ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Hill, M., Glaser, K., & Harden, J. (1995). A feminist model for ethical decision making. *Women and Therapy, 21*(3), 101–121.

Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation, and ethical principles: The foundation for ethical decision making in counseling psychology. *Counseling Psychologist, 12,* 43–55.

Levy, C. S. (1972). The context of social work ethics. *Social Work, 17*, 95–101.

Mappes, D. C., Robb, G. P., & Engels, D. W. (1985). Confl icts between ethics and the law in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling & Development, 64,* 246–252.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (1998). *Ethics in therapy and counseling* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey Bass.

Remley, T. P., & Herlihy, B. (2007). *Ethical, legal, and professional issues in counseling* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Sue, D. W., Arrendondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural competencies and standards: A call to the professional. *Journal of Counseling and Development, 70*, 477–486.

VanHoose, W. H., & Kottler, J. (1985). *Ethics in counseling and psychotherapy: Perspectives in issues and decision-making.* Cranston, RI: Carroll.

Welfel, E. R. (2002). *Ethics in counseling and psychotherapy: Standards, research, and practice* (2nd ed.). Pacifi c Grove, CA: Brooks/Cole.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

PARTE II

PRINCIPALES ENFOQUES TEÓRICOS

MODELOS PSICODINÁMICOS

Capítulo 4

Enfoque psicoanalítico de la terapia de juego

Alan J. Levy

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los primeros ejemplos de la terapia de juego con niños fueron publicados por psicoanalistas hace casi 100 años. El primer informe fue publicado por Hug-Hellmuth (1921). El propio Freud (1908) alentaba a los primeros analistas a tratar a los niños a fin de explorar y validar la teoría psicoanalítica. Afirmaba que "durante el juego, cada niño se comporta como un escritor creativo que genera su propio mundo o, más bien, reacomoda las cosas de su mundo de una forma nueva que le complace" (pp. 141-154). Marans, Mayes y Colonna (1993) afirman que Freud reconocía que el juego implica una suspensión más que una negación de la realidad. Freud advirtió que el juego también supone una "revuelta en contra de la pasividad y una preferencia por el papel activo" (Freud, 1931, p. 264). Se trata de atributos críticos porque el juego establece luego el escenario para la acción (Marans *et al*., 1993). Solnit (1993) amplía esta idea y afirma que, sencillamente, "la acción puede ser un ensayo del pensamiento, sobre todo cuando, como sucede en el juego y la diversión, se basa en la suspensión de la realidad, es decir, el uso y la práctica de fingir o aparentar para luego probar". En un sentido importante, el juego puede ser la expresión dramática de lo que luego se convierte en metáfora en el lenguaje (p. 39). Las metáforas son formas superiores de cognición y desempeñan un papel importante en la regulación del afecto y el desarrollo de la complejidad del sí mismo (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2004).

Los primeros analistas infantiles veían al juego como una ruta a la mente inconsciente de los niños, muy parecido al uso terapéutico de los sueños en los adultos. Además de ser un vehículo para la exploración del inconsciente, el juego fue reconocido como un medio útil de tratar a los niños que presentaban diversos problemas caracterizados en general como neuróticos. Los niños eran incapaces de utilizar el marco tradicional de terapia para los adultos, es decir, de recostarse en el diván y practicar la asociación libre. Esto llevó a los analistas de la época a buscar las vías que proporcionaran las siguientes condiciones:

1. Un escenario que permitiera que los niños se relajaran y disminuyeran el control del yo sobre la entrada a la consciencia de material conflictivo psíquicamente peligroso.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

2. Como en los sueños, un medio en que este material fuese admitido a la consciencia de manera simbólica, disfrazada (para minimizar la ansiedad que lo acompañaría de reconocer su significado real).
3. Un entorno que fuera congruente con el nivel de desarrollo de los niños en el que sus deseos, temores y necesidades se expresaran de manera natural.
4. Un escenario que permitiera al analista observar, interpretar y establecer una relación terapéutica con los niños.

El juego cumplía esas condiciones y se convirtió en la ruta principal para el análisis infantil. De hecho, Waelder (1932), integrante del círculo íntimo de Freud, afirmaba que el juego

1. Sirve para desarrollar un sentido de dominio
2. Permite la satisfacción del deseo
3. Favorece la asimilación de experiencias abrumadoras
4. Transforma la experiencia del individuo de la pasividad a la actividad
5. Es un vehículo para alejarse de manera temporal de las exigencias de la realidad y del superyó
6. Es un camino para fantasear acerca de objetos reales (es decir, la representación internalizada de gente importante)

Las décadas de 1930 y 1940 presenciaron un crecimiento en la aplicación de los métodos psicoanalíticos al tratamiento de los niños. Dada la necesidad de adherirse a la ortodoxia psicoanalítica que predominaba en las etapas iniciales del psicoanálisis, la meta de la terapia de juego psicoanalítica era apegarse tanto como fuese posible al marco del psicoanálisis adulto, lo que se consideraba ideal. Debe recordarse que en este periodo el psicoanálisis era un método nuevo y emocionante de psicoterapia, y que en esa época sus ideas y hallazgos resultaban sorprendentes.

El modelo de la mente desarrollado por los primeros analistas proponía que los conflictos inconscientes presionaban por ser expresados, pero que los controles del yo aseguraban que cualquier cosa que fuera expresada sólo se hiciera evidente después de un esfuerzo cuidadoso y detallado por parte del analista. En general, una metáfora del psicoanálisis era la arqueología, que en ese tiempo también capturó la imaginación de científicos y legos por igual. Los objetos de culturas anteriores y más "primitivas" salían a la luz sólo después de esfuerzos minuciosos por localizar los lugares donde podían estar enterrados restos valiosos. Una vez que los fragmentos eran encontrados, se necesitaba gran cuidado y habilidad del arqueólogo para recuperarlos y reconstruirlos. Como en la arqueología, entre más profundo se excavara, más antiguos y "básicos" eran los objetos recuperados. Esto se convirtió también en un principio importante del psicoanálisis y su desarrollo inicial podría caracterizarse como una "arqueología de la mente". El analista aprendía a ser experto en sacar a la luz e interpretar fragmentos de los conflictos de la niñez que yacían ocultos debajo de la superficie de la consciencia. Como en la arqueología, entre más antiguo fuese el fragmento, más básico y fundamental era este material para el desarrollo de la psique del paciente, por lo que podría

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

arrojar luz acerca de la naturaleza de las raíces de sus conflictos. Se planteaba que los pacientes se "curarían" de sus neurosis al sacar esos conflictos a la luz y reconciliarse con ellos a nivel emocional.

Los primeros analistas reconocieron que la forma y el contenido del juego tenían gran significado simbólico para los niños y que la situación del juego permitía la expresión simbólica de conflictos tempranos y actuales. Esos analistas infantiles sostenían que los principios del psicoanálisis con adultos eran aplicables a los niños, aunque con algunas modificaciones.

Primeros enfoques psicoanalíticos de la terapia infantil

Melanie Klein fue una de las primeras y más famosas analistas que trataron a los niños por medio del juego. Quizá más que cualquier otro teórico, Klein (1932) consideraba la interpretación como la condición *sine qua non* del tratamiento analítico de los niños. Afirmaba que, igual que los adultos, los niños forman neurosis de transferencia con sus analistas y que podían distinguirse con facilidad las raíces de sus conflictos por medio del análisis de su juego. Debido a ello, Klein (1955) veía al juego como el equivalente de la asociación libre en el análisis con adultos. Afirmaba que el juego, junto con otros elementos de la conducta de los niños, es un medio para expresar lo que manifiestan los adultos con palabras. Por consiguiente, los analistas infantiles requerían hacer la interpretación de "fantasías, sentimientos, ansiedades y expresiones mediante el juego" (Klein, 1955, p. 124). Se consideraba por ende que la interpretación es fundamental para establecer un marco analítico y como el medio principal para ayudar a los niños a entender el propósito del psicoanálisis y para liberar su imaginación (Klein, 1932). Para Klein, la interpretación facilita el contacto con el inconsciente del niño analizado y el avance del análisis al eliminar la represión del material intrapsíquico. Además, para 1955 afirmaba que los niños pueden entender y hacer uso de las interpretaciones del analista si éstas son concisas, claras y emplean el lenguaje de los niños. La interpretación del juego permitía hacer el análisis de la transferencia y seguir el rastro de los conflictos a sus orígenes en las historias de los niños (1932).

En el enfoque de Klein, si las interpretaciones eran certeras, los niños experimentarían la interpretación como "prueba de confianza, amor y ayuda para aliviar el sentido de culpa (del paciente)" (Klein, 1932, p. 69). Esta autora creía que la interpretación era necesaria debido a la debilidad del yo de los niños, la resultante represión masiva del contenido y su preocupación obsesiva por la realidad. Por ende, para Klein el contenido del juego es un vehículo para la interpretación de lo que ella consideraba fantasías profundamente inconscientes. Aunque hizo contribuciones pioneras al análisis infantil, Klein estableció que el valor principal del juego era la obtención de material inconsciente para la interpretación; por consiguiente, no tendía a utilizar al juego en sí como un vehículo terapéutico (Winnicott, 1971b).

En contraste con el enfoque de Klein, Anna Freud afirmaba que el significado del juego es más incierto que el del lenguaje y, por lo tanto, no pueden funcionar como el equivalente de la asociación libre en el análisis adulto. Igual que Klein, consideraba que el análisis infantil tiene los mismos propósitos que otras formas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de psicoanálisis, que definía como un control cada vez mayor del yo mediante el desarrollo de la consciencia. Sin embargo, Anna Freud (1946) creía que los niños son incapaces de formar las neurosis de transferencia que son fundamentales para el análisis de los adultos por dos razones principales. Dado que las relaciones de los niños con sus objetos originales (es decir, los padres) son contemporáneas con el tratamiento, se descarta la posibilidad de que los niños transporten sus conflictos neuróticos al analista infantil. Segundo, creía que los analistas infantiles no pueden ser neutrales respecto a los niños analizados (A. Freud, 1965), por lo cual no pueden funcionar como una pantalla en blanco sobre la cual los niños proyectaran sus dinámicas internas. Además, Anna Freud notó que la dependencia del analista del trabajo cercano con los padres de los pacientes y con otras personas en el entorno del niño lo convertía en un objeto real para el niño, lo que impedía a su vez el desarrollo de una neurosis de transferencia. También discrepaba de Klein en que no consideraba al juego como equivalente de la asociación libre. Citó los hechos de que los niños no corroboran las interpretaciones como lo hacen los adultos, que el juego no ocurre en el contexto de una neurosis de transferencia completa, y que el juego de los niños no es dominado por las mismas actitudes intencionales como en la asociación libre del adulto (A. Freud, 1926, 1945).

Anna Freud aseveró que si bien los niños forman transferencias con los analistas, éstos también son objetos nuevos para los niños y no sólo manifestaciones actuales de los objetos antiguos. Lo anterior crea una relación doble (A. Freud, 1965). Afirma que la dualidad de la relación analítica, la proclividad de los niños a exteriorizar los conflictos y su dependencia de su entorno requieren que los analistas mantengan un equilibrio entre los factores externos e internos y reconozcan cuándo son utilizados por sus pacientes de una u otra manera.

Aunque recomendaba diversas técnicas de tratamiento además de la interpretación, Anna Freud la consideraba fundamental para el análisis infantil. El objetivo de las fases iniciales del tratamiento era "inducir un estado del yo propicio para la percepción de los conflictos internos" mediante la interpretación de las defensas (A. Freud, 1965, pp. 225-226). Se consideraba que el papel de la interpretación era ser el medio para ayudar a los niños a tomar consciencia de las defensas que emplean porque éstas son más rígidas que las de los adultos. Una vez que el niño está suficientemente preparado, el analista puede entonces interpretar la transferencia y la resistencia, ampliando de ese modo la consciencia y aumentando el dominio del yo. Anna Freud sugería que el analista hace un uso sensato de la interpretación y mantiene el equilibrio entre los elementos internos y externos del caso. Además de la interpretación, Anna Freud empleó intervenciones que incluían verbalización y aclaración del material preconsciente, la sugestión y el apaciguamiento. En este modelo, el niño elige entre todos esos elementos y utiliza también al analista como objeto de identificación (A. Freud, 1965).

Todos los terapeutas analíticos han reconocido que sus relaciones con sus pequeños pacientes son componentes esenciales de la terapia. Dentro del modelo psicoanalítico tradicional se consideraba también que el papel principal del analista infantil era llevar a la consciencia los conflictos inconscientes, fortaleciendo

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

así el control del yo sobre la vida del niño. Esto se lograba a menudo a través del desarrollo e interpretación posterior de los elementos de transferencia en la relación del niño con su terapeuta. Para no contaminar la esencia del material de transferencia que surgía por medio del juego de los niños, los analistas se esforzaban por apegarse al principio de la abstinencia analítica (en concreto, que el analista sólo debería reflejar al niño lo que éste había producido). Por consiguiente, los primeros analistas infantiles trataban de minimizar el impacto de su participación en el escenario de juego para evitar la contaminación del material con su presencia. Esta visión de la terapia de juego se convirtió en un punto de alejamiento de los terapeutas psicoanalíticos infantiles en la medida que éstos empezaron a redefinir la naturaleza terapéutica de su participación en el juego.

Enfoques psicoanalíticos contemporáneos

Si bien los enfoques psicoanalíticos más tradicionales veían al juego sobre todo como un vehículo para la expresión e interpretación de material preconsciente e inconsciente, los terapeutas psicoanalíticos de juego contemporáneos sostienen la importancia terapéutica de la interpretación y de otras formas de esclarecer los significados inherentes en el juego de los niños, aunque reconocen que la relación del terapeuta con el niño directamente a través del juego es terapéutica (Levy, 2008). Es posible que D. W. Winnicott (1971a) fuese el analista más destacado que promovió la terapia de juego analítica. Winnicott veía al juego como una forma de "fenómeno transicional" en que se entremezclan las realidades interna y externa del niño. Por lo tanto, para Winnicott el juego nunca es del todo intrapsíquico ni se enfoca por completo en la realidad externa. Consideraba que el juego es una habilidad esencial tanto de los adultos como de los niños. El juego es, esencialmente, una actividad creativa en que se unen las realidades internas y externas del niño y el terapeuta, y donde se entremezclan el pasado, el presente y el futuro. Clare (1945, 1963), esposa de Winnicott, quien era una destacada trabajadora social y terapeuta infantil, afirmaba que:

> por medio del juego, el niño experimenta a dos niveles. Están sus experiencias personales internas que satisfacen sus necesidades interiores, y está la experiencia del juego en sí en relación con el entorno. Si las experiencias internas no son habituales ni se relacionan con el ambiente de este modo [comentario del autor: es decir, por medio del juego], entonces el niño se encuentra en una posición peligrosa. Se concentrará en ellas y se aislará del contacto vital real con la vida que lo rodea, o se concentrará en actividades externas y se alejará de su propia vida interna (p. 114).

Winnicott (1971a) afirmó que el "área de juego no es la realidad psíquica interna. Está fuera del individuo, pero no es el mundo externo" (p. 51). Marans *et al*. (1993) aseveran que, para Winnicott, "el juego es un reflejo de la capacidad del niño para ocupar un espacio entre la realidad psíquica y la externa en que el niño usa elementos de ambos dominios" (p. 15). Esto es de especial importancia dado que los fenómenos transicionales permiten a los niños interiorizar sus relaciones

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

con sus cuidadores y crear en conjunto con el terapeuta, representaciones de formas nuevas y más exitosas de experimentar y de relacionarse con el sí mismo y los demás.

Winnicott (1958) hizo un uso sensato de la interpretación. El principal propósito de la interpretación era eliminar los impedimentos inconscientes de la transferencia a la terapia, permitiendo por ende que el juego continuara. Winnicott (1971a, 1971b) tuvo el cuidado de presentar las interpretaciones de manera no dogmática, de modo que los niños tenían la libertad de aceptarlas o rechazarlas. Aunque consideraba que la interpretación era un componente esencial para el tratamiento, advirtió que una fuente clave del cambio terapéutico por el tratamiento psicoanalítico dependía de que el analista sobreviviera a las manifestaciones de los ataques de agresión del paciente, ya que eso mostraba al analista como independiente de las necesidades del cliente y facilitaba el uso del objeto (Winnicott, 1971a). Para Winnicott (1971a), el juego es inherentemente terapéutico porque abre un espacio potencial en la relación terapéutica. Dentro de este espacio metafórico, el niño puede destruir simbólicamente al terapeuta, distinguirse de él y utilizarlo.

Un hecho notable fue la aseveración de Winnicott (1971a) respecto a que es posible hacer psicoterapia profunda por medio del juego sin trabajo interpretativo. Esto se debe a que la experiencia placentera del juego se deriva de la mezcla de la realidad intrapsíquica con el control de los objetos reales, como el terapeuta. Al participar en el juego con esto en mente, no es necesaria la interpretación fuera del marco del juego. El trabajo de Winnicott es importante para el psicoanálisis en muchos sentidos. En la terapia de juego, puso los cimientos para extender el tratamiento analítico e incluir el uso del juego en sí, la relación entre el terapeuta y el niño, y la naturaleza esencialmente creativa y lúdica del tratamiento.

El pensamiento actual acerca de la terapia de juego psicoanalítica considera al desarrollo exitoso como equilibrio dinámico y congruencia entre la representación interna del sí mismo y el otro, con el reconocimiento concomitante de cada uno como centros independientes de subjetividad (Benjamin, 1995). A pesar de varias diferencias entre los teóricos psicoanalíticos modernos del desarrollo, éstos tienden a enfatizar la importancia de la manera en que la gente desarrolla representaciones del mundo (Beebe y Lachmann, 1988; Tronick, 2007; Tyson, 2002). Esos autores plantean que a partir de las experiencias relacionales que se derivan de una matriz compleja de factores se construye un sentido subjetivo del sí mismo y el otro. Es dentro de esa matriz que los atributos innatos del niño encuentran las cualidades y aptitudes de los cuidadores y de otros en el ambiente (Beebe, Knoblach, Rustin y Sorter, 2005; Beebe y Lachmann, 1988; Spiegle, 1989; Tronick, 2007).

CONCEPCIONES PSICOANALÍTICAS CONTEMPORÁNEAS DEL JUEGO

Los teóricos y clínicos analíticos contemporáneos han ampliado esas opiniones a la esfera relacional y la neurobiológica (Altman, Briggs, Frankel, Gensler y Pantone, 2002; Barish, 2004a, 2004b; Bonovitz, 2004; Frankel, 1998; Levy, 2008, 2009, 2011,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

en prensa; Spiegel, 1989). En este contexto, Benjamin (1988) reconoció la importancia del juego simbólico en la expresión de la tensión que existe en la aceptación de sentimientos conflictivos entre el sí mismo y los otros. Afirma que el juego constituye un elemento esencial en el proceso de desarrollo de fomentar la comprensión mutua. De este modo, el juego facilita el desarrollo de la capacidad para relacionarse con el otro como objeto y como sujeto. También advierte que el juego crea las primeras formas dialógicas de reconocimiento mutuo.

El juego, como forma de fenómeno transicional, abre un "espacio potencial" dentro de la relación analítica (Winnicott, 1971a). Es decir, las relaciones terapéuticas se convierten en contextos de los que pueden surgir nuevas posibilidades. En el juego todo es posible porque los jugadores tienen la libertad de representar cualquier escenario, deseo, temor o estado del yo. Cuando el niño juega puede destruir simbólicamente al terapeuta, distinguirse de él y utilizarlo para avanzar en su desarrollo. Quienes juegan pueden hacerlo porque, en el marco del juego, no hay consecuencias de sus acciones, toda vez que el juego no es estrictamente real. Más bien, se caracteriza como una forma de comunicación subjuntiva que es posible, pero que en realidad no es verdadera (Pizer, 1998). Debido y a pesar del hecho de que aunque el material de juego no es estrictamente verdadero, en la terapia psicoanalítica el juego mantiene un vínculo muy poderoso con las experiencias subjetivas del niño (Levenson, 1985).

Slade (1994) señaló que los niños crean nuevas estructuras psicológicas cuando ponen sus experiencias dentro del juego en lugar de hacerlo sólo en palabras. Las estructuras derivadas a través del juego establecen la base para la autocomprensión y visión de los niños del mundo relacional. El juego desarrolla la identidad de los niños y su capacidad para negociar con su ambiente. De esto se deduce que los terapeutas deben esforzarse por ayudar a sus pequeños pacientes a explorar sus experiencias e integrarlas en estructuras que permitan un funcionamiento más adaptado (Bonovitz, 2004).

Un principio central en la terapia infantil contemporánea es que los niños necesitan a otros para formar significado y para responder de maneras que reconozcan sus experiencias como significativas (Benjamin, 1988, 1995; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2004; Frankel, 1998). Slade (1994) advierte que "cuando jugamos con un niño y permitimos que éste sepa que estamos ahí para escuchar… Los niños aprenden a representar sus experiencias internas porque dichas experiencias fueron hechas reales primero gracias al reconocimiento de otro" (p. 95). El reconocimiento es un proceso complejo que abarca componentes verbales y no verbales. Slade afirma que

> el proceso de nombrar los sentimientos es un primer paso en la diferenciación de estados afectivos: distinguir un afecto de otro, distinguir el hecho de hablar acerca de la emoción del hecho de experimentarla, y distinguir un personaje de los de otro. Por lo general acompaña al surgimiento de la narrativa (p. 94).

Por consiguiente, por medio del juego las experiencias de los niños pueden llegar a ser "realizadas, integradas y aceptadas en la experiencia que tiene el paciente

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de sí mismo" (Frankel, 1998, p. 154). Por tanto, en la terapia de juego psicoanalítica se ayuda a los niños a formar y reformar sus experiencias a través del juego y a derivar significado de ellas a fin de desarrollar la coherencia e integridad de sí mismos. Pretende mejorar la capacidad de los niños para relacionarse con otros de formas más profundas y satisfactorias. Por ende, aunque desde hace mucho tiempo el juego ha sido visto en la terapia de juego como un medio útil, los autores psicoanalíticos han discrepado respecto del papel del juego en sí como terapéutico y del papel de la interpretación en el tratamiento del niño.

Juego y lenguaje

La terapia de juego psicoanalítica involucra de manera considerable acciones que están más o menos ligadas con el lenguaje hablado, lo cual crea tanto problemas como oportunidades para los terapeutas infantiles. Una de las principales dificultades en el trabajo clínico por medio del juego es que el significado del lenguaje hablado es más preciso que otras formas de comunicación. El lenguaje hablado no es necesariamente muy certero, pero su significado a menudo es mucho más aparente que los significados del juego. Por consiguiente, los terapeutas infantiles tienen una certeza mucho menor acerca de los significados de las acciones de sus clientes (Sutton-Smith, 1997). Dado que los significados de las conductas construidos por los terapeutas de sus pacientes forman la base de la toma de decisión y la acción terapéutica por parte de los clínicos, los terapeutas infantiles por lo general se sienten menos seguros acerca de cómo responder mejor a sus clientes. En contraste con otros, los terapeutas infantiles deben poder sentirse cómodos con la ambigüedad en el trabajo con sus clientes. También necesitan cultivar la facilidad para entender la semiótica (es decir, los signos y símbolos) de la comunicación humana.

Bateson (1972) advirtió el paralelo entre la terapia y el juego; señaló que ambos ocurren dentro de un marco psicológico delimitado y poseen límites temporales y espaciales de los mensajes. Bateson afirmaba que, tanto en la terapia como en el juego, los mensajes tienen una relación particular con una realidad más concreta y básica; para él la terapia y el juego son eficaces precisamente porque no se considera que las interacciones y comunicaciones sean "reales" dentro de sus marcos respectivos y porque el material tiene una fuerte relación con elementos importantes de la vida de una persona fuera de esos marcos (Levenson, 1985). Levenson señala los paralelos entre el habla y la acción cuando afirma que son "transformaciones mutuas; es decir, en términos musicales serán variaciones armónicas del mismo tema" (p. 81).

En la terapia el juego es inmediato (Gaines, 2003). En lugar de que un niño discuta con su terapeuta problemas que se considera que ocurren fuera del espacio de la terapia, el tratamiento de juego a menudo resulta en la representación en vivo de esos problemas, a través del juego en sí. Igual que sus colegas que atienden a adultos, algunos terapeutas infantiles creen que es más eficaz que sus clientes discutan y se enfoquen en las relaciones pasadas. De hecho, consideran que el material del pasado más remoto es más básico e importante que los recuerdos recientes. Sin embargo, como afirma Levenson (1985), "el pasado del

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

paciente, su presente y su interacción con el terapeuta (también) se convierten en transformaciones mutuas, de gran utilidad como parámetros diferentes de la misma experiencia" (p. 52). Por lo tanto, para los terapeutas infantiles psicoanalíticos modernos, el uso de la experiencia presente de juego es tan esencial para la terapia como enfocarse en las historias pasadas de los niños que atienden.

Si bien tanto el juego como el lenguaje verbal son formas de comunicación, en lo esencial no son equivalentes. Aunque el juego carece de la precisión del lenguaje (Sutton-Smith, 1997), permite al clínico ciertas ventajas sobre otros medios de comunicación. Además de que el juego es la forma natural de expresión de los niños, proporciona tanto a clientes como a terapeutas "una posible negación" concerniente al material problemático; es decir, permite a las partes suspender y, de ser necesario, negar su realidad. Después de todo, se trata "sólo" de un juego. Por ende, el juego libera a los participantes para expresar y explorar esos problemas de formas cuyo seguimiento sería mucho más difícil por medios de comunicación exclusivamente verbales.

Existen publicaciones que afirman que el procesamiento no verbal de la experiencia contribuye de manera independiente a las formas en que la gente funciona (Levy, 2009; Lyons-Ruth, 1999). Lyons-Ruth y sus colaboradores (1998) advierten que "los conocimientos implícitos que rigen las interacciones no se basan en el lenguaje y no se traducen rutinariamente en forma semántica" (p. 285). Dado que el juego de los niños incluye más elementos no verbales que las terapias enfocadas en la comunicación verbal, la terapia de juego analítica ofrece un mayor acceso al conocimiento relacional implícito y da a los terapeutas un medio de desarrollarlo y ampliarlo con sus clientes, creando nuevos modelos para estar con otros (Levy, 2007).

Debido a su naturaleza inmediata y activa, el juego exige la participación de los terapeutas de formas que son inimaginables en las terapias de orientación más verbal. Por ende, los roles de los terapeutas infantiles son necesariamente más activos y éstos se encuentran en situaciones que dejan poco tiempo para reflexionar acerca del significado de lo que sucede en el tratamiento antes de sus acciones (Gaines, 2003). Mientras los terapeutas para adultos pueden trabajar con la ilusión de que lo que más se necesita es entender a los clientes, tener empatía con ellos y ofrecerles interpretaciones, dicho modo de pensar perjudicaría a un terapeuta infantil. De cierto modo, la teoría psicoanalítica contemporánea se ajusta mejor a la naturaleza orientada a la acción de la terapia de juego en la medida de que los teóricos se dan cuenta de las limitaciones inherentes de una aproximación principalmente verbal al tratamiento (Barish, 2004b; Frankel, 1998). Los teóricos psicoanalíticos relacionales modernos han destacado el hecho de que los clientes deben ser encontrados, es decir, que los terapeutas deben hacer más que escuchar e interpretar (Aron, 1996; Bromberg, 1998, 2006; Levenson, 1985; Mitchell, 1988, 1997; Pizer, 1998; Slochower, 1996).

Mitchell (1988) afirmaba que los terapeutas analíticos no deben limitarse a entender a sus clientes, sino que también deben encontrar una voz para comunicar esa comprensión a fin de hallar una salida a los patrones usuales con que el cliente escucha y experimenta a los demás. De hecho, Mitchell (1997) afirmó además que

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> un terapeuta se descubre como coactor en un drama apasionado que involucra amor y odio, sexualidad y asesinato, intrusión y abandono, víctimas y verdugos. Cualquiera que sea el camino que elija, cae en una de las categorías predeterminadas del cliente y es experimentado de ese modo por el paciente. La lucha es por una nueva forma de experimentarse a sí mismo y al paciente, una forma distinta de estar con el analizado en que no se fusiona ni es distante, no muestra seducción ni rechazo, no es víctima ni verdugo. Se trata de encontrar una voz auténtica con la cual hablar al analizado, una voz más propia, menos moldeada por las configuraciones y opciones limitadas de la matriz relacional del analizado, y, al actuar de ese modo, ofrecerle la oportunidad de ampliar y extender esa matriz (p. 295).

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

El juego permite entonces que se actúen pensamientos y sentimientos psicológicamente peligrosos que luego puedan ser negados por el niño (Levy, 2008). El juego abarca una paradoja: es cierto y falso al mismo tiempo. La dualidad de la experiencia real que ocurre en el marco subjuntivo del juego permite que surjan sentimientos y pensamientos profundos y se incluyan terapéuticamente en el marco del juego. Además, el juego obtiene su valor terapéutico del hecho de que fomenta la integración de diversos modos de procesar la experiencia. Para jugar, los niños deben realizar y coordinar diversos procesos sensoriales, perceptuales, cognitivos, afectivos y conductuales. Dado que abarca tanto la acción como el pensamiento y el sentimiento, el juego genera experiencia de estados emocionalmente vívidos del sí mismo dentro de la relación relativamente segura con el terapeuta (en el trabajo de Levy, 2009, encontrará una revisión más extensa).

Para maximizar el valor terapéutico del juego, los terapeutas deben tener de verdad un interés extraordinario por sus pacientes, debido en parte a que eso puede generar nuevas experiencias relacionales. Dichas experiencias pueden servir como una plantilla para la construcción de nuevos modelos del sí mismo y los demás o para modificar los existentes, a fin de alentar un sentido de integridad del sí mismo, cohesión y seguridad interpersonal.

Los terapeutas de juego también deben aceptar cierto grado de incertidumbre debido a la relativa ambigüedad del significado del juego (Levy, 2008; Sutton-Smith, 1997). Los terapeutas infantiles deben aprender a cultivar la paciencia y a permitir que la relación terapéutica aparezca y se desarrolle. En la moderna terapia de juego psicoanalítica, los terapeutas deben estar preparados para tolerar estados incómodos que pueden ser dolorosos, difíciles de imaginar o incluso repulsivos. Esos estados de sentimiento son vistos como una forma de comunicación implícita de las experiencias del niño y constituyen elementos clave de la formulación que hace el terapeuta de las experiencias del niño (Boston Change Process Study Group, 2002, 2008). De este modo, mucha información concerniente a la organización de las experiencias de los niños está incorporada en la relación de juego.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Es importante involucrar a los niños en la creación y recreación de sus propias historias y convertirse en un coinvestigador de su experiencia.

El tratamiento de juego, debido a su naturaleza intermodal, puede funcionar para ayudar a los niños a integrar mejor su experiencia (Levy, 2007, 2008). Una vez que una relación terapéutica se negocia de manera adecuada, se presentan desafíos y trastornos en la medida que los antiguos modelos relacionales son representados dentro de la actual relación terapéutica. En lugar de ver esas situaciones como una amenaza para la terapia en sí, los terapeutas de juego psicoanalíticos las ven como oportunidades de involucrar a sus pequeños pacientes y de ayudarlos a volver a regular sus estados emocionales de formas nuevas. De este modo, el paciente puede destruir simbólicamente al terapeuta por medio del juego para luego redescubrirlo y recrearlo. Al hacerlo así, el paciente se recrea también a sí mismo. Es a través de este proceso que el terapeuta se convierte en un objeto utilizable para el niño (Winnicott, 1971a). Este es un proceso recursivo en que surgen nuevas configuraciones del sí mismo y el otro.

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LA TERAPIA DE JUEGO PSICOANALÍTICA CONTEMPORÁNEA

Al adaptar las relaciones terapéuticas para maximizar las capacidades inherentes de sus pacientes, los terapeutas psicoanalíticos tratan de conectarse con el límite delantero de la zona de desarrollo próximo de sus pacientes, es decir "… la distancia entre el nivel actual de desarrollo determinado por la solución independiente de un problema y el nivel de desarrollo potencial determinado por la solución de un problema con la guía de un adulto o en colaboración con pares" (Vygotsky, 1978, p. 86). Durante sus relaciones con niños con síndrome de Asperger, el desarrollo puede ser fomentado por las pequeñas presiones generadas por la relación de juego y por la caracterización de las reacciones emocionales del niño (Fonagy *et al*., 2004). El papel de la reparación interactiva es entonces un componente esencial del fomento del desarrollo (Beebe *et al*., 2005; Tronick, 2007) y del tratamiento psicoanalítico moderno. Esto conlleva una lucha por parte del terapeuta por encontrar una forma de comunicarse de manera auténtica con su subjetividad (Mitchell, 1997), a la vez que procesa, integra y reconstruye la experiencia del niño y responde luego de una forma que maximice la posibilidad de que el niño también pueda reconocer su propia experiencia en la interacción con el terapeuta (Lichtenberg, Lachmann y Fosshage, 2002). Mediante el intercambio interactivo y dinámico del juego, donde abundan la presión interactiva y la reparación, los niños pueden desarrollar mayor capacidad para tener consciencia de sí mismo y el otro, para tener mejor efecto en la regulación y para participar en relaciones sociales de formas más satisfactorias.

La terapia de juego psicoanalítica contemporánea incluye un sentido de resonancia emocional (Levy, 2008), es decir, "la señal de un individuo a otro de: estoy contigo, sin que importen nuestras diferencias'" (Coburn, 2001, p. 309). Coburn ve la resonancia emocional como un proceso prereflectivo, procedimental, que determina el curso no sólo de los patrones presentes y futuros de relación dentro de la diada, sino también las experiencias afectivas vividas por dos o más personas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que se centran en la supervisión, exploración, cuestionamiento, negociación, afirmación y refutación de experiencias de relativa certidumbre acerca de algo, convicción acerca de algo, o ambas (p. 312).

Por consiguiente, el concepto de alianza terapéutica en la terapia de juego psicoanalítica ha evolucionado con nuevos avances en el desarrollo infantil, la neurobiología, la dinámica familiar y en el psicoanálisis mismo. Debería quedar claro que la alianza terapéutica por lo general ha cambiado a un enfoque más colaborativo dentro de la diada terapéutica (Aron, 1996; Levy, 2008). Debido a que el juego permite que las experiencias de los niños sean incorporadas y representadas en un contexto de juego que no es real, los pacientes expresan y exploran facetas de sí mismos en el contexto de una relación facilitadora y generativa. La construcción de una relación psicoanalítica terapéutica permite el desarrollo de un sentido de seguridad. Esta relación admite que surjan sentimientos inaceptables, psíquicamente peligrosos, y que sean enfrentados de maneras más productivas (Levy, en prensa; Pizer, 1998; Winnicott, 1971a).

Se considera que el juego en sí proporciona un vehículo crucial para que los niños desarrollen esta capacidad. El proceso de contención, regulación y reparación de la relación de tratamiento, el surgimiento de la experimentación y el apoyo de la experiencia de nuevos estados del sí mismo a través del juego dan lugar a una mayor regulación del afecto, mayor consciencia y complejidad de sí mismo. Existe una relación recíproca entre la experimentación de estados nuevos o disociados del sí mismo en la relación terapéutica del juego y la facilitación de una mayor complejidad en la autoorganización del niño (Saari, 1993), en la medida que estados no formulados y disociados del sí mismo se vuelven más complejos, se experimentan con mayor flexibilidad y se integran mejor dentro de la personalidad del niño.

La alianza terapéutica es especialmente complicada en el tratamiento psicoanalítico infantil porque el terapeuta debe mantener alianzas de trabajo con los cuidadores del niño, los maestros, los profesionales de la salud mental de la escuela y con otras personas. Por consiguiente, los terapeutas infantiles deben responder a las múltiples demandas que provienen de fuentes distintas al niño. Es necesario aceptar esta situación y equilibrar el enfoque a partir de esas participaciones múltiples. De hecho, los terapeutas infantiles deben desarrollar alianzas de trabajo con otros adultos a la vez que conservan la importancia y la existencia de las necesidades y la subjetividad de sus pequeños pacientes.

CASO ILUSTRATIVO

Connor, un niño de nueve años, llegó al terapeuta con un diagnóstico de un trastorno de desarrollo atípico y conducta desafiante. Las evaluaciones neuropsicológicas indicaban que, aunque Connor era intelectualmente sobredotado, existían indicios de graves dificultades para comprender las reacciones de los demás y evidencia de rigidez cognitiva, sobre todo en situaciones ambiguas. Connor también manifestaba déficits en las funciones ejecutivas. De acuerdo con los informes, el niño disfrutaba al decir "cosas inapropiadas", en especial cuando estaba con sus padres, quienes reaccionaban con enojo ante su conducta. Cuando Connor decía

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cosas groseras y ofensivas a otras personas, resistía con descaro los intentos de sus padres por detenerlo. Cuando percibía presiones que eran especialmente intrusivas, experimentaba periodos en que mostraba una falta grave de regulación emocional.

A lo largo de los años, los padres de Connor lo hicieron seguir numerosas terapias, aunque no estaban seguros de que muchas de ellas hubiesen ayudado a su hijo (el trabajo del terapeuta con los padres de Connor está más allá del alcance de este capítulo). Desde que tenía dos años, Connor y sus padres habían participado en terapia cognitivo-conductual para ayudarlo con su falta de regulación y algunos síntomas conductuales específicos como tics. Esa terapia se enfocó en reorientar a Connor a actividades más prosociales y en ayudarlo a emplear técnicas para prevenir la falta de regulación. Los padres del niño se mostraban escépticos respecto a la utilidad de la terapia de juego psicoanalítica, pero estaban dispuestos a seguirla si podía ayudar a su hijo.

Connor llegó a la terapia psicoanalítica con una aprensión comprensible. Cuando se reunió por primera vez con el terapeuta, parecía armarse de valor para la arremetida de otro profesional que lo obligaría a hacer cosas que no quería o le diría cómo debería hacerlas. El terapeuta comentó que parecía que Connor no quería acudir a la terapia, el niño dijo que no quería y expresó molestia hacia sus padres por lo que percibía como control injustificado de su vida, por las restricciones a su tiempo libre y por los frenos arbitrarios que le impedían ver películas que sus compañeros ya habían visto. El terapeuta escuchó con cuidado las quejas de Connor. En lugar de hacer comentarios sobre la sabiduría de la decisión paterna, hizo preguntas y comentarios acerca de los sentimientos de Connor hacia sus padres, las diferentes personas que lo "ayudaron" y exploró con el niño cómo quería que fuera su vida. Durante la sesión, Connor pareció notar que el terapeuta prestaba mucha atención a sus reacciones y que se abstenía de detenerlo, reorientarlo o corregirlo. Al final de la sesión, el terapeuta le presentó un dilema. Le dijo que aunque quería trabajar con él, sabía cuánto le disgustaba participar en cualquier terapia; le manifestó que no quería obligarlo a seguir asistiendo al tratamiento, pero que también se había percatado de que sus padres pensaban que podrían trabajar bien juntos. Comentó que no estaba seguro de qué hacer, pero que la solución tendría que provenir de *ambos*, de Connor y de él. El niño respondió que estaría dispuesto a continuar asistiendo a las sesiones si eran como la actual. El terapeuta dijo que no podía prometerlo porque no podía predecir el futuro, pero que trataría de tener siempre en mente los sentimientos, deseos y necesidades de Connor y que haría un intento franco por ayudarlo. También comentó que esperaba que si Connor creía que el terapeuta no cumplía su palabra, sentiría la confianza suficiente para decírselo, de modo que pudieran tratar de que funcionara. Connor aceptó regresar.

Muy pronto, Connor dijo al terapeuta cosas que pensaba que eran inapropiadas. Hizo comentarios racistas y antisemitas y afirmó que pretendía ser el soberano supremo del mundo con el propósito de hacer sufrir a los demás. El terapeuta le dijo que podía entender por qué estaba tan enojado y quería controlar a los otros cuando vio que ellos lo controlaban de manera injusta. En lugar de impedir que hablara, lo llevó a explorar cómo reaccionaban los demás cuando él decía esas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cosas. Rieron juntos de la manera en que la gente se molestaba con esos comentarios, y el terapeuta reconoció que podría sentirse bien molestar a la gente que Connor sentía que lo disgustaba.

No está claro quién lo inició (en la buena terapia de juego dichas cosas suelen no quedar claras), pero de manera espontánea empezaron a crear "obras" que incluían material que se volvió cada vez más injurioso. A petición de Connor, el terapeuta las registraba diligentemente e incluso ofrecía sugerencias mesuradas para la trama y el diálogo. Connor tuvo cuidado de asegurarse de que el terapeuta escondía sus "obras" cuando terminaban debido a su preocupación de que sus padres pudieran verlas. El niño empezó a esperar sus sesiones con entusiasmo, corriendo por el corredor al consultorio del terapeuta. Entremezclado con esta actividad, el niño empezó a mencionar las formas en que sus padres lo enojaban y a hablar acerca de fantasías que tenía acerca de castigar a sus padres y a otros que creía que habían sido injustos con él. Junto con esos sucesos, la conducta de Connor se volvió más regulada y él parecía más relajado e incluso feliz.

Connor involucró luego a terapeuta en juegos competitivos de mesa. Esto permitió a la diada terapéutica oportunidades de abordar temas de agresión, dominio, derrota y autoestima. Como Connor eligió juegos que requerían una buena dosis de estrategia, sus déficits en las funciones ejecutivas se hicieron evidentes. El niño afirmó su deseo de destruir al terapeuta en el juego y describió sus fantasías de dominio omnipotente del terapeuta y del mundo entero. El terapeuta aceptó esos sentimientos y respondió en broma con reconocimiento de las intenciones de Connor.

El terapeuta modificó su manera de jugar con base en lo bien que lo hacía el niño. Connor se mostraba visiblemente ansioso cuando parecía que iba a perder el juego. Podía mostrarse tonto, decir que había perdido el interés en el juego o tirar atolondradamente sus piezas en el tablero y derribar tantas piezas del terapeuta como pudiera. El terapeuta reconoció lo frustrante que podía ser el juego y permitía que se expresaran por medio de éste esos sentimientos y conductas que de otro modo serían prohibidos. Advirtió lo bien que Connor podía manejar su frustración y lo tomó como un indicador actual del estado emocional del niño. Al cabo de algunos meses mejoró la capacidad de Connor para tolerar periodos en que parecía que perdería el juego y empezó a reír con el terapeuta cuando era frustrado por sus movimientos. De acuerdo con los informes de los padres y maestros, Connor se mostraba más regulado en la casa y en la escuela. Su conducta desafiante permanecía, pero disminuyeron su frecuencia, intensidad y duración. El niño empezó a participar de manera más libre en actividades de grupo e incluso comenzó a desarrollar amistades.

Discusión del caso

En este caso hay dos ejemplos de juego. El primero era verbal y resultó en la creación conjunta de obras que expresaban las necesidades y deseos subjetivos de Connor. El segundo fue el uso de juegos competitivos de mesa. En ambos casos el juego se desarrolló espontáneamente en la medida que la diada desarrolló formas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de trabajar en conjunto. Aunque su relación era verdaderamente mutua, también era asimétrica en el sentido de que el terapeuta participaba de formas que ayudaran a Connor a expresar su experiencia, en especial cuando parecía que le resultaba más difícil. Se comunicó de manera implícita que, en tanto fueran expresados por medio del juego (es decir, el subjuntivo), Connor tenía la libertad de traer a las sesiones estados de sí mismo que de otro modo eran prohibidos, disociados o que recibían una sanción negativa. Otra paradoja de la terapia de juego psicoanalítica es que, para que ésta proceda, deben existir comodidad y confianza suficientes en la diada para tomar riesgos y permitir que se represente el material doloroso en la relación terapéutica.

La conducta de Connor fuera de la terapia mejoró en la medida que empezó a sentirse profundamente comprendido y en que los significados de sus reacciones fueron expresados mutuamente. El niño expresó su enojo a través del juego y, debido y a pesar de ello, fue aceptado por su terapeuta, lo que le permitió la experiencia directa de participar en otras formas de relacionarse con los demás. Además, el terapeuta estuvo en una mejor posición de ayudar a otras personas en la vida del niño a ser más sensibles en la medida que obtenía una comprensión más profunda de Connor. Aumentaron las opciones del niño para expresarse y relacionarse con los demás de manera más adaptada en lugar de reaccionar de manera automática con conductas desafiantes o perturbadoras. La mayor adaptabilidad tuvo como resultado, y resultó de, una mayor complejidad de sí mismo y de formas multifacéticas de relacionarse con otros.

CONCLUSIÓN

En casi 100 años de usar el juego de manera terapéutica, los enfoques psicoanalíticos de la terapia de juego han evolucionado considerablemente. El psicoanálisis ha mantenido el diálogo con campos tan diversos como la neurobiología, la historia, la filosofía y los estudios de género, así como con las artes visuales, literarias y escénicas. Ha empleado esos contactos para perfeccionar y enriquecer sus aproximaciones a la terapia. Aunque a la mayoría de los estudiantes se les enseña la teoría psicoanalítica anticuada, principalmente como punto de crítica, el psicoanálisis sigue abordando activamente una amplia variedad de problemas actuales, como las estructuras sociales cambiantes, la alienación individual, la identidad y la diversidad, la violencia política, la marginalización y la exclusión, y las realidades culturales emergentes. Además, ha existido una larga tradición de influencia recíproca entre el psicoanálisis y la investigación psicológica, en especial en las áreas del desarrollo humano, la ciencia cognitiva y la psicología social.

La terapia psicoanalítica moderna, y en particular la terapia con niños, hace énfasis en la creación conjunta de significado, colaborativa e individualizada, por medio de una relación creativa entre paciente y terapeuta. Reconoce que no existe una interpretación "correcta" del juego o de cualquier otra conducta. Resalta más bien la construcción conjunta de significado dentro de la diada terapéutica. El tratamiento psicoanalítico presta gran atención a las interacciones momento a momento dentro de una relación terapéutica íntima y las utiliza como señales para desarrollar una comprensión más profunda y más rica del mundo interno y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

relacional del niño. De esta forma se abren para el niño nuevas oportunidades de experimentarse a sí mismo y a otros, para nuevas formas de acción, y se liberan sus capacidades innatas para el crecimiento.

REFERENCIAS

Altman, N., Briggs, R., Frankel, J., Gensler, D., & Pantone, P. (2002). *Relational child psychotherapy.* New York, NY: Other Press.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Barish, K. (2004a). The child therapist's generative use of self. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 3*, 270–284.

Barish, K. (2004b). What is therapeutic in child therapy? *Psychoanalytic Psychology, 21*, 385–401.

Bateson, G. (1972). *Steps towards an ecology of mind*. New York, NY: Ballantine Books.

Beebe, B., & Lachmann, F. (1988). The contribution of mother–infant mutual infl uence to the origins of self- and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, *5*, 305–337.

Beebe, B., Knoblach, S., Rustin, J., & Sorter, D. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant and adult treatment*. New York, NY: Other Press.

Benjamin, J. (1988). *The bonds of love: Psychoanalysis, feminism, and the problem of domination*. New York, NY: Pantheon.

Benjamin, J. (1995*). Like subjects, love objects*. New Haven, CT: Yale University Press.

Bonovitz, C. (2004). The cocreation of fantasy and the transformation of psychic structure. *Psychoanalytic Dialogues, 14*, 553–558.

Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2002). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy—the "something more" than interpretation. *International Gestalt Journal*, *25*, 37–71.

Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2008). Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and refl ective-verbal domains. *Psychoanalytic Dialogues*, *18*, 125–148.

Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Coburn, W. J. (2001). Subjectivity, emotional resonance, and the sense of the real. *Psychoanalytic Psychology, 18*, 303–319.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.

Frankel, J. (1998). The play's the thing: How the essential processes of therapy are seen more clearly in child therapy. *Psychoanalytic Dialogues*, *8*, 149–182.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Freud, A. (1926). The role of transference in the analysis of children. In A. Freud (Ed.), *The psychoanalytical treatment of children* (pp. 28–37). New York, NY: International Universities Press.

Freud, A. (1945). Indications for child analysis. In A. Freud (Ed.), *The psycho-analytical treatment of children* (pp. 67–93). New York, NY: International Universities Press.

Freud, A. (1946). *The psycho-analytical treatment of children*. New York, NY: International Universities Press.

Freud, A. (1965). *Normality and pathology of childhood*. New York, NY: International Universities Press.

Freud, S. (1908). Creative writers and day-dreaming. *Standard Edition, 9*, 141–155.

Freud, S. (1931). Female sexuality. *Collected Papers, 5*, 252–272.

Gaines, R. (2003). Therapist self-disclosure with children, adolescents, and their parents. *Journal of Clinical Psychology, 59*(5): 569–580.

Hug-Hellmuth, H. (1921). On the technique of child analysis. *International Journal of Psychoanalysis, 2*, 287–305.

Klein, M. (1932). *The psychoanalysis of children*. New York, NY: Delacorte Press.

Klein, M. (1955). The psychoanalytic play technique: Its history and signifi cance. In M. Klein (Ed.), *Envy and gratitude* (pp. 122–140). New York, NY: Free Press.

Levenson, E. (1985). *The ambiguity of change: An inquiry into the nature of psychoanalytic reality*. Northvale, NJ: Aronson.

Levy, A. J. (2007, March). *A re-consideration of the therapeutic action of play in the psychodynamic treatment of children*. Paper presented at the biannual meeting of the American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work, Chicago, IL.

Levy, A. J. (2008). The therapeutic action of play in the psychodynamic treatment of children: A critical analysis. *Clinical Social Work Journal, 36*, 281–291.

Levy, A. J. (2009). Neurobiology and the therapeutic action of psychoanalytic play therapy with children. *Clinical Social Work Journal*. Published online at Springer First, August 10, 2009. doi: 10.1007/s10615-009-0229x

Levy, A. J. (in press). Psychoanalytic psychotherapy for children with Asperger's syndrome: Therapeutic engagement through play. *Psychoanalytic Perspectives*.

Levy, A. J., & Frank, M. J. (2011). Clinical practice with children. In J. Brandell (Ed.), *Theory and practice of clinical social work* (pp. 101–122). Woodland Hills, CA: Sage.

Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (2002). *A spirit of inquiry: Communication in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, *19*, 576–617.

Lyons-Ruth, K., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., . . . Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, *19*, 282–289.

Marans, S., Mayes, L. C., & Colonna, A. B. (1993). Psychoanalytic views of children's play. In A. J. Solnit, D. J. Cohen, & P. B. Neubauer (Eds.), *The many meanings of play* (pp. 9–28). New Haven, CT: Yale University Press.

Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: Integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Mitchell, S. (1997). *Infl uence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. Pizer, S. A. (1998). *Building bridges: The negotiation of paradox in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Saari, C. (1993). Identity complexity as an indicator of health. *Clinical Social Work Journal*, *21*, 11–24.

Slade, A. (1994). Making meaning and making believe: Their role in the clinical process. In A. Slade & D. Palmer Wolf (Eds.), *Children at play: Clinical and developmental approaches to meaning and representation* (pp. 81–107). New York, NY: Oxford University Press.

Slochower, J. A. (1996). *Holding and psychoanalysis: A relational perspective*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Solnit, A. J. (1993). From play to playfulness in children and adults. In A. J. Solnit, D. J. Cohen, & P. B. Neubauer (Eds.), *The many meanings of play* (pp. 29–43). New Haven, CT: Yale University Press.

Spiegel, S. (1989). *An interpersonal approach to child therapy*. New York, NY: Columbia University Press.

Sutton-Smith, B. (1997). *The ambiguity of play*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social–emotional development of infants and children.* New York, NY: Norton.

Tyson, P. (2002). The challenges of psychoanalytic developmental theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *50*, 19–52.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Waelder, R. (1932). The psychoanalytic theory of play. In S. A. Guttman (Ed.), *Psychoanalysis: Observation, theory, application* (1976 collected works; pp. 84–100). New York, NY: International Universities Press.

Winnicott, C. (1945). Children who cannot play. In J. Kanter (Ed.), *Face to face with children: The life and work of Clare Winnicott* (revised 2004; pp. 112–121). London, UK: Karnac Books.

Winnicott, C. (1963). Face to face with children. In J. Kanter (Ed.), *Face to face with children: The life and work of Clare Winnicott* (revised 2004; pp. 166–183). London, UK: Karnac Books.

Winnicott, D. W. (1958). *Through pediatrics to psycho-analysis*. New York, NY: Basic Books.

Winnicott, D. W. (1971a). *Playing and reality*. New York, NY: Routledge.

Winnicott, D. W. (1971b). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. New York, NY: Basic Books.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 5

Terapia de juego analítica Jungiana

Eric J. Green

La niñez es la época en que, aterradores o esperanzadores, aparecen ante el alma del niño esos sueños previsores que dan forma a su destino.
(Jung, 1951)

La teoría analítica del psicólogo suizo Carl G. Jung (1875-1961) por lo general no ha sido revisada en términos de sus aplicaciones a los niños, sino sobre todo como una psicología erudita del adulto. En concreto, se conoce a la teoría de Jung por enfocarse en la segunda mitad de la vida adulta, donde propuso que ocurre la *individuación* (el hecho de convertirse en un "individuo psicológico"). Sin embargo, de acuerdo con Main (2008), Jung se interesaba realmente en el niño como una imagen metafórica o arquetipo y se concentró en la psicología "del niño" o el símbolo o mito inherente a la imagen universal de la niñez. El arquetipo o imagen "del niño" se observa en los primeros escritos de Jung, en especial en la *Teoría del psicoanálisis* (Jung, 1913) y *Conflictos psíquicos en el niño* (Jung, 1910). En esos trabajos, Jung revela su visión de la niñez como el hecho de ser dependiente de los cuidadores. Por medio de pruebas de asociación demostró los efectos trascendentales de la identificación entre cuidadores y niños, en que la vida del niño es moldeada casi por completo por el inconsciente o mundo interno de sus padres.

La mayor parte de los escritos de Jung (2008) sobre los niños, surgió del análisis de pacientes adultos que recordaban los sueños de su niñez, incluyendo los colosales *somnia a deo missa* (sueños enviados por Dios). Determinó que gran parte del contenido psicológico que subyace a esos sueños de la niñez está relacionado con la psicopatología de los padres. No fue sino mucho después en sus estudios que empezó el proceso de aplicar la noción de arquetipos a la niñez. Al final, su teoría se convirtió en objeto de burla. En concreto, a los críticos les disgustaba la solidez de la teoría esotérica de Jung, a menos que los arquetipos pudieran ser observados en la niñez y a lo largo del ciclo de vida, y no únicamente en la última parte de la adultez.

Para Jung, "el niño" no se refiere al niño humano sino esencialmente al símbolo universal o arquetipo del niño que se encuentra en los mitos, los cuentos de hadas, los sueños y las fantasías (Fordham, 1994; Jung, 1951; Main, 2008); no le interesaba necesariamente el desarrollo infantil sino la función mitificadora de la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

psique durante la niñez. Dado que, por definición, un arquetipo no puede describirse directamente, Jung determinó que el arquetipo del niño aparece en varios temas infantiles como "el niño eterno", "el niño divino" y "el niño del caos". Dos aspectos comunes en la visión simbólica que tenía de la niñez en todos los temas involucran la autonomía y la espontaneidad.

En un deseo por explorar el proceso analítico en los niños, Jung alentó a Dora Kalff (1980) para que estudiara con Margaret Lowenfield y desarrollara un método de juego simbólico en la terapia infantil, al que luego ella denominó *juego en la arena*. A partir de la década de 1930, Melanie Klein (1955), una psicoanalista infantil, influenciada por el trabajo de Jung desarrolló una aproximación revolucionaria al trabajo con niños que incluía el uso de técnicas de juego. Inspirado por Klein, Michael Fordham (1944) escribió *The Life of Childhood*, donde se argumentaba, por primera vez con evidencia de un análisis infantil real y no sólo de análisis de adultos como había hecho antes Jung, que los arquetipos podían observarse en los niños y que eran un componente importante del proceso terapéutico. Los arquetipos se refieren a la predisposición a crear imágenes, organizar la experiencia y determinar la relación de un individuo entre los mundos interno y externo. Fordham sigue diciendo que el contenido arquetípico en los niños se relaciona con las pulsiones, instintos y experiencias corporales en relación con el mundo mental del niño. El desarrollo y la maduración psicológica conducen al niño al extremo espiritual del arquetipo, donde puede cultivar la individualidad y participar en el pensamiento colectivo.

Más tarde, Sidoli y Davies (1988) compilaron un libro titulado *Jungian Child Psychotherapy* que contenía las visiones jungianas de Fordham sobre el análisis infantil, así como las otras contribuciones significativas del tema. Por medio de su libro fundamental *Inscapes of the Child's World* (1988), John Allan avanzó en el perfeccionamiento de la psicoterapia infantil jungiana mediante la incorporación de diversas aplicaciones de las técnicas de terapia en el análisis infantil. Más recientemente, J. P. Lilly (2009) y Eric Green (2007, 2008, 2009) han presentado trabajos, ofrecido capacitación en conferencias profesionales y recomendado hacer hincapié en la profundidad y el significado según lo apoyado por la terapia de juego jungiana en el siglo xxi.

Conceptos básicos, metas y técnicas

La base conceptual de la terapia de juego analítica jungiana (TJAJ) es que durante su desarrollo, sea por introyección (internalización de las creencias de otros) o identificación (una fuerte relación con los valores y sentimientos de otros), los niños adquieren (internalizan) sentimientos, pensamientos y rasgos de los cuidadores principales, así como cualquier disfunción o trauma(s) asociados con esas relaciones primarias significativas. Por consiguiente, la práctica y el ámbito de la terapia de juego analítica jungiana es conceder a los niños espacio suficiente en un ambiente emocionalmente protegido o de contención de modo que se materialice el desarrollo personal (individuación). La individuación caracteriza al progreso de la fragmentación psíquica a la plenitud: el reconocimiento y reconciliación de los opuestos dentro del individuo (Jung, 1951). Jung creía que las psiques de los

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

niños contienen una función trascendente o arquetipo de autocuración (Allan, 1988; Fordham, 1994) que surge por medio de la producción del símbolo.

Los *arquetipos* forman la base de las actividades y conductas características que se asocian con la existencia humana, que son evolutivas y sobre las cuales avanza el desarrollo individual. Jung destacó la naturaleza afectiva de los arquetipos y creía que forman el vínculo entre los eventos psíquicos y el significado de la vida. Esos temas arquetípicos organizan las conductas de los niños y su comprensión es de primordial importancia cuando se sostiene la actitud analítica que se requiere para facilitar de manera eficaz la terapia de juego analítica jungiana.

Los terapeutas permiten la curación de los niños por medio de la seguridad inherente a una relación terapéutica que no juzga y que atestigua el surgimiento del arquetipo de autocuración liberado de las psiques de los niños durante la terapia. El *arquetipo de autocuración* es un símbolo innato que promueve la curación por medio de la obtención de una conexión intrapsíquica bien adaptada entre el *yo* y el *sí mismo (*o *self)*. El *yo* es la sede o facultad del razonamiento (el "yo" tal como lo conocemos), mientras que el *sí mismo* o *self* es el arquetipo organizador central que representa al yo ligado a la personalidad (o quizás el "alma") (Green, 2009; Peery, 2003). Al unificar las oposiciones que afloran del interior, los niños logran un equilibrio entre las cargas del yo y el mundo externo (por ejemplo, el hogar, la escuela, los compañeros) y las necesidades del inconsciente personal (el mundo interno de los sentimientos).

La relación con la vida simbólica o la forma en que los niños relacionan sus símbolos internos es el punto central de la teoría de Jung sobre el crecimiento psicológico (Jung, 1964). Jung creía que el desarrollo interno ocurre cuando un individuo reconoce y crea símbolos a partir de los sueños y fantasías y los sigue a dondequiera que conduzcan a través del proceso de *imaginación activa.* La psicología de Jung se centra alrededor del contraste del desacuerdo del yo que desciende al inframundo y su aprobación natural del mundo externo.

Los terapeutas de juego jungianos se enfocan en el papel de la psique en el desarrollo de la personalidad del niño. La *psique* se define como el centro del pensamiento del niño que regula las experiencias conscientes, como las conductas y los sentimientos. Jung (2009) explicó que la naturaleza evolutiva de la psique del niño es afectada por el inconsciente colectivo en la medida que las imágenes dentro del colectivo influyen en el proceso de individuación. El concepto de Jung del inconsciente colectivo era menos específico a la persona que el término *inconsciente* de Freud. Jung (1964) reemplazó la teoría freudiana del inconsciente personal (un depósito de recuerdos inconscientes y emociones reprimidas del individuo) con un *inconsciente colectivo* que contiene imágenes compartidas que sobrepasan la experiencia personal (o consciente) de un individuo. El inconsciente colectivo consta de imágenes primordiales y motivos mitológicos que se manifiestan a menudo en los cuentos de hadas, los mitos griegos y las leyendas antiguas. Fordham (1994) llevó esto un paso más adelante y afirmó que la niñez (y no sólo la última parte de la vida adulta, como había argumentado Jung al inicio) es una época de individuación en que los niños utilizan los arquetipos dentro del inconsciente colectivo para crecer y asimilarse a

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

su cultura. En los niños el proceso de crecimiento gira alrededor de la separación del yo respecto al sí mismo (self), mientras que en la adultez tardía el crecimiento ocurre a partir de la reintegración y alineamiento del sí mismo con el yo. En la niñez la individuación consiste simplemente en madurar o alejarse de la *identidad primaria* (Astor, 1988), es decir, cuando el comportamiento de los niños en relación con los objetos es como si sus fantasías acerca de ellos fueran realidad y los niños no tienen consciencia para percibir la cualidad de "como si".

Jung creía que al nacer no hay consciencia del yo, y que el yo es el centro de la mente consciente. Afirmó que el yo está incrustado en el sí mismo. Fordham (1994) aseveró que al nacer el yo se desintegra (se disuelve), lo que es ejemplificado por el movimiento del ojo, la posibilidad de calmar a un bebé afligido, el chupeteo, ser tranquilizado y llorar, todo lo cual forma al yo. La desintegración del yo es seguida por la reintegración si el bebé es consolado por un cuidador. Cuando el niño recibe un cuidado adecuado (es decir, es alimentado cuando tiene hambre, abrazado cuando tiene miedo, y se le cambia el pañal con regularidad), surgen *introyecciones* (imágenes internalizadas) positivas de los padres, lo que crea una sensación de apego seguro. Los niños con un apego seguro están en posición de desarrollar habilidades saludables de afrontamiento y fortaleza del yo para resolver los sucesos adversos típicos del mundo externo. En algunos casos las necesidades primarias del bebé no son mediadas por un cuidador y el niño introyecta (internaliza) imágenes negativas de los imagos de la madre y el padre. Esas imágenes negativas son internalizadas como *padres que no son lo bastante buenos*, lo que crea defensas rígidas del yo (Allan, 1997). Las defensas del yo se vuelven inflexibles porque deben proteger al delicado yo del niño de la exterminación debido a numerosos sentimientos de abandono, negación y desdicha (Alan, 1988; Green, 2009).

Los terapeutas jungianos permanecen al *nivel de sentimiento* del niño (Allan, 1997). Los terapeutas del yo desean apresurarse, pero los analistas jungianos son observadores pacientes. Los jungianos reconocen que los niños deben ser tratados como individuos por derecho propio y no ser considerados como un mero síntoma dentro de un sistema familiar disfuncional. Antes de avanzar a la fase de trabajo en la práctica clínica, el terapeuta debe construir confianza con el niño y aceptar su personalidad. Una vez que se ha formado la confianza, el inconsciente del niño está libre para entrar al símbolo y éste se desintegra o es reducido a un sentimiento consciente o imagen reconocible. Por ejemplo, si un niño introvertido presenta ansiedad o un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el analista atestiguará qué imagen emerge con la neurosis del niño al ayudarlo a desconectar las energías del yo y pintar la imagen de la ansiedad. Los jungianos creen que al entrar al sentimiento del niño se cambia el afecto. La aproximación jungiana a la psicoterapia de juego depende de que los niños confíen en los símbolos y permitan que éstos los lleven a la curación por las imágenes de contención. Además, la naturaleza exitosa de la psicoterapia de juego jungiana depende del cultivo de la *transferencia* o, según lo describen lo jungianos, del *trabajo en la transferencia*. La psicoterapia sólo sirve si tanto el analista como el niño son cambiados dentro de las proyecciones de transferencia, fuera de las cuales ocurren la curación y el desarrollo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Modelo de psicopatología

Las defensas del yo de un bebé descansan en las incipientes estructuras defensivas que crean rupturas en el eje hipotético yo-sí mismo cuando las necesidades fisiológicas y emocionales del bebé reciben una atención inadecuada. El *eje yo-sí mismo* es un término de Jung para la negociación entre el mundo interno y el mundo externo del niño (Alan, 1997). Con la introyección de la *imagen del padre malo* el niño puede reconocer que el mundo es peligroso y desequilibrado. Con este apego inseguro vienen sentimientos de degradación y de *no ser lo bastante bueno* (Winnicott, 1971). Debido al incipiente funcionamiento del yo en la niñez temprana, se desarrollan defensas rígidas para proteger al yo insustancial, lo que produce una psicopatología de separación defensiva del sí mismo respecto al yo en aras de la preservación (Green, 2009).

La personalidad autónoma del niño puede llegar a la extinción cuando se enfrenta con un nivel inminente y sostenido de hiperactivación o de ansiedad traumática extrema (Jung, 1964). Kalsched (1996) especuló que para evitar esta aniquilación llega en ayuda del niño un *sistema arquetípico de autocuidado* –un mecanismo arcaico que crea una separación defensiva para envolver en la seguridad el delicado espíritu personal del niño desterrándolo al inconsciente. La defensa psíquica del niño en contra del dolor insufrible manda un demonio arquetípico, o imagen del sistema de autocuidado, para proteger el *espacio transicional* del niño. De acuerdo con Kalsched, el espacio transicional es el terreno entre el mundo interno y el externo en que el niño aprende a jugar de manera creativa y a utilizar los símbolos. La ansiedad traumática interrumpe el espacio transicional y puede sofocar temporalmente la capacidad del niño para ser imaginativo por medio del juego simbólico.

Los niños son guiados hacia la curación y la realización por el proceso de conexión de la psique inconsciente con el yo, que según Jung (1959) puede separarse temporalmente durante un trauma extremo. La psicopatología aparece en los niños cuando se desarrolla una conexión endeble entre el inconsciente y el consciente. Esto suele ocurrir debido a la destrucción del *espacio transicional* entre el mundo externo y el mundo interno por la subversión de las *introyecciones de los padres suficientemente buenos* (por ejemplo, las imágenes y los sentimientos asociados con esas imágenes de los arquetipos de la buena madre o el buen padre que ofrecen contención). Para que el yo del niño resuelva los efectos del trauma debe ocurrir una integración *significativa,* lo cual se define cuando los síntomas somáticos de los niños son provistos de ilustración mental por las figuras arquetípicas transicionales de modo que al final obtengan expresión simbólica (Kalsched, 1996). Los jungianos ayudan al niño en la recuperación del débil espacio transicional de modo que se restablezcan sus dimensiones creativas. Esto supone el enriquecimiento del vínculo entre el inconsciente y el consciente por medio de la interpretación, lo que fomenta el crecimiento psicológico y la curación psíquica (Allan, 1997; Jung, 1951).

Metas

La meta predominante de la terapia de juego jungiana es activar el proceso de individuación por medio de una actitud analítica en que pueden producirse imágenes

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

con libertad. Los analistas creen que una vez que las imágenes y elementos dentro del inconsciente se hacen conscientes, los niños pueden regular mejor sus impulsos manteniendo un equilibrio de la energía entre el mundo interno y el externo. La individuación es el desarrollo permanente de la personalidad desde el comienzo de la vida (Stein, 2006). La individuación (meta de la terapia de juego jungiana con niños) se obtiene por medio de la transformación del símbolo (el proceso de generación de los símbolos internos del niño durante la terapia). Los terapeutas de juego jungianos observan la producción y transformación del símbolo en los niños durante el proceso clínico a través sobre todo del trabajo artístico, el juego en la arena y los sueños. Los niños hablan en símbolos a través de acciones y metáforas, por lo que los jungianos prestan gran atención a las cosas que no se dicen o que se representan durante una sesión, como parte de la consecución de la meta.

Las metas de la terapia de juego analítica jungiana difieren de las metas de otros enfoques de tratamiento. En primer lugar, los terapeutas mantienen una actitud analítica. Fordham (1994) describe la actitud analítica como una técnica que ofrece las condiciones para que los niños se expresen libremente mientras el terapeuta hace más énfasis en los métodos interpretativos que en los directivos. La característica esencial de la actitud analítica es que es imparcial y pretende esclarecer los conflictos del niño con el propósito de resolverlos en el momento actual. Además, el terapeuta descompone los sentimientos complejos en sus componentes más simples mediante la consideración de la transferencia y la contratransferencia. La actitud analítica del terapeuta permite al niño pasar del impulso o la acción a la vida simbólica, donde están contenidas las emociones e imágenes. Al conceptualizar y contener la rabia, los terapeutas facilitan a los niños el proceso de transformación, sublimando la agresión en asertividad, lo que suscita la contención. La seguridad de la diada terapéutica permite que la agresión se convierta en asertividad para ayudar a los niños a expresar "No me gusta o estoy enojado" en lugar de atacar violentamente los juguetes o a los demás.

Otra meta de la terapia de juego analítica jungiana que quizá difiera de otros paradigmas es que al final de cada sesión *reconecta* (estabiliza o reorienta) al niño con la realidad externa por medio del trabajo artístico. La transición del arte al final de una sesión de juego ayuda al niño a pasar del impulso y la acción a la metáfora y el símbolo. El terapeuta de juego jungiano dialoga con el niño sobre un escenario simbólico, ya que un exceso de realidad externa puede inhibir el yo del niño. Los terapeutas deben bloquear los procesos autodestructivos, pero la agresión debe salir de manera tanto simbólica como conductual. Los terapeutas eficaces *llevan* la agresión del niño. Otra meta de la terapia es que los niños lleven imágenes de la buena madre y el buen padre de modo que puedan cuidar de sí mismos. Mediante el cuidado de sí mismo puede surgir la internalización de una autoimagen positiva.

Los terapeutas de juego jungianos ayudan a los niños a reconciliar el significado de sus símbolos a) preguntando lo que el símbolo significa para ellos y b) pidiendo al niño que externalice el diálogo interno asociado al símbolo. Por lo regular esto funciona bien con los niños mayores de ocho años debido a las implicaciones cognitivas y de desarrollo. Si el niño tiene menos de ocho años, es posible

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que la reconciliación del significado del símbolo pueda inferirse a través del trabajo artístico, el análisis y la exposición de la Gestalt de la psicología del niño. Por ejemplo, si un niño de seis años dibuja variaciones de un águila, que quizá represente la sabiduría o autoridad percibida, el terapeuta puede hacer preguntas relacionadas con el ave. Segundo, el terapeuta puede tratar de ampliar (explorar) el símbolo haciendo al niño preguntas o comentarios como "Vamos a hablar del águila y de cuál es su propósito en este dibujo. ¿El águila vive sola o con otros?" "¿El águila siempre tiene miedo, siempre es valiente, o ambas cosas?" "¿Cuándo?" Cuando el terapeuta dialoga activamente con los símbolos dentro de los dibujos de los niños, proporciona al yo infantil una voz para las añoranzas internas, los deseos y las cualidades ocultas o desconocidas que tal vez sean necesarias para relacionarse plenamente y aclimatarse al final a las restricciones del mundo social externo.

Técnicas

Aunque no proporcionan una lista exhaustiva, en las siguientes secciones se presentan ejemplos de las técnicas de juego jungianas que los profesionales pueden utilizar con los niños. La mayoría de ellas son de una naturaleza proyectiva para cultivar la vida interior de un niño, donde se honra un sentido de profundidad y significado.

Juego en la arena jungiano

Por lo general, el juego en la arena implica que el niño juegue en una caja de arena y elija miniaturas para crear un mundo, sin dirección u orientación y con poco o ningún *procesamiento* (resolución) posterior. Los terapeutas permiten que los niños dibujen, pinten o creen cualquier mundo que decidan. El terapeuta puede decir "Crea un mundo de arena. No hay forma correcta o equivocada de hacerlo. Depende de ti. Después de que termines, podemos hablar un poco acerca de tu mundo de arena. Estaré callado mientras tú juegas". Después de que los niños terminan de crear sus mundos de arena, los terapeutas pueden preguntar el nombre o título de los mismos. En segundo lugar, los terapeutas pueden preguntar "¿Qué sentirías si te encontraras en este mundo?" En tercer lugar, los terapeutas pueden explorar más preguntando a los niños cómo se sintieron mientras formaban el mundo. Algunas preguntas muestra para procesar los mundos en el juego de arena podrían incluir a) ¿Qué sentías cuando colocaste ese castillo ahí? y b) Si este símbolo (objeto o persona) hablara, ¿qué le estaría diciendo a quién? Un terapeuta puede emplear las técnicas jungianas de juego en la arena para facilitar la contención del afecto del niño en la caja de arena. Además, algunos niños pedirán al terapeuta que invente un nuevo juego o actividad para jugar en la arena, lo cual podría significar para el terapeuta una necesidad específica de contención emocional.

Crea tu Mandala

Esta es una técnica semidirectiva usada para facilitar la terapia de juego en la arena con niños (Green, 2009). En *Crea tu Mandala* el terapeuta de juego jungiano pide primero al niño que se relaje durante un par de minutos. El niño se mantiene con los ojos cerrados y sentado en una posición cómoda, y por medio de una técnica

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de imaginería guiada es ayudado por el terapeuta a utilizar la respiración profunda para liberarse de cualquier frustración o ansiedad acumuladas durante el día escolar. Los terapeutas también pueden pedir al niño que manipule plastilina como una técnica de liberación de la ansiedad mientras respira profundamente. Después de un par de minutos, el terapeuta le pide que dibuje un círculo grande en la arena y luego le da instrucciones de pintar, dibujar o crear un mundo dentro de ese círculo. Una vez que el niño termina, el terapeuta y el niño contemplan las imágenes en silencio.

Jung (2008) creía que el *mandala*, un objeto (tal vez un círculo) con una imagen contenida en su interior, representan unidad o integridad. Desde una perspectiva jungiana, la unidad o integridad es acorde con la salud psicológica porque Jung creía que había ocurrido una reconciliación de los opuestos en el individuo (*individuación*). En la individuación, el niño funciona fuera de las restricciones del yo y opera desde el verdadero centro del ser, el sí mismo autónomo. Los jungianos creen que un mandala en una representación en la arena es representativo de la rica vida interior del niño (Kalff, 1980).

Después de que el terapeuta facilita la concretización del inconsciente, el niño progresa luego a la integridad a través de la *confiabilidad basada en el yo* (confiar en el yo para diferenciar las polaridades emocionales descubiertas desde el interior). El cambio saludable que experimenta un niño por medio del juego en la arena ocurre dentro de la calidez de la relación terapéutica y la experimentación de la escena del juego en la arena, no necesariamente a través de técnicas o interpretaciones específicas de la arena. Por consiguiente, para respetar el proceso del juego en la arena, los jungianos brindan plena aceptación a la individualidad del niño y no se concentran en ofrecerle interpretaciones ingeniosas. Como Kalff (1980) y De Domenico (1994) confirmaron, la curación está en el hacer.

Cuentos de hadas en la arena (CHA)

Otra técnica jungiana de juego son los *Cuentos de hadas en la arena* (Green, 2009; Green y Gibbs, 2010), la cual reconoce las exhibiciones arquetípicas en el niño a través de la imaginería de fantasías y las descripciones del cuento de hadas. El proceso de los cuentos de hadas en la arena empieza cuando el terapeuta le lee un cuento de hadas al niño. El terapeuta puede traer de 8 a 10 cuentos de hadas seleccionados de antemano con una variedad de temas acordes a los problemas psicosociales actuales del niño. Los jungianos creen que el sí mismo lleva al niño en la dirección correcta para la curación. Después de que el niño elige uno de los cuentos, el terapeuta lo lee y le pide que identifique un componente particularmente importante del cuento de hadas (una imagen, un tema, una trama o un personaje). Después de que el niño ha identificado una parte del cuento de hadas, describe en la arena la imagen o sentimiento asociados con ese símbolo. El terapeuta observa en silencio mientras el niño crea un mundo en la arena.

Después de que el niño termina la creación del cuento de hadas en la arena, el terapeuta *procesa* la creación con el pequeño haciendo preguntas similares a las mencionadas antes en este capítulo. Los cuentos de hadas en la arena permiten que el niño se identifique (a través de la *imaginación activa*) con mitos y realidades

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

arquetípicas inherentes que pueden producir cambios *numinosos* (espirituales). En concreto, los niños se conectan conscientemente con mitos y figuras míticas significativas de los cuentos de hadas que capturan de manera cuidadosa sus luchas personales o el origen de sus dificultades emocionales. Igual que la técnica de *Cree sus mandalas,* la técnica de los cuentos de hadas en la arena permite la curación por medio de una relación de confianza y afecto con un terapeuta en que los niños se identifican, expresan y conectan con el mito que viven. Una vez que los niños toman consciencia del mito y los símbolos que están viviendo, son capaces de formar con mayor precisión mecanismos de afrontamiento más eficaces para entender y transformar el dolor y el sufrimiento.

Dibujos seriales

Los dibujos seriales es una técnica de Arteterapia inspirada en las impresiones jungianas que implican que el niño produzca imágenes a través de varios medios artísticos durante cierto tiempo, lo que permite al terapeuta hacer una evaluación de la vida interior del niño (Allan, 1988; Green y Hebert, 2006). Después de que se ha establecido una relación terapéutica o de confianza entre el terapeuta y el niño, los problemas se expresan en el trabajo artístico de manera simbólica (o en ocasiones concreta), y ocurren la curación y solución de los conflictos internos (y externos) (Furth, 1988). La técnica de dibujos seriales implica la reunión regular de un terapeuta con un niño al que se le pide "haz un dibujo mientras hablamos". Jung (1964) creía que en momentos de crisis importantes, los niños pueden volcarse al interior, hacia el inconsciente, en busca de sueños e imágenes que llevaban consigo el potencial de curación. El propio Jung recurrió a jugar con piedras en un lago en busca de la autocuración después de un periodo de desorientación que siguió a la ruptura ideológica con Freud.

En los dibujos seriales, el terapeuta de juego jungiano hace lo siguiente:

- Anima al niño a hacer las imágenes de manera independiente ofreciéndole poca o ninguna instrucción.
- Permite al niño observar la imagen por completo de modo que el sí mismo pueda llevarlo a donde será necesario para buscar la autocuración.
- Relaciona el significado de los símbolos con el mundo externo del niño en el punto en que su yo puede aceptar e integrar el puente entre los "espacios transicionales".

La técnica de dibujos seriales no es curativa en y por sí misma (para mayor explicación, por favor consulte el caso ilustrativo de este capítulo), sino que el arquetipo de autocuración en los niños es impulsado por medio de una alianza fortalecedora con un terapeuta que no juzga. Los dibujos seriales permiten la exploración y expresión segura de los sentimientos asociados con la experiencia psicológica del niño.

Aunque cada niño avanza a su propio ritmo en la autocuración de acuerdo con su etapa de desarrollo y la naturaleza de su psicopatología, Allan (1988) y Green (2008) han observado los diseños típicos en la creación de imágenes por medio de la técnica de dibujos seriales, los cuales se presentan en el cuadro 5-1.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 5-1. Etapas en los dibujos seriales

Etapa Inicial (sesiones 1 a 4)	Etapa Intermedia (sesiones 5 a 8)	Etapa Final (sesiones 9 a 12)
Los dibujos a) permiten apreciar el interior del niño ilustrado por los símbolos que reflejan la fuente del trauma, b) reflejan pérdida de control interno o externo con sentimientos de desesperación, y c) establecen un rapport inicial entre el terapeuta y el niño.	Los dibujos reflejan a) una expresión pura de emoción intensa, b) luchas entre polaridades internas en conflicto (pérdida de control frente a dominio), y c) la profundización de la relación terapéutica entre el niño y el terapeuta, lo cual es ejemplificado cuando el niño habla directamente acerca de un hecho traumático o revela al terapeuta recuerdos privados y dolorosos de la crisis.	Los dibujos reflejan a) imágenes que muestran un sentido de dominio, autocontrol y valoración; b) escenas con imaginería positiva; c) una descripción del sí mismo (autorretratos intactos o mandalas [formas circulares que connotan plenitud e integración]); d) escenas humorísticas sin referencia desagradables; y e) trabajo artístico que representa autonomía de la relación terapéutica.

Además de mostrar una actitud abierta hacia la imprecisión, los terapeutas deben ofrecer una atmósfera de respetopositiva incondicional, de confianza, autentica, cálida y comprensi, todo lo cual ayuda a los niños a dibujar con libertad y producir imaginería simbólica inconsciente a través de diversos medios. Allan (1988) sugirió que para procesar (resolver) los dibujos seriales y ampliar sus símbolos, el terapeuta haga al niño una o más de las siguientes preguntas:

- ¿Este dibujo cuenta una historia?
- Me pregunto si puedes decirme lo que sucede en esta escena.
- Si le dieras un título a este dibujo, ¿cuál crees que sería?
- ¿Qué sentirías si estuvieras dentro de este dibujo?
- ¿Qué pasó en la historia antes de que ocurriera esta escena? ¿Qué pasa a continuación?
- ¿Puedes decirme qué estabas pensando o sintiendo cuando dibujaste esto?
- ¿Qué significa para ti (identifique cierto objeto o símbolo en el dibujo)?

Durante el procesamiento del trabajo artístico es importante que el terapeuta recuerde que las comunicaciones verbales y no verbales al niño deben reflejar apoyo, de modo que éste llegue a darse cuenta de que en la relación terapéutica es aceptable expresar tanto los buenos sentimientos como los desagradables.

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO QUE SUBYACEN AL MODELO

El cambio terapéutico en el proceso analítico no depende sólo de la interpretación y comprensión del analista, sino también de sus sentimientos y personalidad.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Desde una perspectiva jungiana, el analista será invariablemente afectado por el poder de la imaginería arquetípica en el inconsciente personal y colectivo del niño, por lo que es necesario que reciba (o haya recibido) análisis personal y supervisión clínica.

En términos exclusivamente jungianos, el componente central en la relación de la terapia de juego se basa en la dialéctica interpersonal (conductas observables y sentimientos asociados) y en la comunicación intrapersonal (pulsiones inconscientes o internas) entre el analista y el niño. Dentro de los intercambios terapéuticos, el analista se ve tan afectado como el niño. Según Samuels (2006), los terapeutas son imperfectos, por lo que deben reconocer esos defectos y trabajar de manera constructiva en esas limitaciones en relación con el niño. El terapeuta debe aceptar que algunas de las interpretaciones del niño no son meras proyecciones de transferencia sino que pueden ser valoraciones precisas de los defectos del terapeuta que necesitan ser resueltos. Los terapeutas de juego jungianos se percatan de que en esta relación terapéutica dinámica, el niño necesita oportunidades para ayudar o curar también al terapeuta, de modo que pueda realizarse todo su desarrollo potencial para curar a otros y a sí mismo.

Por medio de una creación simbólica de su mundo o de la forma en que el inconsciente proyecta ese mundo a través de la metáfora del juego, los niños tienen acceso a las energías disponibles del yo y confían en su imaginación y creatividad para sacar a la luz los conflictos inconscientes. Cuando los conflictos intrapsíquicos se hacen conscientes, el yo agrupa (activa) los sentimientos y conductas difíciles y el niño es capaz de resolverlos dentro del "espacio protegido" (Kalff, 1980) del cuarto de juegos y la relación terapéutica. Este proceso de conexión simbólica del yo y el sí mismo por medio del juego genera crecimiento y reparación en los niños que sufren o están tristes en la medida que pueden integrar los aspectos sombríos de su personalidad a través de la aceptación de las proyecciones.

Además de una variedad de miniaturas multiculturales, interreligiosas y arquetípicas en la caja de arena (figura 5-1), el cuarto de juego jungiano contiene un teatro de marionetas donde el niño puede ocultarse (figura 5-2). Esto es esencial para que los niños puedan percibir una sensación de seguridad emocional en el cuarto de juego, ya que al desterrar a su yo a un lugar oculto que es impermeable deberían encontrarse con el material difícil no tratado mientras desarrollan temas en el cuarto de juego. Otra razón para mantener un lugar donde ocultarse en el cuarto de juego clínico es permitir que el niño se relaje y alivie la psique del ritmo frenético del mundo externo. El "lugar oculto" permite al yo del niño escapar temporalmente del ambiente externo y regenerarse en su soledad. Las marionetas son multiculturales y contienen representaciones de diversas profesiones. Además, el terapeuta de juego se asegura de que en el cuarto de juego no se refuercen los estereotipos sexistas, por lo que marionetas masculinas y femeninas representan diferentes profesiones, como médicos, bomberos, policías, etcétera.

El proceso de la terapia de juego

El proceso de la terapia de juego jungiana se parece al proceso metafórico emprendido por los antiguos alquimistas en que se respetan los aspectos interpersonales

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

e intrapersonales de la terapia (Samuels, 2006). Los alquimistas (1400-1700) proyectaban sus procesos internos en la mezcla de objetos de poco valor para convertirlos en algo precioso, como el hierro en oro ("la piedra filosofal"). Además, los alquimistas creían que al convertir elementos básicos en espíritu, el alma sería liberada de su prisión corporal. Los alquimistas siempre trabajaban en relación con alguien más para completar sus transformaciones minerales y espirituales, refiriéndose a este "otro" como *soror mystica* (hermana mística). Esto es similar al hecho de que no hay terapia de juego sin un analista y un niño. Las etapas del proceso alquimista estructuran los aspectos terapéuticos en el curso de la terapia de juego:

- *Fermentatio* es cuando algo se está preparando a medida que se ponen en marcha las reacciones químicas de la terapia. Esto implica cambios en el analista y en el niño, y a menudo se considera como el inicio de la psicoterapia.
- *Nigredo* es un oscurecimiento debido a que uno se percata de los peligros inminentes. En ocasiones lo vemos en los niños cuando empiezan a exhibir conductas sumamente reactivas durante la terapia antes de que comiencen a estabilizarse.
- *Mortificato* es algo que debe extinguirse y morir. Antes de que comiencen la curación y la contención, debe ocurrir un cambio o variación tanto en el cliente como en el terapeuta.

El plan de tratamiento de la terapia de juego analítica jungiana incluye tres pasos: 1) consejería del niño 50 minutos a la semana en un ambiente emocional y físicamente seguro, 2) realizar una sesión familiar de terapia de juego con los cuidadores aproximadamente cada dos semanas, y 3) consulta con un equipo multidisciplinario de profesionales escolares y comunitarios para proporcionar una atención holística.

PAPEL DEL TERAPEUTA

El terapeuta de juego cumple un papel de observador participante que utiliza un enfoque integrador que abarca como punto de partida una filosofía no directiva entremezclada con la capacidad para incorporar técnicas que aprovechen la creatividad del niño en dibujos espontáneos, interpretación de sueños, colorear mandalas o juego en la arena. El terapeuta puede emplear técnicas directivas para determinar el *complejo* arquetípico (o universal) en que está cautiva la psique del niño, lo cual a menudo ocasiona polaridades (Alan, 1997; Green, 2009). Los complejos son patrones internos y generalizados de relación que implican un estado reactivo entre el yo propio y el de otro individuo (Kast, 2006).

Parte del papel del terapeuta consiste en facilitar el desenterramiento de los niños y la incorporación del lado de su *sombra* para mantener la serenidad psíquica y alentar el bienestar espiritual. El término jungiano de *sombra* se refiere a cualquier aspecto de la psique que haya sido excluido de la consciencia. Por ejemplo, Danica, una niña de cuatro años que fue maltratada cuando era bebé por sus cuidadores primarios, exhibía una variedad de síntomas, cogniciones y sentimientos en el cuarto

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 5-1. Ejemplos de las miniaturas de la caja de arena jungiana.

Figura 5-2. Lugar para ocultar el yo del niño en un cuarto de juego jungiano.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de juegos, incluyendo temores irracionales de abandono, conductas inadaptadas de búsqueda de atención, dependencia e inseguridad del mundo a su alrededor. La niña funcionaba en el marco de un complejo de apego roto que el terapeuta podía tratar brindando a su psique la libertad para representar esas conductas disfuncionales sin juzgarlas. Por consiguiente, el proceso de psicoterapia funciona como un ambiente de contención y cuidado donde se activa el arquetipo materno a través de la transferencia al terapeuta. Después de que la psique del niño ha tenido la oportunidad de exhibir su naturaleza rota y abandonada en una atmósfera permisiva y de aceptación, el terapeuta introduce actividades, ofrece interpretaciones y expresa sentimientos genuinos de seguridad, protección y contención. Esas interpretaciones cumplen una función curativa que permite que la psique del niño empiece a realizarse por completo y en última instancia a internalizar el potencial curativo.

El rol del terapeuta de juego jungiano incluye lo siguiente:

- Dar sentido a los símbolos a través de un proceso exhaustivo de análisis personal con un analista jungiano.
- Conceptualizar la ira de manera sintónica con el yo (es decir, un apego roto se convierte en ira y, si no es remediado, en depresión y al final en retraimiento) y ayudar a los niños a simbolizarla.
- Mantener una actitud analítica que es a la vez involucrada y distanciada.
- Poseer la habilidad para dirigir el material desagradable del niño reteniendo parte de su veneno psicológico
- Usar el juego en la arena, el trabajo artístico y el análisis de sueños para ampliar los símbolos y seguir al sí mismo del niño a donde sea que conduzca (Green, 2009, p. 91).

El papel de los padres

Los padres o cuidadores cumplen un papel fundamental en el proceso de psicoterapia con niños. El terapeuta de juego necesita conocer qué tipo de transferencia está presente y qué es probable que desarrolle en los padres (Fordham, 1988), y también requiere la participación de éstos durante todo el proceso de terapia. Dependiendo de la psicopatología de los padres, el terapeuta puede recomendar que la madre o el padre reciban consejería individual con otro terapeuta. Los padres son necesarios para controlar cualquier regresión transitoria que pueda aparecer en el niño durante la terapia, por lo que es menester reafirmar la fortaleza de su yo para afrontar esta tarea. Por ende, muchos terapeutas incorporan a los padres en el proceso de la terapia de juego ya sea a través de la terapia familiar o de la terapia de juego familiar. Por lo general, las consultas con los padres o de la terapia de juego familiar se entrelazan durante el proceso clínico, tal vez cada dos o tres semanas (pero sólo después de un periodo inicial en que el analista y el niño se reúnen de manera individual en el cuarto de juego para desarrollar rapport terapéutico). No es inusual que los problemas observados inicialmente en un niño no se remedien del todo a menos que se otorgue atención sistémica a la relación entre los padres, el niño y el sistema familiar como una unidad de funcionamiento monolítico.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

APLICACIONES CLÍNICAS

El cuadro 5-2 contiene parte de la información más actual que se encuentra en la literatura en relación con diversas aplicaciones de la terapia de juego jungiana. La lista de citas incluidas en el cuadro proviene predominantemente de los capítulos de un grupo selecto de libros recientes y de libros específicos al campo de la terapia de juego desde una perspectiva jungiana que de ninguna manera abarca todo el trabajo relacionado con las perspectivas jungianas en el campo más general del análisis infantil.

Cuadro 5-2. Aplicaciones clínicas de la terapia de juego jungiana

Aplicaciones jungianas	Niños en edad escolar	Adolescentes	Adultos y familias
	Citas		
Duelo	Bertoia (1993); Green y Connolly (2009)		
Problemas de conducta disruptiva	Fordham (1988); Green y Gibbs (2010)	Green (2010)	
Consejería de salud mental en desastres	Green (2007)		
Terapia de juego grupal	Bertoia (1999); Kestley (2001)		
Psicosis	Allan (1988); Feldman (1988); Gabreillini y Nissim (1988)		
Juego en la arena	Allan y Berry (2003); Carey (1999); De Domenico (1994); Kalff (1980); McNulty (2007)	Boik y Goodwin (2000); Kalff (1980); Pearson y Wilson (2001)	Botkin (2000); Carey (1994, 1999, 2006); Kalff (1980); Mitchell y Friedman (2003)
Suicidio o muerte	Bertoia (1993); Walsh y Allan (1994)	Allan (1988); Allan y Bertoia (1992)	Green (2008)
Tratamiento de traumas sexuales	Allan (1988); Allan y Bertoia (1992)		

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

APOYO EMPÍRICO

Tanto Allan (1988) como Green (2007) identificaron a la terapia de juego analítica jungiana como una modalidad de tratamiento que resulta útil en la consejería de niños en edad escolar. Además, varias investigaciones cualitativas y datos anecdóticos obtenidos mediante el análisis de estudio de casos demuestran que la TJAJ es una modalidad terapéutica benéfica en niños pequeños con dificultades emocionales y de conducta (Allan; Allan y Bertoia, 1992; Green, 2008, 2009).

En las publicaciones actuales de la psicoterapia infantil se hace mucho énfasis en los tratamientos conductuales basados en la evidencia, los cuales son censurados por muchos clínicos que los consideran remedios fríos y estandarizados. Los enfoques de tratamiento basados y estructurados por la evidencia a menudo son validados por estudios de riguroso control y utilizan una aproximación basada en manuales para tratar a individuos con síntomas específicos a intervalos específicos. De manera notable, en años pasados el curso de la terapia cognitivo-conductual (TCC) recibió mucha atención en el campo de la salud mental como el "criterio de referencia" en psicoterapia para múltiples trastornos y problemas de la niñez. En un metaanálisis publicado recientemente en *American Psychologist,* Jonathan Shedler (2010) afirmó que, en comparación con las terapias cognitivo-conductuales, las terapias psicodinámicas, enfoques que no sólo incluyen la remisión de los síntomas (que es el propósito principal de muchas de las aproximaciones conductuales basadas en la evidencia) sino también el rasgo distintivo de fomentar capacidades psicológicas positivas (como la creación de relaciones significativas, la relación de los símbolos en las fantasías y sueños del individuo, la curación de las cicatrices emocionales complejas de la niñez para alentar la resiliencia y la autoestima positiva, etcétera), demuestran grandes efectos en el tratamiento de los trastornos de la salud mental. Shedler identificó múltiples factores específicos de los enfoques psicodinámicos (o modalidades que usan principios y son derivadas de la escuela psicodinámica como la psicología "profunda" o "analítica") que pueden ser anómalos para las nuevas aproximaciones, principalmente conductuales y basadas en la evidencia: a) énfasis en los afectos y la expresión de la emoción, b) identificación de temas y patrones recurrentes, c) hincapié en la relación terapéutica, y d) exploración de la vida de fantasía. Existen muchos estudios recientes que demuestran apoyo de aproximaciones psicodinámicas y analíticas a la salud mental que ofrecen validación científica (Shedler, 2010). Sin embargo, el autor no conoce ningún diseño experimental específico para el uso de la terapia de juego jungiana con niños. Antes de que pueda idearse un diseño experimental sería necesario contar con un manual de tratamiento para dicha terapia. El autor de este capítulo se encuentra está involucrado en la creación un manual de Terapia de Juego Jungiana. Un enfoque basado en manuales permite la repetición de estudios experimentales, y los investigadores están en posibilidad de reportar los hallazgos y tamaño del efecto (TE) del tratamiento de una teoría. Una de las limitaciones más notables en la creación de un diseño experimental con un grupo control para la terapia de juego jungiana es que ésta depende mucho de técnicas proyectivas e información teórica cualitativa para dar estructura a su ámbito, lo que es difícil de cuantificar.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CASO ILUSTRATIVO[1]

Un hombre de 18 años (un tío) atacó sexualmente a "Jana", una niña de ocho años que vivía en un sector de hogares subsidiados de la parte sur de una ciudad estadounidense. Jana era una sobreviviente del trauma del abuso sexual infantil (ASI). Durante seis meses sufrió abuso sexual los fines de semana mientras su madre estaba fuera de casa y en el trabajo. El agresor la atacó de manera reiterada y le pidió que lo mantuviera en secreto para manipular a la niña mediante el miedo, le dijo que si alguien se enteraba de los ataques sexuales, llamarían a la policía para sacarla de la casa de su madre. El temor que esto le produjo paralizó a Jana debido a que ella y su madre vivían solas, y su familia extensa se hallaba en otra parte del país. Jana dependía de su madre para la satisfacción de todas sus necesidades financieras, emocionales y prácticas. El padre de Jana había muerto cuando ella tenía tres años por una herida de bala relacionada con actividad de pandillas y la madre tenía dos trabajos de medio tiempo para mantener su hogar.

Durante y después del abuso, las calificaciones de Jana disminuyeron y su conducta en la casa y con los compañeros varones se volvió *desordenada*. Empezó a mostrar hiperactivación alrededor de los hombres adultos para evitar los estímulos relacionados con el trauma. En concreto, se volvió desafiante cuando asistía a la clase de ciencia impartida por el señor Smith, el único maestro varón en la escuela primaria a la que asistía. Al final, Jana reveló el abuso sexual a una maestra y se notificó al organismo de protección al menor. Después de la entrevista forense, los servicios de protección al menor la canalizaron con un terapeuta de juego. Desde el inicio, los problemas que presentaba eran a) disminución de su sensibilidad general en la escuela y en el hogar, y b) conducta desafiante en la clase del señor Smith.

Desde las primeras sesiones, el terapeuta de juego jungiano que atendió a Jana utilizó dibujos espontáneos para desarrollar la relación terapéutica y empezó con la *evaluación prolongada del desarrollo (Extended Developmental Assessment, EDA)*, lo cual requirió alrededor de cinco sesiones. La evaluación prolongada del desarrollo (Gil, 2006) es una evaluación exhaustiva y sensible que involucra a) la participación del cuidador en una evaluación cognitivo-conductual completa del niño; b) la obtención de rasgos históricos, médicos y conductuales del niño antes y después del abuso; y c) la realización de varias sesiones individuales de *juego*, utilizando evaluaciones directivas y no directivas, así como métodos basados en el juego para estructurar e iniciar la planeación del tratamiento.

Por medio de la evaluación prolongada del desarrollo, el terapeuta observó las capacidades artísticas de Jana. La niña describió simbólicamente muchos de los problemas relacionados con el abuso sexual que le resultaba difícil expresar de manera verbal. Por ejemplo, Jana dibujó imágenes de un castillo blanco

[1] El caso ilustrativo fue adaptado con la autorización expresa de la Asociación para la Terapia de Juego del siguiente artículo publicado: Green, E. J. (2008). Re-envisioning Jungian analytical play therapy with child sexual assault survivors. *International Journal of Play Therapy 17*(2), 102-121.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

fantástico rodeado por un foso excavado para obtener una fortificación adicional. Sus dibujos por lo general contenían un sol amarillo brillante, y en ocasiones sonriente, aparecían en las ventanas del castillo hermosas princesas de cuento. El terapeuta permaneció con la metáfora y le preguntó a Jana qué veían las princesas fuera de la ventana. Jana contestó: "Están esperando que llegue un príncipe apuesto y se case con ellas. Será bueno con ellas y serán ricos y felices".

El terapeuta observó que los dibujos y expresiones verbales de Jana acerca de los significados de los dibujos transmitían la satisfacción del deseo, que posiblemente describía su necesidad de sentir amor de una manera segura y no sexualizada. En muchos de sus dibujos Jana introdujo la figura amenazante de un unicornio oscuro detrás de uno o más árboles. Además, la niña informó que la figura oscura era "un unicornio malvado que trataba de lastimar a la gente con su cuerno porque estaba hambriento y quería comida". Para amplificar aún más el símbolo del unicornio oscuro, el terapeuta pidió a Jana que hiciera un nuevo dibujo con el mismo castillo pero con un unicornio que había recibido suficiente comida y no necesitaba pinchar a nadie con su cuerno. La niña dibujó un unicornio que había encontrado bayas y nueces en la tierra, y su color cambió de oscuro y ominoso a un café más claro y enigmático. La niña se mostró luego menos intensa y su afecto cambió de ser serio y preocupado a aliviado. Empezó a recuperar el dominio y control de sus sentimientos. Sin exploración del terapeuta, Jana contestó: "Mi tío era malo y solía lastimarme, y yo estaba asustada. Siempre creí que era mi culpa porque él me lo dijo. Pero ahora él está lastimado porque está en problemas por lo que me hizo, y eso fue malo, pero yo no soy mala". Después de hablar acerca de los dibujos y de explorar su perspectiva individual, el terapeuta conceptuó que los dibujos de Jana internalizaban efectos positivos de esperanza y estabilidad en un mundo mítico y fantástico de su creación. Jana también empezó a expresar la narrativa de su trauma.

Este ejemplo demostró la idea de *procesamiento intrínseco* del suceso traumático (Briere y Scott, 2006). En concreto, de manera reiterada la mente de Jana revivía simbólicamente características perturbadoras de sus recuerdos a través de sus dibujos, lo que puede haber representado un intento derivado de manera evolutiva para fomentar la acomodación cognitiva y afectiva a la realidad del trauma. Por medio de la desensibilización sistemática o extinción de las emociones y cogniciones del evento por medio del dominio de los sentimientos y pensamientos asociados con el hecho, Jana pudo cambiar sus respuestas condicionadas al suceso traumático. Este juicio clínico sigue la teoría del trauma divulgada por Briere y Scott (2006) que estipula que el procesamiento emocional de los sucesos traumáticos ocurre cuando "percepciones, creencias y expectativas erróneas ("estructuras patológicas de temor"), asociadas con temores relacionados con el trauma, son activadas y habituadas en el contexto de información nueva y más exacta" (p. 121). En otras palabras, Jana experimentó una disminución en la cascada de síntomas enfocados en el trauma porque procesó o resolvió de manera evocativa el material emocional doloroso en presencia de un terapeuta que no juzgaba, y pudo emparejar emociones y cogniciones positivas con estímulos dolorosos relevantes para el trauma anterior.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Plan de tratamiento: metas y procedimientos

Una de las metas principales del uso de la terapia de juego jungiana con niños maltratados es restablecer el funcionamiento del niño previo al abuso. La técnica de dibujo espontáneo fue un componente importante de la evaluación prolongada del desarrollo de Jana porque dio estructura a la planeación del tratamiento a medida que la niña empezó el proceso de restablecer la esperanza a su perspectiva insegura de vida por medio de la expresión creativa individual en presencia de un terapeuta afectuoso. A través de los dibujos espontáneos, Jana transmitió sus deseos psíquicos tácitos o inconscientes de ser amada de forma segura. En varios de sus dibujos ilustró y parecía conectada con una o más de las princesas de cuento, y surgió su arquetipo de autocuración.

Después de contemplar o *sentarse con* las imágenes y de ofrecer al terapeuta su propia interpretación de las imágenes en los dibujos, Jana comenzó a internalizar los sentimientos de seguridad y contención. Esos sentimientos habían sido puestos en riesgo por el abuso sexual previo. Una vez que Jana internalizó atribuciones cognitivas positivas de que su mundo era estable, significativo y ordenado, y que conectó esas internalizaciones con el mundo externo, los síntomas reactivos de la niña empezaron a disiparse. En combinación con varias estrategias cognitivo-conductuales como la restructuración cognitiva y el cuestionamiento de creencias irracionales acerca de la complicidad de Jana en el abuso, la niña y su terapeuta hicieron un lento progreso en la reducción del entumecimiento emocional y las distorsiones cognitivas. Debido a las pesadillas que Jana reportaba de manera regular al terapeuta, éste utilizaba a menudo la técnica jungiana de "Dibuja tu sueño" (vea la hoja de trabajo al final de este capítulo). Jana encontró que la técnica le resultaba útil según sus reportes de sentirse empoderada al tomar control o adquirir dominio de las imágenes difíciles que moraban en su inconsciente.

La madre y maestra de Jana, a través de terapia filial y la asesoría respectivamente, empezaron a elogiar las conductas prosociales de la niña y le sugerían mecanismos de afrontamiento cuando se mostraba consternada. La maestra expresó al terapeuta su preocupación porque la escuela no impartía a los niños ningún tipo de educación psicológica que les enseñara a esquivar a los depredadores sexuales o a normalizar el proceso de revelación, lo que pudo haber contribuido a que el abuso de Jana continuara durante varios meses. La maestra, en colaboración con el terapeuta, solicitó al director de la escuela y al condado un nuevo programa psicoeducativo sobre el abuso sexual infantil, cuya realización fue aprobada. Además, tanto la maestra como el consejero escolar comunicaron que las habilidades de Jana aumentaron después de sus consultas con el terapeuta; para facilitar la relación de la niña con sus compañeras aumentaron el trabajo grupal en la clase y la colocaron con niñas con un ajuste social y psicológico apropiados. Jana desarrolló la capacidad de establecer contacto con sus compañeras y de restablecer amistades, y comenzó a mostrar mejoría en su conducta prosocial y un mayor nivel de interacción positiva con sus pares.

Una segunda meta de la terapia de juego analítica jungiana con niños afectados por el trauma sexual es facilitar la resiliencia por medio del reconocimiento y utilización de mecanismos eficaces de afrontamiento. El paradigma tradicional de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

consejería con niños que utiliza métodos verbales, asociado por lo regular con la psicoterapia para adultos, suele ser insuficiente para orientar a los niños que han sufrido abuso hacia la autocuración (Landreth, Baggerly y Tyndall-Lind, 1999). La técnica no verbal de los dibujos espontáneos se utiliza en el juego jungiano porque los dibujos ayudan a los niños a externalizar artísticamente emociones que surgen del ataque sexual. Los dibujos y las interpretaciones de los mismos pueden permitir que la psique del niño identifique de manera consciente el potencial de autocuración que no puede lograrse sólo mediante el habla. Los dibujos espontáneos son una manera de alentar a un niño afectado por el abuso sexual a penetrar en los sustratos profundos de la psique, donde se hacen conscientes los temores ocultos y los sentimientos ambivalentes, generando de ese modo la curación psíquica.

A través de los dibujos espontáneos y la contemplación de los símbolos, Jana se identificó con las princesas hermosas y felices que estaban seguras en el castillo y protegidas detrás de un foso. Esas princesas y el príncipe pueden haber representado la reconciliación de los arquetipos del ánima y el animus de Jana (rasgos femeninos dentro de un hombre y rasgos femeninos dentro de una mujer, respectivamente) que habían sido activados por el encuentro sexual prematuro. Su identificación del arquetipo de autocuración alentó su relación interna con mecanismos de afrontamiento, como la capacidad de manejar el dolor con desenfado y sentido del humor, algo que había permanecido aletargado desde que ocurrió el ataque.

La tercera meta esencial de la terapia de juego analítica jungiana con esta población es incorporar a cuidadores no delincuentes a la terapia filial o a la terapia de juego familiar y coordinar servicios con otros adultos significativos en el hogar, la escuela y la comunidad del niño a través de la consulta y la colaboración. El terapeuta de Jana evaluó sus estructuras de apoyo ambiental y se formó un equipo multidisciplinario para ayudar a la niña y a su familia luego de la crisis de la revelación del abuso sexual. El terapeuta se reunió con a) los profesores de Jana, incluyendo al señor Smith; b) un equipo de apoyo auxiliar, que incluía al especialista en recursos; c) personal médico y de salud mental (por ejemplo, la enfermera de la escuela y la trabajadora social); y d) el equipo administrativo (por ejemplo, el ayudante del director) para responder las preguntas que planteaban sobre los efectos conductuales potenciales del abuso sexual infantil. El equipo escolar también cooperó planteando soluciones prácticas a problemas complejos, como permitir que Jana cambiara la clase de ciencias hasta que se sintiera cómoda de regresar a un aula con un maestro varón, lo que eventualmente logró. Además, la madre de Jana asistió cada dos semanas a sesiones de terapia filial con el terapeuta de juego. Durante esas sesiones, el terapeuta escuchó las preocupaciones de la madre, validó sus sentimientos y le brindó estrategias prácticas para aumentar su paciencia y comprensión del proceso de curación.

Análisis del caso y conclusión

Durante el proceso clínico de construir un puente entre el inconsciente y el consciente y de conectar su mundo interno con su mundo externo, el arquetipo de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

autocuración de Jana fue activado por la relación terapéutica y las interpretaciones posteriores. El arquetipo de autocuración de Jana salió a la luz cuando la niña compartió sus expresiones artísticas creativas en presencia de un terapeuta permisivo que le mostraba aceptación. Después de seis meses de sesiones semanales de psicoterapia individual, el terapeuta, los profesores y la familia de Jana advirtieron una disminución de su dolor emocional y una reducción de su autoalienación mórbida que surgía de la vergüenza que experimentaba en relación con el ataque sexual.

El potencial de disociación en casos extremos de trauma infantil, debido en su mayor parte al dolor psíquico insoportable asociado con el abuso sexual infantil, puede resultar en una separación defensiva (Kalsched, 1996). En el caso de Jana, parte de la separación defensiva fue su idealización de la fantasía, descrita en los dibujos del castillo con las hermosas princesas en lo alto de ventanas seguras y árboles verdes mientras se sentía *fea en lo interior*. La niña incluía con frecuencia una figura oscura y ominosa que representaba peligro, o posiblemente su *sombra*, que acechaba fuera del foso del castillo. Después de que el sistema arquetípico de autocuidado tomó el mando, las idealizaciones de Jana se desvanecieron y empezó la dura realidad de afrontar su dolor psicogénico. Esto podría ser un ejemplo de la etapa de *nigredo* (u "oscurecimiento") de la terapia de juego ya mencionada. Desde una perspectiva jungiana, el espíritu personal de Jana fue defendido, ya que la confiabilidad de su yo y su sí mismo se fortaleció debido al reconocimiento de su resiliencia interna.

Al inicio del tratamiento, Jana comenzó la autocuración de sus heridas emocionales a la vez que limaba las asperezas de su exterior, lo que se hizo evidente en la mejora de sus calificaciones y el incremento de sus conexiones sociales. Parte de este proceso se manifestó en la capacidad de Jana para reconciliar su mundo exterior emocionalmente entumecido con su turbulento mundo interior. Esto se debió en parte a que el terapeuta de juego le manifestó que el abuso era sólo una pequeña parte de lo que ella era y que no la definía. Al final Jana internalizó esta valoración exacta; creó varios diarios ilustrados de todas las piezas que la hacían ser quien era, no sólo el ataque, y esto empezó a cambiar su autoconcepto de manera positiva. Después de que la división defensiva perdió su valencia negativa en la psique de Jana, aparecieron los efectos negativos asociados con el trauma y la niña comenzó a resolver la culpa internalizada. La culpa, que surgió de sus atribuciones cognitivas erróneas de culpabilidad en el ataque sexual, se manifestaban externamente como entumecimiento emocional y desafío en el escenario del salón de clases de un maestro varón.

Una vez que ocurrió el reconocimiento de los opuestos dentro de la protección de la relación terapéutica, Jana se sintió empoderada y empezó a hablar consigo misma de manera positiva: "Después de todo, esto (la terapia) no fue tan malo. Ahora me siento mejor y sé que lo que él me hizo no fue mi culpa". Además, la relación terapéutica facilitó la curación interna de la niña debido a la frecuencia de las afirmaciones del terapeuta de juego (reconocimientos verbales que eran congruentes con la lucha heroica de Jana por superar la autocondena). Las afirmaciones del terapeuta de juego eran elogios de los esfuerzos de la niña: "Jana, estás poniendo mucho esfuerzo y energía en este ejercicio. Sólo quiero decirte

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que aprecio tu compromiso con este proceso, aunque sé que a veces da miedo. No puedo asegurarte cómo van a funcionar las cosas y no sé si todo va a estar bien. Pero sí sé que estaré ahí contigo". Este es un ejemplo de la transferencia que proporciona un ambiente de confianza o contención segura.

Aunque después de que terminó el tratamiento Jana era inquietada en ocasiones por las pesadillas, se hizo consciente de la lenta y *numinosa* transformación que ocurría en su interior. Desde un punto de vista jungiano, Jana había confiado en el poder trascendente del sí mismo para contracondicionar el dolor y la desolación provocados por el ataque sexual y plantear valoraciones cognitivas e interpretaciones simbólicas exactas del hecho. Los nuevos sentimientos e imágenes saludables asociados con el suceso permitieron a Jana generar una nueva perspectiva. En el inframundo arquetípico, Jana se sintió libre de integrar símbolos e imágenes conflictivos asociados con el ataque para producir una narrativa del trauma más precisa y significativa.

Dificultades para poner en práctica el modelo

La dificultad más importante para llevar a la práctica este modelo es la falta de una aproximación al tratamiento basada en un manual, o un manual conciso que permita abordar de manera específica las variables dependientes dentro de poblaciones clínicas. Una vez que se crea un enfoque basado en un manual, los profesionales enfrentan menos dificultades cuando facilitan este paradigma. Muchos profesionales encuentran que la teoría y los conceptos de Jung les producen vértigo y que a menudo son intelectualmente ambivalentes, sobre todo en esta era moderna con un énfasis conductual de soluciones eficientes y prácticas a los problemas. Una tercera dificultad importante es llevar el modelo a la práctica en las escuelas primarias. En la actualidad hay una presión a nivel nacional para que los consejeros escolares utilicen tratamientos conductuales y basados en la evidencia para aliviar los problemas psicológicos de los niños (New Freedom Commission on Mental Health, 2003). La eficacia de la terapia de juego jungiana todavía no ha sido sometida a prueba por medio de un diseño experimental aleatorizado. Por ende, algunos profesionales, compañías de seguros, clientes, padres y administradores pueden manifestarse en contra de que se lleve a la práctica en los sistemas educativos debido a las tendencias actuales en el tratamiento basado en la evidencia.

Conclusión

El propósito principal de la terapia de juego jungiana es individuar a los niños, lo que equivale a decir que deben volverse cada vez más lo que son en realidad, distintos de los otros (por ejemplo, los padres), y conocerse en relación con los otros. Este proceso es facilitado por una serie de diálogos que ocurren en la seguridad de una diada terapéutica que no juzga y en la cual los niños descubren a través del juego simbólico quiénes son en relación con el resto del mundo. Una vez que el inconsciente es llevado al nivel consciente, sobre todo por medio del juego y la ampliación de los símbolos, los niños son controlados menos por las fuerzas irracionales y empiezan a mediar conductas más racionales alineadas con

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

las necesidades de un yo sano. Mediante la transformación del afecto (la emoción) a la imagen, sale a la luz la función natural de curación del niño. Como afirma Chodorow (2006), la imaginación de un niño, agrupada (activada) a través del juego espontáneo y simbólico, reemplaza el afecto no tratado con imágenes e historias que expresan de manera más comprensible el estado de ánimo y la emoción del niño. La comprensión de las imágenes internas y los tonos afectivos asociados guían el proceso de desarrollo psicológico. Por último, en su publicación póstuma *The Red Book*, Jung (2009) planteó la importancia y la naturaleza curadora de identificar dentro de sí mismo el arquetipo del niño durante el conflicto hacia el final de su vida: "El espíritu de las profundidades me enseñó que mi vida está circundada por el divino niño" (p. 234). Jung reconoció la importancia del arquetipo del niño para compensar la unilateralidad de la consciencia en la adultez y por ende para facilitar la integridad psicológica por medio de la unión de los opuestos.

REFERENCIAS

Allan, J. (1988). *Inscapes of the child's world*. Dallas, TX: Spring Publications.

Allan, J. (1997). Jungian play psychotherapy. In K. J. O'Connor & L. M. Braverman (Eds.), *Play therapy: A comparative presentation* (pp. 100–130). New York, NY: Wiley.

Allan, J., & Berry, P. (2003). Sandplay. In C. Schaefer & D. Cangelosi (Eds.), *Play therapy techniques* (2nd ed., pp. 161–168). Northvale, NJ: Aronson.

Allan, J., & Bertoia, J. (1992). *Written paths to healing: Education and Jungian child counseling*. Dallas, TX: Spring Publications.

Astor, J. (1988). Child analysis and individuation. In M. Sidoli & M. Davies (Eds.), *Jungian child psychotherapy: Individuation in childhood*. London, UK: Karnac Books.

Bertoia, J. (1993). *Drawings from a dying child: Insights into death from a Jungian perspective*. London, UK: Routledge.

Bertoia, J. (1999). The invisible village: Jungian group play therapy. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Group play therapy* (pp. 86–104). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Boik, B. L., & Goodwin, E. A. (2000). *Sandplay therapy.* New York, NY: Norton.

Botkin, D. (2000). Family play therapy: A creative approach to including young children in family therapy. *Journal of Systemic Therapies, 19*(3), 31–42.

Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluations, and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Carey, L. (1994). Family sandplay therapy. In C. E. Schaefer & L. J. Carey (Eds.), *Family play therapy* (pp. 205–219). Northvale, NJ: Aronson.

Carey, L. (1999). *Sandplay therapy with children and families.* Northvale, NJ: Aronson.

Carey, L. (2006). Short-term family sandplay therapy. In H. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 202–215). New York, NY: Guilford Press.

Chodorow, J. (2006). Active imagination. In R. Papadopoulos (Ed.), *The handbook of Jungian psychology* (pp. 215–243). London, UK: Routledge.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

De Domenico, G. (1994). Jungian play therapy techniques. In K. J. O'Connor & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy: Advances and innovations* (2nd ed., pp. 253–282). New York, NY: Wiley.

Feldman, B. (1988). Analytical psychotherapy of a psychotic child. In M. Sidoli & M. Davies (Eds.), *Jungian child psychotherapy: Individuation in childhood* (pp. 207–220). London, UK: Karnac Books.

Fordham, M. (1944). *The life of childhood*. London, UK: Routledge.

Fordham, M. (1988). Emergence of child analysis. In M. Sidoli & M. Davies (Eds.), *Jungian child psychotherapy: Individuation in childhood* (pp. 19–29). London, UK: Karnac Books.

Fordham, M. (1994). *Children as individuals*. London, UK: Free Association Books.

Furth, G. M. (1988). *The secret world of drawings: Healing through art*. Boston, MA: SIGO Press.

Gabriellini, G., & Nissim, S. (1988). Sand play with a psychotic child. In M. Sidoli & M. Davies (Eds.), *Jungian child psychotherapy: Individuation in childhood* (pp. 221–232) London, UK: Karnac Books.

Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and non-directive approaches*. New York, NY: Guilford Press.

Green, E. (2007). The crisis of family separation following traumatic mass destruction: Jungian analytical play therapy in the aftermath of hurricane Katrina. In N. B. Webb (Ed.), *Play therapy with children in crisis: Individual, group, and family treatment* (3rd ed., pp. 368–388). New York, NY: Guilford Press.

Green, E., & Hebert, B. (2006). Serial drawings: A Jungian play therapy technique for caregivers to utilize with children between counseling sessions. *Play Therapy, 1*(4), 20–24.

Green, E. J. (2008). Re-envisioning Jungian analytical play therapy with child sexual assault survivors. *International Journal of Play Therapy, 17*(2), 102–121.

Green, E. J. (2009). Jungian analytical play therapy. In K. J. O'Connor & L. D. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: Comparing theories and techniques* (2nd ed., pp. 83–122). Hoboken, NJ: Wiley.

Green, E. J. (2010). Jungian play therapy with adolescents. *Play Therapy*, *5*(2), 20–23.

Green, E. J., & Connolly, M. (2009). Jungian family sandplay with bereaved children: Implications for play therapists. *International Journal of Play Therapy*, *18*(2), 84–98.

Green, E. J., & Gibbs, K. (2010). Jungian sandplay for preschool children with disruptive behavioral problems. In C. Schaefer (Ed.), *Play therapy for preschool children* (pp. 223–244). Washington DC: American Psychological Association.

Jung, C. G. (1910). Psychic confl icts in the child. In H. Read, M. Fordham, & G. Adler (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 17). Princeton, NJ: Princeton University Press.

Jung, C. G. (1913). The theory of psychoanalysis. In H. Read, M. Fordham, & G. Adler (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 4). Princeton, NJ: Princeton University Press.

Jung, C. G. (1951). The psychology of the child archetype. In H. Read, M. Fordham, & G. Adler (Eds.), *The collected works of C. G. Jung* (Vol. 9). Princeton, NJ: Princeton University Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Jung, C. G. (1959). *Collected works 9: The archetypes and the collective unconscious*. New York, NY: Pantheon.
Jung, C. G. (1964). *Man and his symbols*. Garden City, NY: Doubleday.
Jung, C. G. (2008). *Children's dreams: Notes from the seminar given in 1936–1940*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
Jung, C. G. (2009). *The red book*. New York, NY: Norton.
Kalff, D. (1980). *Sandplay: A psychotherapeutic approach to the psyche*. Boston, MA: Sigo Press.
Kalsched, D. (1996). *The inner world of trauma: Archetypal defenses of the personal spirit*. New York, NY: Routledge.
Kast, V. (2006). Anima/animus. In R. Papadopoulos (Ed.), *The handbook of Jungian psychology* (pp. 113–129). London, UK: Routledge.
Kestley, T. (2001). Group sandplay in elementary schools. In A. Drewes, L. Carey, & C. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (pp. 329–349). Hoboken, NJ: Wiley.
Klein, M. (Ed.). (1955). *New directions in psycho-analysis*. New York, NY: Basic Books.
Landreth, G. L., Baggerly, J., & Tyndall-Lind, A. (1999). Beyond adapting adult counseling skills for use with children: The paradigm shift to child-centered play therapy. *Journal of Individual Psychology*, *55*(3), 272–288.
Lilly, J. P. (2009). *Jungian analytical play therapy: Theory and practice*. Proposal presented at the Annual Association for Play Therapy International Conference, Atlanta, GA.
Main, S. (2008). *Childhood re-imagined*. New York, NY: Routledge. McNulty, W. (2007). Superheroes and sandplay: Using the archetype through the healing journey. In L. C. Rubin (Ed.), *Using superheroes in counseling and play therapy* (pp. 69–89). New York, NY: Springer.
Mitchell R. R., & Friedman, H. S. (2003). Using sandplay in therapy with adults. In C. Schaefer (Ed.), *Play therapy with adults* (pp. 195–232). Hoboken, NJ: Wiley.
New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*. Final Report (DHHS Publication No. SMA-03-3832). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
Pearson, M., & Wilson, H. (2001). *Sandplay and symbol work: Emotional healing and personal development with children, adolescents, and adults.* Melbourne, Victoria: Australian Council for Educational Research.
Peery, J. C. (2003). Jungian analytical play therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 14–54). Hoboken, NJ: Wiley.
Samuels, A. (2006). Transference/countertransference. In R. Papadopoulos (Ed.), *The handbook of Jungian psychology* (pp. 177–195). London, UK: Routledge.
Shedler, J. (2010, February/March). The effi cacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychologist*, *65*(2), 98–109.
Sidoli, M., & Davies, M. (Eds.). (1988). *Jungian child psychotherapy: Individuation in childhood*. London, UK: Karnac Books.
Stein, M. (2006). Individuation. In R. Papadopoulos (Ed.), *The handbook of Jungian psychology* (pp. 196–214). London, UK: Routledge.
Walsh, D., & Allan, J. (1994). Jungian art counseling with the suicidal child. *Guidance & Counseling*, *10*(1), 3–10.
Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. New York, NY: Basic Books.

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dibuja tu sueño

Población

Esta técnica de terapia artística jungiana puede usarse en la mayoría de los niños, pero es especialmente benéfica para niños en edad escolar que enfrentan ansiedad o trauma.

Fundamentación

El proceso de transferir una "imagen" del inconsciente o imaginación del niño a una pizarra en blanco (es decir, una hoja de papel en blanco) brinda al pequeño la oportunidad de dominar sentimientos o pensamientos difíciles asociados con una pesadilla. En concreto, el proceso de presentar el material inconsciente y dibujar el sueño permite al niño tender un puente entre el material y su consciencia, donde ocurre la curación psíquica. El proceso de realizar el inconsciente a través de recreaciones artísticas por lo regular conduce a la **externalización** –la transformación de lo interno a lo externo. Esta técnica ayuda a aliviar los síntomas angustiantes y empodera al niño para apropiarse de los pensamientos que lo perturban y cambiarlos. Dependiendo de la edad y nivel de desarrollo cognitivo del niño, el terapeuta decide sobre la acción apropiada o prepara al niño en consecuencia. Es importante que el terapeuta transmita un comportamiento cálido, sin juicios ni evaluaciones, así como una actitud de esperanza, y que exprese de manera genuina que esta técnica beneficia a los niños con pesadillas.

Materiales

Papel blanco, lápices de colores, crayones o marcadores delgados.

Procedimiento

Inicio: Salude al niño y aclare que su papel es el de una persona que ayuda a los niños con preocupaciones. Explique que muchos niños e incluso adultos sufren pesadillas cuando duermen. Normalice las pesadillas diciéndole que trabaja con muchos niños que también sufren de pesadillas por la noche y que conoce estrategias para deshacerse de ellas. Evalúe la reacción del niño según la frecuencia con que haga preguntas. Por lo general, el contenido de los sueños de niños con traumas puede ser irreconocible, por lo que resulta de primordial importancia ayudar al niño a expresar los sentimientos asociados con las imágenes.

Dibuja el sueño: Proporcione al niño marcadores, crayones y papel, y pídale que dibuje la parte del sueño que más lo asusta. Durante el proceso del dibujo es importante que el terapeuta permanezca quieto y en silencio respecto al niño mientras el inconsciente se plasma en el papel.

Dibuja el sueño de nuevo: Pida al niño que identifique qué es la imagen y qué sentimientos ocurrieron mientras dibujaba. Luego, déle otra hoja de papel y oriéntelo para que "Dibuje el sueño del sueño", pidiéndole que vuelva a dibujar el sueño pero con el final que le gustaría. Si la imagen que lo asusta está en el dibujo inicial, pídale que vuelva a dibujar el sueño de la manera en que le gustaría soñarlo.

Resolución: Después de que la acción ha sido completada, diga: "Esta actividad ayuda a muchos niños y a veces desaparecen las pesadillas. Ahora que has imaginado el sueño de la manera en que quieres que sea, es de esperar que tendrás una buena noche de descanso. Es valiente de tu parte querer superar tus preocupaciones nocturnas y yo sé que lo lograrás".

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 6

Terapia de juego Adleriana

Terry Kottman

La terapia de juego adleriana es una aproximación activa y directiva al trabajo terapéutico con niños que utiliza el juego (juguetes, cuentos, arte, teatro, marionetas y juego de roles) como vehículo para la comunicación. La terapia de juego adleriana combina los constructos teóricos y algunas de las estrategias de intervención terapéutica de la Psicología Individual de Alfred Adler con las premisas básicas de la terapia de juego (Kottman, 1993, 2003, 2005, 2009, 2010, 2011). En la terapia de juego adleriana, el terapeuta hace lo siguiente:

1. Establece una relación igualitaria con el niño, los padres, los maestros y otras personas importantes en la vida del niño.
2. Explora los pensamientos, sentimientos, conductas, relaciones y actitudes del niño.
3. Explora las percepciones que tiene el niño del sí mismo, de otros y del mundo.
4. Explora los pensamientos, sentimientos, conductas, relaciones y actitudes de los padres y de otras personas importantes en la vida del niño.
5. Desarrolla una conceptualización acerca de la dinámica intrapersonal e interpersonal del niño y sus padres, otros miembros de la familia o sus maestros.
6. Genera un plan de tratamiento para el niño (y, de ser necesario, para los padres y maestros).
7. Trabaja para ayudar al niño a obtener insight de su dinámica intrapersonal e interpersonal, y a tomar nuevas decisiones acerca del sí mismo, del mundo y de los demás.
8. Ayuda al niño a aprender y practicar nuevas habilidades interpersonales.
9. Brinda consulta a padres y maestros con el propósito de ayudarlos a cultivar perspectivas positivas sobre el niño y a practicar formas más constructivas de relacionarse con él.

CONSTRUCTOS BÁSICOS, METAS Y TÉCNICAS

Los constructos teóricos importantes de la terapia de juego adleriana se basan en la afirmación de Adler de que los individuos son seres integrados socialmente, orientados a metas, subjetivos y creativos (Adler, 1927/1954, 1931/1958, 1956;

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Carlson, Watts y Maniacci, 2006; Mosak y Maniacci, 2010). Esos cuatro principios son la base de la teoría y la práctica de la psicología individual.

Constructos básicos

Las personas están integradas socialmente

Los adlerianos creen que las personas están integradas socialmente, lo que significa que tienen una necesidad de pertenencia (Adler, 1956; Carlson, Watts y Maniacci, 2006; Eckstein y Kern, 2009; Mosak y Maniacci, 2010). Los niños deciden cómo obtener relevancia para sí mismos y cómo encajar en diferentes grupos observando la reacción de los demás ante su conducta. Dado que la familia es el primer grupo al que pertenecen los niños, los terapeutas de juego adlerianos dedican tiempo a observarlos en el contexto de su familia y a recabar información acerca de la dinámica familiar. Si los niños no tienen éxito en sus intentos prosociales y constructivos de encontrar un lugar en sus familias o en otros grupos de personas, empiezan a esforzarse por obtener la pertenencia de modos negativos y autodestructivos. En la terapia de juego adleriana, los terapeutas evalúan continuamente la forma en que los niños hacen conexiones y obtienen un sentido de relevancia en sus familias, escuelas y comunidades para poder diseñar programas de intervención que los ayude a mejorar su capacidad de establecer una conexión positiva con los demás (Kottman, 2003).

Los terapeutas de juego adlerianos exploran cómo aprendió el niño a pertenecer considerando la constelación y la atmósfera familiar (Kottman, 2003). La constelación familiar se basa en el concepto del orden de nacimiento y la percepción del niño de cómo influye el orden en que nació en la conducta, actitudes, etcétera (Eckstein y Kern, 2009). Los terapeutas de juego adlerianos usan el concepto de constelación familiar para explorar los activos y pasivos del niño en el contexto de los activos y pasivos típicos de un niño en similar posición de nacimiento. La atmósfera familiar se basa en el estado de ánimo, las relaciones jerárquicas estructurales y los patrones de interacción dentro de la familia (Eckstein y Kern, 2009). Los terapeutas de juego adlerianos consideran la atmósfera familiar en que vive el niño porque la atmósfera de la familia influye en la manera en que éste se ve a sí mismo, a los otros y al mundo, y en la forma en que obtiene un sentido de pertenencia y significancia.

Para el momento en que los niños tienen siete u ocho años de edad, ya desarrollaron ideas acerca de quiénes son, de cómo serán tratados por los demás, de cómo funciona el mundo y de cómo pueden pertenecer y encontrar significancia. Entretejen esas ideas en una imagen de sí mismos, de los demás y del mundo, y basan su conducta en la premisa de que esas percepciones son verdaderas. En términos adlerianos, esas percepciones y las conductas basadas en ellas crean el estilo de vida del niño, que se define como "la manera característica en que actuamos, pensamos y percibimos y la manera en que vivimos" (Carlson, Watts y Maniacci, 2006, p. 12). Aunque los individuos siempre tienen opciones acerca de la manera en que viven sus vidas, este estilo se mantiene relativamente estable a lo largo del ciclo de vida, a menos que el individuo reciba cierto tipo de intervención psicológica o experimente algún tipo de crisis que cambie su vida. El estilo de vida

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> organiza y simplifica la forma en que se afronta el mundo, asignando reglas y valores; selecciona, predice, anticipa; sus percepciones son guiadas por su propia "lógica privada"; elige qué información puede ingresar, a cuál va a prestar atención, qué afectos serán activados y cuál será su respuesta (Watts, 1999, p. 3).

La mayor parte del tiempo los individuos no tienen consciencia de los elementos de sus estilos de vida. Éstos son como mapas para navegar por las experiencias de la vida que por lo general permanecen fuera de la consciencia. En la terapia de juego adleriana, el terapeuta observa las interacciones y conductas de los clientes con la misión de entender los estilos de vida de éstos y de sus padres, de modo que pueda ayudarlos a estar más al tanto de sus patrones de pensamiento, sentimiento y comportamiento, y a cambiarlos si así lo desean.

Las prioridades de la personalidad (comodidad, gratificación, control y superioridad) constituyen una herramienta utilizada por los terapeutas adlerianos para organizar sus ideas acerca de los estilos de vida de los niños y los padres y para orientar sus interacciones terapéuticas (Kefir, 1981; Kottman, 2003). Las prioridades de la personalidad pueden definirse como el aspecto más importante en los esfuerzos de una persona por pertenecer. Los terapeutas adlerianos utilizan estas prioridades como un medio para entender a los clientes infantiles, a los padres y los maestros. Para determinar la prioridad de la personalidad de un individuo, el terapeuta examina a) su reacción personal ante el cliente, b) las conductas del cliente, c) los problemas o quejas que presenta el cliente acerca de la vida, d) las metas del cliente en la interacción con otros, e) los activos del cliente, y f) los aspectos de la vida que el cliente trata de evitar. Los terapeutas de juego usan su comprensión de las prioridades de la personalidad como una forma de guiar sus interacciones con los clientes y ayudarlos a desarrollar planes de tratamiento (tanto para los clientes infantiles como para los adultos involucrados en sus vidas). Si bien es raro que las prioridades de la personalidad cambien de manera significativa una vez que el niño es mayor de ocho o diez años, el terapeuta puede ayudar al cliente a pasar de las manifestaciones destructivas de sus prioridades a otras más constructivas.

Los adlerianos denominan interés social al sentido de estar conectado con otros (Adler, 1931/1958, 1956; Carlson, Watts y Maniacci, 2006). Adler sugirió que cada individuo nace con un deseo y una capacidad innata para conectarse con los demás, pero debe ser enseñado a construir las relaciones y a obtener relevancia de manera positiva. Muchos de los niños que asisten a terapia de juego no han desarrollado un sentido fuerte de interés social y suelen carecer de las habilidades sociales necesarias para establecer una conexión constructiva con los demás. El terapeuta de juego adleriano trabaja con los niños de formas diseñadas para aumentar su habilidad de establecer una conexión positiva con los otros. Al inicio, el terapeuta modela la conexión en la relación de la terapia de juego, habla acerca del valor de las interacciones positivas con los demás y trabaja con padres y maestros para fomentar el interés social de los niños que son sus clientes. A medida que la terapia avanza, el terapeuta de juego enseña al niño habilidades prosociales y le hace sugerencias acerca de cómo aplicar esas habilidades en las relaciones fuera del cuarto de juego. En ocasiones incluso es útil traer al cuarto de juego a los

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

padres, hermanos o a un amigo para que el niño pueda practicar la interacción apropiada con los demás en un ambiente seguro en que el terapeuta de juego puede observar y hacer sugerencias acerca de cómo perfeccionar la aplicación de las habilidades sociales.

Las personas están orientadas a metas

Otro constructo clave de la terapia de juego adleriana es que toda la conducta humana tiene un propósito y está orientada a metas (Carlson, Watts y Maniacci, 2006; Kottman, 2003; Thompson y Henderson, 2006). En contraste con otras teorías psicológicas basadas en la premisa de que la gente está motivada por instintos o que está formada únicamente por la experiencia, la herencia o el ambiente, Adler creía que las personas son motivadas por su deseo de avanzar hacia una variedad de metas de vida y que eligen sus conductas como un medio para avanzar hacia esas metas (Mosak y Maniacci, 2010; Sweeney, 2009). El terapeuta adleriano examina la conducta de los clientes para descubrir las metas que subyacen a su conducta. A medida que el terapeuta ayuda a los clientes a explorar los propósitos de su conducta, éstos tienen la oportunidad de decidir conscientemente si continúan esforzándose para obtener tales propósitos. Dreikurs y Soltz (1964) desarrollaron una forma de clasificar las metas de la mala conducta de niños desalentados en cuatro categorías distintas: atención, poder, venganza y demostrar incompetencia. Para determinar la meta de la mala conducta del niño, el terapeuta considera a) la conducta del niño, b) los sentimientos y creencias del niño, c) las reacciones de otras personas a la conducta del niño, y d) la reacción del niño cuando es corregido o castigado (Dreikurs y Soltz, 1964; Kottman, 2003).

Los niños que buscan atención creen que no pertenecen a menos que sean el centro de atención. Algunos ejemplos de las conductas típicas de los niños cuya meta es la atención incluyen lloriquear, molestar a otros, alardear, ser el payaso del grupo, pedir aprobación de manera reiterada, ser demasiado solícito o servicial, buscar constantemente ser tranquilizado, esforzarse por la perfección, ser tímido o muy ansioso, y ser excesivamente desordenado, perezoso o dependiente. Los adultos se sienten levemente irritados o molestos por muchas de las conductas del niño que busca atención, pero por lo regular no llegan al enojo o la frustración extrema porque, cuando se les corrige, esos niños cesan por cierto tiempo su mala conducta.

Los niños que buscan el poder creen que su significancia y pertenencia dependen de dominar a los otros y asegurarse de que los demás no puedan controlarlos. La forma activa de la conducta orientada al poder incluye comportamientos como discutir, contradecir a los demás, hacer pataletas, ser deshonesto, ser desafiante, involucrarse en una cantidad enorme de luchas por el poder y ser irrespetuoso. Una forma más pasiva de la conducta de búsqueda del poder incluye ser perezoso, testarudo o desobediente; olvidar incluso las responsabilidades rutinarias; hacer poco o ningún trabajo en la casa o en la escuela; o actuar de manera pasiva-agresiva. Cuando los adultos encuentran a niños cuya meta es el poder, se enojan y a menudo se sienten desafiados, amenazados o provocados por su conducta. Si son corregidos o castigados, los niños orientados al poder por lo regular escalan en la conducta diseñada para afirmar control sobre sí mismos y sobre los demás. Kottman (2003)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

hace una distinción entre tres tipos separados de conducta orientada al poder con base en la atmósfera y los métodos de disciplina en las familias de los niños (niños con demasiado poder, niños con muy poco poder y niños de familias caóticas en que nadie se apropia del poder).

Los niños cuya meta es la venganza creen que serán lastimados por otros y que nadie los querrá o sentirá agrado por ellos, de modo que tratan de alejarlos con su comportamiento hiriente. En algunos de esos niños su conducta es un intento autodestructivo de protegerse de la vulnerabilidad a ser lastimados por otros. Algunos niños que buscan la venganza parecen creer que lastimar a los demás es una manera normal de conectarse y obtener significancia. Las conductas de los niños cuya meta es la venganza están diseñadas para lastimar a otras personas; esos niños suelen ser maliciosos, violentos y crueles. A menudo mienten y roban, En un modo más pasivo, esos niños son malhumorados y retraídos. Pueden acosar o amenazar a otros por transgresiones reales o imaginadas. Los adultos que interactúan con niños que buscan la venganza se sienten lastimados por su conducta y a menudo quieren ajustar cuentas o alejarse de la relación con ellos. Cuando son corregidos, los niños cuya meta es la venganza se esfuerzan más por lastimar a quienes creen que les causaron daño.

Los niños cuya meta es demostrar incompetencia creen que son fracasados. Se rinden con facilidad; no toman riesgos y evitan cualquier conducta en la que no tienen garantizado el éxito. Los adultos que interactúan con esos niños se sienten desesperanzados e impotentes. Aunque rara vez exhiben comportamiento inapropiado, de ser corregidos esos niños se muestran incluso más desalentados.

Los terapeutas de juego adlerianos pueden usar las metas de Dreikurs y Soltz (1964) como una manera de orientar la forma en que van a responder al niño en el cuarto de juego. Por ejemplo, los niños que se esfuerzan por obtener el poder pueden discutir con el terapeuta, negarse a respetar los límites o tratar de controlar cada aspecto del juego. Cuando el terapeuta de juego adleriano se da cuenta de que la meta del niño es el poder, se esfuerza más por asegurarse de que el poder es compartido en el cuarto del juego, haciendo hincapié en que deben tomarse turnos, tratar a los demás con respeto, y así sucesivamente. El terapeuta de juego adleriano también usa esas metas de la mala conducta como una manera de ayudar a los padres a interactuar con el niño de modo diferente. Por ejemplo, con un niño que se rinde fácilmente y que se esfuerza por demostrarse que es despreciable e inadecuado, el terapeuta ayudaría a los padres a buscar pequeños logros y a alentar al niño por el esfuerzo y el progreso, no por la perfección.

Otra estrategia usada por los terapeutas de juego adlerianos es animar a los niños para que sustituyan las metas negativas y destructivas con metas positivas y constructivas (Dinkmeyer y McKay, 2007; Lew y Bettner, 1996, 2000). Lew y Bettner (1996, 2000) sugirieron cuatro metas (las C cruciales) que contribuyen a promover la conducta positiva: a) conectarse con otros (la meta positiva de la cooperación), b) ser capaz (la meta positiva de la autoconfianza), c) creer que cuentan y son inherentemente valiosos (la meta positiva de la contribución), y d) tener coraje (la meta positiva de la resiliencia). El terapeuta de juego adleriano ayuda a los niños a aprender a conectarse con los otros, a creer que son capaces,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

a creer que cuentan y obtener su significancia de maneras apropiadas, y a tener el coraje de asumir riesgos e intentar cosas nuevas. Para orientar a los niños hacia metas positivas de conducta, el terapeuta de juego adleriano fomenta las C cruciales en las sesiones de terapia de juego y en la consulta con padres y maestros para ayudarlos a establecer en la familia y el salón de clases atmósferas que promuevan esas C cruciales.

La gente ve la realidad de manera subjetiva

Los adlerianos creen en una visión fenomenológica del mundo en que la gente tiene interpretaciones únicas acerca de situaciones e interacciones específicas (Carlson, Watts y Maniacci, 2006; Eckstein y Kern, 2009). Esto significa que cada persona que participa en una experiencia tiene su propio modo de interpretar las circunstancias y la relación. Los padres, los niños y los maestros tienen cada cual diferentes visiones de las relaciones y las situaciones. Los terapeutas de juego adlerianos deben siempre estar al tanto de esas interpretaciones subjetivas. A medida que el terapeuta de juego examina las distintas perspectivas, debe recordar que no existe una interpretación correcta de la realidad. El niño es el cliente principal y el terapeuta debe dar mayor peso a su perspectiva en un esfuerzo por entender cómo está interpretando los sucesos e interacciones en su vida.

Dado que las personas tienden a ver lo que esperan ver, su interpretación de la realidad refuerza sus creencias, sin importar si dichas creencias son exactas o no y "actúan como si" su percepción fuese la "verdad". El terapeuta de juego adleriano trata de identificar las formas en que los niños, los padres y los maestros plantean las situaciones para demostrarse cosas negativas (creencias equivocadas) que ya creen acerca de sí mismos (Kottman, 2003). Las personas se comportan a menudo como si la imagen negativa subjetiva que tienen de sí mismas fuera verdadera, lo que provoca en los demás una reacción negativa que confirma sus creencias erróneas. Es tarea del terapeuta de juego adleriano señalar esos patrones autodestructivos en las creencias y comportamientos, a fin de ayudarlo a encontrar nuevas formas de pensar en sí mismo y a aprender conductas más apropiadas.

Las personas son seres creativos

Otro concepto clave en la Psicología Individual es la creencia de que cada persona es única y que al hacer elecciones expresa de manera constante una capacidad creativa (Carlson, Watts y Maniacci, 2006; Mosak y Maniacci, 2010; Sweeney, 2009). Los adlerianos enfatizan la autodeterminación en el proceso terapéutico al reconocer que cada individuo tiene la capacidad de hacer elecciones acerca de su interpretación única de las situaciones y relaciones y de actuar como si esas interpretaciones fueran ciertas. H. Ansbacher y Ansbacher (1956) resumieron este principio diciendo "no importa el equipo con que uno nació, sino el uso que se le da" (pp. 86-87). Niños y adultos tienen siempre la libertad de tomar decisiones y hacer interpretaciones nuevas y diferentes, ejerciendo así su creatividad y singularidad.

La fe de los terapeutas de juego adlerianos en la capacidad de sus clientes para tomar decisiones creativas es la base para trabajar con niños, padres y maestros en la modificación de sus patrones de estilo de vida, el incremento del interés social, el cambio hacia metas de conducta más positivas, la capitalización de sus activos y el

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

aprendizaje de nuevos patrones de conducta y de relación (Kottman, 2003, 2010). Los terapeutas de juego adlerianos exploran las maneras en que los niños expresan su sí mismo único y especial. Parte del proceso de la terapia de juego adleriana y de la consulta con padres y maestros es ayudar a los niños a apreciar su singularidad y contribuir a que los padres y maestros aprendan a celebrar sus fortalezas y las de los niños.

Metas y técnicas de la terapia de juego adleriana

Las metas y técnicas de la terapia de juego adleriana pueden entenderse mejor en el contexto de cada una de las cuatro etapas del proceso terapéutico. En cada una de esas fases, las metas generales de la terapia suelen ser las mismas entre los clientes. Sin embargo, el terapeuta de juego trabaja con los padres y los maestros (y en ocasiones con los niños) en metas específicas apropiadas para ese niño en particular y su familia. A partir de las metas de la terapia y de las necesidades del niño individual, el terapeuta de juego adapta específicamente el proceso de la terapia de juego, lo que resulta en una interacción única e individual con el niño en el cuarto de juego. Los adlerianos son técnicamente eclécticos, y diseñan las metas y las intervenciones del tratamiento según las necesidades y circunstancias particulares del cliente y de su familia (Carlson, Watts y Maniacci, 2006). Debido a ello, el proceso de la terapia de juego adleriana en realidad es muy similar al proceso recomendado por los terapeutas de juego normativo (Gil y Shaw, 2009; Schaefer, 2003), salvo en el hecho de que los adlerianos conceptúan de manera sistemática al niño y sus problemas utilizando métodos adlerianos para comprender a los clientes (por ejemplo, las C cruciales, las metas de la mala conducta, las prioridades de la personalidad, etcétera).

Primera fase: construir una relación igualitaria

La meta principal de la primera etapa de la terapia de juego adleriana es construir una relación igualitaria con el niño (Kottman, 2003, en prensa). Los adlerianos creen que la relación es la base esencial para el éxito de la terapia. En esta fase, el terapeuta de juego usa el seguimiento, replantea el contenido, refleja los sentimientos, regresa al niño la responsabilidad, lo alienta, establece límites y limpia el cuarto junto con el niño para establecer con él una relación de colaboración.

El seguimiento (decirle al niño lo que está haciendo), el replanteamiento del contenido (parafrasearlo y resumirlo), el reflejo de los sentimientos y el regreso de la responsabilidad al niño son técnicas empleadas por la mayoría de los terapeutas de juego sin importar su orientación teórica (Kottman, en prensa). Alentarlo es una estrategia terapéutica particularmente adleriana, que resulta esencial en las cuatro fases de la terapia de juego adleriana. Alentar al niño involucra los siguientes elementos.

1. Transmitir aceptación incondicional comunicando que el niño es tan valioso como lo es él.
2. Mostrar fe en las capacidades del niño para reconocer el logro actual y darle crédito por progresar.
3. Reconocer los esfuerzos del niño sin usar palabras evaluativas.
4. Enfocarse en las fortalezas y los activos del niño.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

5. Dar crédito al niño por la parte positiva de lo que hizo e ignorar las partes que no alcanzaron los estándares.
6. Demostrar comprensión por los intereses del niño.
7. Dejar que el niño sepa que es perfectamente aceptable que cometa errores modelando el valor de ser imperfecto.
8. Ayudar al niño a darse cuenta de que puede aprender de los errores y que éstos no tienen que ser negativos o devastadores.

En la terapia de juego adleriana existe un método específico para poner límites que es exclusivo de este enfoque (Kottman, 2003). El terapeuta usa un procedimiento de cuatro pasos para poner límites. En el primer paso plantea el límite de manera clara y sin hacer juicios. La fórmula para establecer el límite consiste en decir "Va contra las reglas del cuarto de juego _____" (cualquier cosa que el terapeuta quiera limitar). A continuación, el terapeuta refleja los sentimientos del niño o hace una conjetura acerca del mensaje o el propósito que subyace a la conducta de poner a prueba los límites. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Puedo ver que quieres demostrarme que de verdad estás enojado conmigo ahora" o "Quieres demostrarme que no puedo decirte lo que debes hacer". En el tercer paso, el terapeuta invita al niño a que lo ayude a generar alternativas aceptables. Esto implica un proceso de toma de decisiones en que el terapeuta y el niño determinan en colaboración qué es y qué no es aceptable en el cuarto del juego. El terapeuta empieza este proceso diciendo: "Apuesto que podemos encontrar algo que puedas hacer que no vaya en contra de las reglas del cuarto de juego". Por lo regular, esto va tan lejos como vaya el proceso de establecimiento de límites, porque cuando un niño participa activamente en reorientar su conducta, rara vez persisten las batallas por el poder o para poner a prueba los límites. Sin embargo, algunos niños pueden seguir rompiendo los límites. Cuando esto sucede, el terapeuta debe avanzar al cuarto paso del establecimiento de límites e involucrar al niño en el establecimiento de las consecuencias lógicas apropiadas. En la generación de las consecuencias lógicas, el terapeuta continúa la construcción de una relación igualitaria en que el niño contribuye a las reglas y los procesos del cuarto de juego.

Los terapeutas de juego adlerianos creen que limpiar el cuarto juntos también puede construir la relación con el niño. El terapeuta puede fortalecer aún más la conexión positiva con el niño cuando establece una sociedad colaborativa con éste para asumir la responsabilidad de los juguetes y materiales del cuarto de juego. Para empezar el proceso de limpieza, el terapeuta se pone de pie y dice: "Es hora de que limpiemos el cuarto juntos. ¿Qué quieres recoger tú y qué quieres que recoja yo?" Es posible que algunos niños, en especial los más pequeños, quizá necesiten un poco más de estructura, por lo que el terapeuta de juego puede preguntar: "¿Quieres que yo recoja los cubos o los dinosaurios? Yo recogeré lo que tú no quieras levantar".

Segunda fase: exploración del estilo de vida del niño

Durante la segunda etapa, la meta del proceso de la terapia de juego es explorar el estilo de vida del niño de modo que el terapeuta pueda obtener una comprensión

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

clara de las dinámicas interpersonal e intrapersonal del niño (Kottman, 2003, 2010). Para lograrlo utiliza técnicas de arte, estrategias de interrogación, observa los patrones de juego y le pide que evoque los primeros recuerdos a fin de investigar las metas de la conducta, las C cruciales, la constelación familiar y la atmósfera de la familia, y para recabar información acerca de las actitudes, percepciones, creencias, sentimientos y comportamientos del niño.

Las técnicas de dibujo como el Dibujo kinético de la familia y el Dibujo kinético de la escuela (Burns y Kaufman, 1970; Knoff, 1985), el Dibujo del círculo centrado en la familia (Burns, 1990), el dibujo Rosebush (Oaklander, 1992) y otras técnicas de arte (Kottman, 2003; Malchiodi, 2003) pueden revelar patrones en las interacciones familiares; imágenes del sí mismo, de los otros y del mundo; creencias equivocadas; y formas de obtener pertenencia y significancia. En el caso de los niños a quienes no les gusta dibujar, el terapeuta puede mostrar flexibilidad y pedirles que usen algún otro medio para explorar esos factores. Es esencial lograr que las inclinaciones del niño coincidan con el modo de expresión; la plastilina, la pintura, el teatro de marionetas y las esculturas con limpiadores de pipas son sólo algunas formas de invitar al niño a usar medios sensoriales para comunicar acerca de su situación y sus relaciones (Kottman, 2003).

Otras técnicas importantes en el proceso de investigar el estilo de vida del niño son hacer preguntas y observar el juego. En ocasiones, el terapeuta decide hacer preguntas acerca de los dibujos u otras formas de arte expresivo. Otras veces le hace al niño preguntas directas sobre su vida. Más a menudo plantea preguntas acerca de la vida del niño mediante una metáfora en el juego de un cuento que el niño está relatando (Kottman, 2003). La observación de los patrones de juego es una estrategia importante para recabar información. Todos los niños expresarán lo que sucede en sus vidas a través del juego, por lo que el terapeuta de juego sólo debe observar los patrones y temas en las narrativas del niño para obtener insight de lo que sucede con él.

Una técnica exclusivamente adleriana para conocer el mundo de un niño consiste en pedirle que evoque los primeros recuerdos (Eckstein y Kern, 2009; Kottman, 2003). Los primeros recuerdos son remembranzas de momentos (por lo general de los primeros cuatro o seis años) que una persona decide rememorar de entre todas las experiencias posibles de su vida. Es importante obtener los suficientes recuerdos iniciales (por lo general de seis a ocho) para que pueda aflorar un patrón. La interpretación de los primeros recuerdos ayuda al consejero a entender los estilos de vida de sus clientes. Muchos terapeutas de juego adlerianos piden a los niños que digan, dibujen o pinten sus primeros recuerdos para ayudarse a entender los estilos de vida, las creencias erróneas, las interacciones sociales, las C cruciales, las prioridades de la personalidad y las metas de la conducta de los niños (Kottman, 2003).

La obtención de esta información durante la segunda fase prepara al terapeuta de juego para desarrollar una conceptualización del niño que dirigirá el resto del proceso de la terapia de juego (Kottman, 2003, 2010). El terapeuta de juego integra la información en un cuadro organizado del niño y sus relaciones, un resumen de su estilo de vida que incluye a) fortalezas y activos; b) funcionamiento

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

en el hogar y en la escuela; c) temas del juego; d) percepciones de la posición del orden de nacimiento del niño y las maneras en que esas percepciones influyen en sus actitudes y funcionamiento; e) percepciones de la atmósfera familiar y las formas en que esas percepciones impactan en sus actitudes y funcionamiento; f) temas en los primeros recuerdos del niño que dan una imagen de las visiones acerca del sí mismo, los otros y el mundo; g) metas de la mala conducta; h) C cruciales; i) prioridades de la personalidad; y j) creencias erróneas. Con base en estas conceptualizaciones, el terapeuta de juego desarrolla un plan de tratamiento para trabajar con el niño y con sus padres (y posiblemente también con los maestros, dependiendo del problema presentado). El plan de tratamiento incluye metas y estrategias de la terapia de juego para ayudar al niño a reconocer y capitalizar los activos; mejorar el funcionamiento en casa y en la escuela; hacer cambios en las creencias negativas y autodestructivas acerca del sí mismo, los otros y el mundo; cambiar de metas negativas a metas positivas de la conducta; capitalizar las C cruciales; y maximizar los activos de la prioridad de su personalidad (Kottman, 2003).

Tercera fase: ayudar al niño a obtener insight sobre su estilo de vida

La meta de la tercera fase del proceso de la terapia de juego adleriana es ayudar al niño a obtener insight sobre su estilo de vida a través de una mayor comprensión de las dinámicas interpersonal e intrapersonal (Kottman, 2003, 2010). En esta fase se utilizan técnicas como la metacomunicación, la entrega de metáforas, "escupir en la sopa" y dibujo para transmitir al niño información esencial acerca de los estilos de vida, las creencias erróneas, las metas de la mala conducta, las C cruciales y los activos. A medida que el niño obtiene insight sobre sus dinámicas, el terapeuta le ayuda a decidir qué actitudes, creencias y comportamientos mantener y cuáles reemplazar con actitudes, creencias y comportamientos más constructivos.

En la metacomunicación, el terapeuta se aparta de la interacción entre él y el niño para comunicar acerca de la comunicación.

La metacomunicación implica que el terapeuta de juego haga interpretaciones acerca de a) los modelos en los patrones de interacción entre el terapeuta y el niño, b) la comunicación verbal de parte del niño, c) las reacciones del niño a las afirmaciones y preguntas del consejero, y d) el significado que subyace al juego y las verbalizaciones del niño. Muchas veces los niños no están al tanto de sus patrones de comunicación ni pueden expresar lo que piensan y sienten acerca de sus patrones de interacción con otros. Los terapeutas de juego adlerianos pueden usar la metacomunicación acerca de esos patrones para ayudar a los niños a tomar mayor consciencia de los patrones de comunicación a fin de darles la oportunidad de hacer cambios en su manera de interactuar con los demás.

En la técnica de "escupir en la sopa", el terapeuta señala situaciones en que el niño actúa como si las creencias contraproducentes acerca del sí mismo, de los demás y del mundo fuesen ciertas aun cuando no lo son. A menudo, la mejor manera de escupir en la sopa del niño en la terapia de juego consiste en usar el

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

humor o las bromas para hacerle saber que sus percepciones y conducta quizá no sean de ayuda.

El terapeuta aprovecha la comunicación natural de los niños cuando utiliza técnicas metafóricas para ayudarlos a obtener insight sobre sus estilos de vida (Kottman, 2003; Kottman y Ashby, 2002). Cuando un niño utiliza metáforas o cuentos para transmitir información acerca de algunas experiencias, el terapeuta del juego entra en la historia que el niño está relatando para hacer preguntas, metacomunicarse acerca de temas del estilo de vida y hacer sugerencias acerca de diferentes maneras de manejar las situaciones. Los terapeutas de juego adlerianos a menudo diseñan nuevas metáforas terapéuticas para ayudar a niños específicos a adquirir una nueva perspectiva de sí mismos y de sus vidas. En la versión adleriana del relato mutuo de cuentos, los terapeutas de juego buscan en el relato del niño patrones y temas del estilo de vida, C cruciales, prioridades de la personalidad y estrategias de solución de problemas, y utilizan luego la reelaboración del cuento para hacer hincapié en los activos, enseñar la solución de problemas, sugerir metas de conducta más prosociales y fomentar las C cruciales. Otras dos formas de usar la narración de cuentos para ayudar a los niños a obtener insight son las historias de superhéroes (Rubin, 2007) y la biblioterapia –el uso de libros infantiles como un medio indirecto para alentar a los niños a reexaminar sus actitudes y conductas (Kottman, en prensa; Malchiodi y Ginns-Gruenberg, 2008).

Cuarta fase: reorientación o reeducación

La fase de reorientación o reeducación está diseñada para ayudar a los niños a aprender y practicar actitudes, percepciones, creencias, sentimientos y conductas más positivas (Kottman, 2003, 2010). El terapeuta emplea diversas estrategias de enseñanza (como modelamiento, lluvia de ideas, juego de roles, metáforas terapéuticas) para ayudar al niño a crecer en direcciones positivas. Esta fase incluye muchas técnicas directivas diseñadas para ayudar al niño a aprender habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, habilidades de negociación y otras destrezas de las que carece en su repertorio conductual.

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO

Schaefer (1993) y Schaefer y Drewes (2009) elaboraron listas de los poderes terapéuticos del juego y sugirieron que cada uno de esos factores tiene resultados benéficos específicos para los clientes. Algunos de esos factores terapéuticos son la autoexpresión, el acceso al inconsciente, enseñanza directa e indirecta, abreacción, inoculación del estrés, dominio de miedos y contracondicionamiento del afecto negativo, catarsis, emoción positiva, competencia y autocontrol, sublimación, formación del apego, construcción del rapport, mejoramiento de la relación, juicio moral, ensayo conductual, empatía, poder/control, sentido del sí mismo, solución creativa de problemas, prueba de realidad y fantasía de compensación. La terapia de juego adleriana utiliza todos esos elementos, aunque hace énfasis especial en la enseñanza directa e indirecta, la competencia y autocontrol, la construcción del rapport y el mejoramiento de la relación, el ensayo conductual, el poder/control y la solución creativa de problemas.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

PAPEL DEL TERAPEUTA

En el proceso de la terapia de juego adleriana, el terapeuta desempeña los papeles de compañero, animador y maestro de los niños, padres, maestros y hermanos. Sin embargo, la manifestación de ese papel cambia dependiendo de la fase del proceso terapéutico (Kottman, 2003, 2010). Durante la primera fase de la terapia, la tarea principal del terapeuta es construir la relación con el niño y con cualquier individuo importante en su vida, como los padres y los maestros. En esta fase, el terapeuta por lo regular no es directivo con el niño sino que sigue su guía. En aras de establecer una relación igualitaria, el terapeuta anima al niño a tomar muchas de las decisiones en el cuarto de juego y trabaja para crear una atmósfera de trabajo en equipo y cooperación. Cuando trabaja con los adultos que forman parte de la vida del niño, el terapeuta se concentra en construir una relación comprensiva, escucha sus preocupaciones y busca formas de proporcionarles aliento y orientación.

En la segunda fase de la terapia de juego adleriana, el terapeuta es mucho más activo y directivo en el proceso de explorar el estilo de vida del niño, hacer preguntas, observar, hacer conjeturas y pedirle al niño que cuente cuentos, dibuje, haga presentaciones de marionetas y narre sus primeros recuerdos (Kottman, 2003). El terapeuta solicita a los padres y maestros información sobre sus percepciones acerca del estilo de vida del niño, información relacionada con sus propios estilos de vida e impresiones acerca de las interacciones entre el estilo de vida del niño y los estilos de vida de otras personas importantes en la vida del menor. El terapeuta recaba información acerca de percepciones, actitudes, patrones cognitivos, emociones, relaciones, autoconcepto y otros factores que podrían influir en la manera que el niño se ve a sí mismo, a los demás y al mundo; luego utiliza la información y las impresiones recogidas en esta fase para desarrollar una concepción del estilo de vida y un plan de tratamiento que estructura el resto del proceso terapéutico.

Durante la tercera fase de la terapia de juego adleriana, el terapeuta continúa siendo activo en el cuarto de juego y utiliza la interpretación, hipótesis tentativas, la narración de cuentos y el arte para ayudar al niño a adquirir insight sobre las creencias erróneas, las metas de la mala conducta y otros factores que podrían estar ocasionando dificultades o dando lugar al mal comportamiento (Kottman, 2003). El terapeuta suele confrontar y mostrarse directivo, cuestionar los patrones y creencias autodestructivas y hacer conjeturas acerca de las discrepancias entre las palabras y las conductas, entre la comunicación verbal y no verbal del cliente.

El rol principal del terapeuta en la cuarta fase de la terapia de juego adleriana es trabajar de manera activa y directiva para ayudar a reorientar y reeducar a los clientes enseñándoles nuevas habilidades y alentándolos a esforzarse y progresar (Kottman, 2003, 2010). El terapeuta puede ayudar a los niños a adquirir nuevas estrategias para interactuar con otros y afrontar la vida mediante el uso del arte, la narración de cuentos, el juego de roles, las estrategias de solución de problemas y el apoyo al desarrollo de nuevas habilidades en áreas como la asertividad, la negociación, las interacciones sociales, la crianza y el manejo del salón de clases.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

PAPEL DE LOS PADRES

Debido al énfasis adleriano en la importancia de la familia para la formación de la personalidad, la inclusión de los padres como parte del proceso terapéutico es un componente fundamental de la terapia de juego adleriana (Kottman, 2003). Siempre que es posible, en cada fase el terapeuta de juego hace participar a los padres en un proceso análogo a la interacción terapéutica con el niño. Durante la primera fase, el terapeuta de juego trabaja para crear una relación igualitaria con los padres, esforzándose por construir una relación colaborativa diseñada para apoyar cualquier cambio que el niño decida hacer y para favorecer el crecimiento de los padres hacia una crianza positiva. En la segunda fase, el terapeuta tiene dos tareas diferentes: investigar la percepción de los padres sobre el estilo de vida del niño y sus propios estilos de vida, y esforzarse por comprender al niño y a los padres y la manera en que interactúan entre sí. Al final de la segunda fase, el terapeuta hace un plan de tratamiento para los padres si éste puede ser útil para el proceso de la terapia. La tercera fase implica que el terapeuta ayude a los padres a obtener insight sobre su hijo y sobre sí mismos; los ayuda a aprender formas más positivas de pensar e interactuar con el niño a la vez que exploran la manera en que sus propios problemas podrían estar impidiéndoles brindar la comprensión y la estructura necesarias para que su hijo crezca mentalmente sano y fuerte. La cuarta etapa de la intervención con los padres hace hincapié en enseñarles habilidades de crianza, nuevas formas de conceptuar a sus hijos y en ayudarlos a resolver problemas personales que podrían estar interfiriendo con su capacidad de ser tan buenos padres como pueden serlo.

APLICACIONES CLÍNICAS

La terapia de juego adleriana puede utilizarse con niños que experimentan diferentes dificultades porque se adapta al cliente específico y a su problema, a sus circunstancias familiares y a las experiencias de su vida actual. Según reportes anecdóticos (Ashby, Kottman y Martin, 2004; Kottman, 1993, 1997, 2003, 2009; Kottman, Bryant, Alexander y Kroger, 2008; Kottman y Stiles, 1990; Morrison, 2009; Snow, Buckley y Williams, 1999), investigación empírica (Meany-Whalen, 2010) y la experiencia clínica del autor, la terapia de juego adleriana parece ser particularmente eficaz con niños que exhiben problemas de conducta, conductas impulsivas y dificultades en las relaciones con los pares; niños que enfrentan situaciones difíciles (como el divorcio de los padres, la muerte de un familiar, etcétera); niños con problemas relacionados con el poder y el control, niños que tienen problemas en la escuela, niños con baja autoestima; niños deprimidos, perfeccionistas o ansiosos; y niños que han sufrido algún tipo de trauma.

APOYO EMPÍRICO

De acuerdo con una encuesta realizada por Lambert y sus colaboradores (2007), la teoría adleriana es la tercera orientación teórica más utilizada en la terapia de juego, la cual, sin embargo, cuenta con poco apoyo empírico. Esto se ha debido, al menos en parte, a la dificultad para definir exactamente cómo debería proceder un clínico en la terapia de juego adleriana toda vez que el tratamiento se adapta al

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

niño y a su situación. No obstante, este problema se resolvió recientemente gracias a un manual de tratamiento que se desarrolló con el propósito expreso de facilitar la realización de investigación empírica sobre la eficacia de dicha terapia. Este manual de tratamiento (Kottman, 2010) se empleó para llevar a cabo el primer estudio de la terapia de juego adleriana con un diseño aleatorizado pretest-postest con grupo control (Meany-Whalen, 2010). En este estudio, Meany-Whalen comparó la efectividad de la terapia de juego adleriana con un grupo control activo (mentoría para la lectura). Los participantes fueron 67 alumnos de jardín de niños de tercer grado cuyos maestros habían indicado que exhibían conductas indisciplinadas en el salón de clase. Esos niños fueron asignados al azar al grupo experimental (terapia de juego adleriana) o al grupo de control activo (mentoría para la lectura). Con el propósito de evitar los efectos de halo, los maestros desconocían a qué grupo habían sido asignados los niños. Los terapeutas de juego adlerianos siguieron el protocolo de tratamiento descrito en el manual y trabajaron con los niños durante 16 sesiones de 30 minutos dos veces a la semana. Antes y después del tratamiento se utilizaron la Forma de Reporte del cuidador o maestro y la forma de observación directa para medir los problemas conductuales exhibidos por los niños; además, se empleó un Índice de estrés del maestro como una medida del estrés en la relación maestro-estudiante. Los profesores respondieron a la Forma de Reporte del cuidador o maestro y al Índice de estrés del maestro, mientras que las observaciones para la Forma de observación directa fueron realizadas por observadores objetivos que estaban ciegos respecto al estudio. Los resultados del análisis de varianza (ANOVA) de dos (grupos) por dos (medidas) indicó que los niños que participaron en la terapia de juego adleriana (en comparación con los niños que participaron en el programa de mentoría para la lectura) mostraron disminuciones estadísticamente significativas en la conducta indisciplinada y en los problemas conductuales totales. También demostraron mejoría en la conducta dedicada a la tarea durante clase y sus profesores informaron de una reducción del estrés en la relación maestro-estudiante. El grupo con la terapia de juego adleriana demostró un efecto moderado del tratamiento en las medidas reportadas por el profesor (la Forma de Reporte del cuidador o maestro, y el Índice de estrés del maestro) y un efecto grande del tratamiento en los instrumentos llenados por observadores independientes ciegos al estudio. Después del tratamiento, en aproximadamente 70% de los niños del grupo de tratamiento con la terapia de juego adleriana disminuyó el nivel de preocupación por las conductas indisciplinadas y ajenas a la tarea de rangos clínicos o limítrofes a niveles de preocupación menos graves.

Otros investigadores han examinado el uso de las intervenciones adlerianas con niños, pero sin un énfasis específico en la terapia de juego adleriana. En un estudio empírico, Statton (1990) exploró el uso de los primeros recuerdos en un trabajo con niños y sugirió que esta práctica puede ser útil. Rotter, Horak y Heidt (1999) exploraron el uso de dibujos de los niños en la recopilación de los primeros recuerdos y encontraron que suele ser más sencillo obtener dichos recuerdos de los niños si se les pide que hagan un dibujo a la vez que narran la historia del recuerdo temprano. Sin embargo, sólo se encontraron esos estudios en relación al uso de intervenciones adlerianas con niños.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ahora que existe un manual de tratamiento de la terapia de juego adleriana (Kottman, 2010), es de esperar que se realice más investigación que lleve a considerarla como un tratamiento basado en la evidencia. Para juzgar que una modalidad de tratamiento se basa en la evidencia, ésta debe apoyarse en la evaluación científica mediante la investigación rigurosa y no en la evidencia anecdótica, la creencia en el procedimiento específico o la tradición (U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009). En el futuro, los investigadores podrían calificar a la terapia de juego adleriana como un tratamiento basado en la evidencia si se sigue el camino iniciado por Meany-Whalen (2010) y la estrategia de investigación bosquejada por la Asociación para la Terapia de Juego (2009) que requiere que los investigadores realicen "estudios experimentales bien diseñados que examinen los beneficios de un tratamiento de terapia de juego basado en un manual en contraste con un tratamiento de comparación o un grupo control sobre una población o síntomas identificados" (p. 1).

CASO ILUSTRATIVO

"¡Tú me odias! ¡No voy a volver en lo que me queda de vida!" Así fue como Liam terminó su primera sesión con Andrea, su terapeuta de juego adleriana. Andrea decidió que la primera fase del proceso de la terapia de juego podría llevarse un tiempo. Liam era un niño que no había recibido nunca una crianza muy consistente. El padre había abandonado a su madre, Caitlin, antes de que él naciera, y Caitlin tuvo problemas de abuso de drogas y relaciones abusivas hasta que Liam cumplió cinco años, cuando lo dejó con su madre para ingresar a rehabilitación. Cuando Caitlin salió de rehabilitación estaba determinada a "hacer las cosas bien por su hijo", pero Liam, de seis años, era de armas tomar. Era respondón, ponía a prueba los límites, insultaba a la madre, amenazaba con huir de casa y de manera reiterada le decía que "no lo había amado lo suficiente". En la escuela y en los servicios de apoyo formó fuertes apegos con los maestros, pero era muy emocional, lloraba a la menor provocación y de manera regular hacía pataletas de una hora de duración.

En las primeras sesiones, Liam dedicó buena parte de cada sesión a enterrar soldados y pequeños animales en la caja de arena y a amontonar y separar una pila de ladrillos de cartón. Utilizó poco los otros juguetes, aunque en ocasiones formaba torres de legos, hacía dibujos y pintaba. Andrea se concentró en construir la relación con Liam, para lo cual usó seguimiento, replanteamiento del contenido, reflejo de los sentimientos, apoyo, establecimiento de límites y limpieza del cuarto. También empleó el sentido del humor para demostrarle que no tenía que tomarse siempre las cosas tan en serio. Le ofreció práctica para que aprendiera a compartir el poder con otros, para lo cual tomó turnos con Liam para decidir lo que iban a hacer en la sesión. En el cuarto de juego el niño ponía a prueba los límites con cierta frecuencia, por lo que Andrea se esforzó para mostrarse consistente, amistosa pero firme, y para establecer consecuencias lógicas cuando el niño decidía ignorar o transgredir las reglas del cuarto de juego. Andrea observó que Liam tenía dificultades para reconocer sus activos y lo alentó para ayudarlo a sentirse más cómodo en relación con sus fortalezas. Cada vez que veía a Liam, Andrea

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tenía sesiones de consulta con Caitlin, durante las cuales trabajó para establecer una relación colaborativa y de apoyo con la madre.

Durante la tercera sesión, Andrea empezó a investigar el estilo de vida de Liam, para lo cual le pidió que dibujara a toda su familia haciendo algo (las instrucciones del Dibujo kinético de la familia). Liam hizo el dibujo de su madre, su padre ausente y su abuela, pero no se incluyó en el dibujo. Cuando Andrea le preguntó dónde estaba él, el niño pareció sorprendido y le dijo que estaba "afuera, esperando a alguien que venga y juegue conmigo", y luego se dibujó en la parte posterior de la hoja de papel. En la siguiente sesión hizo un dibujo similar cuando Andrea le pidió que hiciera un dibujo de sí mismo, de algún maestro y de uno o dos compañeros de la escuela. Dibujó a todo su grupo, pero añadió que él estaba fuera del salón y se colocó a sí mismo y a otro niño al reverso de la hoja de papel. Cuando Andrea le preguntó al respecto, dijo: "Probablemente nadie se dio cuenta de que me había ido porque no estoy gritando o en medio de un ataque".

Después de las sesiones en que hizo los dibujos kinéticos, Liam parecía más dispuesto a permitir que Andrea supiese más acerca de su vida y de sus relaciones porque comenzó a jugar con las pequeñas familias de animales y las marionetas y a contar historias sobre sus aventuras. Nunca respondía preguntas directas acerca de los personajes de sus historias, por lo que Andrea observó los temas del juego en las historias e hizo preguntas por medio de la metáfora. Liam contaba de manera continua la historia de un pajarito que siempre era dejado atrás por los otros miembros de su familia, lo que le permitió que Andrea llegara a la conclusión de que Liam sentía que nadie lo quería lo suficiente para permanecer con él. En realidad estaba luchando con las C cruciales de conectar y contar. El patrón de querer hacer las cosas siempre a su manera, manifestado por Liam en las sesiones y reportado por su madre y su maestra, permitió a Andrea reconocer que la prioridad de la personalidad del niño era el control. El niño tenía muchos activos (era inteligente, creativo y se preocupaba por los demás), pero no confiaba en que los demás se preocuparan por él.

Caitlin informó que ella era una hija única cuyo padre había muerto por problemas de hígado ocasionados por un alcoholismo agudo. Su madre tuvo que trabajar en varios empleos para mantener a la familia a flote y muchas veces Caitlin tuvo que cuidar de sí misma. Se casó a los 16 años, a los 18 se embarazó de Liam y fue abandonada por su marido y a los 20 años, cuando Liam tenía dos, desarrolló una adicción a la cocaína. Trató de ser una buena madre para Liam, pero su adicción interfería con su capacidad para serlo. Parecía determinada a mantenerse sobria y de verdad quería aprender a ser una buena madre. Caitlin confesó que "en realidad no entendía" a Liam, la frustraban las batallas por el poder que sostenían con tanta frecuencia y no sabía cómo afrontarlas.

Para la séptima sesión, Andrea tenía la confianza de tener una conceptualización clara de Liam y sus problemas, e inició el proceso para ayudarlo a él y a su madre a obtener insight. Sus prioridades en el trabajo con Liam eran apoyarlo para que desarrollara el sentido de que podía conectarse con otros y que era relevante, importante y que podía ser amado. Creía que la meta de la mala conducta del niño era el control y que esta meta estaba relacionada con su idea de que (hasta

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

ese momento) su vida había estado fuera de su control. También atribuyó su tendencia a enfrascarse en pataletas y luchas por el poder al hecho de que el control era la prioridad de su personalidad. Andrea creía que Liam tenía muchos puntos fuertes y quería ayudarlo a reconocer lo capaz y valiente que era.

Durante la tercera fase, Andrea hizo uso extensivo de las técnicas de escupir en la sopa y metacomunicación para señalar los momentos en que Liam mostraba actitudes y conductas contraproducentes. Empleaba la metacomunicación cada vez que el niño empezaba a actuar como si no supiera cómo conectarse con los otros o como si fuese insignificante e indigno de ser amado. Alentó a Liam para hacer hincapié en sus activos. Andrea desarrolló para el niño varios relatos terapéuticos diferentes usando el enfoque de la narración mutua de cuentos y empleando como personaje al pajarito que siempre era dejado atrás. En su reelaboración del cuento, el pajarito no siempre era dejado atrás y aprendió a pedir lo que necesitaba con mayor claridad y a expresar sus sentimientos sin recurrir a pataletas o luchas por el poder. Liam y Andrea participaron en juegos en que tomaban turnos para hablar sobre los sentimientos y acerca de formas de conectarse con los otros.

En sus consultas con Caitlin, Andrea la ayudó a obtener insight sobre los patrones destructivos en que se habían involucrado ella y Liam. Le enseñó la manera en que la prioridad de su personalidad de complacer y consolar podría estar saboteando su capacidad de establecer límites sistemáticos para Liam. Caitlin exploró sus propias C cruciales y llegó a entender que sus luchas con las C cruciales de conectarse y contar estaban contribuyendo a los problemas experimentados por ella y Liam. Se mostró muy receptiva a reenmarcar algunas de las conductas de Liam y parecía dispuesta a aprender cómo alentarlo por sus activos.

En la cuarta fase del proceso de terapia de juego, Andrea invitó a Caitlin a que se les uniera en el cuarto de juego. Los tres trabajaron en el establecimiento de límites, la expresión de los sentimientos, la generación de estrategias de solución de problemas, la negociación de compromisos y el establecimiento de conexiones positivas. En varias sesiones individuales con Liam, Andrea lo ayudó a perfeccionar sus habilidades sociales como preparación para participar en un grupo de amigos con el consejero escolar. Para la vigésima sesión, Liam había progresado tanto que Caitlin, Andrea y él decidieron que estaba listo para terminar la terapia de juego. Aunque las cosas nunca son perfectas, después de la terapia Liam y Andrea vivieron casi siempre felices.

CONCLUSIÓN

La terapia de juego adleriana es un proceso activo en que el terapeuta utiliza juguetes, materiales artísticos, cuentos, marionetas y juego de roles para construir una relación igualitaria con el niño, explorar su estilo de vida, ayudarlo a obtener insight sobre su estilo de vida, enseñarle nuevas habilidades y actitudes y proporcionarle un foro para practicar esas habilidades en el espacio seguro del cuarto de juego. Al mismo tiempo, el terapeuta de juego consulta con los padres, ayudándolos a obtener insight sobre sí mismos y sus hijos, a aprender estrategias constructivas de crianza y (cuando es apropiado) consulta también con los maestros, ayudándolos a aprender formas más eficaces de interactuar con los niños que enfrentan dificultades en la escuela.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

REFERENCIAS

Adler, A. (1958). *What life should mean to you*. New York, NY: Putnam. (Original work published 1931)

Ansbacher, H., & Ansbacher, R. (Eds.). (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings*. San Francisco, CA: Harper & Row.

Ashby, J., Kottman, T., & Martin, J. (2004). Play therapy with young perfectionists. *International Journal of Play Therapy, 13*(1), 35–55.

Association for Play Therapy. (2009). *Research strategy*. Retrieved from www.a4pt.org/download.cfm?ID=28318

Burns, R. (1990). *A guide to family-centered circle drawings*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Burns, R., & Kaufman, S. (1970). *Kinetic family drawings: An introduction to understandingchildren through kinetic drawings*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Carlson, J., Watts, R., & Maniacci, M. (2006). *Adlerian therapy: Theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Dinkmeyer, D., & McKay, G. (2007). *The parent's handbook: Systematic training for effective parenting (STEP).* Atascadero, CA: Impact.

Dreikurs, R., & Soltz, V. (1964). *Children: The challenge*. New York, NY: Hawthorn/Dutton. Eckstein, D., & Kern, R. (2009). *Psychological fi ngerprints* (6th ed.). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.

Gil, E., & Shaw, J. (2009). Prescriptive play therapy. In K. O'Connor & L. M. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: Comparing theories and techniques* (2nd ed., pp. 451–488). New York, NY: Wiley.

Kefi r, N. (1981). Impasse/priority therapy. In R. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 400–415). New York, NY: Wiley.

Knoff, H. (1985). *Kinetic drawing system for family and school: Scoring booklet*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Kottman, T. (1993). The king of rock and roll. In T. Kottman & C. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners* (pp. 133–167). Northvale, NJ: Aronson.

Kottman, T. (1997). Building a family: Play therapy with adopted children and their parents. In H. Kaduson, D. Cangelosi, & C. Schaefer (Eds.), *The playing cure: Individual play therapy for specifi c childhood problems* (pp. 337–370). Northvale, NJ: Aronson.

Kottman, T. (2003). *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Kottman, T. (2005). Adlerian case consultation with a teacher. In A. M. Dougherty (Ed.), *Psychological consultation and collaboration in school and community settings: A casebook* (4th ed., pp. 53–68). Belmont, CA: Thomson.

Kottman, T. (2009). Adlerian play therapy. In K. O'Connor & L. M. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: Comparing theories and practices* (2nd ed., pp. 237–282). New York, NY: Wiley.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Kottman, T. (2010). *Adlerian play therapy treatment manual*. Unpublished manuscript.
Kottman, T. (2011, in press). *Play therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
Kottman, T., & Ashby, J. (2002). Metaphoric stories. In C. Schaefer & D. Cangelosi (Eds.), *Play therapy techniques* (2nd ed., pp. 132–142). Northvale, NJ: Aronson.
Kottman, T., Bryant, J., Alexander, J., & Kroger, S. (2008). Partners in the schools: Adlerian school counseling. In A. Vernon & T. Kottman (Eds.), *Counseling theories: Practical applications with children and adolescents in school* (pp. 47–84). Denver, CO: Love.
Kottman, T., & Stiles, K. (1990). The mutual storytelling technique: An Adlerian application in child therapy. *Journal of Individual Psychology, 46,* 148–156.
Lambert, S., LeBlanc, M., Mullen, J., Ray, D., Baggerly, J., White, J., & Kaplan, D. (2007). Learning more about those who play in session: The National Play Therapy in Counseling Practices Project (phase 1). *Journal of Counseling and Development, 85*, 42–46.
Lew, A., & Bettner, B. L. (1996). *Responsibility in the classroom*. Newton Center, MA: Connexions Press.
Lew, A., & Bettner, B. L. (2000). *A parent's guide to motivating children*. Newton Center, MA: Connexions Press.
Malchiodi, C. (2003). *Handbook of art therapy*. New York, NY: Guilford Press.
Malchiodi, C., & Ginns-Gruenberg, D. (2008). Trauma, loss, and bibliotherapy. In C. Malchiodi (Ed.), *Creative interventions with traumatized children* (pp. 167–185). New York, NY: Guilford Press.
Meany-Whalen, K. (2010). *Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary-aged children*. Unpublished dissertation, University of North Texas, Denton, TX.
Morrison, M. (2009). Adlerian play therapy with a traumatized boy. *Journal of Individual Psychology, 65*(1), 57–68.
Mosak, H., & Maniacci, M. (2010). Adlerian psychotherapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (9th ed., pp. 67–112). Belmont, CA: Brooks/Cole.
Oaklander, V. (1992). *Windows to our children: A Gestalt approach to children and adolescents*. New York, NY: Gestalt Journal Press.
Rotter, J. C., Horak, R. A., & Heidt, H. M. (1999). Incorporating children's drawings as early recollections in Adlerian psychotherapy. *Journal of Individual Psychology, 55*, 316–327.
Rubin, L. (Ed.). (2007). *Using superheroes in counseling and play therapy.* New York, NY: Springer.
Schaefer, C. (Ed.). (1993). *The therapeutic powers of play*. Northvale, NJ: Aronson.
Schaefer, C. (2003). Prescriptive play therapy. In C. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 306–320). New York, NY: Wiley.
Schaefer, C., & Drewes, A. (2009). The therapeutic powers of play and play therapy. In A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatment and techniques* (pp. 3–15). Hoboken, NJ: Wiley.
Snow, M. S., Buckley, M. R., & Williams, S. C. (1999). Case study using Adlerian play therapy. *Journal of Individual Psychology, 55*, 328–341.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Statton, J. (1990). Adlerian counseling and the early recollections of children. *Dissertation Abstracts International, 851*(05).

Sweeney, T. (2009). *Adlerian counseling and psychotherapy: A practitioner's approach* (5th ed.). New York, NY: Routledge.

Thompson, C., & Henderson, D. (2006). *Counseling children: A developmental approach* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). *National registry of evidenced-based programs and practices*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Watts, R. (1999). The vision of Alfred Adler: An introduction. In R. Watts & J. Carlson (Eds.), *Interventions and strategies in counseling and psychotherapy* (pp. 1–13). Philadelphia, PA: Accelerated Development.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 7
Terapia de juego de liberación

Heidi Gerard Kaduson

INTRODUCCIÓN

La terapia de juego de liberación (TJL) es una extensión del trabajo de David M. Levy conocido como terapia de liberación, la cual se distingue de la llamada psicoterapia "pura" porque se utiliza en el tratamiento de problemas específicos y se enfoca únicamente en dichos problemas. Levy aprovechó los métodos de los niños para curarse por sí mismos para proponer y llevar a la práctica este tipo de terapia para tratar los problemas de los niños. Sostuvo además que existen diferentes tipos de liberación:

1. La liberación simple consiste en permitir al niño que libere los sentimientos de agresión (aventando, golpeando, gritando) o los placeres infantiles (chupar agua de un biberón, derramar agua en el piso, sentarse en el agua o salpicarla saltando sobre ella, etcétera).
2. Liberación de sentimientos en situaciones estándar, que podrían incluir, entre otras cosas, problemas generales de la interacción familiar, de interacciones sociales (rivalidad entre hermanos, la unión de padres solos, etcétera).
3. Liberación de sentimientos en situaciones específicas en que el terapeuta genera o facilita la creación de situaciones por medio de métodos de juego en que se da expresión a las ansiedades del niño (situaciones elaboradas de modo que se asemejen a una experiencia definida).

La terapia de liberación utiliza el juego de los niños como medio de curación o cambio, pero los terapeutas no se enfocan en la interpretación como se hacía usualmente en el tratamiento psicoanalítico de esa época. Cada uno de los diferentes tipos de terapia de liberación utiliza el juego de los niños de formas un tanto diferentes, pero siempre siguen la dirección de los niños.

La **liberación simple** da a los niños la posibilidad de liberar todas y cada una de las conductas destructivas, incluyendo las simples "travesuras" (Levy, 1939). La **liberación situacional** (como en la rivalidad entre hermanos) es más estructurada, ya que Levy podía preparar el juego por medio de la selección de los personajes y luego dejaba que el niño lo llevara adelante. En este caso, Levy facilitaba el juego y aumentaba el insight del niño a su manera. La **liberación específica** utilizaba varias formas de restablecimiento de la situación en que surgió la ansiedad y sus síntomas acompañantes (Levy, 1939).

La terapia de juego de liberación es muy similar a la terapia de liberación, aunque implica mayor participación del terapeuta en la preparación de las técnicas que deben utilizar los niños cuando son incapaces de jugar por sí solos. Algunos de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

esos niños se encuentran en la etapa preoperacional del desarrollo (Piaget, 1951), cuando el juego de simulación o imaginativo se encuentra en su punto más alto. Sin embargo, otros niños podrían estar en la etapa de latencia o ser mayores, y las técnicas usadas en la terapia de juego de liberación les permiten liberar su agresión, ansiedad o tristeza mediante el juego y la diversión. La elección de técnicas o modos terapéuticos de la terapia de juego de liberación (específica o situacional) quedan a discreción del terapeuta de juego en función del niño, la situación y las metas.

Los niños suelen manejar sus problemas emocionales mediante el uso del juego de simulación o imaginativo. Este es un método importante para eliminar las tensiones. La vida cotidiana de los niños está llena de situaciones sobre las que no tienen control, y si bien hay algunos que se aseguran de que sus sentimientos sean escuchados (gritando, llorando, hablando), muchos otros los mantienen en su interior, incapaces de liberarlos por muchas razones. En ciertas circunstancias que provocan ansiedad, los niños pueden mostrar su temor o desconectarlo para parecer "valientes". Si el afecto de los niños hubiera sido apropiado durante el suceso que ocasionó la ansiedad, no deberían haber quedado residuos de la tensión (Levy, 1939). Cuando un pequeño llamado Joe tuvo que ser llevado a la sala de emergencia para recibir unas puntadas, en lugar de gritar o llorar se mostró completamente dócil mientras el doctor le metía una aguja justo en la parte superior del labio. Joe vio que la aguja se acercaba y parecía "estar bien" (según el informe de sus padres). Sin embargo, después de eso la familia tuvo dificultades para llevarlo al dentista o al médico, ya que ni siquiera podían hacerlo subir al automóvil. Esta resistencia aumentó y se generalizó a otros sucesos, por lo que sus padres lo llevaron luego a tratamiento. Fue por medio de la representación del evento sucedido y de experimentar el afecto que debería haber tenido durante el procedimiento que Joe pudo volver a ser un niño más obediente. Este es sólo un ejemplo de la forma en que las tensiones o ansiedades se mantienen en los niños si éstos no pueden liberarlas en el momento del hecho.

Existen muchas otras razones por las que los niños no pueden "jugar" sin la ayuda de un terapeuta. Todas y cada una de las siguientes características podrían dificultar, si no es que imposibilitar, que un niño reviva de manera natural la idea del juego:

1. Si la fuerza del estímulo es excesiva, los niños pueden ser incapaces de afrontarlo.
2. Los niños pueden tener temores influenciados por intensidades y duraciones diversas. Las mayores intensidades o las duraciones más largas podrían interferir con la capacidad de los niños para enfrentar de nuevo la situación por sí mismos.
3. La suma de eventos pasados puede ser demasiado cercana o muy similar, todo lo cual podría ser muy atemorizante para que los niños pudieran repetirlo.
4. La sensibilidad única de los niños a estímulos específicos podría hacer que estos estímulos fuesen mucho más poderosos de lo esperado.
5. La sensibilización de los niños a un estímulo por medio de una experiencia específica podría hacerlo demasiado fuerte para que lo manejaran por sí solos.

Cuando cualquiera de esos factores está conectado con un evento y los cuidadores informan que el niño se mostró "valiente" (lo cual por lo regular implica la desconexión del afecto), existe la posibilidad de que desarrolle el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La teoría de Piaget (1954) sobre el desarrollo cognitivo de los niños indica las etapas del juego que empiezan en la infancia. La etapa preoperacional del desarrollo (aproximadamente de los dos a los siete años) es la fase en que los niños inician el juego de simulación. Por lo general utilizan esa forma de juego para resolver las dificultades emocionales o de otro tipo que han encontrado. En muchos casos, el juego de simulación facilita la curación de los niños sin la intervención de un psicoterapeuta. Sin embargo, cuando los niños enfrentan una experiencia traumática en que las condiciones son intensas o extremas, pueden desconectar la respuesta emocional, lo que produce secuelas como el trastorno de estrés postraumático o el trastorno negativista desafiante.

La terapia de juego de liberación implica el uso de actividades y técnicas de juego, así como el juego de simulación, para ayudar a los niños a expresar lo que sienten por medio del juego. Estas actividades les dan la capacidad de liberar la agresión, el miedo y otros problemas que no hayan podido resolver por sí mismos hablando de ellos o usando el juego imaginativo.

Este capítulo ilustra la forma en que el uso de la terapia de juego de liberación puede ayudar a los niños a superar problemas psicológicos por medio de distintos métodos y técnicas. Esta forma de terapia permite que los niños cuenten con los componentes necesarios para liberar los sentimientos difíciles o para representar las respuestas traumáticas que afectaron su desarrollo psicológico.

CONCEPTOS BÁSICOS, METAS Y TÉCNICAS

La terapia de juego de liberación tuvo un impacto importante en la ayuda brindada a los niños para sanar. Sin embargo, antes de que este tratamiento pueda usarse con niños deben cumplirse ciertas condiciones. La terapia de juego de liberación debe ofrecer a los niños un sentido de seguridad y apoyo de modo que experimenten sus sentimientos. Cuando la fortaleza del yo del terapeuta está involucrada en el juego, el niño puede repetir y recrear un evento traumático sin desconectar los sentimientos que debían ser expresados en la experiencia real. Es posible realizar ciertos tipos de terapia de juego de liberación de modo que los niños se diviertan a la vez que liberan los sentimientos de ansiedad, enojo y otras reacciones negativas, lo que por ende permite que empiece la curación psicológica. Además de dar a los niños la libertad de jugar, el terapeuta también debe cumplir un papel importante en la facilitación del juego a fin de que los niños puedan asimilar el evento traumático de manera lenta y sin alterarse. Si los niños saltan al juego demasiado rápido, pueden volver a traumarse por el juego o ponerse demasiado ansiosos para seguir adelante. Los niños que se encuentran en la etapa preoperacional del desarrollo corren el riesgo de volver a traumarse por el juego. Cuando son mayores, el juego de simulación no es la primera elección. En esas etapas los niños quizá prefieran juegos con reglas o más actividades entre las cuales elegir. En cualquier caso, el ambiente de la terapia de juego, junto con la relación terapéutica, permiten que la recreación o liberación de emociones suceda de una manera sencilla que permita a los niños liberarse de dificultades psicológicas que podrían afectar su desarrollo saludable y seguir adelante. El éxito de la terapia de juego de liberación ha sido demostrado de forma sistemática mediante el trabajo clínico, y si bien no es del todo "no directivo" (Axline, 1947), sigue la orientación del niño con todas las

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

características de las directrices de la relación de la terapia de juego centrada en el niño (VanFleet, Sywulak y Sniscak, 2010).

Criterios para usar la terapia de juego de liberación

Los criterios para usar la terapia de juego de liberación en niños dependen de lo que se requiera para un niño específico en una situación particular. Cuando los niños son referidos por problemas de conducta, el tipo de tratamiento se decide después de seguir la dirección de ese niño (¿es un preescolar?, ¿puede usar el juego de simulación?, ¿es retraído o muy ansioso?, ¿parece cómodo en el cuarto de juego? etcétera). Al principio debe decidirse si dicha terapia de juego se utilizará para una liberación general o una específica. La terapia de juego de liberación general (TJLG) se utiliza cuando los niños se encuentran en la etapa de latencia o son mayores y sus síntomas son de naturaleza conductual (si la conducta es vista en términos de exteriorización [sintomática del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante, un trastorno de conducta, etcétera] o de internalización [depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, etcétera]). La terapia de juego de liberación específica (TJLE) usa el juego de abreacción y crea o facilita la creación de situaciones específicas que los niños han experimentado. Por medio de la terapia de juego de liberación específica los niños pueden repetir el suceso en la seguridad del cuarto de juego con un terapeuta entrenado y permitir la expresión de las ansiedades o el enojo que fueron frustrados cuando ocurrió el trauma original.

Los criterios para los dos distintos tipos de liberación presentan diferencias importantes. Cuando se utiliza la terapia de juego de liberación general, hay muy poca restricción respecto a lo que se utiliza y cómo se hace. Esta forma de terapia se basa en técnicas que proporcionan diversión a los niños, permitiendo por ende la expresión de sentimientos en un ambiente seguro y protegido. Aunque al principio la mayoría de los niños pueden ser tratados con la terapia de juego de liberación general, sólo algunos de ellos cambiaran luego a un tratamiento de terapia de juego de liberación específica. Cuando se requiere esta última forma de terapia, es de primordial importancia considerar los siguientes criterios de modo que los niños no vuelvan a ser traumados por el juego (Terr, 1990):

1. Los problemas presentados deben ser la imagen de un síntoma definido precipitado por un evento específico en la forma de una experiencia atemorizante, como el divorcio de los padres, visitas al hospital, desastres naturales, etcétera.
2. La duración del problema no debe ser excesiva.
3. Lo más importante, el suceso o problema que sucedió debe estar en el pasado.

Los niños que son referidos para tratamiento y se encuentran todavía dentro de la experiencia (por ejemplo, negligencia de la madre, padres alcohólicos, hospitalizaciones continuas, etcétera) no podrían beneficiarse de la terapia de juego de liberación específica, pero si podrían ser favorecidos por la terapia de juego de liberación general.

Metas para el niño

Las metas para los niños que reciben tratamiento con cualquier forma de la terapia de juego de liberación son las siguientes: a) desarrollar comprensión de sus propios

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

sentimientos; b) ser capaces de expresar sus sentimientos para satisfacer mejor sus propias necesidades; c) aumentar el dominio de los sucesos o situaciones traumáticas del pasado; d) ocuparse de sus problemas y resolverlos; e) liberar la hostilidad hacia los padres, hermanos y otras personas que formen parte de su vida; f) aliviar los sentimientos de culpa que puedan haberse adherido a los pensamientos que tuvieron o tienen en el momento actual; g) tener la oportunidad de expresar con libertad todas sus fantasías; y h), lo que es más importante, desensibilizarse respecto a los sucesos pasados por medio de la repetición. Los aspectos terapéuticos de la terapia de juego de liberación incluyen la capacidad de los niños para ventilar sus procesos de pensamiento y expresar abiertamente las hostilidades o temores que pueden haber abrigado en su interior, y también para incorporar las sugerencias terapéuticas.

Los métodos que se emplean en la terapia de juego de liberación hacen uso del "principio de exteriorización (acting-out) en el juego en el grado más alto" (Levy, 1939). Es común ver a los niños representar sucesos de sus vidas hayan sido o no traumáticos. Debido a sus propiedades motivacionales intrínsecas, los niños juegan por el solo placer de jugar, y no tienen que ser motivados por los adultos para que jueguen porque el juego en sí parece satisfacer sus deseos internos (Schaefer, 1997). El juego les ofrece una experiencia de poder y control que rara vez se les permite en otras situaciones (VanFleet *et al*., 2010), y por medio del juego y la diversión los niños pueden superar muchos problemas psicológicos.

Piaget (1951) escribió sobre las etapas del juego por las que pasa el desarrollo de un niño. El juego sensoriomotor o de práctica empieza en la infancia a partir de los dos meses; en este tipo de juego los bebés se divierten con su propio cuerpo aproximadamente hasta los cinco o seis meses, y luego pueden cambiar sus acciones lúdicas para reproducir consecuencias interesantes; por ejemplo, pueden patear para poner en acción un móvil suspendido sobre la cuna. La siguiente etapa es la del juego de construcción (de los 18 meses a los tres años), que permite que los niños unan las cosas para crear un tercer objeto o situación. Esta es una forma de juego muy importante y a la cual el niño dedica gran parte de su tiempo desde los dos hasta alrededor de los siete años. Cuando usan el juego de fantasía, los niños se transforman en personas, objetos o situaciones distintos de sí mismos. Piaget creía que esta forma de juego era más asimilativa que acomodativa, toda vez que los niños adaptan la realidad a sus propias necesidades. Los niños reproducen lo que ven o las cosas sobre las que no tienen control y luego juegan a ser la persona que tiene la autoridad (la madre, el padre, la hermana, etcétera) y se sienten empoderados por esa experiencia. Aprenden cómo vivir por medio del juego de simulación; por consiguiente, cuando han pasado por algo que ni siquiera entienden, traumático o no, la recreación que realizan en el cuarto de la terapia de juego debe ser seguida y facilitada para permitir el procesamiento de las emociones a través del juego.

Para que la terapia de juego de liberación sea eficaz, las sesiones deben dedicarse por completo a la liberación del enojo, el miedo o de otras emociones negativas que se manifiestan a través de la conducta negativista en el hogar o en la escuela. Muchos padres que llevan a sus hijos a tratamiento lo hacen por su mal comportamiento en la casa o en la escuela, pero muchas veces no tienen idea de lo que pudo haber desencadenado esa conducta porque, en algunos casos, ésta se desarrolla con lentitud a

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

lo largo del tiempo. Pero una vez que empieza el tratamiento de la terapia de juego de liberación, los padres informan con frecuencia que la mala conducta de sus hijos empieza a desaparecer poco a poco y la conducta de muchos niños se revierte a una relativa obediencia. Se han dado muchos casos en que esta conducta de hecho desaparece con el tiempo, e incluso en muchas situaciones en que se empleó la terapia de juego de liberación específica los problemas desaparecieron en dos sesiones. El dominio que siente el niño sobre el suceso traumático cuando lo recrea influye en si su conducta es difícil o positiva. La meta es permitir la liberación de las emociones que fueron coartadas durante un hecho experimentado por un niño, incluso si los padres no se percataron de que dicho suceso era particularmente estresante. De hecho, muchas veces se dice que los niños que son referidos debido al inicio agudo de un problema conductual se mostraron "muy valientes" durante algún evento que experimentaron porque no lloraron ni hicieron escándalo. Esto podría ser una llamada de atención para el terapeuta de juego porque se supone que los niños lloren y se quejen cuando se encuentran en una situación que los asusta mucho.

Apoyo social

Las dificultades que experimentan los niños después de un trauma en ocasiones surgen cuando no reciben el apoyo social que necesitaban mientras sufren el trauma. El riesgo de desarrollar el trastorno de estrés postraumático puede aumentar si durante el trauma o después del mismo los padres se muestran angustiados o incapaces de actuar como tales, y depende también del grado en que el niño percibe que otras personas importantes para él se encuentran en peligro físico. Los niños necesitan estar en presencia de adultos que manejen el trauma con autoridad a fin de que puedan dejarse ir y sentir. Si el sistema de apoyo se desmorona, no pueden confiar en que los adultos los ayuden a pasar por el trauma o evento.

Un ejemplo sorprendente es el de Gary, un niño de cinco años que fue llevado a tratamiento debido a su conducta negativista. Seis meses antes de iniciar el tratamiento, Gary estuvo en un choque automovilístico traumático mientras su mamá manejaba. El niño iba en la parte trasera, en su asiento para auto, cuando otro vehículo dio un viraje brusco hacia su carril y golpeó su carro de frente. Inmediatamente después del accidente, la madre se mantuvo ecuánime y proyectó fuerza para el niño. A pesar de que el volante le aplastaba el pecho, mantuvo al niño tranquilo diciéndole que estaban bien y a salvo y que la policía llegaría pronto. Durante cinco o diez minutos fue el sistema de apoyo del niño, quien expresó su temor llorando y dejando salir sus emociones. Luego Gary le dijo a su mamá que tenía que ir al baño, lo que fue un detonante para ella porque no podía ayudar a su hijo, y empezó a llorar y a gritar por ayuda. El trauma del niño empezó en este punto y no antes. Durante la terapia de juego de liberación, al principio no realizaba ningún juego de simulación acerca del accidente, por lo que se dio inicio a la terapia de juego de liberación general. El niño pudo liberar su enojo a través de un juego en que disparaba dardos contra un blanco. Gary tenía que disparar al blanco y decir algo que odiaba. Después de un par de sesiones pudo recrear el accidente automovilístico. El juego de abreacción o terapia de juego de liberación específica no podía realizarse hasta que Gary estuviera listo para ello, por lo que

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

primero tenía que expresar su enojo con la técnica de la pistola de dardos. Una vez que lo hizo, empezó a recrear su trauma del rescate en lugar de todo el accidente. Se hizo evidente que Gary había desconectado sus emociones cuando la madre empezó a gritar y llorar. Con el tiempo el niño recreó todo el accidente y el rescate, y su comportamiento en la escuela y el hogar mejoró considerablemente.

Se han encontrado varios factores que aumentan el riesgo de que los niños desarrollen un trastorno de estrés postraumático. Como lo indica el caso de Gary, la falta de apoyo social cuando se experimentó el trauma dio origen al trastorno de estrés postraumático del niño; éste parecía manejar el hecho hasta que la madre ya no pudo soportar su liberación emocional. Algunos factores más son los siguientes (Schaefer, 1994):

1. Traumas causados por el hombre contra desastres naturales. Los niños pueden representar huracanes o tormentas eléctricas en la medida que su apoyo social sea fuerte.
2. Traumas que involucren agresión humana (violencia doméstica o maltrato físico).
3. Traumas que amenazan la vida o involucran una destrucción importante de la propiedad.
4. Angustia de los padres o incapacidad para actuar como tales después del trauma. En el caso de Gary, la reacción inicial de la madre al accidente automovilístico permitió que el niño mantuviera su barrera en contra del trauma psíquico.
5. El grado en que el niño percibe que otras personas significativas están en peligro físico. Gary no sabía que su madre estaba en peligro hasta que ella empezó a gritar y llorar.
6. La falta de comunicación entre los padres y el niño acerca del trauma.

Otro ejemplo de cómo influyen los criterios en el resultado tiene que ver con la suma de los eventos o la sensibilidad del niño al estímulo. Maggie fue referida por conducta negativista-desafiante. La historia familiar era común y corriente y parecía que el mal comportamiento de la niña "había empezado de repente". Maggie tenía cinco años y era la tercera de cuatro hermanas, todas las cuales eran rubias, salvo ella que era pelirroja. En la entrevista inicial se me dijo que la niña había empezado a mostrarse muy desafiante sin que al parecer existiera algún antecedente significativo. Cuando pregunté por las capacidades motrices gruesas y finas, los padres dijeron que la niña era muy independiente y que incluso había empezado a montar en bicicleta por sí sola. A los cinco años podía vestirse sola y abotonar y subir la cremallera de su ropa. Comentaron que la hermana menor, Haley, tuvo un pequeño accidente cuando Maggie tenía tres años. Cuando Haley tenía alrededor de 13 meses de edad, iba en el asiento para bebés de la bicicleta del papá durante un paseo en bicicleta de toda la familia. La bicicleta del papá pisó algo resbaladizo y derrapó. Haley salió disparada del asiento para bebés y chillaba en la calle, la mamá lloraba, pero Maggie fue valiente y la ayudó con la bebé. Todos se recuperaron y la historia fue dejada de lado. Cuando se le preguntó si había pasado otra cosa, la mamá dijo que ese había sido el único hecho atemorizante que había experimentado Maggie. Al continuar la discusión, la madre dijo

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

también que cuando Maggie había recibido las vacunas regulares se hinchó de manera considerable por alguna extraña reacción alérgica, pero que se recuperó cuando recibió el antibiótico correcto. La madre dijo que Maggie ni siquiera lo recordaba, pero que a los cinco años había empezado a mostrarse desafiante.

La sesión inicial de Maggie se llevó a cabo al día siguiente; llegó directo al cuarto de juego y se dirigió de inmediato al hospital de juguete situado en el piso. Pidió una bicicleta para un niñito y empezó a hacerlo montar en ella de ida y vuelta frente al hospital. Maggie me dijo que el niño llevaba puesto el casco porque era seguro hacerlo. Luego dijo "mira" e hizo que el niño cayera de la bicicleta en la calle. Luego me dijo: "Rápido, llama a la ambulancia. Tenemos que ir al hospital". Yo agarré la ambulancia y simulé el sonido de la sirena. Cuando recogió al niño, Maggie dijo: "Ponlo ahí, su rodilla se está volviendo cada vez más grande". Lo metimos en la ambulancia y nos apresuramos a ir al hospital cuando aparecieron la mamá y el papá; llevaron al niño a la sala de emergencias y un médico vino y dijo: "¿Qué tenemos aquí?" Luego el médico tomó una aguja muy larga (Maggie ilustró con sus manos que medía alrededor de 70 cm de largo y de ancho) y la metió en la rodilla del niño. Pude ver que esto había sido un hecho muy atemorizante, por lo que introduje las emociones en el juego y empecé a llorar y gritar. Maggie reía todo el tiempo, pero luego el médico dijo: "Muy bien, ¿verdad que no fue tan malo?", y los padres se llevaron al niño a casa.

Cuando terminó la sesión inicial, llamé a los padres y les pregunté si algo así había ocurrido en la vida de Maggie o si la niña había atestiguado algo similar. Dijeron que eso había sucedido cuando la niña tenía cuatro años, pero que ella estaba bien, que nunca había llorado y se había mostrado muy valiente. En ese momento les dije que la serie de sucesos estresantes ocurridos en el pasado, es decir, las vacunas que crearon una experiencia aterradora que Maggie podía ver en los rostros de sus padres, el accidente en bicicleta ocurrido cuando tenía tres años y ahora este accidente de bicicleta a la edad de cuatro años podían haberse sumado y producido una experiencia traumática para la pequeña. La única forma en que Maggie podía lidiar con ello era tratando de tomar el control de formas inapropiadas, de modo que pudiera manejar lo que sucedía. En cuanto esta sesión concluyó, Maggie empezó a parecer más contenta en casa y se tornó más obediente.

Sin embargo, en algunos casos la liberación debe ocurrir por medio de un enfoque más directivo. El juego no resulta tan sencillo para algunos niños, quienes pueden permanecer en el centro del cuarto de juego indicando que ahí no hay nada divertido o rechazando incluso los materiales de juego. Esto suele observarse en el grupo de edad de latencia (de 8 a 10 años). En esos casos se emplean las técnicas de la terapia de juego de liberación general para hacerlos sentir más cómodos y relajados. Cualquier suceso que pudiera haber ocurrido cuando eran menores podría haber sido resuelto por medio del juego de simulación, pero para ello primero tenían que divertirse y sentirse más cómodos en el cuarto de juegos.

Existen diferentes niveles de liberación que se emplean en la terapia de juego de liberación general, algunos de los cuales consisten sólo en mejorar la expresión de los sentimientos (nivel 1) y otros implican sentir la liberación de los sentimientos (nivel 3). El primer nivel de liberación se realiza con pistolas de dardos con succión, que se usan para disparar a un pizarrón con un blanco. Este blanco tiene círculos, cada

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

uno de los cuales tiene una puntuación que va aumentando del círculo exterior (10 puntos) al círculo central (100 puntos). Por lo general esto es lo primero que se usa en el tratamiento, salvo en las escuelas u otros lugares en que está prohibido el uso de armas de juguete. El terapeuta entrega una pistola de dardos al cliente y le explica: "Nos turnaremos para disparar al blanco para obtener una puntuación alta. Esto es un poco diferente a otros juegos de dardos porque diremos lo que odiamos cuando hagamos los disparos". Esos sentimientos se denominan muy a menudo sus "locuras". Para ejemplificarlo, el terapeuta dispara primero y dice algo genérico que deteste; un ejemplo común podría ser "Detesto la tarea". El terapeuta debe mostrar que entre más fuerte lo diga el cliente, más divertido será. Después de unos cuantos ensayos, el cliente por lo general termina por disparar con toda su fuerza y la liberación se siente de inmediato. Niños y adultos expresan este sentimiento diciendo cosas como "vaya", "eso se siente muy bien" o "¿puedo hacerlo de nuevo?" Lo anterior hace que la escuela se vuelva "muy divertida" y el terapeuta sigue luego la orientación del niño respecto al tema o la severidad. Esto abre el tema y deja que el niño libere el enojo dentro de un ambiente divertido y no amenazante. Las pistolas de dardos son útiles para liberar las afirmaciones de enojo y por lo general los niños disfrutan del juego a la vez que mejora su capacidad para expresarse.

En lugar de las pistolas de dardos, pueden usarse popotes y bolitas de papel para obtener un nivel equivalente de liberación, y los niños y adultos disfrutan con este tipo de liberación. Para que un tratamiento de terapia de juego de liberación general tenga éxito, el terapeuta no debe discutir nada de lo expresado por el cliente, a menos que sea éste quien lo inicie. El nivel 2 de liberación se da cuando los clientes lanzan algo sobre el pizarrón pero no pueden romperlo.

Los juguetes más adecuados para ello se denominan Sports Wall Rollers (vendidos por Rhode Island Novelty Corp). La diferencia entre las pistolas (nivel 1) y los Wall Rollers (nivel 2) es que los niños usan todo el cuerpo para lanzar el Wall Roller contra el pizarrón. Como los Wall Rollers no se pueden romper, el impacto invita a los niños a lanzarlos una y otra vez. Todavía se requiere que los niños digan lo que odian cuando lanzan los Wall Rollers. El mero lanzamiento no es necesariamente terapéutico, pero con la expresión verbal de los sentimientos empieza la terapia de juego.

El nivel más elevado de liberación (nivel 3) se logra con las pelotas para aplastar (vendidas por Oriental Trading Company) (Kaduson y Schaefer, 2001). Estas pelotas son parecidas a huevos de gallina y están formados por una cubierta de plástico en el exterior con agua y una pelota amarilla (similar a una yema) en el interior. Esta técnica ha sido utilizada no sólo con niños en edad de latencia, sino también con adolescentes y adultos jóvenes. Se entrega al cliente una pelota para aplastar (o para lanzar un "huevazo") y el terapeuta le explica que se emplea para sacar los sentimientos que nos molestan. Una vez más, se explica que a menudo se llama "locuras" a esos sentimientos. Para ilustrar la técnica, el terapeuta toma la pelota o huevo para aplastar y la lanza contra una pizarra a la vez que dice algo que detesta. La mayoría de los niños se involucran con facilidad en el juego toda vez que antes dispararon y lanzaron cosas contra la pizarra. Es necesario que el terapeuta muestre que entre más fuertes sean el lanzamiento y el grito, más divertido será. Después de unos cuantos ensayos, los clientes por lo general terminan por lanzar la pelota con toda su fuerza y la liberación

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

se siente de inmediato. Lo más divertido ocurre cuando se rompe la pelota o huevo para aplastar; eso ocasiona que el agua dentro del huevo salpique todo el cuarto y los niños se emocionen por su fuerza física. (Algunos niños dicen cosas como "Soy muy fuerte", "De verdad debo odiar eso", "Quiero hacerlo de nuevo"). Niños o adultos expresan este sentimiento después de lanzar la pelota o huevo para aplastar diciendo cosas como "vaya", "eso se siente muy bien" o "¿puedo hacerlo de nuevo?" La situación se vuelve tan divertida que los niños se muestran dispuestos a mencionar todo lo que odian. El terapeuta toma un turno después del niño y en ese momento puede hacer una insinuación, como cuando dice "detesto que la escuela dure tanto"; al hacerlo, se refiere a los problemas que el niño tiene en la escuela y luego sigue la orientación del niño en cuanto al tema o la gravedad del problema. Esto abre el tema y permite que el niño libere su enojo en un ambiente divertido y no amenazante. Una vez que el problema está abierto, el juego con las miniaturas resultará más sencillo incluso para un niño mayor, de ser necesario. Una clave para que esta liberación sea eficaz es que el terapeuta no discuta nunca lo que el niño ha dicho, sino que se muestre de acuerdo, de modo que el niño pueda sentirse seguro y validado. El solo hecho de permitir la liberación empieza el proceso que el niño necesita. No importa que la liberación que sigue sea situacional o específica. La meta es liberar el enojo, el temor u otros sentimientos, facilitar la expresión verbal de los mismos y permitir luego la abreacción por medio del juego durante tanto tiempo como el niño lo necesite. Cuando el niño está listo, el juego termina, y en la mayoría de los casos los padres informan que su conducta ha mejorado en la casa o en la escuela.

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO

Como se plantea con claridad en el libro de Schaefer titulado *The Therapeutic Powers of Play*, el juego puede ayudar por sí mismo a los niños a comunicarse, toda vez que constituye el lenguaje del niño (Schaefer, 1993). Los niños juegan incluso cuando han experimentado algo que los asustó porque el juego en sí es gratificante e intrínsecamente motivador (Kaduson, 1997). En relación con la terapia de juego de liberación, operan varios factores terapéuticos.

Superación de la resistencia

Cuando los niños entran al cuarto de juego, están penetrando a su propio mundo. El juego les permite sumergirse en sus problemas sin que se hagan preguntas. Los niños que llegan a tratamiento recelan de hablar con un adulto desconocido, pero por medio del juego pueden expresarse sin ser interrogados. El juego es la mejor manera de crear una alianza con un niño que necesita tratamiento.

Comunicación

Los niños usan al juego como su lenguaje. No les resulta sencillo emplear palabras para transmitir sentimientos por lo menos hasta la etapa de desarrollo de las operaciones formales, alrededor de los 11 o 12 años (Piaget, 1951). Les resulta fácil jugar o expresar sentimientos difíciles en la medida que sientan que el ambiente es emocionalmente seguro o que "se trata sólo de un juego". El juego es una forma especial de comunicación porque es principalmente no verbal y constituye un lenguaje muy distinto al

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

lenguaje verbal. De acuerdo con Piaget (1954), el juego de simulación "ofrece al niño el lenguaje individual, vivo y dinámico que es indispensable para la expresión de sus sentimientos subjetivos, para lo cual resulta inadecuado el lenguaje colectivo por sí solo" (p. 166). También es importante entender que la comunicación por medio del juego se realiza a dos niveles; uno es el nivel consciente en que el niño recrea eventos, pensamientos o sentimientos de los que está al tanto pero que no puede expresar en palabras, debido quizá a lo limitado de su vocabulario. Esto se ve a menudo en niños que sufrieron abuso sexual y que no pueden decir lo que les ocurrió, pero pueden recrearlo en el juego. En el otro nivel, los niños usan el juego para expresar sus conflictos inconscientes; quizá no estén al tanto de todo a nivel verbal, pero por medio del juego expresan emociones que posiblemente desconocían por completo.

Aunque muchos niños parecen hacer buen uso del lenguaje para comunicarse, no sucede lo mismo con las emociones. Pero si un niño juega, puede apreciarse lo que está sintiendo debajo de su capacidad verbal. Esta generación tiene muchos niños con habilidades verbales que les permiten expresarse muy bien, pero la capacidad cognitiva y social o emocional no son lo mismo que el desarrollo.. Usar el lenguaje y tener una gran habilidad verbal no significa en absoluto que un niño entienda la expresión emocional.

Resulta interesante que el proceso por medio del cual se desarrolla la comunicación a través del juego. En el nivel consciente, el juego permite a los niños expresar cosas que no pueden comunicar en palabras, o que ni siquiera tienen las palabras para describir. A nivel inconsciente, el juego les permite expresar sus deseos y conflictos sin ser siquiera conscientes de lo que hacen. Por consiguiente, el juego es una herramienta muy poderosa para los niños en tratamiento.

Dominio

Como el juego es automotivado, satisface la necesidad innata de los niños de explorar y dominar su entorno (Berlyn, 1960). Los niños rara vez tienen la experiencia de control en sus vidas, salvo cuando juegan. En el juego los niños tienen control de todo lo que sucede, y al recrear mediante el juego situaciones similares a las que experimentaron en la vida real pueden llegar a dominarlas. En el juego, este sentimiento de dominio o eficacia aumenta la autoestima del niño, permite que los sucesos le parezcan menos amenazantes y lo ayuda a sentir que es el dueño de su propio destino. Debido a que el juego es intrínsecamente motivador, permite que los niños jueguen sin cesar con algo hasta que lo dominan, lo que les deja un gran sentido de competencia.

Abreacción

Sin duda, el poder más importante del juego en relación con la terapia de juego de liberación es la capacidad para la **abreacción**; ésta consiste en revivir una experiencia pasada en la seguridad del juego, lo que permite a los niños expresar emociones que fueron coartadas en el momento de la situación original. Cuando los niños sienten ansiedad por algún suceso estresante del pasado, pueden recrearlo en el juego poco a poco y asimilar piezas del mismo a una velocidad que pueden controlar. Cuando lo logran, los niños obtienen un sentido de dominio sobre un hecho que los traumó antes. En el juego de simulación, es "como si" fuera real,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

pero los niños pueden proyectar sentimientos en los muñecos, carros o cualquier cosa con la que estén jugando, y tienen control del resultado.

Catarsis
La catarsis se define como la activación y descarga de fuertes emociones (positivas y negativas) para el alivio terapéutico (Schaefer, 1994). Para la mayoría de los niños, la mera liberación del afecto es terapéutica; les brinda tranquilidad por medio de la liberación de la tensión y el afecto sobre objetos inanimados (sacos de arena para golpear, pelotas, muñecos). Los niños pueden liberar la tensión, el enojo, el dolor o cualquier otro sentimiento negativo en el cuarto de juego sin miedo a las represalias. La catarsis es un factor terapéutico fundamental que comparten muchas escuelas de psicoterapia (Greencavage y Norcross, 1990). La liberación brinda a los niños una sensación de alivio. Dado que la ansiedad suele asociarse con experiencias pasadas o actuales que les producen desasosiego, la liberación de esa ansiedad puede lograrse a través de la diversión y las risas asociadas con el juego. Muchos niños encuentran que este solo hecho los alivia de su tensión y permite una mejoría casi inmediata de la relación terapéutica porque el terapeuta se une en el suceso.

Desensibilización
El juego en sí puede reducir la ansiedad por el proceso de desensibilización sistemática. Cuando los niños repiten el juego en la terapia, se sienten relajados y seguros, lo que contrarresta y neutraliza el temor, de modo que pueden realizar la conducta deseada de recrear el evento traumático (Schaefer, 1994). Aunque muchos niños lo logran por sí solos, en la terapia de juego de liberación específica el terapeuta debe ser capaz de facilitar el juego a fin de que los niños puedan sentir la fortaleza del yo del terapeuta y recrear la experiencia que les ocasionó tanta aflicción. El juego permite a los niños asimilar tan poco como deseen de la experiencia pasada, y al hacerlo una y otra vez pueden resolver los problemas psicológicos asociados con el trauma o evento.

PAPEL DEL TERAPEUTA

El terapeuta de juego tiene que ser muy versado en el desarrollo infantil, así como en los poderes terapéuticos del juego, para poder contribuir a la curación de los niños por medio de cualquier forma de terapia de juego. En particular, el terapeuta de juego de liberación debe poder cambiar su papel a lo que se necesite en el momento durante el tratamiento. Por supuesto, la tarea más importante es establecer rapport con los niños tratados. De hecho, la terapia de juego de liberación no debe llevarse a cabo hasta haber establecido el rapport. Sin una relación terapéutica no existe terapia. Si un niño es referido por problemas de enojo, ansiedad o cosas similares, es posible que después de que se ha establecido el rapport, el terapeuta deba ser más directivo al principio del juego para introducir las técnicas. Esto podría iniciar el proceso que el niño necesita para disminuir su conducta con cargada emocionalmente. Una vez que el niño se ha familiarizado con esta liberación, esto puede hacerse cada semana (lo que es común en el caso de los preadolescentes y los adolescentes). El terapeuta introduce esta técnica y luego sigue la orientación del niño. Durante el tratamiento, un niño elige esta técnica a menudo porque se siente bien y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

es divertida. Esas dos cualidades le permiten ir más al fondo de cualquier alteración psicológica que pueda tener y llegar al punto en que pueda deshacerse del pensamiento o la conducta que muestra fuera del cuarto del juego.

El otro papel del terapeuta de juego es similar al de la terapia de juego centrada en el niño. El terapeuta sigue la orientación del niño para ayudarlo a resolver problemas psicológicos. En ambos tipos de terapia de juego, la fortaleza del yo del terapeuta es lo que ayuda a los niños a explorar más a fondo una experiencia pasada. En la terapia de juego de liberación, el terapeuta prepara el juego antes de que el niño llegue al cuarto de juego y le ofrece juguetes en miniatura que pueden reproducir todo lo que se conoce desde la perspectiva de los adultos que forman parte de su vida. Al proporcionarle un hospital en miniatura con médicos, enfermeras, etcétera, y al tener conocimiento de los procedimientos realizados, el terapeuta puede ayudar a un niño a recrear poco a poco un trauma anterior. Sin embargo, muchos niños con un trastorno de estrés postraumático o que acaban de tener un cambio conductual carecen de la capacidad de expresar los sentimientos que los muñecos tienen durante el suceso. El papel del terapeuta es mejorar esa experiencia siendo el "niño" en el juego, y cuando algo parece aterrador, el terapeuta puede decir o demostrar lo asustado que tendría que haber estado el niño, incluyendo la expresión de palabras y afecto. A los niños les parece muy divertido cuando el terapeuta simula "gritos" o "llantos", y eso les permite continuar con el juego sin la ansiedad que podría estar asociada con las emociones que experimentaron en el pasado pero que no expresaron nunca.

Carl, un niño de cinco años con síndrome de Asperger, tuvo que ser sometido a una batería de pruebas en un hospital. Aunque su madre estaba a su lado en el cuarto, el niño estuvo solo cuando se le practicaron muchas de las pruebas. La experiencia de estar en el hospital le resultó tan aterradora que Carl desconectó todos sus sentimientos cada vez que era alejado de su madre para practicarle las pruebas. Cuando Carl empezó a recrear la experiencia en el hospital, se identificaba con los médicos para poder representar dicha experiencia. El terapeuta se unió luego al juego y tomó el papel de Carl expresando todas las emociones (enojo y temor) por medio de gritos y quejas mientras los médicos lo llevaban a diferentes partes del hospital. En particular, Carl fue sometido a un procedimiento en que recibió una inyección de una tintura para que los médicos pudieran apreciar el contraste en las imágenes obtenidas por resonancia magnética (IRM). Cuando Carl fue llevado en la cama del hospital a la sala de examen, el terapeuta empezó a gritar y a llorar muy fuerte. Carl empezó a reír cuando el terapeuta lloraba, sacó la cama del cuarto de exámenes y luego regresó con rapidez a dicha habitación para que el terapeuta pudiera hacerlo de nuevo. Esta parte se repitió varias veces y Carl pudo mejorar el juego todavía más, procesando pequeñas partes de información adicional tal como ocurrían durante el juego. Cuando concluyó la terapia, Carl pudo contar la historia de lo que sucedió y representar cualquier parte de la misma como el niño o los médicos.

El terapeuta también debe ser capaz de facilitar el juego cuando los niños se retiran, pero debe estar también muy al tanto de la psique del niño para que éste no entre en el juego demasiado rápido. Al principio los niños pueden estar totalmente dedicados al juego y divertirse al mostrar lo que pudo haberles ocurrido. Sin embargo, a veces saltan al juego con demasiada rapidez y se "retirarán" del mismo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Esto se observa cuando los niños parecen cambiar por completo la dirección del juego o cuando empiezan a jugar con otras cosas que no reflejan el juego al que estaban tan dedicados. Este retraimiento puede obedecer a varias razones; cuando los niños se ponen ansiosos, pueden sentirse incómodos y salirse del juego que empezaron. Si el juego les produce más ansiedad, los niños no pueden tolerarla, por lo que quizá empiecen a hablar acerca de otra cosa o cambien de ubicación para poder manejar el aumento del sentimiento. Es tarea del terapeuta seguir la dirección del niño y conectarse con cualquier cosa en la que esté enfocado ahora. El terapeuta debe respetar esta retirada del juego, pero debe hacer que el niño reingrese al juego terapéutico a un ritmo más lento. Esto se hace dentro del juego. El terapeuta sale del papel cuando el niño se retira y puede discutir cualquier cosa que éste proponga, pero luego regresa a su papel y trata de atraer de nuevo al niño al juego original. Casi siempre al niño le resulta fácil regresar, pero si la ansiedad es demasiado fuerte, el juego puede descontinuarse en ese momento. Sólo con la ayuda del terapeuta los niños pueden hacer lo que es necesario para recrear muchos problemas o traumas estresantes que han experimentado.

Otro papel de suma importancia que debe realizar el terapeuta es detener el juego cuando éste vuelve a traumar al niño. Existen muchas publicaciones sobre lo que se denomina juego "retraumatizante" (Terr, 1991). No es lo mismo que el juego común, y en realidad puede ser dañino para el niño. Este tipo de juego es robotizado y no hay ningún tipo de expresión del niño, sino que éste repite el mismo juego una y otra vez. Muchos niños pueden exhibir este juego justo después de un hecho traumático, y de ser así, se ven obligados a hacerlo, pero durante este proceso se asustan a sí mismos. Cuando se emplea la terapia de juego de liberación, el terapeuta debe conocer bien este tipo de juego para saber cuando abandonarlo por completo y reorientar al niño a otra actividad. El terapeuta debe cerciorarse de que la seguridad se mantenga siempre en el cuarto de juego, y el juego retraumatizante no es seguro para el niño.

PAPEL DE LOS PADRES

La participación de los padres en la terapia de juego de liberación tiene que ver sobre todo con muestras de apoyo y una actitud abierta y comprensiva del problema del niño. Los padres se sienten muy orgullosos cuando sus hijos se muestran "valientes" durante algún suceso, pero eso no ayuda a los niños a afrontarlo. Los padres que asumen el control durante algún suceso que es atemorizante para un niño por lo general le proporcionan un entorno que es psicológicamente seguro, por lo que el niño es capaz de demostrar o expresar cualquier sentimiento que haya tenido en el momento del hecho. Es más probable que aparezca el trastorno de estrés postraumático cuando un niño experimenta lo contrario debido a que los padres se muestran inaccesibles o a que estuvo solo en el momento del hecho.

Los padres son a veces la pieza más importante del tratamiento. Si pueden brindar el apoyo que el niño necesita, entonces pueden facilitar la experiencia terapéutica de su hijo siguiendo algunas de las directrices establecidas por el terapeuta de juego de liberación.

Cuando un niño es sometido a la terapia de juego de liberación, se pide a los padres que sean efusivos cuando prestan atención a las conductas positivas del niño a

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

fin de equilibrar sus emociones mientras resuelve un evento. Se les instruye para que lleven un "libro de buena conducta" del niño. Esas instrucciones consisten en hacer una lista de las conductas que se espera que realice el niño, así como de otras buenas conductas observadas. En muchos casos en que un niño necesita recibir terapia de juego de liberación, su conducta puede ser difícil, en el mejor de los casos, cuando está en casa. Por ende, es necesario cambiar la crianza a un enfoque más positivo.

Se proporciona a los padres una libreta para que lleven el registro de las conductas y se les muestra cómo hacerlo. Deben decirle al niño en voz alta cuál es la conducta y escribirla al mismo tiempo. Esto refuerza las conductas positivas que son escuchadas y vistas. Deben empezar cuando se "levantan" (cuando salen de la cama) y terminar la última línea de esa página cuando "se van a la cama"; en medio están las conductas que los padres reportan y registran. Se pide a los padres que escriban sólo dos o cuatro palabras, porque los niños no atienden a más de eso a la vez, y luego deben compartir las conductas registradas con otra persona importante para el niño (la mamá, la abuela, etcétera). Cuando se hace esto, sólo se necesita que el niño esté en la casa, pero no justo al lado del padre que participa en el registro. Si se hace por teléfono, entonces la persona a la que el padre llamó para comentarle pedirá hablar con el niño sólo para reforzar lo que fue escuchado. La última lectura del libro de buena conducta del niño se hace antes de ir a la cama durante la rutina normal de la hora de dormir. Lo anterior no reemplaza las actividades normales de los padres, sino que se hace además de ello. Exagerar lo positivo permite que el niño se sienta más seguro cuando realiza su trabajo terapéutico en el cuarto de juego.

Después de la primera semana se revisan los problemas que pueden haber enfrentado los padres, y al parecer muchos hacen los mismos comentarios. Cuando los padres dicen que a sus hijos no les gusta escuchar lo mismo todos los días, el terapeuta los tranquiliza indicando que las conductas que incluyen en la lista de verdad son "buenas conductas", pero que nadie les había prestado atención antes. También podrían ser conocidas como conductas esperadas. Si los padres continúan después de la resistencia del niño, la atención positiva será apreciada. Por desgracia, a muchos padres les resulta difícil cambiar el estilo de su crianza, de modo que si los niños se quejan, eso les da una salida fácil. Los niños quieren el *statu quo*, incluso si éste es atención negativa. El terapeuta debe modelar la atención de esas conductas esperadas con la emoción requerida para aumentar la aceptación de los niños de lo que en realidad es su buena conducta.

APLICACIONES CLÍNICAS

Dado que la terapia de juego de liberación puede emplearse en diferentes tipos de alteraciones, a continuación se presenta un breve resumen de la forma en que cada aspecto de esta terapia puede ser benéfico para estos problemas.

La ansiedad subyace a muchos de los problemas psicológicos de los niños. Aunque la mayoría de la gente experimenta cierto grado de ansiedad, ésta puede tornarse agotadora cuando abruma a los niños y las conductas empiezan a cambiar. No es tan sencillo como decir "vas a estar bien" porque la mayoría de los niños que son referidos a tratamiento no lo creen. No se sienten bien. Por ende, la liberación catártica (por ejemplo con las pelotas o huevos para aplastar) ofrece un alivio deseado a los niños

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que tienden a guardárselo todo o que no son alentados a que liberen su ansiedad de cualquier manera. Muchos padres no quieren que sus hijos les tengan miedo, pero en las generaciones pasadas esta era una forma de crianza "normal". Aunque muchas veces era irracional, en esta forma de crianza los niños hacían lo que se les decía sin cuestionarlo. Los niños de esta generación poseen gran habilidad verbal. Los padres no quieren que sus hijos les teman y por ello los animan a expresar sus sentimientos. El problema con el cambio fue que no existe una manera innata de manejarlo. Lo único que los padres conocen es la crianza que recibieron, y cuando tratan de criar a un niño con habilidad verbal no siempre hacen un buen manejo de la situación.

La mayoría de los padres no quieren que sus hijos se sientan ansiosos o que actúen con enojo hacia otros. Sin embargo, existen padres que muestran tanto su propio enojo y ansiedad que el niño se siente obligado a reprimirlo todo. Cuando un niño comienza a tener conductas que molestan a otros, la mayoría de los padres llevan a su hijo a tratamiento. La libertad de decir lo que uno "detesta", sin discusión posterior, permite que los niños procesen la información y la exterioricen, en lugar de guardársela y pensar en ella de manera constante. Es muy importante que el terapeuta permita que los niños digan cualquier cosa sin discutirlo. La discusión verbal acerca de diferentes asuntos puede hacer que el niño se cierre de nuevo. Cuando se emplea esta técnica, los niños deciden si quieren seguir por si solos o si toman turnos con el terapeuta. Cualquier forma es eficaz. Seguir la orientación de los niños es de suma importancia para que se sientan seguros y puedan liberar sus sentimientos a su propio ritmo.

El **manejo de la ira** es una frase común en el tratamiento de niños que exhiben comportamientos asociados con lo que los adultos conocen como conductas "destructivas", "disruptivas", "mal comportamiento" o "falta de autocontrol". Existen muchos libros acerca del manejo de la ira; sin embargo, son de naturaleza instruccional y la mayoría de los niños saben qué hacer cuando están enojados, pero no lo hacen. En la terapia infantil, uno puede preguntar a un niño qué se debe hacer si sucede algo que podría producir una respuesta explosiva, y aunque la mayoría de los niños saben exactamente lo que deben hacer, no lo hacen. La terapia de juego de liberación les permite sacar el enojo y ser validados. A los padres les resulta sumamente difícil hacerlo cuando el niño ha hecho algo que es muy molesto para alguien en la escuela, la casa o en público. En esas situaciones es muy común que los padres muestren su enojo y frustración cuando el niño empieza a mostrar sus propios sentimientos ante lo mismo. Los padres quieren que sus hijos manejen sus sentimientos, pero el uso de las palabras no ayuda a los niños si los pensamientos siguen corriendo por su cabeza. Permitir que el niño diga cualquier cosa en el cuarto de juego le ofrece un lugar en que puede sacar y deshacerse del pensamiento negativo que produce el enojo, sin importar que provenga de algo irracional como el divorcio de los padres, el fracaso escolar, los problemas de aprendizaje o cualquier otra cosa que el niño lleve a la sesión.

El trastorno de estrés postraumático no siempre se ve al principio cuando un niño es referido por un padre o maestro. Pero el juego permite que sea observado cuando el niño se siente lo suficientemente seguro para recrearlo. La terapia de juego de liberación le ofrece eso al niño de manera natural. Un niño puede entrar al cuarto de juego terapéutico y ser atraído de inmediato por los juguetes que son necesarios para su curación psíquica. El terapeuta sigue las "pistas" del niño por

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

medio del juego para determinar lo que éste necesita. Curiosamente, también puede emplearse con adultos jóvenes si la experiencia traumática ocurrió cuando eran niños y no pudieron recrearlo en ese momento. La terapia de juego de liberación facilita el trabajo psicológico que se necesita para resolver problemas como esos. El juego de roles tiene el poder de hacer que la situación parezca ser "como si" fuera real. Este aspecto del juego puede dar al niño la distancia psíquica del suceso que necesita para recrearlo. También permite a los adultos "ver" lo que los niños experimentaron en su pasado.

APOYO EMPÍRICO

La terapia de liberación se ha empleado desde la década de 1930. David Levy describió una serie de tres experimentos con niños en situaciones estandarizadas para el estudio de la rivalidad entre hermanos. "Se cuenta con mucha evidencia de que la conducta de los niños en la terapia de juego… influye en la relación con la madre real y el niño" (Levy, 1939). También describió buena parte de su trabajo con los terrores nocturnos de los niños. Los trabajos de Levy enfatizan también que en ninguno de los casos existe una respuesta fácil y que los métodos "son modificados principalmente por la comprensión inmediata del terapeuta de la propia respuesta del niño" (Levy, 1976, p. 182). Ahora existen muchos artículos publicados acerca de la forma en que la terapia de juego puede ayudar a los niños con problemas psicológicos. Una parte considerable de la investigación actual ilustra la eficacia de la terapia de juego (Ray, Bratton, Rhine y Jones, 2001).

CASO ILUSTRATIVO

El señor y la señora L. llevaron a su hijo Joey a tratamiento cuando éste tenía cinco años de edad. Los padres de Joey se habían divorciado de manera amigable alrededor de un año antes del inicio del tratamiento y atribuían a este hecho la conducta negativista y desafiante del niño.

Fueron referidos a tratamiento por su pediatra, quien pensó que Joey podría expresar su enojo a través del juego y que sus padres podían aprender mejores habilidades de crianza. Durante la entrevista inicial, el señor y la señora L. se mostraron muy abiertos respecto a la forma en que su relación pudo haber afectado a Joey, cuya conducta negativista les preocupaba por igual ya que ambos tenían problemas para criarlo. Todos los hitos del desarrollo se encontraban en su rango normal, aunque Joey empezó a caminar y hablar a edad muy temprana. Joey parecía ser un niño sin complicaciones hasta alrededor de un año antes, cuando sus padres se divorciaron. El niño no presenció peleas, y dado que pasaba la mitad de su tiempo con cada padre, éstos estaban convencidos de que era el divorcio a lo que el niño se oponía. Joey iba en preescolar, y académicamente aventajaba a sus pares. Ambos padres dijeron que mucha gente pensaba que Joey era mayor por su altura y por su habilidad verbal, por lo que en ocasiones las expectativas eran demasiado altas. Empezaron a informarse acerca de los temas del desarrollo, pero no sabían con certeza cómo ayudar a su hijo. La entrevista inicial del señor y la señora L. se hizo en ausencia de Joey, y ahí se proporcionó toda la información concerniente a los primeros cuatro años de vida del menor.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En la siguiente reunión, Joey entró por sí solo al cuarto de juego donde se realizó la primera sesión de juego. Al niño le resultó sencillo separarse de sus padres y entrar al cuarto de juego. Le habían dicho que podía jugar con lo que quisiera y que la única regla era que no podía limpiar. El niño pareció tomárselo con calma y se fue directamente hacia los carros y camiones. Los sacó y empezó a alinearlos de modo que los carros de carrera iban primero, luego los carros familiares seguidos de los camiones con remolque. Dado que el señor y la señora L. me habían contado de su fascinación por ese tipo de juguetes, no me pareció que hubiera nada destacado en su juego. Joey quería jugar conmigo y me pidió que alineara los carros como preparación para la carrera. Luego usó los carros de tracción y dio inicio a la carrera. Joey soltaba dos de los carros al mismo tiempo y me indicó que aplaudiera cuando llegaran a la línea de meta. Esto se repitió en numerosas ocasiones y sin duda era Joey el que estaba a cargo del cuarto de juego. Me dio instrucciones de qué poner en qué orden, y cuando la carrera empezó, me dijo que usara la pistola para disparar al aire de modo que pudieran saber cuándo salir. Obviamente, tenía un gran conocimiento de las carreras de autos, y se hizo evidente que eso era un amor compartido por su papá y su mamá. El juego continuó sin interrupción y luego le di una advertencia tres minutos antes de que terminara el tiempo de la sesión. Fue evidente que Joey lo entendía, ya que empezó a regresar los carros al "terreno" en que quedarían estacionados para otro día de carreras por venir.

Joey no tuvo problemas en la transición del cuarto de juego para regresar con sus padres. En el camino me dijo: "Vaya, de verdad fue divertido. Quizá la próxima vez podamos jugar acerca de cómo me tragué una moneda". Esto no había sido mencionado en la entrevista inicial, pero cuando llamé luego a los padres, ambos coincidieron en que en realidad se había tragado una moneda cuando estaba en casa de su abuela, pero que todo había sido resuelto y que nunca había llorado. Ambos reconocieron que eso había sido sorprendentemente valiente para un niño de cuatro años (más o menos al mismo tiempo que había concluido el divorcio). Dijeron que, por supuesto, lo habían llevado al hospital y que la moneda fue extraída, pero que la abuela no pudo ir porque estaba confinada en una silla de ruedas, y que aunque al final llegaron (el servicio telefónico no funcionaba adecuadamente), el niño había llegado solo al hospital en la ambulancia. Se reunieron con él en el hospital y lo acompañaron durante el resto del evento. Le pedí a cada uno de ellos que me contara tanto detalle como pudiera recordar para poder preparar el juego antes de que Joey entrara al cuarto de juego. Quería producir con miniaturas una imagen tan realista como fuese posible de modo que Joey pudiera representar lo que había sucedido. Ambos padres dijeron que el niño nunca había parecido afectado en el momento del hecho, por lo que pensaban que nada lo molestaba. Les dije que posiblemente tenían razón, pero que como él lo había pedido, quería permitirle que lo representara.

En la siguiente sesión, Joey llegó conmigo al cuarto de juego y se volvió todo sonrisas cuando vio el hospital, la casa, la ambulancia y los otros vehículos que "necesitaba" para representar lo que había ocurrido. En aras de facilitar el juego, tomé la iniciativa, elegí un muñeco de acción que simulaba un niño de 4 años y dije: "A este niñito le sucedió algo malo en la casa de su abuela, algo que tiene qué ver con una moneda". Joey se unió de inmediato y dijo: "Yo sé lo que le pasó. Se

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

lo mostraré". Le pregunté cuál era el nombre del niño y de inmediato sugerí "niño pequeño". Esto tenía el propósito de mantener el juego a una distancia suficiente para que Joey pudiera representar poco a poco lo sucedido sin que "Joey" fuera el punto principal de atención. Le gustó el nombre de "niño pequeño" y dijo: "Rápido, tenemos que preparar la ambulancia para llevarlo. El niño pequeño se tragó una moneda y se rompió la pierna". Seguí luego su orientación y le llevé una ambulancia. Joey quería que fuese tan real como lo recordaba, por lo que dijo "necesitamos que los *ambulanceros* lo recojan en la casa de la abuela y lo lleven al hospital". Los *ambulanceros* eran los paramédicos que fueron a casa de la abuela cuando ésta llamó al 911. La abuela no pudo ir en la ambulancia con el niño porque era inválida y estaba en una silla de ruedas. Era claro que esta no era la mejor de las circunstancias, pero parecía bien hasta que hubo una verdadera emergencia. Tuve que sacar dos muñecos de acción que parecían paramédicos y se los entregué a Joey, quien los tomó y puso al niño pequeño en la camilla. Amarró al niño pequeño, pero tuvo dificultades para colocar las manos del muñeco alrededor de la camilla para llevarla. Pidió ayuda y yo hice lo que me indicó.

Luego dijo: "Rápido, mételo en la ambulancia. Tenemos que sacar la moneda". Yo introduje al juego lo que suponía que era una pieza importante que faltaba y pregunté: "¿Están ahí su mamá o su papá?" El niño pareció muy sorprendido y dijo: "Mamá, papá, sí, sí, ahí están". En ese momento Joey empezó a hacer el sonido de la sirena, aunque quienes iban en la ambulancia eran sólo las personas de rescate que lo llevaban. Luego me preguntó: "¿Sabes cómo llaman a esas personas (señalando a los *ambulanceros*)?" Yo dije que no y él continuó: "¡Los llaman hospitales!" Me mostré de acuerdo con toda la información que me dio. Averigüé que mientras estaba solo en la ambulancia, escuchó a los dos paramédicos hablar acerca de a qué hospital lo llevarían. Supe que ese había sido un evento que habría resultado difícil sobrellevar incluso si los padres estuvieran ahí, pero ambos habían sido llamados y ninguno recibió la llamada a tiempo.

En cuanto Joey metió al niño pequeño en la ambulancia, empezó a hacer de nuevo el sonido de la sirena y en esta ocasión la ambulancia viajó al hospital. En cuanto dijo que habíamos llegado, me pidió que trajera a una enfermera que llevara al niño pequeño adentro. De nuevo pregunté: "¿Van a ir con él su mamá o su papá?" Una vez más respondió con sorpresa: "¿Mami, papi, dónde? Oh, sí, ahí están". Luego elegí lo que podría haber sido una enfermera, pero él se refería a los dos paramédicos que lo llevaron al hospital. Ellos llevaron luego al niño al hospital y lo pusieron en una silla de ruedas. Otra enfermera lo llevó en la silla de ruedas para revisar el "latido de su corazón". Cuando la enfermera empujaba la silla del niño pequeño, Joey hizo de nuevo el sonido de la sirena. Era claro que esto formaba parte del trauma, si no es que el trauma completo, pero yo facilité el juego para permitirle recrear lo que tenía que mostrar y procesar. Después de escuchar el latido de su corazón (por medio de un electrocardiógrafo que formaba parte de las piezas del hospital de juguete y que no era en realidad algo por lo que hubiera pasado), dijo: "Llévenlo a la cama ahora".

Luego apresuré mucho el juego diciendo: "Doctor, ¿va a sacar la moneda?" Él respondió: "Sí, sí", pero luego se salió un poco del juego y dijo: "El hospital tenía un

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cuarto de juego y algunos juguetes". Yo seguí con él y reflejé: "Tenían juguetes en el hospital". El niño preguntó: "¿Qué es esto?" Sostenía una cama de hospital, pero tenía una rueda rota; luego eligió rápidamente otro objeto y preguntó: ", ¿qué es esto?" No necesitaba saber lo que eran, pero resultó evidente que en ese momento requería cierta distancia del juego. Me le uní en esta parte del juego, de modo que pudiera sentirse seguro y supiera que podía continuar haciendo lo que quisiera.

Al cabo de unos pocos minutos el niño dudó y yo dije: "Doctor, ¿va a sacar la moneda?" Joey regresó al juego y dijo con confianza: "Sí, claro, ¿sabe cómo hacerlo?" Empecé a responder y él continuó: "Lo sé, lo sé. Lo escuché antes. Se pone oscuro y luego sacamos la moneda". Pude ver que su reingreso al juego fue fuerte y que en realidad se había preparado para la operación. Me dijo que el niño podía permanecer en su cama y que tenía que abrir la boca y decir "Ahhhh". Yo hice esa parte y él sacó la moneda y dijo: "Muy bien, la tenemos. Ahora está bien".

Esperé a ver cuál sería su siguiente movimiento, y él habló por el médico y dijo: "El niño tiene que permanecer ahora en el hospital durante 10 días más y su mamá y su papá deben estar con él todo el tiempo". Joey se rió de su idea y me dijo: "Así es como sucede". Yo reí y dije que podía verlo. Luego dijo: "Eso fue realmente divertido. ¿Podemos hacerlo de nuevo?" Le respondí que podía hacer lo que quisiera y él representó las primeras escenas dos veces más. Ésas fueron cuando lo metieron solo a la ambulancia y cuando salió de la ambulancia y entró solo al hospital. Cada vez que lo representaba surgía un poco más del verdadero trauma, que había sido el viaje en la ambulancia sin ninguno de los padres. Terminó su juego cuando se requirió que los padres estuvieran con él durante 10 días y encontró que este era el mejor final y se rió al respecto.

Luego de la sesión, Joey regresó a casa con su madre y ambos padres informaron que el niño parecía mucho más feliz después de eso. Ya no discutía cada orden que le daban y cada uno dijo que en sus casas Joey era más obediente y más feliz. Hizo lo que tenía que hacer en el juego para liberarse de la experiencia traumática y luego estuvo listo para regresar a la forma en que era antes de que ocurriera el hecho. Aunque ambos padres estaban seguros de que el niño había empezado a mostrarse negativista en cuanto había concluido su divorcio, esto pareció coincidir con el hecho traumático de ir solo en la ambulancia sabiendo que se había tragado una moneda.

DIFICULTADES PARA IMPLEMENTAR EL MODELO

El juego de liberación es una terapia muy poderosa que debe ser realizada por un terapeuta de juego entrenado específicamente en esa forma de terapia para guiar y facilitar el juego. Existen muchos traumas que no son tan claros como lo fue la experiencia de Joey, y como sucedió en el ejemplo, un terapeuta puede entrar al juego con demasiada rapidez. Yo estaba consciente de ello y por lo tanto podía estabilizar a Joey para ver si podía continuar con el juego. La parte más importante de este trabajo es conocer bien el juego retraumatizante, una forma de juego que es en verdad dañina para un niño. Es importante saber que este tipo de juego implica la recreación repetitiva y compulsiva de episodios del trauma o la repetición de temas traumáticos. Este tipo de juego remueve los sentimientos de desamparo y terror, y si no se detiene, su cualidad pulsional puede continuar durante años (Terr, 1981). Por consiguiente, el ciclo debe romperse por medio de la intervención activa.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

El juego retraumatizante presenta una cualidad de pulsión. El niño no controla el juego sino que parece impulsado por una compulsión a jugar de una manera que produce el mismo resultado aterrador. Este juego es muy literal, vacío de disfrute o variedad y carente de la libertad de expresión; refleja una compulsión de los niños traumatizados a repetir la experiencia reprimida. Es esta recreación repetitiva y compulsiva del juego lo que impide que los niños obtengan la resolución y es necesario que el terapeuta lo descontinúe de inmediato. El ciclo debe ser roto por medio de la participación activa del terapeuta de juego, quien debe dirigir la recreación del trauma de modo que genere un sentido de dominio. Para lograrlo es necesario que se cumpla lo siguiente: los niños deben sentirse en control del resultado del juego, necesitan crear un final satisfactorio del juego, deben sentirse libres para expresar y liberar el afecto negativo, y tienen que exhibir una revaloración cognitiva del suceso (Schaefer, 1994).

En general, este tipo de juego no se ve en el tratamiento excepto en los casos de intervención en crisis en que no se ha dado el distanciamiento del trauma. Pero en lo que respecta a cómo realizar la terapia de juego de liberación, no existe una norma real que indique cuándo debe cambiar el terapeuta a un juego más realista o mantener el ritmo del niño. En la terapia de juego de liberación el terapeuta es la fortaleza del yo del niño, y con la combinación del yo del terapeuta y el yo del cliente, los niños son empoderados para jugar lo que necesitan hacer. Por consiguiente, el terapeuta de juego debe estar al tanto de lo que podría suceder durante el juego y saber intuitivamente cuándo cambiarlo.

Otra dificultad que enfrentan los terapeutas de juego para poner en práctica este modelo es el caso del niño que no puede jugar. En lo concerniente a esta posibilidad, el terapeuta de juego debe estar en consonancia con el cliente para saber cómo iniciar al niño en el trabajo de las experiencias previas. El tratamiento podría empezar con el uso las pelotas o huevos para aplastar al inicio de una sesión o de cualquier otro medio que logre que el niño empiece a reír. En ocasiones pueden pasar semanas antes de que un niño utilice las miniaturas para representar lo que sucedió, pero en cada sesión puede utilizar las pelotas o huevos para aplastar para decir las cosas que detesta, que le asustan o le provocan cualquier otro sentimiento antes de que sienta la seguridad psicológica suficiente para empezar el juego de simulación y abreacción con la ayuda y orientación del terapeuta. Durante este tiempo es difícil que el terapeuta sepa cómo hacer que el niño empiece a jugar, pero una vez más, la intuición del terapeuta entrenado en la terapia de juego de liberación es la que dirige el tratamiento. Uno debe seguir la orientación del niño cuando empieza el juego de simulación.

También es difícil saber cuándo empujar el juego en la terapia de juego de liberación, pero en el caso de los niños que han sufrido experiencias traumáticas es más probable que éstos salten al juego demasiado rápido en lugar de que sea el terapeuta quien los empuje a jugar. Los niños no nos permiten hacer o decir cosas erróneas. Cada vez que un terapeuta se equivoca cuando hace una sugerencia o incluso una interpretación, por lo general el niño se lo hará saber. Por ende, forma parte del tratamiento alentar el juego en la medida que el niño pueda hacerlo. La relación entre el niño y el terapeuta es la parte más importante del tratamiento, y es a través de esa confianza que puede hacerse el resto.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCLUSIÓN

David Levy introdujo la terapia de liberación en la década de 1930, y en esa época se realizaron múltiples investigaciones y trabajos clínicos en las mismas líneas que su tratamiento. No recibió la misma atención que la terapia de juego centrada en el niño, que fue popularizada inicialmente por Virginia Axline (1947). Comparten la premisa de que todos los que emplean cualquier tipo de terapia de juego deben "centrarse en el niño" y acompañarlo en sus descubrimientos o procesos para la recuperación de su salud mental. La terapia de juego de liberación es el tratamiento de elección en el caso de niños con el trastorno de estrés postraumático y ayuda al paciente a hacer lo que tendría que haber hecho si pudiera haberlo hecho por sí solo. Gracias a la terapia de juego de liberación son cada vez más los niños que regresan a su estado previo de bienestar después de pasar por el proceso terapéutico por medio del juego en un formato de corto plazo. El juego es su lenguaje, su estilo, por lo que el juego es lo que usamos para ayudarlos a sanar.

REFERENCIAS

Axline, V. (1947). *Play therapy.* New York, NY: Houghton Miffl in.

Berlyn, D. E. (1960). *Confl ict, arousal and curiosity.* New York, NY: McGraw-Hill. Greencavage, L. M., and Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology, 21,* 372–378.

Kaduson, H. G. (1997). Play therapy for children with attention-defi cit hyperactivity disorder. In H. G. Kaduson, D. Cangelosi, & C. E. Schaefer (Eds.), *The playing cure* (pp. 197–227). Northvale, NJ: Aronson.

Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2001). *101 favorite play therapy techniques.* Northvale, NJ: Aronson.

Levy, D. M. (1939). Release therapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 9,* 713–736.

Levy, D. M. (1976). Release therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic use of child's lay* (pp. 173–186).

Piaget, J. (1951). *Play, dreams and imitation in childhood.* London, UK: Routledge & Kegan Paul.

Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child.* New York, NY: Basic Books.

Ray, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy, 10,* 85–108.

Schaefer, C. E. (1993). *The therapeutic powers of play.* Northvale, NJ: Aronson.

Schaefer, C. E. (1994). Play therapy for psychic trauma in children. In K. O'Connor & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy* (Vol. 2, pp. 297–318). New York, NY:Wiley.

Terr, L. (1981). Psychic trauma in children: Observations following the Chowchilla schoolbus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, *140*, 1543–1550.

Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148,* 10–20.

VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy.* New-York, NY: Guilford Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

MODELOS HUMANISTAS

Capítulo 8

Terapia de juego centrada en el niño

Daniel S. Sweeney y Garry L. Landreth

Aunque el nombre de la terapia de juego centrada en el niño obedece a que se basa en la teoría centrada en la persona, la denominación se refiere en esencia al simple hecho de que dicha forma de terapia en realidad **gira** alrededor de los **niños**. Mientras la mayoría de los adultos que forman parte de la vida de los niños con problemas centran su atención en los síntomas conductuales y emocionales o tal vez en su causalidad, el terapeuta de juego centrado en el niño se rehúsa a perder de vista al pequeño que llega a regañadientes a recibir tratamiento. El enfoque en el niño es la base y la meta de esta aproximación. El terapeuta de juego no es un director terapéutico que hace diagnósticos, sino un facilitador y un explorador que acompaña al niño en una misión de autodescubrimiento. Por consiguiente, a diferencia de muchas otras aproximaciones, el terapeuta de juego centrado en el niño no dirige su atención al diagnóstico, los síntomas o las técnicas normativas de tratamiento. Sweeney y Landreth (2009) lo resumen así:

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

El modelo de la terapia fue desarrollado originalmente por Carl Rogers (1951) y adaptado por Virginia Axline (1947), una estudiante y colega de Rogers, como modelo de terapia de juego centrada en el niño. El enfoque de la terapia de juego centrada en el niño, al igual que la terapia centrada en el cliente, se basa en un proceso de ser con los niños en contraposición a un procedimiento de aplicación. No es tanto un proceso de reparación como un proceso de llegar a ser (Landreth y Sweeney, 1999; Sweeney y Landreth, 2009).

Constructos básicos, metas y técnicas

Teoría centrada en el niño

Los constructos teóricos de la terapia de juego centrada en el niño no se relacionan con la edad del niño, su desarrollo físico y psicológico o los problemas que presenta.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Se relacionan más bien con la dinámica interna del proceso por el cual el niño se relaciona y descubre el sí mismo (**self**) en que puede llegar a convertirse (Sweeney y Landreth, 2009). En el enfoque centrado en el niño se considera al desarrollo como un flujo, una jornada dinámica sinuosa y un proceso en maduración de **llegar a ser**.

El enfoque centrado en el niño adopta la creencia de que los niños pueden crecer y curarse cuando se les proporciona un clima propicio para el crecimiento, libre de agendas y restricciones. En el trabajo centrado en el cliente se reconoce que todas las personas tienen una tendencia formativa, lo que significa que el ambiente apropiado da lugar al desarrollo de la capacidad personal y de relación. Para empezar la revisión de las bases del trabajo centrado en el niño, es importante examinar los constructos fundamentales de la personalidad descritos por Rogers (1951): a) la persona, b) el campo fenomenológico, y c) el self o sí mismo.

La **persona** (u organismo) es todo lo que es un niño, y consta de autopercepciones que incluyen pensamientos, sentimientos y conductas, así como la fisiología. El proceso de desarrollo se enfatiza en la medida que cada niño "existe en un mundo de experiencia que cambia continuamente y del cual es el centro" (Rogers, 1951, p. 483). Los niños interactúan y responden a este mundo de experiencia personal y en cambio continuo.

Como resultado ocurre una interacción intrapersonal dinámica continua en que cada niño (persona), como sistema total, se esfuerza por lograr la realización del self. Sweeney y Landreth (2009) sugieren que este proceso dinámico y animado es un movimiento dirigido internamente hacia la posibilidad de convertirse en una persona de funcionamiento más positivo; hacia el crecimiento positivo; hacia la mejora, la independencia, la madurez y el enriquecimiento del self como persona. Por consiguiente, la conducta del niño en este proceso está dirigida a metas en un esfuerzo por satisfacer las necesidades personales que se experimentan en el campo fenomenológico único que para ese niño constituye la realidad (Landreth, 2002).

El **campo fenomenológico** consta de todo lo que es experimentado por el niño. Esas experiencias incluyen todo lo que sucede dentro de una persona u organismo en un determinado momento (sea o no a nivel consciente, interno y externo), incluyendo las percepciones, pensamientos, sentimientos y conductas. En esencia, el campo fenomenológico es "la referencia interna que es la base para ver la vida; es decir, cualquier cosa que el niño perciba que ocurre es realidad para el niño" (Landreth y Sweeney, 1999). Este punto es un principio básico en la terapia de juego centrada en el niño, que supone que para entender al niño y sus conductas es necesario comprender la percepción que éste tiene de la realidad.

Por consiguiente, cualquier cosa que el niño percibe en el campo fenomenológico adquiere primordial importancia a diferencia de la realidad verdadera de los eventos. Dado que la realidad está determinada en esencia de manera individual y subjetiva, el terapeuta evita intencionalmente juzgar o evaluar incluso la más sencilla de las conductas del niño (por ejemplo, un dibujo, cubos apilados, una escena en la arena) y se esfuerza por tratar de entender el marco de referencia interno de cada niño en el grupo (Sweeney y Landreth, 2009). Si el terapeuta ha de conectarse con el niño, debe entender y enchufarse con su mundo fenomenológico. No se espera que los niños cumplan ciertos criterios o se ajusten a un conjunto de categorías preconcebidas (Landreth, 2002).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

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

Este proceso de evaluación (por parte de los padres, otras personas y el self) señala uno de los beneficios centrales de la terapia de juego centrada en el niño. Conforme se desarrollan, los niños experimentan la reacción y evaluación de los padres y otras personas, y dependiendo de esas evaluaciones se simbolizan como buenos o malos. Para preservar un autoconcepto positivo, el niño puede distorsionar esas experiencias y bloquear de la consciencia la satisfacción de la experiencia (Rogers, 1951). La experiencia de la terapia de juego centrada en el niño le brinda la oportunidad de ser considerado por el terapeuta como un self positivo y en crecimiento dentro de una atmósfera de permisividad y aceptación. Rogers propuso la hipótesis de que el self crece y cambia como resultado de la interacción continua con el campo fenomenológico. La experiencia de la terapia de juego se convierte en un campo fenomenológico mediante el cual los niños pueden descubrir el self. La conducta del niño no sólo es congruente con el concepto del self, sino que la experiencia de la terapia de juego facilita el cambio positivo en el autoconcepto.

Rogers (1951, pp. 483-524) propuso conceptos de personalidad y de comportamiento que reflejan el núcleo filosófico de la terapia centrada en la persona. Sweeney y Landreth (2009) resumieron esos conceptos en la descripción tanto de la visión de los niños como de la terapia de juego centrada en el niño:

> Cada niño existe en un mundo de experiencia que cambia continuamente y del cual es el centro. El niño reacciona como un todo organizado a este campo, tal como lo experimenta y percibe en realidad. A medida que el niño se desarrolla e interactúa con el ambiente, una parte de su mundo privado total (campo perceptual) llega a reconocerse gradualmente como "yo" (diferenciado del self), y forma los conceptos acerca de sí mismo, del ambiente y de sí mismo en relación con el ambiente. El niño tiene una tendencia básica a esforzarse por realizar, mantener y enriquecer el self experimentado. La conducta resultante es el intento del niño, dirigido a metas e influido por las emociones, de satisfacer sus necesidades experimentadas en el campo percibido. Por consiguiente, la mejor perspectiva para entender la conducta del niño es la que proviene de su marco interno de referencia.
>
> La mayor parte de la conducta de un niño es congruente con el concepto que éste tiene de sí mismo, mientras que las conductas incongruentes con el autoconcepto, no son reconocidas. Existe libertad o ajuste psicológico cuando el autoconcepto es congruente con todas las experiencias del niño. Cuando no es así, el niño experimenta tensión o inadaptación. Las experiencias que son incongruentes con el autoconcepto pueden percibirse como una amenaza cuyo resultado es que el niño desarrolle rigidez conductual en un esfuerzo por defender el autoconcepto

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

existente. Cuando no existe ninguna amenaza para el self, el niño tiene la libertad de revisar su autoconcepto a fin de asimilar e incluir experiencias que antes eran incongruentes con el autoconcepto. El autoconcepto resultante, bien integrado o positivo, le permite comprender mejor a los otros y por ende tener mejores relaciones interpersonales.

Terapia de juego centrada en el niño

A partir de esas premisas, la terapia de juego centrada en el niño implica emprender un viaje con el niño para involucrarse en el autodescubrimiento y la autoexploración. Landreth (2002) proporciona una definición de la terapia de juego:

> La terapia de juego se define como una relación interpersonal dinámica entre un niño (o una persona de cualquier edad) y un terapeuta entrenado en procedimientos de terapia de juego que proporciona materiales de juego seleccionados y facilita el desarrollo de una relación segura para que el niño (o la persona de cualquier edad) exprese y explore por completo el self (sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas) a través del juego, que es el medio natural de comunicación del niño para el crecimiento y desarrollo óptimos (p. 16).

En congruencia con la teoría y la terapia centrada en la persona, el elemento fundamental de esta definición es el énfasis en la **relación**. El éxito o fracaso de la terapia de hecho depende del desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica. Moustakas (1959) creía que "mediante el proceso de autoexpresión y exploración dentro de una relación significativa, a través de la realización del valor interior, el niño llega a ser un individuo positivo, autodeterminado y autorrealizado".

En el enfoque de la terapia de juego centrada en el niño se hace hincapié en el niño más que en el problema que presenta. Los terapeutas que se concentran en el diagnóstico y evaluación tienen mayor probabilidad de perder de vista al niño. Los síntomas son importantes, pero el énfasis debe permanecer en el niño. Aunque la interpretación de las conductas de juego es interesante, por lo general satisface la necesidad del terapeuta, no la del niño (Homeyer y Sweeney, 2010; Sweeney, 1997). Por consiguiente, esta relación terapéutica debe enfocarse en una experiencia presente (Landreth, 2002):

la persona del niño	más que	el problema
el presente	más que	el pasado
los sentimientos	más que	los pensamientos o los actos
la comprensión	más que	la explicación
la aceptación	más que	la corrección
la dirección del niño	más que	la instrucción del terapeuta
la sabiduría del niño	más que	el conocimiento del terapeuta (p. 86)

Metas de la terapia de juego centrada en el niño

A pesar de que se deben establecer las metas de manera inicial, el término meta en ocasiones es inconsistente con la filosofía centrada en el niño. La razón de ello

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

es que las metas son de evaluación e implican que el cliente obtenga logros específicos externamente establecidos. Deberíamos referirnos a los niños como personas que deben ser entendidas y no como metas que deben ser verificadas o personas que deben ser curadas. Dado que una hipótesis central de la filosofía centrada en el niño es que el terapeuta tiene una creencia inquebrantable en la capacidad del niño para el crecimiento y la autodirección, resulta algo contradictorio el establecimiento de metas de tratamiento.

No obstante, existen objetivos terapéuticos generales que son consistentes con la teoría y el enfoque centrado en el niño. Landreth (2002) sugiere lo siguiente:

> Los objetivos generales de la terapia de juego centrada en el niño son consistentes con el esfuerzo interno y autodirigido del niño hacia la autorrealización. Una premisa primordial es proporcionarle una experiencia de crecimiento positivo en presencia de un adulto comprensivo que le ofrece apoyo a fin de que pueda descubrir sus fortalezas internas. Dado que la terapia de juego centrada en el niño se enfoca en la persona del niño más que en su problema, se hace hincapié en facilitar sus esfuerzos por convertirse en una persona más adecuada y afrontar los problemas actuales y futuros que pueden tener impacto en su vida. Con ese fin, los objetivos de la terapia de juego centrada en el niño consisten en ayudarlo a
>
> 1. Desarrollar un autoconcepto más positivo
> 2. Asumir una mayor responsabilidad consigo mismo
> 3. Volverse más autodirigido
> 4. Llegar a aceptarse más
> 5. Lograr ser más independiente
> 6. Mostrar autodeterminación en la toma de decisiones
> 7. Experimentar un sentimiento de control
> 8. Volverse sensible al proceso de afrontamiento
> 9. Desarrollar una fuente interna de evaluación
> 10. Llegar a confiar más en sí mismo (pp. 87-88)

El avance hacia esos objetivos ocurre a medida que se desarrolla la relación terapéutica, la cual surge cuando el terapeuta comunica aceptación y comprensión. Los niños empiezan a reconocer su valor interno cuando el terapeuta de juego responde de manera sensible a la parte emocional interna de su persona mediante la aceptación y reflejo de los sentimientos expresados de manera verbal o no verbal. Como parte de este proceso, el terapeuta de juego centrado en el niño por lo general evita hacer preguntas. Éstas tienden a llevar a los niños (o clientes de cualquier edad) del mundo de la emoción al mundo de la cognición, lo cual en esencia frustra la lógica del desarrollo para el uso de la terapia de juego. Las preguntas también estructuran la relación de acuerdo con la agenda del terapeuta, lo que dirige la atención más a éste que al niño.

En la terapia de juego centrada en el niño se evita cualquier tipo de evaluación. Los niños son alentados pero no elogiados debido a que el elogio establece un patrón evaluativo. Las afirmaciones evaluativas privan al niño de la motivación interna, toda vez que en ese punto la dirección es del adulto. En consecuencia, el

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

terapeuta permite que sea el niño quien dirige y evita de manera diligente interferir en el juego del niño. Lo anterior no debe eliminar la participación en el juego del niño, pero esta participación debe hacerse bajo su dirección. La participación implica que el niño sea director y coreógrafo de la experiencia de juego, mientras que el terapeuta **sólo** sigue las claves del niño. Se interfiere en el juego del niño cuando se le hacen preguntas, se le ofrecen soluciones o sugerencias, o se le permite manipular al terapeuta para que se convierta en un maestro o haga cosas para el niño. Los niños no aprenden a autodirigirse, autoevaluarse ni a ser responsables cuando el terapeuta evalúa u ofrece soluciones. Landreth (2002) ofrece un recordatorio importante:

> En esta visión no se hace intento por controlar al niño, por lograr que sea de cierto modo o por llegar a una conclusión que el terapeuta ha decidido que es importante. El terapeuta no es la autoridad que decide qué es mejor para el niño, lo que éste debería pensar o cómo debería sentir. Si ese fuera el caso, el niño se vería privado de la oportunidad de descubrir sus fortalezas.

Perspectiva del enfoque centrado en el niño sobre la desadaptación

Si bien la filosofía centrada en el niño es esencialmente incongruente con las conceptualizaciones de la desadaptación y el énfasis en los problemas, resulta útil dar un breve vistazo a este tema. Esto se hace con el reconocimiento y recordatorio de que la postura filosófica centrada en el niño es que éste lleva en su interior una tendencia inherente a avanzar con orientación sutil hacia la adaptación, la salud mental, el crecimiento del desarrollo, la independencia, la autonomía de la persona y lo que puede describirse en general como la autorrealización (Landreth y Sweeney, 1999).

De acuerdo con Rogers, la desadaptación se da cuando la persona niega experiencias significativas a la consciencia, que por ende no llegan a ser simbolizadas y organizadas en la estructura del self. La existencia de "tensión psicológica" se convierte luego en un potencial. Raskin y Rogers (2005) resumen:

> [Rogers] supone que los bebés muy pequeños participan en la "valoración organísmica directa" con muy poca o ninguna incertidumbre. Tienen experiencias como "Estoy frío y no me gusta" o "Estoy siendo acariciado", las cuales pueden ocurrir aun cuando carecen de las palabras o símbolos descriptivos para esos ejemplos. El principio en este proceso natural es que el bebé valora positivamente las experiencias que percibe que enriquecen al self y da un valor negativo a las que amenazan o no mantienen o enriquecen al self… La situación cambia cuando los niños empiezan a ser evaluados por otros (Holdstock y Rogers, 1983). El amor que reciben y la simbolización de sí mismos como niños que pueden ser amados llegan a depender de la conducta. Golpear u odiar a un hermanito puede tener como resultado que se le diga al niño que es malo e indigno de amor. Para preservar un autoconcepto positivo, el niño puede distorsionar la experiencia… La expresión del enojo llega a experimentarse como mala, aunque la simbolización más exacta sería que la expresión del enojo se experimenta a menudo como satisfactoria o estimulante. Este tipo de interacción puede sembrar las semillas de la confusión acerca del self, la duda y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> desaprobación del self y la dependencia de la evaluación de otros. Rogers indicó que esas consecuencias pueden evitarse si el padre es capaz de aceptar los sentimientos negativos del niño y a éste como un todo a la vez que se niega a permitir ciertas conductas, como golpear al bebé.

La pulsión interna del niño hacia la afirmación de la valía personal y la autorrealización es una necesidad básica, y cada niño se esfuerza de manera continua en su satisfacción. Axline (1947) argumenta:

> Una persona adaptada parece ser un individuo que no encuentra demasiados obstáculos en su camino (y que ha recibido la oportunidad de volverse libre e independiente por derecho propio). La persona desadaptada parece ser aquella a la cual, por uno u otro medio, se le niega el derecho a lograrlo sin una batalla.

Se considera que todos los desajustes son resultado de una incongruencia entre lo que el niño experimentó en realidad y su concepto de sí mismo. Si la percepción que tiene el niño de una experiencia es distorsionada o negada, existe un estado de incongruencia entre el autoconcepto y la experiencia, lo que da por resultado una inadaptación psicológica. El resultado fundamental de la incongruencia entre el autoconcepto y la experiencia del niño es la incongruencia en la conducta (Sweeney y Landreth, 2009). De aquí proviene la referencia para la terapia de juego y donde la terapia de juego centrada en el niño proporciona el clima para el cambio.

Establecimiento terapéutico de límites

Cualquier discusión de la terapia de juego centrada en el niño debe incluir la exploración de establecimiento de límites en la terapia. El establecimiento de límites es facilitador, ya que los niños no se sienten seguros ni aceptados en un ambiente completamente permisivo. Moustakas (1959) resumió la importancia de los límites como una parte vital y necesaria de la relación:

> En toda relación existen límites. El organismo humano tiene la libertad de crecer y desarrollarse dentro de los límites de sus propias potencialidades, talentos y estructura. En psicoterapia debe existir una integración de la libertad y el orden a fin de que los individuos participantes puedan realizar sus potencialidades. El límite es un aspecto de una experiencia viva, el aspecto que identifica, caracteriza y distingue las dimensiones de una relación terapéutica. El límite es la forma o estructura de una relación inmediata. No sólo se refiere a una forma única, sino también a la posibilidad para la vida, el crecimiento y la dirección en vez de referirse meramente a una limitación… En una relación terapéutica, los límites proporcionan los lindes o la estructura en que puede ocurrir el crecimiento.

El propósito de los límites en el proceso de la terapia de juego destaca el énfasis que hace el terapeuta de juego centrado en el niño en el proceso más que en conductas específicas. Entre las razones básicas para establecer límites en el cuarto de juego se encuentran las siguientes:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

1. Definen las fronteras de la relación terapéutica.
2. Proporcionan seguridad y certidumbre para el niño a nivel físico y emocional.
3. Demuestran la intención del terapeuta de brindar seguridad al niño.
4. Sujetan la sesión a la realidad.
5. Permiten al terapeuta mantener una actitud positiva y de aceptación hacia el niño.
6. Permiten que el niño exprese sentimientos negativos sin causar daño y el subsiguiente temor a las represalias.
7. Ofrecen estabilidad y coherencia.
8. Promueven y mejoran el sentido de responsabilidad y autocontrol del niño.
9. Facilitan la catarsis por medio de canales simbólicos.
10. Protegen el cuarto y los materiales de la terapia de juego.
11. Permiten el mantenimiento de las normas legales, éticas y profesionales (Ginott, 1961; Landreth, 2002; Sweeney, 1997; Sweeney y Landreth, 2009).

Landreth (2002) ofrece un modelo pragmático y terapéutico para el establecimiento de límites que se basa en el acrónimo RCI. Esto es en sí mismo terapéutico, ya que es más apropiado **actuar** que **reaccionar** en respuesta a conductas que requieren un límite. El modelo implica:

1. Reconocer los sentimientos, deseos y necesidades del niño. Esto representa que sigue siendo crucial responder al niño con reflexión y aceptación. Es más fácil que se responda a los límites cuando se reconoce la emoción y la intención del niño.
2. Comunicar los límites de manera no punitiva ni autoritaria.
3. Identificar alternativas aceptables. Esto reconoce que el niño tiene todavía la necesidad de expresarse y que debería poder hacerlo dentro de límites aceptables.

La relación de la terapia de juego no es una relación completamente permisiva. No se permite que el niño haga cualquier cosa que quiera hacer. Es necesario establecer límites respecto a a) conductas dañinas o peligrosas para el niño y el terapeuta, b) conductas que alteran la rutina o proceso terapéutico (abandonar continuamente el cuarto de juego, querer jugar después de que el tiempo ha terminado), c) la destrucción del cuarto o los materiales, d) llevarse los juguetes del cuarto de juego, e) conductas socialmente inaceptables, f) exhibiciones inapropiadas de afecto (Sweeney y Landreth, 2009).

Es importante advertir que los límites sólo deben establecerse hasta que se necesiten. Es claro que presentar una lista de actividades prohibidas al inicio del proceso de la terapia de juego no alentaría ni facilitaría la exploración y expresión de los niños. Cuando se requiera establecer los límites, el terapeuta debe mostrarse firme y decidido. Esto es necesario para que los niños no se sientan castigados, ya que el terapeuta no debe ser paternal ni autoritario sino facilitador pero estructurado. Los límites también deben ser específicos más que generales (la generalidad hace que los lindes no queden claros), deben ser totales en lugar de condicionales

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

(los límites condicionales son confusos y pueden dar lugar a luchas por el poder), y debe ser factible hacer que se cumplan.

JUGUETES Y MATERIALES

Dado que se considera que los juguetes son las palabras de los niños y que el juego es su lenguaje, debe hacerse una selección cuidadosa y deliberada de los juguetes y materiales que faciliten la relación y el proceso de la terapia de juego centrada en el niño. Los materiales deben fomentar la actividad autodirigida del niño y facilitar una amplia variedad de sentimientos y actividades lúdicas. No todos los juguetes y materiales animan la expresión o exploración de los sentimientos, necesidades y experiencias de los niños. Por ejemplo, usar un mazo de cartas o un juego de mesa no garantiza una experiencia de juego que promueva el crecimiento. De hecho, puede argumentarse que es más probable que esos juegos promuevan la competencia, lo que contradice el desarrollo de la relación. Los materiales de juego que son mecánicos, complejos, muy estructurados o que requieran la ayuda del terapeuta de juego para ser manipulados por lo general no facilitan la expresión de los sentimientos o experiencias de los niños. Pueden ser frustrantes para los pequeños y fomentar la dependencia en niños que ya se sienten impotentes o inadecuados.

Los materiales recomendados por Landreth (2002) para una "bolsa de juguetes" constituyen el núcleo de los materiales de juego en el cuarto de juego: crayones, papel periódico, tijeras sin punta, plastilina, palitos de paleta, cinta adhesiva, biberones, muñecos, platos y tazas de plástico, (una figura sin clasificación) flexible, figuras de familias de muñecos, muebles para una casa de muñecos, una casa de muñecos (del tipo que es abierta en el techo y reposa sobre el piso), -máscara, navaja de plástico, pistola de dardos, esposas, soldados de juguete, carros, aviones, marionetas, teléfonos (dos), cuerda de algodón y joyería para disfraz. Obviamente, es importante que el terapeuta de juego sea sensible a cuestiones de cultura y diversidad en el proceso de selección de juguetes.

EL ROL DEL TERAPEUTA

La función del terapeuta de juego centrado en el niño es sencilla pero muy importante. Debe facilitar, alentar y ser compañero del niño en la exploración del cuarto de juego. Aunque es importante revisar cuál es el papel del terapeuta, es igualmente importante identificar lo que no debe ser. El terapeuta de juego centrado en el niño **no** es un director, maestro, predicador, par, figura paterna, oficial de policía, niñera, investigador o compañero de juego. El terapeuta de juego centrado en el niño **no** es un solucionador de problemas, rescatista, intérprete, inquisidor o alguien que explica. Para adoptar esos roles tendría que privar al niño de la ocasión de la exploración, creatividad, evaluación y descubrimiento de sí mismo.

El terapeuta de juego centrado en el niño tiene presente que el proceso viene antes que el procedimiento y que la presencia viene antes que la prescripción. El papel del terapeuta se resume en los ocho principios básicos de Axline (1947) que fueron revisados y ampliados por Landreth (2002):

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

1. El terapeuta tiene un interés genuino en el niño y desarrolla una relación cálida y afectuosa.
2. El terapeuta experimenta una aceptación incondicional del niño y no quiere que éste sea distinto en algún sentido.
3. El terapeuta crea un sentimiento de seguridad y permisividad en la relación, por lo que el niño se siente libre de explorarse y expresarse por completo.
4. El terapeuta siempre es sensible a los sentimientos del niño y refleja con delicadeza esos sentimientos, de manera que el niño desarrolle la comprensión de sí mismo.
5. El terapeuta cree de manera profunda en la capacidad del niño para actuar de modo responsable, muestra un respeto inquebrantable en su capacidad para resolver problemas personales y le permite hacerlo.
6. El terapeuta confía en la dirección interna del niño, le permite tomar la iniciativa en todas las áreas de la relación y resiste cualquier impulso por dirigir el juego o la conversación del niño.
7. El terapeuta aprecia la naturaleza gradual del proceso terapéutico y no intenta apresurarlo.
8. El terapeuta establece sólo los límites terapéuticos que son necesarios para anclar la sesión a la realidad y para ayudar al niño a aceptar la responsabilidad personal y apropiada de la relación.

Aunque este es un intento por definir el rol terapéutico, es importante recordar que ser terapeuta del juego en realidad no es un rol, sino una forma de estar con los niños. El objetivo del terapeuta de juego centrado en el niño es "relacionarse con el niño de maneras que liberen su poder de dirección interna, constructiva, para avanzar, creativa y de autocuración. Cuando esta creencia filosófica se hace realidad con los niños en el cuarto de juego, éstos son empoderados y sus capacidades de desarrollo son liberadas para la exploración y el descubrimiento de sí mismos, lo que resulta en un cambio constructivo" (Sweeney y Landreth, 2009).

EL ROL DE LOS PADRES

Los tutores legales y cuidadores primarios de la mayoría de los niños son los padres. Muchos terapeutas de juego se concentran exclusivamente en los niños y excluyen en buena medida la participación de sus padres. Esta participación es imperativa porque "cualquier esfuerzo del terapeuta para ayudar a los niños debe empezar por la consideración de los parámetros de la relación que debe establecerse con el padre" (Landreth, 2002). La pregunta no es **si** debe involucrarse a los padres en el proceso terapéutico sino **la forma** en que deben ser incluidos.

Cuando los padres llevan a sus hijos a terapia, por lo general se sienten abrumados y sin control. Después de haber hecho intentos por resolver el problema que se presenta, los padres experimentan esta sensación angustiante mezclada con la decisión de llevar a sus hijos a terapia, lo que se suma a los sentimientos de pérdida de control. Es crucial que los terapeutas se mantengan al tanto de esta dinámica y que empleen con los padres las mismas habilidades de empatía que se necesitan en el cuarto de juego.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Esto no sólo ayuda a los padres a un nivel emocional, sino que también modela las respuestas terapéuticas que a la larga deberán aprender a emplear con sus hijos.

Es necesario entrevistar a los padres antes del proceso de terapia. Puede argumentarse que un terapeuta informado es un terapeuta más empático, pero también debe advertirse que es fácil que desarrolle un sesgo en contra o a favor de ciertos aspectos de la presentación del niño. Este sesgo estaría en desacuerdo con la filosofía centrada en el niño porque la información dada al terapeuta antes o durante el proceso de terapia no debería exigir ningún cambio en el enfoque terapéutico. Una posible solución de este dilema potencial sería que otro terapeuta se encargara de entrevistar a los padres, lo que evitaría el sesgo de parte del terapeuta. Crane (2001) sugiere que las metas de la entrevista inicial deben ser "a) establecer rapport, b) obtener información acerca de los antecedentes, c) evaluar la situación, d) examinar las expectativas de la terapia, e) establecer metas, y f) explicar el proceso de la terapia de juego".

Las consideraciones legales y éticas constituyen otra razón por la que debe involucrarse a los padres. Sweeney (2001) advierte: "Cuando se trabaja con niños es imperativo recordar que si bien éstos son el foco del tratamiento, desde una perspectiva legal y ética el guardián tutor es esencialmente el cliente". Los padres deben conocer el propósito y el proceso de la terapia de juego y debe conseguirse su consentimiento informado.

El grado de participación directa de los padres en la terapia es una decisión clínica tomada por el terapeuta de juego. Cuando se ve a los niños de manera individual, debe involucrarse de manera continua a los padres sobre una base periférica. Se les debe mantener informados del proceso terapéutico y, sobre la marcha y de manera rutinaria, entrevistarlos con respecto al progreso del desarrollo y el cambio emocional y conductual. El cambio no es nunca la meta del terapeuta de juego centrado en el niño porque esa meta cambiaría la actitud del terapeuta en el cuarto de juego. Sin embargo, no puede olvidarse el hecho de que la meta de los padres es el cambio.

Es posible que los padres deban ser referidos a una terapia individual, conjunta o familiar. No es inusual, por ejemplo, que los niños realicen conductas de internalización o externalización en respuesta al conflicto matrimonial. La participación de uno o ambos padres en una experiencia terapéutica "adulta" en contraposición a la terapia de juego individual para el niño puede suponer un uso más conveniente del tiempo y el dinero.

A menudo se necesita que los padres participen en otra forma de la terapia de juego centrada en los niños: la terapia filial. El capítulo 9 describe su lógica y proceso. Dado que en la mayoría de los casos los niños son referidos por problemas de desobediencia, tiene mucho sentido una intervención que entrene a los padres, como la terapia filial. Ésta es una intervención de entrenamiento a padres diseñada para construir y mejorar la relación padre - hijo por medio de la enseñanza de las habilidades de la terapia de juego centrada en el niño que les permita convertirse en los agentes del cambio terapéutico. Un modelo de 10 sesiones de la terapia filial ha demostrado resultados positivos significativos en múltiples proyectos de investigación (Landreth, 2002; Landreth y Bratton, 2006), los cuales se revisan brevemente en una sección posterior de este capítulo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CASO ILUSTRATIVO

La siguiente transcripción de las interacciones de una sesión de terapia de juego muestra ejemplos específicos del enfoque centrado en el niño de la terapia de juego. El objetivo del terapeuta es entender, aceptar y permitir que el niño tome la iniciativa, facilitarle el desarrollo de las habilidades creativas de afrontamiento, así como ayudarlo a asumir la responsabilidad de sí mismo.

Kevin: Tengo que hacer algo, ¿cierto? ¿Qué quieres que haga?
Terapeuta: Aquí tú puedes decidirlo. (La terapeuta regresa a Kevin la responsabilidad y le permite dirigir la relación.)
Kevin: Está bien, de acuerdo. Haré un corazón. No, no quiero eso.
Terapeuta: No te gusta ese. (La terapeuta comunica comprensión del sentimiento de Kevin.)
Kevin: Detesto el café. (Toma otro color y termina de pintar.) ¿Puedes sacar esta hoja de aquí? (Señala el sujetapapeles.)
Terapeuta: Es algo que puedes hacer si quieres quitarlo.

(Debe permitirse que los niños batallen y al hacerlo descubran sus fortalezas.)

Kevin: Está bien.
Terapeuta: Sacaste ese lado. Lo lograste.
Kevin: (mientras cae el papel) ¡Oh, rayos! Detén esto. (Le entrega su dibujo a la terapeuta y reemplaza el papel en el caballete.)
Terapeuta: No te gustó cómo quedó.
Kevin: Lo detesto. (Lleva su dibujo sobre la barra.) ¿Puedo poner esto en el bote de basura?
Terapeuta: El bote de basura está ahí. (Lo señala.)
Kevin: No, gracias. (Deja el dibujo en la barra y regresa para iniciar otro dibujo.) Odio el naranja. Lo probaré.
Terapeuta: Hay colores que de verdad no te gustan.
Kevin: ¡Detesto esos colores!
Terapeuta: Los que detestas, los detestas de verdad.
Kevin: Sí. Probaré con el negro. Ahora el negro es un poco mejor, pero el café… Probaré el café. El rojo me gusta. (Toma una toalla de papel y limpia la pintura café.) Voy a necesitar 10 000 de esos. Voy a limpiarlo. Bien, aquí está mi dibujo. Es mío. (Toma una pistola de juguete y simula que le dispara a la terapeuta.)
Terapeuta: Estás simulando que me disparas.

(Las conductas de simulación son aceptadas en el cuarto de juego. Una pistola de dardos con un dardo en el cañón no sería simulación y haría necesario establecer un límite.)

Kevin: Nunca quise dispararte.
Terapeuta: Sólo estabas disparando.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Kevin: Estaba practicando mi tiro al blanco. (Le da vuelta al estante y toma la pistola de dardos.) Usaré esto para practicar el tiro al blanco. (Camina hacia el espejo polarizado y empieza a dispararle.)
Terapeuta: Kevin, yo sé que quieres disparar, pero no se dispara al espejo; sin embargo, puedes disparar a todos esos lugares (los señala).

(Aquí se pone en práctica el modelo RCI sobre el establecimiento de límites que vimos antes. Identificar y señalar alternativas aceptables facilita la posibilidad de que Kevin obtenga satisfacción expresándose de manera aceptable.)

Kevin: Está bien, quieres decir algo como… (se para y dispara al pizarrón).
Terapeuta: Justo como eso.
Kevin: A donde quiera, pero no al espejo.
Terapeuta: Mmm… de modo que sabes a qué cosas puedes disparar. (Le da crédito a Kevin por saber lo que es apropiado. Las respuestas que construyen la autoestima forman parte del enfoque centrado en el niño.)
Kevin: (Toma la pistola, parece enojado y simula disparar a la terapeuta.)
Terapeuta: Estás enojado conmigo. (La terapeuta refleja los sentimientos del niño y muestra comprensión.)
Kevin: No estoy enojado contigo.
(Kevin puede sentir que el enojo no es aceptable, de modo que corrige a la terapeuta.)
Terapeuta: Bueno, no estás enojado conmigo.
Kevin: Pero estoy realmente cansado de esto.
Terapeuta: De modo que no estás enojado conmigo, sólo estás harto de esto.
Kevin: (Deja la pistola y toma el cuchillo de plástico.)
Terapeuta: No te gusta para nada.
Kevin: (Toma el cuchillo y empieza a cortar el brazo de la terapeuta.)
Terapeuta: Ahora estás fingiendo que me cortas el brazo con eso.

(Es necesario que el seguimiento de las conductas de juego continúe durante la sesión para mostrar interés y participación.)

Terapeuta: (El niño presiona el cuchillo con fuerza contra el brazo de la terapeuta.) Sé que quieres hacerlo, pero no debes lastimarme.
Kevin: Bueno, veamos, voy a hacer esto.
Terapeuta: Mmmm…
Kevin: (Empieza a cortar con fuerza.)
Terapeuta: Kevin, no debes lastimarme. Puedes simular que soy uno de esos muñecos y cortarlo con eso.
Kevin: (Camina y corta a un muñeco.)

(Kevin acepta la responsabilidad de controlarse y recrear su enojo de manera aceptable.)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Terapeuta: Bueno, decidiste que vas a simular que ese soy yo y que me estás cortando con eso con mucha fuerza.
Kevin: Sí. (Toma dos pequeños muñecos y los lleva hacia la puerta del edificio con el rótulo Escuela.)
Terapeuta: (Mientras las figuras de los muñecos atraviesan la puerta.) Van a entrar ahí.

(El terapeuta evita usar una etiqueta. No es una escuela hasta que el niño la etiquete como una escuela.)

Kevin: Sí. Van a ver a su amigo al hospital.
Terapeuta: De modo que van a visitar a su amigo al hospital.
Kevin: Sí. Tiene cáncer. (Toma un muñeco sin pelo.) Se le cayó todo el pelo cuando le dieron su medicina.
Terapeuta: De modo que se ve más o menos como ese muñeco.
Kevin: Antes él tenía el pelo muy largo.
Terapeuta: Se ve diferente ahora.
Kevin: Su mamá dice que le volverá a crecer, pero no podrá montar bicicleta con nosotros por mucho tiempo (suena triste y hace muecas).
Terapeuta: Algún día tendrá pelo de nuevo, pero te sientes triste y lo extrañas.

(Las respuestas empáticas de la terapeuta muestran que comprende y se identifica con los sentimientos de Kevin.)

Kevin: (toma el maletín médico). Mmm… voy a tratar de hacer algo aquí en tu muñeca. (Se dirige al terapeuta y le coloca en la muñeca el aparato de juguete para tomar la presión sanguínea.) Voy a revisarte.
Terapeuta: Quieres ver cómo estoy. (Reconoce la intención de Kevin y muestra comprensión.)
Kevin: Aquí. Espera. (Trabaja con el juguete para la presión sanguínea.) Bastante baja.
Terapeuta: Así que la tengo bastante baja.
Kevin: (Regresa el juguete de la presión sanguínea al maletín.) No porque esté jugando al doctor significa que es verdad.
Terapeuta: Vaya, aunque parece que está baja no significa que de verdad esté enferma.

(La terapeuta siente que Kevin le dirigió su respuesta de una manera personal, y por ende personaliza el reconocimiento de la comprensión.)

Kevin: Es correcto porque sólo estoy jugando al doctor. (Saca el estetoscopio del maletín y escucha el latido de la terapeuta.) Parece que los doctores usan esta cosa. Así de simple.
Terapeuta: Así de simple. Tú sabes cómo usarlo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

(Darle crédito a Kevin de manera continua comunica aceptación y afirma su habilidad y capacidad. Un niño que recibe dicha afirmación desarrolla habilidades de solución de problemas y de afrontamiento mediante la relación de la terapia de juego.)

Kevin: Sí… algo así. (Saca la jeringa del maletín.) Aquí está esa cosa. Una inyección. (Se acerca y le aplica una inyección a la terapeuta.) Justo aquí. (Le muestra la jeringa.) Mira esto. (Le aplica otra inyección.)
Terapeuta: Acabas de aplicarme una inyección justo aquí.
Kevin: Bueno, vamos a poner esto y veamos aquí. Mantén derecha la mano. (Pone una bandita en la mano del terapeuta.)
Terapeuta: Eso ya terminó. (Las respuestas terapéuticas en el cuarto de juego deben ser cortas, concisas e interactuar con los sentimientos y acciones del niño.)
Kevin: (usa el estetoscopio) Bueno, respira profundo, otro, otro más, otro más, respira profundo, otro, otro más. ¡Está bien!
Terapeuta: Parece que eso te gusta.

(La terapeuta responde a una señal no verbal y refleja el sentimiento de Kevin. Los sentimientos y reacciones del niño se consideran más importantes que los detalles de su juego.)

Kevin: Sí, me gusta. (Usa la jeringa para sacar sangre del brazo de la terapeuta.) Muy bien, voy a poner eso en un frasco para las pruebas.
Terapeuta: Mmmm, vas a hacer muchas pruebas de sangre.
Kevin: Bueno, estás bien. Los resultados de las pruebas de sangre dicen que vas muy bien y que no necesitas más revisiones hasta el lunes.
Terapeuta: Me hiciste mejorar.
(Dichas respuestas empoderan al niño.)
Kevin: (toma un bote de plastilina) ¿Qué quieres hacer con esto?
Terapeuta: En este lugar tú puedes decidirlo.

(La terapeuta regresa la responsabilidad a Kevin, le permite tomar una decisión y usar su propia creatividad.)

Kevin: ¡Oye, es una bomba! (Deja caer el bote de plastilina sobre un carrito en la caja de arena.). ¡Bum! ¿Viste ese carro?
Terapeuta: ¡Hizo volar el carro por los aires!
Kevin: (toma una palita de arena, cava un hoyo rápidamente y entierra el carro). Hizo un hoyo enorme que cubrió ese carro.
Terapeuta: Sí, ese hoyo es enorme. Ya no puede verse el carro.
Kevin: Las personas no salieron lastimadas. Se están escondiendo en el carro y el tipo que soltó la bomba no lo sabe.

(Las respuestas reflexivas de la terapeuta muestran comprensión y aceptación y permiten que el niño tome la iniciativa y que desarrolle su historia.)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Terapeuta: Están a salvo y el tipo no lo sabe.
Kevin: Si él supiera que están escondidos en el carro soltaría otra bomba, pero el padre desenterró el carro (Kevin toma el muñeco padre de la casa de muñecos) y le disparó al tipo.
Terapeuta: Están a salvo ahora.
Kevin: Decidieron manejar el carro a casa. (Kevin toma las esposas.) Ahora ponte esas esposas. Aquí, pon tus manos atrás.
Terapeuta: Quieres que ponga las manos detrás de mi espalda, pero mis manos deben estar al frente. (La terapeuta reconoce lo que Kevin quiere y pone un límite a las conductas que la hacen sentir incómoda. Esta declaración del self es esencial en el enfoque centrado en el niño.)
Kevin: Está bien.
Terapeuta: Me las estás poniendo justo aquí.
Kevin: (Escribe en el pizarrón.) ¿Cómo deletreas matemáticas?
Terapeuta: Aquí tú puedes deletrear las cosas como quieras hacerlo.

(Un objetivo importante del enfoque centrado en el niño es empoderarlo. Esta respuesta regresa a Kevin la responsabilidad y le concede permiso de ser creativo.)

Kevin: (escribe mt) No, eso no es así, está mal, la t está mal, m.
Terapeuta: No te parece correcto. Quieres que sea de cierta manera.
Kevin: Sí. ¿De quién es esta escuela?
Terapeuta: Te gustaría saber de qué se trata este lugar.

(Responder al significado subyacente evita tener que responder una pregunta que en realidad no ha sido planteada, comunica comprensión y libera la expresión del niño para ir más allá de la pregunta inicial.)

Kevin: Creo que este lugar es para jugar.
Terapeuta: Mmm. De modo que en realidad no estás seguro de si es una escuela o sólo un lugar para jugar.
Kevin: Creo que es una escuela.
Terapeuta: Mmm.
Kevin: Si yo quiero que sea una escuela, puedo hacer que sea una escuela.

(Kevin reconoce la singularidad de la relación de la terapia de juego y se siente empoderado.)

Terapeuta: De modo que tú puedes decidir qué quieres que sea.
Kevin: Sí.
Terapeuta: Kevin, nos quedan cinco minutos en el cuarto de juego, y luego será momento de ir a la sala de espera donde está tu mamá.

(Una advertencia de cinco minutos permite a Kevin completar la secuencia de juego que es importante para él y después estar listo para irse del cuarto de juego)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Kevin: ¡Caramba!
Terapeuta: Mmmm, parece que no quieres irte.
Kevin: Lo detesto.
Terapeuta: De verdad no te gusta. (pausa) Realmente te estás esforzando por poner eso aquí. Si no van en un lugar, encontrarás otro sitio para ellos.
Kevin: Los estoy buscando (en el baúl). Tengo problemas en la escuela. (Identifica la dificultad que tiene en la escuela.)
Terapeuta: Mmm. De modo que a veces tienes problemas en la escuela.
Kevin: ¿Hay una llave para esto? (el baúl)
Terapeuta: Te gustaría tener una llave, pero no la hay.
Kevin: (avienta los muñecos en el baúl). ¡Métanse ahí! ¡Todos! ¡Ahí!
Terapeuta: Estás enojado y les estás diciendo dónde ir.
Kevin: Tienen que salir de aquí con sus viejas y apestosas… cabezas. Tienen que bañarse. ¡Métanse aquí! (en el baúl)
Terapeuta: Te parece que apestan mucho… necesitan bañarse.
Kevin: Por eso los estoy buscando aquí. Están tratando de salirse. No saldrán nunca (mira hacia el baúl). ¿Están listos para salir? (habla entre dientes)
Terapeuta: Mmm…
Kevin: ¿Se lavaron? Muy bien, ahora huelen muy bien.
Terapeuta: Quieres asegurarte de que están limpios. Pero decidiste que deben estarlo. Parece que te gusta cómo huelen ahora.
Kevin: Ahora vayan todos a trabajar o no los dejaré salir nunca.
Terapeuta: ¡Hummm! Les estás advirtiendo que es mejor que hagan lo que tienen que hacer o no los vas a dejar salir.
Kevin: Ajá. Eso es lo que quiero…
Terapeuta: Parece que te gusta estar a cargo.
Kevin: Quiero ser el rey.
Terapeuta: Mmm.
Kevin: Pero no puedo serlo.
Terapeuta: Quieres ser…
Kevin: Dios me quiere.
Terapeuta: Mmm. De modo que Dios te quiere. Kevin, se acabó el tiempo por hoy.
Kevin: ¿Ahora?
Terapeuta: Mmm. Parece que no estás listo para levantar las cosas, pero nuestro tiempo terminó.
Kevin: ¿Puedo llevarme esto?
Terapeuta: Te gustaría llevarte eso contigo, pero los juguetes deben permanecer en el cuarto de juego para que estén aquí cuando vengas la próxima vez.

(La terapeuta refleja el sentimiento de Kevin. Establece un límite que generaliza a todos los juguetes, lo que evita la necesidad de plantearlo en referencia a cada objeto del cuarto de juego; también muestra gran respeto por el niño al comunicarle que los juguetes estarán ahí la próxima vez que venga.)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Kevin: ¿Todo eso permanece en el cuarto?
Terapeuta: Parece que te gustaría tomar algunos, pero todo permanece aquí. (Refleja el sentimiento que subyace a la pregunta.)
Kevin: No me quiero… ir todavía.
Terapeuta: No estás listo para irte, aunque es hora de partir. (La terapeuta muestra mucha paciencia. El objetivo es que Kevin asuma la responsabilidad de convencerse de salir del cuarto de juego.)
Kevin: Es hora de partir, pero… (mira hacia el estante)
Terapeuta: Kevin, yo sé que quieres mirar esas cosas, pero nuestro tiempo por hoy terminó… no quieres irte.
Kevin: Mis calcetines… y mis zapatos. (Los recoge.)
Terapeuta: Mmm... Los recogiste para llevarlos contigo. (Salen juntos.)

APLICACIONES CLÍNICAS

La aplicación clínica de terapia de juego centrada en el niño no se limita a los menores. Dado que el modelo de dicha terapia no se enfoca en el diagnóstico o la inadaptación, se considera que tiene gran aplicabilidad. Existe la creencia filosófica de que los niños tienen la tendencia inherente a avanzar por trayectorias sutiles o evidentes hacia la adaptación, la salud emocional, el desarrollo, la independencia, la autonomía y la personalidad. En este modelo el terapeuta no concentra su atención únicamente en la persona del niño, sino también en lo que éste es capaz de convertirse. La etiología del problema, el problema en sí o los síntomas que lo ponen de manifiesto no son limitaciones, y de hecho no son pertinentes para el desarrollo de una relación terapéutica con el niño.

Sweeney y Landreth (2009) advirtieron que el enfoque centrado en el niño tiene grandes aplicaciones clínicas en términos de los antecedentes del menor:

> El enfoque centrado en el niño es excepcionalmente adecuado para el trabajo con chicos de diferentes estratos socioeconómicos y antecedentes étnicos porque esos hechos no cambian las creencias, la filosofía, la teoría o la visión que tiene el terapeuta del niño. Todos los niños reciben del terapeuta la misma empatía, aceptación, comprensión y sinceridad, sin importar su color, condición, circunstancia, preocupación o queja. El niño es libre de comunicarse por medio del juego de una manera que le resulta típica y cómoda, incluyendo adaptaciones culturales del juego y la expresión.

Las aplicaciones clínicas de la terapia de juego centrada en el niño son evidentes en las publicaciones acerca del tema. La siguiente revisión atestigua la amplia aplicabilidad del enfoque centrado en el niño.

APOYO EMPÍRICO

Contrario al mito de que la terapia de juego centrada en el niño es un proceso largo y sinuoso, la investigación publicada apoya su eficacia en su uso a corto plazo. Raskin y Rogers (2005) informaron que con la terapia centrada en la persona se demostraron cambios significativos en la autoaceptación y la capacidad del individuo para avanzar hacia la autoevaluación interna en sesiones únicas y en la terapia de corto plazo. En un texto publicado recientemente acerca de la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

investigación de la terapia de juego centrada en el niño (Baggerly, Ray y Bratton, 2010), los autores advierten un hecho importante:

> Advertirá que todos los estudios descritos se basan en la orientación teórica de la terapia de juego centrada en el niño (TJCN) y en el enfoque de la terapia filial. Este énfasis se debe a que prácticamente todos los estudios sobre la terapia de juego que fueron publicados en una revista profesional desde el año 2000 eran sobre la terapia de juego centrada en el niño o la terapia filial (pp. xiii-xiv).

Axline (1948) informó que el uso de la terapia de juego centrada en el niño permitió obtener un progreso significativo en un niño con mutismo selectivo. Este progreso fue reportado por la madre del menor en la quinta sesión de terapia de juego. Bills (1950) estudió los efectos de la terapia de juego centrada en el niño en pequeños con problemas de lectura, observando una mejora significativa en las habilidades de lectura en comparación con el grupo control.

Oualline (1975) demostró la eficacia de la terapia de juego centrada en el niño en menores con problemas de audición e informó de reducciones significativas de los problemas conductuales en comparación con el grupo control. Barlow, Strother y Landreth (1985) informaron de un progreso significativo en un niño con tricotilomanía, advirtiendo un crecimiento importante del cabello para la séptima sesión. Crow (1989) trabajó con alumnos de primaria e informó de una mejora significativa en el autoconcepto y el locus de control interno en comparación con el grupo control luego de una intervención con la terapia de juego centrada en el niño. En un estudio de 60 escolares con un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la intervención con la terapia de juego centrada en el niño demostró una mejora significativa en el TDAH y los síntomas de ansiedad, así como disminución en el estrés del maestro (Ray, Schottelkorb y Tsai, 2007).

LeVieux (1994) utilizó la terapia de juego centrada en el niño con un pequeño en duelo e informó de cambios positivos para la séptima sesión, los cuales incluían mejora en la conducta y capacidad para hablar de la pérdida con mayor facilidad. Johnson, McLeod y Fall (1997) examinaron los efectos de seis sesiones de terapia de juego centrada en el niño en menores con problemas emocionales o físicos que afectaban el rendimiento escolar. Tanto los investigadores como los maestros y los padres advirtieron la mejoría. Webb (2001) reportó la eficacia de una a tres sesiones con niños afectados por el bombazo terrorista en la ciudad de Oklahoma. Danger y Landreth (2005) demostraron resultados positivos del uso de esta forma de terapia en niños con problemas del habla.

Kot, Landreth y Giordano (1998) investigaron el uso de un modelo intensivo de terapia de juego centrada en el niño de corto plazo en menores que presenciaron violencia doméstica. Los niños del grupo experimental demostraron una disminución significativa de los problemas conductuales y una mejora significativa del autoconcepto. Tyndall-Lind, Landreth y Giordano (2001) investigaron a la misma población en la que utilizaron terapia de juego centrada en el niño intensiva a corto plazo con grupos de hermanos y encontraron los mismos resultados positivos. Jones y Landreth (2002) investigaron la eficacia de la terapia de juego intensivo en niños

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

con enfermedades crónicas, demostrando resultados positivos. Un estudio exploratorio del uso de la terapia de juego centrada en el niño en chicos agresivos también demostró una eficacia significativa (Ray, Blanco, Sullivan y Holliman, 2009).

También se han encontrado resultados significativamente positivos en la investigación del modelo de 10 sesiones de terapia filial de Landreth (2002; Landreth y Bratton, 2006). Como ya se mencionó, la terapia filial es una intervención de entrenamiento para padres en que se les enseña a usar las habilidades de la terapia de juego centrada en el niño para enfrentar problemas difíciles del niño y la familia. También se ha demostrado que este modelo mejora el autoconcepto de los niños, reduce sus problemas conductuales, mejora su adaptación emocional e incrementa su conducta deseable de juego. Además, se ha demostrado que el modelo de 10 sesiones disminuye significativamente el estrés de los padres, aumenta su empatía y aceptación, y mejora el ambiente familiar.

El modelo de terapia filial de Landreth se estudió mediante un diseño de pretest-postest con grupo control, demostrando su eficacia en una gran variedad de poblaciones de niños y padres; estas poblaciones incluían a padres solteros (Bratton y Landreth, 1995), madres encarceladas (Harris y Landreth, 1997), padres prisioneros (Landreth y Lobaugh, 1998), padres no delincuentes de menores que sufrieron abuso sexual (Costas y Landreth, 1999), niños con problemas de aprendizaje (Kale y Landreth, 1999), pequeños con enfermedades crónicas (Tew, Landreth, Joiner y Solt, 2002), y niños que fueron testigos de violencia doméstica (Smith, 2000). También se han obtenido resultados significativos en varios estudios realizados con paraprofesionales, incluyendo maestros de estudiantes sordos e hipoacúsicos (Smith y Landreth, 2004), profesores y ayudantes de profesor (Helker y Ray, 2009), estudiantes de posgrado en entrenamiento (Brown, 2000), estudiantes de preparatoria que conducían sesiones de juego con alumnos en riesgo de preescolar y jardín de niños (Jones, Rhine y Bratton, 2002), y en el entrenamiento de alumnos de quinto grado para trabajar con alumnos del jardín de niños (Robinson, Landreth y Packman, 2007).

Investigación transcultural

Se ha demostrado que la terapia de juego centrada en el niño tiene amplias aplicaciones transculturales. Numerosos proyectos de investigación han demostrado la eficacia de esta forma de terapia en diversas culturas, en la terapia realizada en la escuela con niños hispanos (Garza y Bratton, 2005), en el entrenamiento de maestros y consejeros escolares israelís en la terapia de juego centrada en el niño a corto plazo (Kagan y Landreth, 2009), la terapia de juego grupal con chinos que fueron víctimas de terremotos (Shen, 2002), la terapia de juego centrada en el niño con pequeños japoneses en EUA (Ogawa, 2006), el entrenamiento en la terapia de juego breve centrada en el niño para profesionales que trabajaban con niños vulnerables en Kenia (Hunt, 2006) y la terapia de juego no directiva con niños iraníes con problemas internalizados (Bayat, 2008).

En gran cantidad de estudios se han demostrado también los beneficios de la terapia filial con poblaciones diversas de padres: padres chinos (Chau y Landreth, 1997; Yuen, Landreth y Baggerly, 2002), padres coreanos (Jang, 2000; Lee

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

y Landreth, 2003), padres israelíes (Kidron y Landreth, 2010), padres indígenas estadounidenses (Glover y Landreth, 2000), padres afroestadounidenses (Sheely, 2009) y padres hispanos (Ceballos, 2009).

CONCLUSIÓN

La terapia de juego centrada en el niño es un proceso dinámico en que se establece una relación con los niños en sus propios términos, de formas que son apropiadas para el desarrollo y congruentes con su medio natural de comunicación. Así como cambia el color de los árboles en el otoño (lo cual implica un proceso interno de recursos ya existentes en respuesta a un cambio climático), los niños poseen recursos internos que florecen en el cambio ambiental de una experiencia de juego autodirigida en presencia de un terapeuta que comunica respuestas centradas en el niño. Este es un proceso de descubrimiento continuo en la medida que el terapeuta de juego muestra de manera sistemática comprensión y aceptación, lo que crea una relación de seguridad que es internalizada por el niño de formas que lo liberan para expresar y explorar dimensiones del self que por lo general no habían sido compartidas con otros adultos. El terapeuta de juego centrado en el niño tiene la oportunidad de ser quizá el único adulto que se enfoca por completo en el niño y no en su "problema".

El niño es quien determina el contenido y dirección de su juego. El enfoque centrado en el niño no es una aproximación normativa que dependa del problema identificado del pequeño. Un tema central es que la clave de la conducta es cómo se siente el niño acerca de sí mismo. Si bien es indudable el valor de las intervenciones conductuales, éstas no cambian la autopercepción. Por consiguiente, el terapeuta de juego se esfuerza por entender la perspectiva perceptual del niño. Para entender la conducta del menor siempre debe verse a través de los ojos del niño. La terapia de juego centrada en el niño constituye uno de los modelos teóricos más exhaustivamente investigados, y los resultados demuestran de manera inequívoca la eficacia de este enfoque en una amplia variedad de problemas infantiles y en escenarios de tiempo limitado que involucran terapia de juego intensiva y de corto plazo. La terapia de juego centrada en el niño ha mantenido y seguirá manteniendo su atención en el proceso de ser y de llegar a ser.

REFERENCIAS

Axline, V. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Boston, MA: Houghton Miffl in.

Axline, V. (1948). Some observations on play therapy. *Journal of Consulting Psychology, 11*, 61–69.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Baggerly, J., Ray, D., & Bratton, S. (Eds.). (2010). *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice*. Hoboken, NJ: Wiley.

Barlow, K., Strother, J., & Landreth, G. (1985). Child-centered play therapy: Nancy from baldness to curls. *School Counselor, 32*(5), 347–356.

Bayat, M. (2008). Nondirective play-therapy for children with internalized problems. *Journal of Iranian Psychologists, 4*(15), 267–276.

Bills, R. (1950). Nondirective play therapy with retarded readers. *Journal of Consulting Psychology, 14*, 140–149.

Bratton, S., & Landreth, G. (1995). Filial Therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy, 4*(1), 61–80.

Brown, C. (2000). Filial Therapy with undergraduate teacher trainees; child–teacher relationship training. *Dissertation Abstracts International, 63*(09A), 3112.

Ceballos, P. (2009). School-based child parent relationship therapy (CPRT) with low income fi rst generation immigrant Hispanic parents: Effects on child behavior and parent–child relationship stress. *Dissertation Abstracts International, 69*(8-A), 3042.

Chau, I., & Landreth, G. (1997). Filial Therapy with Chinese parents: Effects on parental empathic interactions, parental acceptance of child and parental stress. *International Journal of Play Therapy, 6*(2), 75–92.

Costas, M., & Landreth, G. (1999). Filial Therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy, 8*(1), 43–66.

Crane, J. (2001). The parents' part in the play therapy process. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 83–98). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

Crow, J. (1989). Play therapy with low achievers in reading. *Dissertation Abstracts International, 50*(9A), 2789.

Danger, S., & Landreth, G. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy, 14*(1), 81–102.

Garza, Y., & Bratton, S. (2005). School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy,14*(1), 51–79.

Ginott, H. (1961). *Group psychotherapy with children: The theory and practice of play therapy*. New York, NY: McGraw-Hill.

Glover, G., & Landreth, G. (2000). Filial Therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy, 9*(2), 57–80.

Harris, Z., & Landreth, G. (1997). Filial Therapy with incarcerated mothers: A fi ve week model. *International Journal of Play Therapy, 6*(2), 53–73.

Helker, W., & Ray, D. (2009). Impact of child teacher relationship training on teachers' and aides' use of relationship-building skills and the effects on student classroom behavior. *International Journal of Play Therapy, 18*(2), 70–83.

Homeyer, L., & Sweeney, D. (2010). *Sandtray therapy: A practical manual* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Hunt, K. (2006). Can professionals offering support to vulnerable children in Kenya benefit from brief play therapy training? *Journal of Psychology in Africa, 16*(2), 215–221.

Jang, M. (2000). Effectiveness of Filial Therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy, 9*(2), 39–56.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Johnson, L., McLeod, E., & Fall, M. (1997). Play therapy with labeled children in the schools. *Professional School Counseling, 1*(1), 31–34.

Jones, E., & Landreth, G. (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *International Journal of Play Therapy, 11*(1), 117–140.

Jones, L., Rhine, T., & Bratton, S. (2002). High school students as therapeutic agents with young children experiencing school adjustment difficulties: The effectiveness of a filial therapy training model. *International Journal of Play Therapy, 11*(2), 43–62.

Kagan, S., & Landreth, G. (2009). Short-term child-centered play therapy training with Israeli school counselors and teachers. *International Journal of Play Therapy, 18*(4), 207–216.

Kale, A., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning diffi culties. *International Journal of Play Therapy, 8*(2), 35–56.

Kidron, M., & Landreth, G. (2010, April). Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy, 19*(2), 64–78.

Kot, S., Landreth, G., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witness of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 7*(2), 17–36.

Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). Philadelphia, PA:Brunner-Routledge.

Landreth, G., & Bratton, S. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session Filial Therapy model*. New York, NY: Routledge.

Landreth, G., & Lobaugh, A. (1998). Filial Therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling & Development, 76*(2), 157–165.

Landreth, G., & Sweeney, D. (1999). The freedom to be: Child-centered group play therapy. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Lee, M-K., & Landreth, G. (2003). Filial Therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy, 12*(2), 67–85.

LeVieux, J. (1994). Terminal illness and death of father: Case of Celeste, age 5½. In N. B. Webb (Ed.), *Helping bereaved children: A handbook for practitioners* (pp. 81–95). New York, NY: Guilford Press.

Moustakas, C. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationship*. New York, NY: Harper & Row.

Ogawa, Y. (2006). Effectiveness of child-centered play therapy with Japanese children in the United States. *Dissertation Abstracts International, 68*(02B), 0158.

Oualline, V. (1975). Behavioral outcomes of short-term nondirective play therapy with preschool deaf children. *Dissertation Abstracts International, 36*(12A), 7870.

Raskin, N., & Rogers, C. (2005). Person-centered therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (7th ed., pp. 130–165). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Ray, D., Blanco, P., Sullivan, J., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy,18*(3), 162–175.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ray, D., Schottelkorb, A., & Tsai, M-H. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention defi cit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy,16*(2), 95–111.

Robinson, J., Landreth, G., & Packman, J. (2007). Fifth-grade students as emotional helpers with kindergartners: Using play therapy procedures and skills. *International Journal of Play Therapy, 16*(1), 20–35.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton-Miffl in Sheely, A. (2009). School-based child-parent relationship therapy (CPRT) with low income Black American parents: Effects on children's behaviors and parent–child relationship stress. A pilot study. *Dissertation Abstracts International, 69*(8–A), 3045.

Shen, Y-J. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. *International Journal of Play Therapy, 11*(1), 43–63.

Smith, D. M., & Landreth, G. (2004). Filial Therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Play Therapy, 13*(1), 13–33.

Smith, N. (2000). A comparative analysis of intensive Filial Therapy with intensive individual play therapy and intensive sibling group play therapy with child witnesses of domestic violence. *Dissertation Abstracts International, 62*(7-A), 2353.

Sweeney, D. (1997). *Counseling children through the world of play.* Eugene, OR: Wipf & Stock.

Sweeney, D. (2001). Legal and ethical issues in play therapy. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 65–81). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

Sweeney, D., & Landreth, G. (2009). Child-centered play therapy. In K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: Comparing theories and techniques* (2nd ed., pp. 123–162). Hoboken, NJ: Wiley. Tew, K., Landreth, G., Joiner, K., & Solt, M. (2002). Filial Therapy with chronically ill children. *International Journal of Play Therapy, 11*(1), 79–100.

Tyndall-Lind, A., Landreth, G., & Giordano, M. (2001). Intensive group play therapy with child witness of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 10*(1), 53–83.

Webb, P. (2001). Play therapy with traumatized children. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 289–302). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

Yeun, T., Landreth, G., & Baggerly, J. (2002). Filial Therapy with immigrant Chinese parents *International Journal of Play Therapy, 11*(2), 63–90.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 9

Terapia filial

Fortalecimiento de las relaciones familiares por medio del poder del juego

Risë VanFleet

INTRODUCCIÓN

Niños que presentan una amplia variedad de problemas a menudo responden bien a la terapia de juego. Aunque la mayoría de los terapeutas de juego tienen la prudencia de involucrar a los padres en el proceso por medio de la consulta conductual y reuniones regulares, en ocasiones se sienten frustrados porque los padres no hacen los cambios necesarios para mantener el progreso alcanzado en la terapia de juego. La terapia filial (TF) ofrece una solución que implica una participación más activa de los padres en el proceso, los ayuda a hacer cambios duraderos y asegura que se mantenga el progreso del niño. La terapia filial es ante todo una forma de terapia familiar, pero se basa en buena medida en el poder del juego para fortalecer las relaciones entre padres e hijos, resolver problemas y fomentar un desarrollo psicosocial sano en el futuro.

El término **filial** se deriva del vocablo latino que significa "hijo" o "hija", y se traduce aproximadamente como "padre e hijo". La terapia filial fue creada a finales de la década de 1950 por los doctores Bernard y Louise Guerney, quienes la desarrollaron e investigaron a lo largo de sus carreras (Guerney, 1964; Guerney, 1983; VanFleet, 2005, 2006b, 2008a; VanFleet y Guerney, 2003). Aunque la comunidad profesional no brindó al inicio una acogida entusiasta a este enfoque novedoso, su perfeccionamiento y el creciente apoyo empírico que ha experimentado al paso del tiempo la han convertido en una de las formas de terapia de juego de mayor demanda en la actualidad entre los terapeutas y las familias. Su enfoque respetuoso de empoderamiento y adaptabilidad han aumentado su uso en ambientes multiculturales y en todo el mundo.

En la terapia filial el terapeuta hace participar a los padres como los agentes principales del cambio de su propia familia. Esto se logra por medio del entrenamiento y supervisión de los padres mientras conducen sesiones especiales de juego no directivo con cada uno de sus hijos. Una vez que los padres adquieren competencia y confianza para dirigir los momentos especiales de juego, pasan al ambiente del hogar mientras que el terapeuta sigue monitoreando el progreso. Antes de darles el alta, el terapeuta ayuda a los padres a generalizar a la vida cotidiana las habilidades empleadas durante las sesiones de juego. Algunas familias siguen realizando las sesiones especiales de juego mucho después de que ha terminado la terapia por el sencillo hecho de que las disfrutan y les ayudan a fortalecer sus relaciones e impedir el desarrollo de futuros problemas.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La terapia filial suele ser una intervención de un plazo relativamente corto que en muchas familias requiere entre 10 y 20 sesiones. Puede emplearse como prevención primaria para fortalecer los vínculos familiares, como medio de compensar problemas potenciales de familias en riesgo y como una forma completa de terapia para familias que experimentan problemas que van de leves a graves. VanFleet (2005, 2006b, 2008a) describió en detalle el uso de la terapia filial con familias individuales. El modelo de terapia filial del grupo Guerney se considera todavía una intervención viable (Guerney y Ryan, en preparación; VanFleet y Sniscak, en prensa), y han aparecido otros formatos de corto plazo que incluyen una adaptación de educación para padres con apoyo empírico conocida como terapia de la relación entre el niño y los padres (TRNP) (Landreth y Bratton, 2006), el programa de 12 semanas desarrollado para las familias del programa Head Start (Wright y Walker, 2003), y el programa de terapia filial grupal de 12 semanas desarrollado para el Centro de Tratamiento de Niños en Crisis de Filadelfia (Philadelphia Children's Crisis Treatment Center) y empleado más recientemente con familias damnificadas por el huracán Katrina (Caplin y Pernet, en prensa; VanFleet y McCann, 2007). VanFleet y Sniscak adaptaron el modelo del grupo Guerney para emplearlo en niños gravemente traumatizados y con problemas de apego ubicados en hogares sustitutos y familias adoptivas; este programa se lleva a cabo durante 18 semanas para satisfacer las múltiples necesidades y los niveles más profundos de sufrimiento que suelen encontrarse en esta población de niños y familias.

CONCEPTOS BÁSICOS, METAS Y TÉCNICAS

La terapia filial es un enfoque teóricamente integrador que se inspira en los antecedentes o las contribuciones de las orientaciones humanistas, psicodinámicas, conductuales, interpersonales, cognitivas, de sistemas familiares, de la teoría del desarrollo del apego y de la psicología comunitaria. En otros trabajos (Cavedo y Guerney, 1999; Ginsberg, 2003, 2004; Guerney, 1997, 2003; VanFleet, 2009a, 2009b) se describen con detalle las formas específicas en que esas teorías están representadas en la terapia filial y se revisan más acuciosamente en la sección de los poderes terapéuticos del juego de este capítulo.

A nivel conceptual, el desarrollo de la terapia filial se adelantó mucho a su época. Se ajusta mucho mejor al clima actual de intervenciones familiares y comunitarias, de terapias expresivas y de la terapia de juego. Algunos de los primeros en adoptarla plenamente fueron los terapeutas de juego, pero cada vez es mayor el interés profesional de terapeutas familiares, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros y educadores.

Conceptos

En esencia, la terapia filial es una **intervención psicoeducativa**. Estos enfoques se basan en la idea de que los problemas surgen cuando la gente carece del conocimiento o las habilidades que necesita para afrontar las situaciones que se le presentan. Las implicaciones de esta aproximación difieren de los modelos médicos o expertos imperantes en que los problemas son diagnosticados, se consideran por lo general como una disfunción del individuo o la familia y el tratamiento es llevado a

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cabo por el profesional pertinente. Aunque es posible emplear enfoques psicoeducativos en el modelo médico, las suposiciones y los métodos son muy diferentes. En un modelo psicoeducativo el terapeuta piensa más como educador. La intervención consiste en identificar el conocimiento y las habilidades que podrían ser de utilidad para el cliente, enseñar ese conocimiento y esas habilidades y ayudar a la persona o familia a adaptarlas y emplearlas en su propia vida. De esta manera se abordan los problemas psicológicos, emocionales, conductuales, sociales y del desarrollo. En este proceso resulta útil la formación clínica que ayude al profesional a identificar el conocimiento y las habilidades más útiles para afrontar las dificultades de la familia.

La terapia filial es un **enfoque orientado al proceso**, lo cual significa que los terapeutas esperan que si crean un ambiente empático, de aceptación y enfocado en el cliente, éste resolverá muchos de sus problemas. Aunque la terapia filial está diseñada para alcanzar varias metas del niño, los padres y de la familia, esto se logra mediante el fortalecimiento de las relaciones familiares. Es a través de este proceso que las metas son alcanzadas, por lo que los terapeutas se concentran más en la formación de la relación mediante el uso del juego que en metas específicas. Si el proceso está bien diseñado, como sucede en la terapia filial, y si es bien realizado por un terapeuta con un entrenamiento apropiado, entonces se cumplirán las metas específicas. Es tarea del terapeuta mantener la integridad del proceso para que éste pueda obrar su magia.

En relación con esto, la terapia filial **empodera a los niños, los padres y las familias**. Los terapeutas se enfocan en el proceso, lo que permite que los niños y sus padres resuelvan muchos de sus problemas. En las sesiones de juego se proporciona a los niños considerable libertad para expresar libremente sus sentimientos y deseos, comunicar sus anhelos, resolver problemas y dominar sus miedos o traumas. Se proporciona a los padres las herramientas que necesitan para realizar todo su potencial como padres, pero se les deja a ellos las decisiones específicas de la crianza. Una vez que están mejor equipados con las habilidades desarrolladas en el proceso de la terapia filial, es más probable que los padres tomen decisiones y se comporten de maneras que aseguren el sano desarrollo psicosocial de sus hijos. Los terapeutas deben crear un ambiente seguro y de aceptación para los padres, y enseñarles a crear un ambiente seguro y de aceptación para sus hijos. Es en este clima de empatía, respeto, entrenamiento de habilidades y apoyo que los padres obtienen confianza y equilibrio en su aproximación (tal como en el estilo autoritativo de crianza recomendado por Baumrind [1971]), y son sus hijos quienes cosechan los beneficios.

Los terapeutas que utilizan la terapia filial **involucran a los padres como verdaderos compañeros en el proceso**. Los terapeutas aprenden a valorar la información y las ideas que los padres aportan al proceso, ya que éstos son en verdad los mejores expertos del mundo en sus propios hijos. Es posible que no hayan tratado bien a sus hijos, sus relaciones pueden ser conflictivas y dañadas, sus habilidades de crianza quizá sean muy deficientes, pero aun así conocen a sus hijos y saben qué esperar de ellos mucho mejor de lo que podrá saber cualquier terapeuta. Los padres conocen los hábitos, tendencias, preferencias y reacciones de sus hijos debido a que viven con ellos. Sus relaciones son íntimas, aunque no sean ideales. En esencia, los padres comprenden el **contexto** en que viven ellos y sus hijos, y esto

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

es una información vital para la terapia. En la terapia filial el terapeuta trata a los padres con el respeto, la sensibilidad y la empatía que merecen, lo que contribuye a formar una relación terapéutica verdaderamente colaborativa. El terapeuta lleva a la terapia familiar su conocimiento especializado sobre desarrollo infantil, y añade la terapia de juego a la ecuación, mientras que los padres proporcionan la "inteligencia" sobre el escenario. En ocasiones es difícil forjar dichas colaboraciones, en especial con los padres que son obligados a asistir por la corte o que tienen desconfianza de la terapia, pero los esfuerzos por atraerlos y apoyarlos en el proceso de la terapia filial se ven recompensados por su participación y cambio verdadero, lo que garantiza también mejores resultados para sus hijos.

Los clínicos que utilizan la terapia filial también **aprecian el valor y uso del poder del juego** en la formación de un apego sano, el fortalecimiento de las relaciones y la solución de problemas individuales y familiares. El juego es la forma principal por la cual los niños aprenden acerca del mundo, se expresan y desarrollan sus habilidades físicas, sociales, cognitivas y emocionales (Brown y Vaughan, 2009; Elkind, 2007; Ginsburg, 2007; Sutton-Smith, 2008; VanFleet, 2000). VanFleet (2008b) definió a la terapia de juego como "un campo amplio que usa la inclinación natural de los niños al juego como una forma de crear un ambiente terapéutico emocionalmente seguro que aliente la comunicación, la formación de relaciones, la expresión y la solución de problemas en el niño" (p. 15). Muchos consideran que la terapia de juego es el tratamiento de elección, sensible al desarrollo, para la mayoría de los problemas infantiles.

Metas de la terapia filial

Aunque la terapia filial es una terapia orientada al proceso, está diseñada para cumplir varias metas. En general, su meta es contribuir al fortalecimiento de las familias por medio de la obtención de relaciones más satisfactorias basadas en el amor, la comprensión, la confianza, la seguridad, la lealtad, la pertenencia, la compasión, la compañía y el disfrute (Cavedo y Guerney, 1999). Los problemas tienden a desaparecer cuando se satisfacen esas necesidades de los miembros de la familia. Además, las metas de la terapia filial son congruentes con los estudios sobre los estilos de crianza más eficaces (por ejemplo, la aproximación de la crianza autoritativa de Baumrind [1971]). Guerney (1997) sugirió que la terapia filial enseña a los padres a desarrollar las actitudes y conductas asociadas con los padres de los niños socialmente competentes. Su investigación sugiere también que cuando los padres muestran empatía durante el juego libre, los niños exhiben por lo general un comportamiento más dócil a los deseos de sus padres (Guerney, 1997). También se encontró que lo contrario era cierto: los niños eran menos obedientes cuando sus padres ejercían mucho control o se entrometían durante los periodos de juego libre.

En concreto, las metas de la terapia filial pueden dividirse en tres áreas. Primero, la terapia filial está diseñada para ayudar a los **niños** a a) reconocer y expresar sus sentimientos de manera constructiva y precisa, b) aumentar su autoestima y confianza, c) eliminar sus conductas inadaptadas, d) desarrollar habilidades de solución de problemas, e) lograr dominio de sus temores y otros sentimientos, f)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

aumentar su autorregulación, g) desarrollar conductas prosociales, y h) fortalecer la confianza en sus padres.

Segundo, la terapia filial pretende ayudar a los **padres** a a) establecer expectativas más realistas sobre sus hijos; b) mejorar su conocimiento sobre el desarrollo infantil; c) mejorar su habilidad para entender los sentimientos, pensamientos, percepciones y conductas de sus hijos; d) valorar el juego de sus hijos como parte de un desarrollo sano; e) incrementar su confianza como padres; f) desarrollar relaciones más cercanas, adaptadas, seguras y mutuamente satisfactorias con sus hijos; g) fortalecer la confianza en sus hijos; h) mejorar la crianza de sus hijos; i) mejorar su capacidad para mostrar empatía y aceptación de sus hijos; j) mejorar su capacidad para dar estructura, y para establecer y hacer cumplir límites cuando sea necesario; k) comunicarse mejor dentro de la familia y l) jugar más a menudo con sus hijos y disfrutarlos más.

Tercero, la terapia filial tiene como objetivo ayudar a **toda la familia** a a) disfrutar más entre sí; b) resolver los problemas presentes al nivel más fundamental; c) mejorar la comunicación y la solución interpersonal de problemas; d) mejorar las interacciones entre sí; y e) adquirir la confianza para funcionar de manera más independiente, cohesiva y con mayor satisfacción con la vida familiar. En esencia, la terapia filial se centra en el fortalecimiento de las relaciones entre padres e hijos dentro de la familia, pero el proceso mejora al mismo tiempo la cooperación matrimonial y el funcionamiento psicosocial de toda la familia.

Los planes de tratamiento con objetivos conductuales son valiosos, no sólo porque son requeridos por algunas organizaciones, compañías de seguros y dependencias gubernamentales, sino también porque representan un diálogo entre el terapeuta y los padres que resulta en la especificación de objetivos contra los cuales puede medirse el progreso. Dado que la terapia filial se describe aquí como una terapia familiar, es posible abrir expedientes y crear planes de tratamiento para el niño y para uno o ambos padres. Este autor analiza a menudo con los padres el punto en que tiene más sentido ubicar el diagnóstico. Como el problema del niño refleja muchas veces la dinámica familiar más amplia, el caso puede abrirse a nombre de uno de los padres. En otras ocasiones tiene sentido abrir un expediente para el niño y documentar las sesiones en que éste participa, y abrir otro expediente para el progenitor y documentar las sesiones durante la fase de entrenamiento y luego en la fase de sesiones en el hogar en que sólo los padres se reúnen con el terapeuta. Sin importar esos aspectos prácticos, los terapeutas filiales se reúnen de manera regular con los padres para identificar el progreso o los retrocesos en los problemas y la conducta que exhibe el niño en el "mundo real". Esto se considera una de las medidas más importantes del impacto de la terapia filial.

Técnicas

En la terapia filial el terapeuta emplea diversos métodos para cumplir las ambiciosas metas planteadas con anterioridad. El terapeuta enseña a los padres la manera de realizar con sus hijos sesiones especiales de juego centradas en el niño. También los apoya a medida que desarrollan una mayor comprensión de las comunicaciones y necesidades que sus hijos expresan en el juego y los ayuda a

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

entender algunas de sus propias reacciones y sentimientos mientras participan en esta nueva forma de interactuar con sus hijos.

Dado que la terapia filial se basa en un modelo teóricamente integrador, combina métodos tomados de las distintas teorías que engloba. Los terapeutas desarrollan sus habilidades y actitudes empáticas para poder transmitir a los padres comprensión y aceptación mientras trabajan juntos para resolver los problemas de la familia. Emplean principios conductuales y del aprendizaje para ayudarlos a dominar las habilidades de la sesión de juego. Los ayudan a comprender el significado simbólico de los temas del juego de sus hijos y los apoyan luego con empatía y restructuración cognitiva cuando deben enfrentar los mensajes (en ocasiones) difíciles que sus hijos comparten.

A un nivel práctico, los terapeutas filiales deben desarrollar primero competencia en la terapia de juego centrada en el niño (TJCN) antes de embarcarse en el uso de la terapia filial (consulte, por ejemplo, los trabajos de Cochran, Nordling y Cochran, 2010; Landreth, 2002; VanFleet, 2006a; VanFleet, Sywulak y Sniscak, 2010; Wilson y Ryan, 2005). Los terapeutas también deben haber desarrollado grandes habilidades de empatía junto con la capacidad para mostrar comprensión de los sentimientos más profundos de los niños y los padres de manera sensible y segura. También deben tener un conocimiento sólido del funcionamiento de los sistemas familiares a fin de que puedan involucrar de manera eficaz a todos los miembros de la familia en el proceso y trabajar en dinámicas familiares difíciles. También son importantes las habilidades de liderazgo de grupo si se desea realizar terapia filial o alguna de sus adaptaciones en un formato grupal, de las cuales hay varias (Caplin y Pernet, en prensa; Guerney y Ryan, en prensa; Landreth y Bratton, 2006; VanFleet y Sniscak, en prensa; Wright y Walker, 2003).

Después de la fase de evaluación, el terapeuta filial demuestra una sesión de terapia de juego centrada en el niño con cada uno de los hijos de la familia mientras los padres observan. A esto le sigue una fase de entrenamiento en que los padres aprenden a dirigir por sí mismos estas sesiones de juego. A continuación, conforme los padres empiezan a conducir las sesiones de juego de manera individual con sus propios hijos, el terapeuta observa y luego les da retroalimentación, enfocándose en las cosas que hicieron bien y ofreciendo una o dos sugerencias para mejorar hasta que los padres se vuelvan competentes en la dirección de las sesiones especiales de juego. También es en este momento que los terapeutas ayudan a los padres a aprender a reconocer y comprender los temas del juego de sus hijos. Esto se hace de manera cuidadosa, considerando dichos temas en diversos contextos. Los terapeutas también ayudan a los padres a entender sus propias reacciones emocionales a los temas del juego, los cuales pueden reflejar algunas de las dinámicas centrales de la familia. Una vez que los padres pueden conducir las sesiones de juego de manera confiada y competente, el proceso cambia al ambiente del hogar. Los padres realizan sesiones semanales de media hora con cada uno de sus hijos y se reúnen una o dos veces por semana con el terapeuta para analizarlas. Durante esas reuniones, el terapeuta los ayuda a empezar a generalizar las habilidades que emplearon en las sesiones de juego a la vida cotidiana. En este momento también tiene lugar la solución de otros problemas con base en la recién adquirida comprensión de sus hijos y de los problemas de su propia dinámica.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los terapeutas filiales enseñan a los padres cinco habilidades básicas, cuatro de las cuales son empleadas durante las sesiones no directivas entre padres e hijos y una se concentra en la comprensión de los temas del juego. Las cuatro habilidades que se emplean durante el juego no directivo entre padres e hijos son las siguientes:

Estructuración. Esta habilidad se emplea para establecer el tono de las sesiones de juego, que es de apertura y aceptación. También crea los límites amplios alrededor de las sesiones de juego, como las advertencias que se hacen cinco y un minuto antes de que termine la sesión de juego.

Escucha empática. Esta habilidad está diseñada para ayudar a los padres a prestar atención a las acciones y sentimientos de sus hijos durante el juego y a trasmitirles su aceptación y comprensión. Los padres utilizan la habilidad de escucha empática cada vez que sus hijos se dedican al juego solitario. Por lo general, no se establecen límites a lo que el niño dice o sobre su juego imaginario, como las cosas representadas en el trabajo del niño. Todas las conductas y sentimientos son aceptados usando la habilidad de escucha empática a menos que sean peligrosas o destructivas en tiempo real.

Juego imaginario centrado en el niño. Esta habilidad se utiliza cuando los niños invitan a los padres a entrar en su juego de simulación. Los padres aprenden a asumir los roles que les son asignados y a seguir la iniciativa de sus hijos respecto a cómo representar esos roles. Los padres pueden actuar de forma animada, usando rostros o voces para representar el personaje que les fue asignado, pero siempre tratan de identificar lo que en realidad quiere el niño. En ocasiones los niños corrigen a sus padres o les dan instrucciones más detalladas, y éstos deben ajustar su papel en consecuencia. En muchos sentidos, el uso de esta habilidad representa otra forma de adaptación, aceptación y empatía para el niño.

Establecimiento de límites. Esta habilidad se emplea con moderación, pero es importante para mantener la seguridad e integridad de la sesión de juego. Los padres aprenden a establecer límites de manera firme y específica en cada ocasión que los niños juegan de una manera que es potencialmente insegura para ellos o para sus padres, o cuando destruyen muchos juguetes o juguetes costosos. Se emplea un método de tres pasos para asegurar que los niños obedecen los límites; si no pueden mostrar autocontrol de la conducta prohibida, los padres pueden suspender la sesión de juego para restaurar la seguridad y su autoridad primordial durante las sesiones. Los niños reciben mucha libertad dentro de esos límites, pero los padres deben estar preparados para manejar situaciones en que sus hijos desafían las reglas. Esta habilidad está diseñada para que los padres retomen con rapidez la posición de autoridad cuando se necesite.

Las cuatro habilidades resumidas antes se describen con mayor detalle en otros trabajos (VanFleet, 2000, 2005, 2006a, 2006b; VanFleet, Sywulak y Sniscak, 2010). Se emplean de acuerdo con los principios de la terapia de juego centrada en el niño de Axline (1947, 1969), en que los padres deben seguir la orientación de sus hijos,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

proporcionarles un ambiente seguro y de aceptación en que puedan expresarse y resolver en el juego sus sentimientos y dilemas. Cada vez que los padres dirigen sus sesiones de juego con la terapia filial, utilizan una de esas cuatro habilidades.

La quinta habilidad se utiliza después de que ha terminado cada sesión de juego. En este momento, el terapeuta ayuda a los padres a identificar los **temas de juego** que pueden haber estado presentes y a analizar lo que esos temas podrían significar para el niño. Aquí es donde el conocimiento que los padres tienen del contexto de la vida familiar resulta muy útil para convertir las hipótesis que plantean junto con el terapeuta acerca de los significados en una interpretación más precisa. Esta habilidad implica aprender a reconocer cuándo están presentes los temas de juego (por ejemplo, juego repetitivo, muy enfocado o secuencial) y a desarrollar por lo menos una comprensión básica de los mismos. Los terapeutas animan a los padres a compartir su conocimiento del niño y del hogar o las situaciones escolares para arrojar luz sobre todos los significados posibles del juego.

Los terapeutas filiales emplean un modelo eficaz de entrenamiento para enseñar las cuatro habilidades de la sesión de juego. Explican cada una de las habilidades, las demuestran y luego las practican con los padres a quienes proporcionan retroalimentación. Buena parte de la práctica tiene lugar durante sesiones de juego simuladas en que el terapeuta simula ser el niño y juega de modo que los padres puedan practicar las destrezas. El terapeuta les ofrece retroalimentación inmediata durante la sesión de juego simulada, y al final de la misma les dedica tiempo para analizar el proceso con mayor detalle. Se obtienen las impresiones de los padres acerca de la experiencia de la práctica y el terapeuta les ofrece retroalimentación positiva sobre las cosas que hicieron bien. El terapeuta utiliza moldeamiento conductual básico para reconocer y alentar los pequeños pasos en la dirección correcta. También se ofrecen sugerencias para mejorar, pero sólo una o dos a la vez para no abrumar a los padres. Este método proporciona al terapeuta un control considerable del **proceso** de aprendizaje y permite el rápido aprendizaje de la mayoría de los padres.

Cuando los padres empiezan las sesiones supervisadas de juego con sus hijos, el terapeuta observa sin interferir y después de la sesión se reúne a solas con los padres para pasar de nuevo por el proceso de retroalimentación. Por lo general, los padres muestran una mejoría considerable para la tercera o cuarta sesión de juego con sus hijos. Usualmente empiezan a dominar las habilidades después de que el terapeuta los ha observado cinco o seis veces, y los planes se orientan a las sesiones en el hogar.

Durante los periodos de información que siguen a las sesiones de juego entre padres e hijos, el terapeuta invita a los primeros a compartir sus impresiones del juego. Es en este momento, después de que se ha dado la retroalimentación sobre la habilidad, que analizan los posibles significados del juego y las reacciones de los padres al mismo. Durante este proceso, el terapeuta les ofrece comprensión empática así como un ambiente seguro y de aceptación para que consideren lo que están descubriendo acerca de sus hijos y de sí mismos.

Cuando dos padres o cuidadores participan en el proceso de la terapia filial, cada uno observa las sesiones de entrenamiento y de juego del otro con el niño,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

incluyendo los periodos de información. Pueden aprender de las experiencias mutuas y tienen la posibilidad de examinar abiertamente con el terapeuta los problemas familiares, de la crianza y del niño.

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO

Debido a su naturaleza teóricamente integradora, la terapia filial incorpora muchos de los poderes terapéuticos del juego. A continuación se mencionan los poderes relevantes con una breve explicación de cómo son incluidos en la terapia filial.

Superación de la resistencia. Es raro que los niños muestren resistencia durante la terapia filial porque disfrutan de la seguridad emocional del juego y están deseosos de divertirse con sus padres. Los padres exhiben poca resistencia en la atmósfera de empatía y aceptación que ofrece el terapeuta filial.

Comunicación. En la terapia filial los niños comunican mucho mediante las metáforas de su juego. A menudo se abren muy pronto con sus padres, quizá porque ya los conocen y mantienen con ellos una relación íntima, aunque sea una relación dañada. Los padres tienen una gran oportunidad de comunicar su comprensión recién adquirida de sus hijos, y el terapeuta ofrece comprensión y aceptación, lo que alienta su comunicación acerca de sus pensamientos y sentimientos.

Dominio clínico y del desarrollo. Los niños llegan a adquirirlo a través del juego. En este clima pueden representar con libertad sus angustias, preocupaciones y traumas, lo que eventualmente les permite adquirir control de los sentimientos aterradores o angustiantes. Esto suele suceder de manera muy natural en el contexto de su relación y durante las sesiones no directivas de juego. Buena parte de su juego refleja temas del desarrollo y de dominio. Para los padres, el dominio proviene del aprendizaje de las habilidades, de su éxito para modificar su comportamiento y de los sentimientos de satisfacción que experimentan a medida que sus interacciones con sus hijos se tornan más felices y saludables.

Pensamiento creativo. En el caso de los niños, el pensamiento creativo aparece durante las sesiones de juego que ellos dirigen. Dado que tienen la libertad de llevar el juego a donde lo necesiten, y lo hacen, pueden encontrar soluciones creativas para muchos de sus problemas. Para los padres, la creatividad llega cuando descubren nuevas formas de interactuar con sus hijos y de resolver los problemas. La adquisición de nuevas habilidades y el apoyo continuo y sin juicios del terapeuta les permite pensar y planear con mayor libertad.

Catarsis y abreacción. Los niños por lo general representan sus sentimientos más intensos y recrean los eventos traumáticos gracias al ambiente seguro y de aceptación creado por sus padres. El juego puede ser muy expresivo. Los padres son capaces de expresar al terapeuta sus dudas, frustraciones, enojo y alegrías con la seguridad de que recibirán una respuesta empática. En ocasiones, las secuencias o temas del juego de los niños producen la abreacción de los padres acerca de eventos traumáticos compartidos o de sus sentimientos ocultos acerca de sus hijos y de sí mismos.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Juego de roles, fantasía y metáfora. Es frecuente que los niños usen el juego de roles durante la terapia filial. A menudo incluyen a sus padres en el juego imaginario, lo cual permite que los padres obtengan insight sobre el mundo interno de sus hijos. Con ayuda del terapeuta, los padres suelen obtener una comprensión nueva de las dinámicas de su familia y del camino a seguir porque las metáforas y el juego imaginario de sus hijos pueden ser como un espejo sostenido frente a la familia. Para los niños suele resultar muy enriquecedor representar varios papeles imaginarios, y los padres se sienten empoderados cuando se unen a ese juego con habilidad y comprensión.

Formación del apego y fortalecimiento de la relación. El juego proporciona una base sólida para el apego saludable. En las sesiones de terapia filial los padres aprenden a ofrecer una base segura para sus hijos, en la que les permiten explorar primero el cuarto de juego y después el mundo, con la certeza de que los niños regresarán en busca de apoyo y aliento. El propósito principal de la terapia filial es crear relaciones y vínculos de apego fuertes, porque sin ellos no puede obtenerse un cambio verdadero. Las habilidades mostradas por los padres en la sesión de juego, aunadas a la libertad del juego de los niños, ofrecen nuevas oportunidades para superar los problemas de la relación y crear nuevas relaciones cariñosas y recíprocas.

Disfrute. Este es quizá el "efecto secundario" más benéfico de las sesiones de juego. Cuando padres e hijos aprenden a disfrutar juntos las sesiones de juego, se unen más. El disfrute se convierte en el "adhesivo" de su relación. Muchas familias siguen teniendo sesiones de juego mucho después de que termina la terapia formal. Cuando se les pregunta la razón, es común que digan "porque son divertidas".

ROL DEL TERAPEUTA

Los terapeutas fungen como clínicos y educadores. Enseñan a los padres a conducir las sesiones de la terapia de juego centrada en el niño y los animan y apoyan durante todo el proceso. Ayudan a los padres a procesar sus propias reacciones, a la vez que supervisan la adquisición de las habilidades y facilitan la comprensión de sus hijos. Los terapeutas también sirven de modelos, ya que de manera continua tratan de demostrar las habilidades y actitudes genuinas de aceptación y seguridad que quieren que los padres utilicen con sus hijos.

Los terapeutas que emplean la terapia filial por lo general obtienen su mayor satisfacción cuando ven el desarrollo de la relación entre los padres y sus hijos. Aunque en su mayoría también valoran la terapia de juego directa con los niños, les resulta todavía más gratificante ver las respuestas de éstos hacia sus padres en las sesiones de juego. Observar el momento en que los padres "lo logran" es invaluable porque los terapeutas saben que han tenido un impacto que trasciende las sesiones de la terapia.

ROL DE LOS PADRES

Los padres son los principales agentes del cambio de sus propios hijos. Son bienvenidos como verdaderos compañeros al proceso terapéutico. Los padres no se

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

convierten en "terapeutas", pero al utilizar las habilidades de la terapia de juego centrada en el niño se vuelven mejores padres. Aunque pueden mostrarse escépticos o abrumados cuando se les da a conocer la terapia filial, su respuesta suele ser rápida y positiva a la relación amistosa y afirmativa que se desarrolla con el terapeuta. El uso del humor por parte del terapeuta y la atmósfera desenfadada durante las sesiones ayudan a crear relaciones colaborativas con los padres que en ocasiones han tenido dificultades durante años con otros profesionales. Una de las características más notables de la terapia filial es quizá la rapidez con que los padres "se ponen a la altura de las circunstancias" y se muestran entusiastas por su propia transformación, lo que demuestra el poder de la profecía autorrealizada. Los terapeutas filiales aprenden a ver y esperar las fortalezas en los padres y a utilizarlas de manera pragmática para resolver los problemas del niño y de la familia.

APLICACIONES CLÍNICAS

La terapia filial ha sido empleada para atender diversos problemas infantiles y familiares. Su aplicabilidad es extensa debido a que es un enfoque orientado a la familia y al proceso. Se ha empleado con éxito en problemas como ansiedad y temor, problemas de conducta, depresión, trauma, problemas de apego, trastornos por déficit de atención, enojo y agresión, conductas negativistas, tendencias perfeccionistas y obsesivas-compulsivas, duelo y pérdida, enfermedades crónicas, niños en el espectro autista, y problemas familiares como violencia doméstica y abuso de drogas (VanFleet, 2005; VanFleet y Guerney, 2003). Se ha empleado la terapia filial para establecer un puente entre los hogares sustitutos y la adopción, así como en la reunificación familiar (VanFleet, 2006c; VanFleet y Sniscak, en prensa). Aunque existen algunas situaciones en que la terapia filial no debería utilizarse, o en que debería emplearse más tarde en el proceso de tratamiento, su aplicabilidad es amplia. La mayoría de los padres pueden aprender a conducir las sesiones si los terapeutas filiales recibieron entrenamiento completo en los métodos para hacerlo. La terapia filial puede usarse en la gran mayoría de los problemas.

La flexibilidad de la terapia filial permite su empleo en muchos escenarios, incluyendo la práctica privada, los servicios comunitarios de salud mental, servicios en el hogar o servicios móviles, escenarios de protección al menor, albergues y programas residenciales, escenarios educativos (en que los padres o maestros conducen las sesiones de juego), programas de intervención temprana como Head Start, centros para la atención de niños y familias en crisis, y hospitales (VanFleet y Guerney, 2003).

La terapia filial también puede adaptarse y aplicarse a distintas culturas. En EUA ha sido empleada con muchos grupos culturales diversos entre los que se incluyen familias afroamericanas, latinoamericanas, y de los pueblos nativos, asiaticoamericanos, etcétera. También se ha generado un considerable y creciente interés en muchos países de Europa, Medio Oriente, África, Lejano Oriente, Australia, Nueva Zelanda y Sudamérica. La razón de su atractivo transcultural es triple. Primero, el juego es universal entre los niños. Dondequiera que vivan, los niños juegan si se les permite hacerlo, y lo hacen dentro de la cultura, los eventos y las circunstancias que rigen sus vidas. La naturaleza no directiva de las sesiones de juego permite que éste refleje los antecedentes culturales de los niños.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Segundo, si bien las prácticas y tradiciones familiares varían de una cultura a otra, la mayoría de las culturas, si no es que todas, valoran a las familias. Tercero, dado que los padres participan como compañeros, traen consigo el conocimiento del contexto familiar. Proporcionan información y entendimiento que a un terapeuta le resultaría imposible obtener sin su colaboración. Es común que los padres ofrezcan indicios importantes que ayudan a identificar los posibles significados de los temas del juego de sus hijos en un contexto cultural. Quizá uno de los rasgos más importantes de la competencia cultural en la psicoterapia es la posibilidad de hablar con libertad acerca de las creencias y prácticas culturales y el respeto otorgado a los clientes por sus experiencias únicas. El proceso de la terapia filial, con su énfasis en la empatía, la aceptación y el empoderamiento, honra e incorpora la singularidad e individualidad de los niños y familias participantes, y las consideraciones culturales desempeñan un papel importante en esa singularidad.

APOYO EMPÍRICO

La terapia filial es una de las formas de la terapia de juego más estudiadas. A lo largo de sus 50 años de historia se han hecho investigaciones sobre su eficacia y su proceso; también se ha estudiado la forma grupal de educación a los padres, conocida como terapia de la relación entre el niño y los padres (TRNP) (Landreth y Bratton, 2006). Un metaanálisis de la terapia de juego y la terapia filial demostró con claridad que la participación de los padres, en especial en la forma de la terapia filial, mejoraba considerablemente los resultados de la terapia de juego (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005). Un resumen de la investigación sobre la terapia filial muestra la solidez de esta integración de terapia de juego y terapia familiar (VanFleet, Ryan y Smith, 2005). En general, estudios controlados de la terapia filial han demostrado de manera sistemática mejoras en la conducta infantil y los problemas reportados, aceptación y empatía de los padres, mejora en los niveles de habilidad y de estrés de los padres, y mayor satisfacción con la vida familiar.

CASO ILUSTRATIVO

En el siguiente caso ilustrativo se cambió toda la información que permitiría la identificación de los clientes para proteger su privacidad. Además, este caso representa una combinación de tres familias en circunstancias similares. Pese a ello, ofrece una imagen realista del proceso e impacto de la terapia filial.

Marli tenía cuatro años cuando fue colocada en un hogar sustituto después de que en repetidas ocasiones su madre alcohólica la había dejado sola con un amigo que golpeaba a la niña sin cesar porque no podía dejar de llorar cuando estaba con él. Este fue un caso de negligencia, y aunque Marli tenía un gran apego a su abuela materna, tampoco ella parecía una tutora apropiada por sus problemas de abuso del alcohol, por lo que mostraba conducta errática. A Marli le agradaba su familia sustituta, un matrimonio joven, pero tenía dificultades para controlar los arrebatos que presentaba de manera periódica debido al trauma, aunados a graves problemas conductuales. De manera inesperada, Marli empezó a presentar ataques de furia en que gritaba, hacía hoyos en las paredes y amenazaba con lastimar a los padres sustitutos y quemar su casa. En ocasiones también trataba de patear a los padres. Al principio la pareja había mostrado

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

interés en adoptar a la niña si eso fuera posible, pero las dificultades para manejar su conducta hicieron que reconsideraran su decisión. Al no saber cómo controlarla, a menudo la amenazaban con enviarla a una institución si no se comportaba.

Marli y sus padres sustitutos fueron remitidos a los servicios de terapia de juego por la dependencia de cuidado sustituto. Después de la entrevista inicial y la evaluación familiar integral, la terapeuta recomendó la terapia filial como núcleo de un plan global de tratamiento que incluía terapia de juego individual para el manejo del trauma así como consulta con los padres para controlar el ambiente del hogar. Se consideró que la terapia filial dotaría a los padres sustitutos de las herramientas que necesitaban para estabilizar la situación, aliviar las tensiones y crear un ambiente cariñoso pero estructurado para Marli. Era probable que la niña se beneficiara de las sesiones de juego a medida que resolviera los sentimientos relacionados con su historia de trauma y apegos rotos y estableciera una relación más sana con su familia sustituta.

Steve y Lauren, los padres sustitutos, estaban dispuestos a aprender a dirigir las sesiones de juego y cambiar la atmósfera negativa de su hogar. Expresaron que su deseo de adoptar de Marli se mantendría si fuese posible controlar y más adelante eliminar sus conductas extremas. Tres sesiones de entrenamiento de una hora les bastaron para aprender las habilidades de la sesión de juego. La terapeuta añadió una sesión adicional de juego simulado en que les enseñó cómo responder a material sumamente emocional o agresivo durante las sesiones de juego y los hizo practicar el establecimiento de límites.

A Marli le encantó tener la primera sesión con Lauren. Al principio jugó con cautela con los platos y alimentos de plástico, pero después de unos minutos salpicó el agua. Abría el recipiente y trataba de mojar a Lauren, quien se hacía a un lado y establecía un límite: "Marli, no puedes lanzarme agua ni mojarme, pero puedes hacer casi cualquier otra cosa". Marli jugó luego con una muñeca y decía: "Esta es una bebé malvada. Puede hacer lo que quiera". Después fingió que el bebé lanzaba el agua a Lauren. Con un poco de duda, Lauren pasó a la segunda fase del establecimiento de límites: "Marli, recuerda que te dije que no podías mojarme. Si lo intentas de nuevo, dejaremos el cuarto de juego". Marli contestó: "¡No fui YO, fue esa BEBÉ MALVADA!" Lauren guardó silencio en este punto, pero Marli no lo intentó de nuevo. En lugar de eso, jugó con el bebé en una esquina dándole la espalda a Lauren.

Durante la sesión de información realizada al final, la terapeuta examinó con Lauren los múltiples puntos buenos de la sesión de juego; la elogió por el uso de la escucha empática y su habilidad para reconocer algunos de los sentimientos de Marli, así como por su firmeza al establecer los límites; también le sugirió algunas formas de reflejar algunos sentimientos de enojo de la niña y una respuesta que podría usar si Marli intentaba culpar por su mala conducta a bebés malvados o a cualquier otra cosa: "Marli, yo sé que quieres mojarme, pero no importa si eres tú o los bebés malvados. Si vuelvo a ser mojada, tendré que dejar el cuarto de juego especial". Lauren dijo que le aliviaba saber cómo manejar esta situación, y Marli no volvió a presionar.

Marli continuó con su juego desafiante en la siguiente sesión con Steve, aunque eligió otras conductas para poner a prueba los límites, como lanzarle objetos y tratar de subir a la mesa. La terapeuta analizó con Lauren y Steve la manera en que esos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

aspectos agresivos del juego no sólo pretendían poner a prueba los límites sino posiblemente expresaban algunos de los sentimientos de enojo reprimidos de Marli por su dificultad en el pasado. Ambos padres admitieron esa posibilidad.

La tercera sesión de juego de Marli, que fue con Lauren, cambió un poco. La niña trató de romper un solo límite al inicio y luego jugó con los muñecos bebés durante el resto de la sesión. Le dijo a Lauren que tenían que ir a comprar algunos bebés y que debían elegir a los "buenos". Lauren, en el papel que Marli le había asignado, fue a la tienda imaginaria y preguntó a la vendedora (Marli) si tenía algunos bebés buenos en venta. Marli le ofreció uno e intercambiaron dinero de juguete por el muñeco. Luego Marli le dijo a Lauren (ambas todavía en su respectivo papel) que debía cuidar bien de su nuevo bebé.

En el análisis posterior a la sesión, Lauren y Steve (que había presenciado la sesión desde una esquina del cuarto de juego) expresaron sorpresa de que Marli representara ese tipo de escenario de adopción. Se mostraron entusiasmados por continuar cuando empezaron a ver el potencial de las sesiones de juego para liberar algunos de los sentimientos y experiencias de Marli.

En la siguiente sesión de juego con Steve, Marli anunció que el bebé que había comprado era muy malo y procedió a darle nalgadas muy fuertes por una serie infinita de fechorías. Steve hizo un excelente trabajo al reflejar el enojo de la niña hacia el bebé, el hecho de que el bebé al parecer no podía hacer nada bien y lo frustrante que esto resultaba para Marli. En el análisis posterior, Steve dijo que había podido advertir con mucha claridad los sentimientos de la niña y sentir la intensidad de los mismos.

Debido a la dificultad para controlar a Marli, Steve y Lauren pidieron a la terapeuta que observara varias sesiones más antes de que las realizaran en casa. Fue durante esas sesiones que Marli empezó a hablar como bebé, a sentarse en el regazo de sus padres y a pedirles que le cantaran y le contaran cuentos. Había aparecido un tema de cariño. Marli también jugaba de manera regular con la pequeña figura de un novio vestido con un traje negro al que llamaba "el tipo malo". En su juego, el tipo malo causaba mucho daño a diversos personajes, pero al final era enviado a la cárcel (una pequeña estructura hecha con cubos). Este juego parecía una reminiscencia de su enojo hacia el amigo de la madre que la había tratado tan mal.

Con tanta información relevante que se desplegaba ante ellos, Lauren y Steve desarrollaron un gran compromiso en el mantenimiento de las sesiones de juego. Se habían vuelto competentes en su realización y la terapeuta les insistía en que empezaran las sesiones más independientes en casa. Planearon que cada uno realizaría una sesión especial de juego con la niña durante 30 minutos a la semana.

Durante su primera sesión de juego en casa con Steve, Marli puso a prueba dos límites, y al final acordaron "alimentar" a las muñecas. La niña preparó luego una comida imaginaria para que Steve la comiera, lo que él hizo con gran entusiasmo. Casi al final de la sesión, Marli empezó a fingir que era un monstruo aterrador que asustaba y atacaba a gente inocente, incluyendo a Steve. En otras sesiones le pidió a Lauren y Steve que simularan ser el monstruo y usaran máscaras. Les pidió que fueran aterradores, pero no demasiado. Ellos intentaron jugar como la niña deseaba. Aunque al principio se mostraba vacilante, Marli se volvió cada vez más audaz en sus esfuerzos por derrotar al monstruo, al que simulaba disparar y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

apuñalar con el cuchillo de plástico. Ambos padres hacían ruidos de monstruo que la divertían mucho.

Después de varias sesiones de juego en la casa, Steve y Lauren informaron que Marli se comportaba mucho mejor y que parecía más capaz de establecer una conexión emocional con ellos. Sus sesiones de juego todavía incluían temas de poder y control, pero sus intentos por tomar el control de la casa habían disminuido notablemente. Marli también pidió a cada uno de sus padres, por turnos, que se pusieran las máscaras de monstruo y que "actuaran de manera realmente aterradora"; al parecer, estaba esforzándose por dominar algunos de sus temores.

La terapeuta continuó supervisando las sesiones de terapia filial de Marli en casa a la vez que ayudaba a Lauren y Steve a identificar nuevas formas de manejar sus conductas desafiantes. Ambos padres estuvieron de acuerdo en que los arrebatos de la niña habían disminuido. A medida que los padres entendían mejor su juego y se mostraban más compresivos, Marli simulaba que era una niña "mayor" que trataba de ayudar a sus padres con los nuevos bebés muñecos que iban a adoptar. Les dijo que si les pegaban a los bebés tendrían que ir a una "escuela para mamis" o a una "escuela para papis".

Debido a la intensidad de su trauma y de sus problemas de apego, la terapia filial de Marli duró alrededor de 35 sesiones. Al final de la terapia se observó una mejoría notable de su conducta en el hogar, en la escuela y en la comunidad. Lauren y Steve estaban muy complacidos al darse cuenta de que su comprensión de los sentimientos intensos y el trauma sufrido por la niña los había ayudado a tomar mejores decisiones en su crianza. El juego los había unido y, una vez más, estaban considerando la idea de adoptar a Marli.

En este caso, Marli pudo representar los aspectos clínicos y del desarrollo de su vida en un clima de seguridad y aceptación creado por sus padres. Su aceptación la ayudó a empezar a aceptarse a sí misma, incluyendo las partes "malas" relacionadas con su historia de maltrato. Sus conductas en la vida cotidiana mejoraron notablemente a medida que florecía su relación con Steve y Lauren. Al parecer, Marli se adaptó bien al hogar y a la escuela. Steve y Lauren describieron un ambiente familiar más tranquilo y menos estresante, y reconocieron también que estaban funcionando mucho mejor como padres; tenían una visión más realista de las posibles dificultades por venir, pero las enfrentarían con gran confianza al saber que habían dominado las habilidades que los ayudarían a enfrentarlas de manera eficaz. Sentían que su apego hacia Marli había sido enriquecido por las sesiones de juego y tenían gran esperanza acerca de su futuro juntos.

DIFICULTADES PARA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO

Existen varias dificultades para poner en práctica la terapia filial, que por lo regular pueden ser superadas. En las etapas iniciales los padres suelen tener dudas acerca del valor de la terapia de juego y de la razón por la que deberían participar. Algunos padres están tan frustrados por el fracaso de todo lo que han intentado que esperan que el terapeuta pueda hacerse cargo del problema sin su intervención. Los padres pueden mostrarse escépticos acerca del poder del juego para resolver problemas de conducta en particular, y no esperan que deban conducir

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

sesiones especiales de juego. Los terapeutas filiales, con sus grandes habilidades de empatía, aceptan las dudas de los padres, pero por lo general las resuelven al explicarles la lógica de la terapia de juego y su pertinencia para los problemas que enfrentan. Aprender a superar la resistencia o incertidumbre de los padres en la primera fase de la terapia suele formar parte de programas más intensivos o avanzados de entrenamiento en la terapia filial.

La terapia filial no es un enfoque de largo plazo sino que suele ser de un plazo relativamente corto o de tiempo limitado, por lo que la duración de la terapia no suele ser un problema. Es más probable que las cuestiones logísticas interfieran con el uso del modelo, aunque, una vez más, éstas pueden ser resueltas. Una de las mayores dificultades se presenta cuando los padres empiezan las sesiones en casa sin la supervisión directa del terapeuta. Para este momento las familias por lo general han experimentado cierta mejoría y alivio del estrés inicial, y en ocasiones no hacen bien el seguimiento en casa. Los terapeutas filiales supervisan esto y trabajan de cerca con los padres para mantener su participación en las sesiones de juego con sus hijos. Los terapeutas han creado una relación abierta y honesta con los padres y los ayudan a incluir en su vida las sesiones de juego a partir de la naturaleza colaborativa de esta relación terapéutica.

Cuando concluye su entrenamiento en la terapia filial, la mayoría de los terapeutas aprenden cómo resolver las dificultades comunes para poner en práctica la terapia filial. Aunque el trabajo en la logística de las sesiones y la transferencia a las sesiones de juego en casa puede ser difícil, una vez que los terapeutas aprecian el poder del modelo están motivados para ocuparse de esos problemas. En realidad, la mayoría de los padres llegan a entusiasmarse por las sesiones de juego y sus resultados, y el principal desafío es encontrar la manera de incluir las sesiones de juego en su vida cotidiana.

CONCLUSIÓN

La terapia filial es una intervención única y eficaz que combina la terapia de juego con la terapia familiar. Muchos problemas infantiles son abordados en el contexto de la relación entre el niño y sus padres, la cual es fortalecida en el proceso de la terapia filial. En esta forma de terapia, los terapeutas entrenan y supervisan a los padres mientras conducen sesiones especiales de juego no directivo con sus hijos. A medida que los padres desarrollan competencia y confianza para realizar estas sesiones, las llevan a cabo de manera más independiente en su hogar con la supervisión continua del terapeuta. Algunas familias siguen llevando a cabo las sesiones de juego mucho después de que el proceso de la terapia ha terminado.

Este enfoque mezcla dos características fundamentales para generar un cambio duradero en los niños: la seguridad emocional y la aceptación de las sesiones de juego dentro del contexto de las relaciones más importantes de sus vidas, que son las que mantienen con sus padres. Décadas de investigación y experiencia clínica han demostrado con claridad el poder de la terapia filial para producir cambios familiares perdurables y el interés en este método está aumentando con rapidez a nivel mundial.

Aunque se requiere un entrenamiento considerable y experiencia supervisada para dominar el método de la terapia filial, muchos clínicos encuentran que vale

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

la pena el esfuerzo cuando ven que es posible ayudar a padres e hijos a resolver sus problemas y fortalecer sus relaciones.

REFERENCIAS

Axline, V. M. (1947). *Play therapy.* Cambridge, MA: Houghton Miffl in.

Axline, V. M. (1969). *Play therapy* (Rev. ed.). New York, NY: Ballantine Books.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph, 2,* 1–103.

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The effi cacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*(4), 376–390.

Brown, S., & Vaughan, C. (2009). *Play: How it shapes the brain, opens the imagination, and invigorates the soul.* New York, NY: Avery.

Caplin, W., & Pernet, K. (in press). *Group Filial Therapy for at-risk families: A leader'smanual for an effective short-term model.* Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.

Cavedo, C., & Guerney, B. G. (1999). Relationship Enhancement® (RE) enrichment/ problem-prevention programs: Therapy-derived, powerful, versatile. In R. Berger & M. T. Hannah (Eds.), *Handbook of preventive approaches in couples therapy* (pp. 73–105). New York, NY: Wiley.

Cochran, N., Nordling, W., & Cochran, J. (2010). *Child centered play therapy: A practical guide to developing therapeutic relationships with children*. Hoboken, NJ: Wiley.

Elkind, D. (2007). *The power of play*. Cambridge, MA: Da Capo Lifelong Books.

Ginsberg, B. G. (2003). An integrated holistic model of child-centered family therapy. In R. VanFleet & L. Guerney (Eds.), *Casebook of Filial Therapy* (pp. 21–48). Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.

Ginsberg, B. G. (2004). *Relationship Enhancement family therapy*. Doylestown, PA: Relationship Enhancement Press.

Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, *119*(1), 182–191.

Guerney, B. G., Jr. (1964). Filial Therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology, 28*(4), 303–310.

Guerney, L. F. (1983). Introduction to Filial Therapy: Training parents as therapists. In P. A. Keller & L. G. Ritt (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 2, pp. 26–39). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Guerney, L. (1997). Filial Therapy. In K.J. O'Connor & L. M. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (pp. 131–159). Somerset, NJ: Wiley.

Guerney, L. (2003). The history, principles, and empirical basis of Filial Therapy. In R. VanFleet & L. Guerney (Eds.), *Casebook of Filial Therapy* (pp. 1–20). Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Guerney, L. F., & Ryan, V. M. (in press). *Manual of Group Filial Therapy*.
Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child–parent relationship therapy: A 10-session Filial Therapy model.* New York, NY: Taylor & Francis. Sutton-Smith, B. (2008, January–February). To play or not to play. *The Pennsylvania Gazette*, 18–19.
VanFleet, R. (2000). *A parent's handbook of fi lial play therapy*. Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
VanFleet, R. (2005). *Filial Therapy: Strengthening parent–child relationships through play* (2nd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
VanFleet, R. (2006a). *Child-centered play therapy* [DVD]. Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
VanFleet, R. (2006b). *Introduction to Filial Therapy* [DVD]. Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
VanFleet, R. (2006c). Short-term play therapy for adoptive families: Facilitating adjustment and attachment with Filial Therapy. In H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Shortterm play therapy interventions with children* (Vol. 2, pp. 145–168). New York, NY: Guilford Press.
VanFleet, R. (2008a). *Filial play therapy* (part of Jon Carlson's DVD series on children and adolescents). Washington, DC: American Psychological Association.
VanFleet, R. (2008b). *Play therapy with kids & canines: Benefi ts for children's developmental and psychosocial health.* Sarasota, FL: Professional Resource Press.
VanFleet, R. (2009a). Filial Therapy. In K. J. O'Connor & L. D. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: Comparing theories and techniques* (2nd ed., pp. 163–201), Hoboken, NJ: Wiley.
VanFleet, R. (2009b). Filial Therapy: Theoretical integration, empirical validation, and practical application. In A. A.Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy* (pp. 257–279). Hoboken, NJ: Wiley.
VanFleet, R., & Guerney, L. (Eds.). (2003). *Casebook of Filial Therapy*. Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
VanFleet, R., & McCann, S. (2007). The road to recovery: Using Filial Therapy to promote healing after traumatic events. *Play Therapy*, *2*(3), 16–19.
VanFleet, R., Ryan, S., & Smith, S. (2005). Filial Therapy: A critical review. In L. Reddy, T. Files-Hall, & C. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 241–264). Washington, DC: American Psychological Association.
VanFleet, R., & Sniscak, C. C. (in press). *Filial Therapy for child trauma and attachment problems: Leader's manual for family groups*. Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
VanFleet, R., Sywulak, A.E., & Sniscak, C.C. (2010) *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
Wilson, K., & Ryan, V. (2005). *Play therapy: A nondirective approach for children and adolescents* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
Wright, C., & Walker, J. (2003). Using Filial Therapy with Head Start families. In R. VanFleet & L. Guerney (Eds.), *Casebook*

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 10
Terapia de juego Gestalt

Violet Oaklander

La terapia Gestalt es una forma de terapia orientada al proceso que se interesa en el funcionamiento saludable e integrado de todo el organismo (los sentidos, el cuerpo, las emociones y el intelecto). Los principios de esta forma de terapia, desarrollada por Frederick (Fritz) y Laura Perls, tienen sus raíces en las teorías psicoanalítica, Gestalt y humanista, así como en aspectos de la fenomenología, el existencialismo y la terapia corporal reichiana. A partir de esas fuentes evolucionó un conjunto de conceptos teóricos que subyacen a la práctica de la terapia Gestalt (Latner, 1986; Perls, 1969; Perls, Hefferline y Goodman, 1951).

Todos los conceptos y principios presentados en las publicaciones acerca de la terapia Gestalt pueden relacionarse con un desarrollo infantil sano, así como con la psicopatología infantil.

Existen algunas diferencias entre el trabajo clínico con niños y adultos que se revisarán en una sección posterior.

Constructos básicos, metas y técnicas

La autora de éste capítulo, desarrolló un proceso terapéutico que surgió de su trabajo clínico a lo largo de muchos años, un proceso que coincide orgánicamente con la filosofía, la teoría y la práctica de la terapia Gestalt. El proceso no es lineal, aunque la relación entre el cliente y el terapeuta es un requisito fundamental.

La relación yo-tú

Aunque no se le brinda gran importancia en las publicaciones sobre la terapia Gestalt, al concepto de la **relación yo-tú**, éste tiene gran implicación enel trabajo con niños. Este tipo de relación, que se deriva de los trabajos de Martin Buber (1958), implica el encuentro de dos personas de igual derecho. Es decir, sin importar su edad y educación, el terapeuta no es una persona mejor o más importante que su cliente. Los terapeutas llegan a las sesiones de manera plena, genuina y congruente; respetan y honran a los clientes mientras presentan el self, sin juicios ni manipulación. Al mismo tiempo, deben respetar sus propios límites y fronteras y no perderse ante la situación del cliente. Aunque pueden tener metas y planes que llevan a la sesión, no tienen expectativas. Cada sesión es una experiencia existencial. Nunca presionan a los niños más allá de su capacidad o de su disposición, y crean un ambiente de seguridad. Si bien acepta a los niños tal como se presentan, siempre están al tanto del potencial de sus clientes para la salud y el crecimiento.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Esta relación puede ser terapéutica en sí misma, y quizá sea la única ocasión que un niño tenga una experiencia de este tipo. No se describe en palabras, sino que es una actitud, una postura, y los niños, igual que los adultos, responden de manera visceral.

Cuando los niños no son capaces de formar siquiera el inicio de una relación, la atención de la terapia se concentra en encontrar alguna manera de establecerla. Los terapeutas deben ser creativos para encontrar la forma de hacerlo. Si no se cuenta al menos con este inicio, la intervención terapéutica posterior es inútil.

Ejemplo: Jenna, de 14 años, fue referida por la corte como parte de un programa especial que enviaba a los niños a terapia en lugar de mandarlos a la cárcel. Jenna se negaba a hablar o incluso a mirar a la terapeuta, y permanecía sentada en silencio, con la cabeza agachada y las manos en el regazo. Esto continuó durante tres sesiones. La terapeuta se esforzaba en vano por establecer una conexión con la muchacha y consideró canalizarla con otro terapeuta. La mañana siguiente, la terapeuta entró a la sala de espera y advirtió que Jenna estaba leyendo una revista, algo que probablemente había hecho en cada visita; se sentó a su lado y le preguntó qué leía. Jenna le mostró la revista con rapidez. Cuando la terapeuta le dijo que no había tenido tiempo de ver lo que era, Jenna la sostuvo de nuevo. Esta fue la primera vez que Jenna mostraba alguna respuesta ante la terapeuta. Ésta se percató de que era una revista de música e invitó a la chica a que la llevara a la sala de consulta para poder verla juntas. Este fue el inicio de lo que se convirtió en una relación sólida.

Este es un ejemplo de la atención que la terapeuta brindó a la cliente (lo que estaba haciendo), de la forma en que se encontró con la cliente donde estaba (su interés en la revista) e hizo contacto (vieron la revista juntas).

Evaluación y plan de tratamiento

En este modelo, el terapeuta no hace una evaluación formal ni formula un plan de tratamiento. Sin embargo, cuando se trabaja con niños se necesita una directriz que permita determinar los tipos de intervención que se requieren. No es posible exagerar la idea de que el plan de tratamiento es sólo una guía para ayudar al terapeuta a proporcionar actividades y materiales que favorezcan la terapia. No es algo que el terapeuta siga religiosamente y puede ser descartado en cualquier momento. No hay expectativas.

La mejor manera de preparar un plan de tratamiento es seguir las categorías de la evaluación que se basan en el proceso terapéutico. El terapeuta examina luego la correspondencia entre esas categorías y el niño: relación, funciones del contacto, expresión, capacidades cognitivas, sentido del self, etcétera. Es esencial estar familiarizado con modelos del desarrollo infantil (edades y etapas), las etapas del desarrollo de Erik Erikson y la teoría del desarrollo intelectual de Piaget. También es importante enfocarse en problemas relacionados con algún trauma y otras experiencias vitales. Por ejemplo, un niño que se desensibilizó por un trauma físico necesitará diversas experiencias sensoriales, mientras que otro que muestre un sentido pobre del self requerirá muchas actividades que aumenten su autoestima.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONTACTO Y RESISTENCIA

El contacto implica la capacidad de estar plenamente presente en una situación particular con todos los aspectos del organismo vitales y disponibles. El contacto saludable supone el uso de los sentidos (mirar, escuchar, tocar, saborear, oler), la consciencia y uso apropiado del cuerpo, la capacidad de expresar emociones y el uso del intelecto en sus distintas formas, como aprender nuevas cosas y expresar ideas, pensamientos, curiosidades, deseos y necesidades, así como disgustos y resentimientos. Cuando cualquiera de esas modalidades es inhibida, restringida o bloqueada, el buen contacto se ve afectado. En lugar de un funcionamiento integrado ocurre la fragmentación. Los niños que tienen problemas (que están en duelo, preocupados, ansiosos, temerosos o enojados) se blindan y restringen, se inhiben y bloquean la expresión sana. Literalmente, cortan partes del self.

El contacto sano involucra un sentimiento de seguridad con el self, de no tener miedo a estar solo. Cuando los sentidos, el cuerpo, la expresión emocional o el intelecto son restringidos de cualquier manera, el self se vuelve débil e indefinido. El buen contacto también implica la habilidad para retirarse de manera apropiada en lugar de quedarse paralizado en un espacio de supuesto contacto. Cuando esto sucede, ya no existe contacto sino un intento fingido de mantenerlo. El niño que adopta una postura de contacto fija, como la de requerir atención constante, no ser capaz de jugar solo o hablar incesantemente, muestra evidencia de un sentido frágil del self (Oaklander, 1988).

Las habilidades para establecer contacto en una sesión particular no son nunca constantes. Cuando un niño que ha mostrado capacidad para establecer buen contacto parece distraído, el terapeuta puede suponer que algo le sucedió. También es común que los niños rompan el contacto; es decir, su energía parece desaparecer de repente y dejan de participar en la sesión. Esto puede indicar que el niño llegó a un punto en que se siente incómodo y se cierra súbitamente. Este tipo de resistencia debe ser respetada y honrada porque es la única manera que el niño conoce de proteger el self y porque es una indicación de que no cuenta con la fortaleza del yo o apoyo del self suficientes para continuar en ese momento. Detrás de este tipo de resistencia hay material fértil que surgirá o que puede ser abordado más tarde. Cuando esto suceda, el terapeuta puede sugerir alguna actividad o juego agradable para terminar la sesión.

Algunos niños tienen dificultades para establecer cualquier contacto, y una vez más es responsabilidad del terapeuta encontrar los medios para que el niño pueda mantenerlo, lo que se convierte en el centro de atención de la terapia. Aunque se sienta la evidencia de una relación, un niño que, por ejemplo, tenga tendencias autistas necesita ayuda para mantenerse en contacto. Puede ser de utilidad unirse al niño en su espacio o brindarle experiencias sensoriales.

En ocasiones los niños parecen estar en contacto, pero en realidad no es así. Por ejemplo, un chico de 15 años que era atendido por la terapeuta como parte de un mandato judicial parecía muy dispuesto al contacto (sonreía, respondía preguntas, se mostraba muy cooperativo), pero parecía que algo faltaba, y la terapeuta se sentía incómoda con respecto a la interacción. De modo que un día, cuando el muchacho llegó, le habló acerca de su malestar. El chico se puso muy nervioso

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

y dijo: "¡He hecho todo lo que me has pedido!" La terapeuta estuvo de acuerdo, pero respondió: "¡Pero no lo has hecho de corazón!" El chico empezó a llorar y luego habló de lo asustado que estaba por lo que le sucedería después del número de sesiones de terapia ordenadas por la corte. Después de esto, hubo un marcado cambio en su habilidad para estar presente en las sesiones. Una vez más, vemos lo importante que es que el terapeuta preste atención a sus propios sentimientos.

Autorregulación organísmica

La terapia Gestalt enfatiza el proceso de **autorregulación organísmica**. Fritz Perls (1973), uno de los fundadores de la terapia Gestalt, escribió:

> Toda la vida y toda la conducta son regidas por el proceso que los científicos llaman homeostasis y que el gremio llama adaptación. La homeostasis es el proceso por el cual el organismo mantiene su equilibrio y por ende su salud en condiciones variables, es decir, satisface sus necesidades. Dado que estas necesidades son muchas y que cada necesidad altera el equilibrio, el proceso homeostático está en operación todo el tiempo. (p. 4)

En la mayoría de los niños que acuden a terapia se observa una variedad de lo que en el vocabulario de la terapia Gestalt se denominan **resistencias o perturbaciones en los límites del contacto**. En su afán por sobrevivir, los niños inhiben, bloquean, reprimen y restringen varios aspectos del organismo: los sentidos, el cuerpo, las emociones y el intelecto. Estas restricciones ocasionan interrupciones en el proceso saludable y natural de la autorregulación organísmica. En su búsqueda incesante de la salud, el organismo busca la homeostasis. Enfrentamos constantemente las necesidades físicas, emocionales o intelectuales, y experimentamos incomodidad hasta que encontramos alguna forma de satisfacer cada necesidad. El organismo parece esforzarse por el equilibrio, por ejemplo, recordándonos cuándo beber agua, comer o dormir.

Los niños reaccionan a los traumas, disfunción familiar, crisis y pérdidas de maneras comunes al desarrollo. Tienden a culparse y a responsabilizarse de lo que sucede. Temen el rechazo, el abandono y el que sus necesidades básicas no sean atendidas. Por ello, en la búsqueda permanente de la salud y la fuerza para el crecimiento y la vida, harán lo que sea para que sus necesidades sean satisfechas. Muchas veces, por la falta de madurez emocional e intelectual, desarrollan formas inapropiadas de estar en el mundo (formas que suponen que harán que su vida sea mejor y que sus necesidades sean satisfechas). Un niño puede volverse callado y retraído, conducta que a menudo obtiene reforzamiento positivo. A medida que el niño crece, la conducta retraída y taciturna se convierte en su proceso y forma de ser en el mundo, sobre todo en reacción al estrés. Otro niño puede reprimir mucho enojo por haber aprendido que éste es una emoción inaceptable, pero el organismo, en su cruzada por el equilibrio, puede ocasionar que el niño exprese este enojo de manera dañina.

Cuando el niño inhibe al organismo, se desarrollan conductas y síntomas de confrontación. Algunos niños retroflectan (retraen) la energía que deberían lanzar

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

al exterior. En esencia, se hacen a sí mismos lo que les gustaría hacer a otros. Tienen dolores de cabeza y de estómago, se desgarran el cabello o se lesionan a sí mismos. Otros niños deflectan sus sentimientos y se alejan de los verdaderos sentimientos de dolor o enojo. Hacen berrinches, golpean a otros o se involucran en general en conductas impulsivas. Algunos niños evitan las emociones dolorosas distanciándose, soñando despiertos o fantaseando. Otros se vuelven hiperactivos. El niño trata de adaptarse involucrándose en esas conductas inapropiadas que son intentos por sobrevivir y afrontar.

Todas esas conductas y síntomas afectan el contacto sano del niño con el ambiente y el sentido del self se ve disminuido.

Cuando los niños restringen e inhiben aspectos del organismo, en particular las emociones, el sentido del self siempre se ve afectado. La principal tarea del desarrollo de los niños, desde el nacimiento hasta la adolescencia, consiste en separar y desarrollar sus propios límites y apoyo del self. Sin embargo, los niños tienen muy poca autonomía o fuerza interna. Carecen de la capacidad para lidiar con el ambiente por sí mismos; les resulta aterrador imaginar que podrían ser desaprobados, rechazados y abandonados, sin que sus necesidades básicas fueran cubiertas. Aun así, la lucha por la separación es esencial. Cuando se ven frustrados en esta empresa, tratan de encontrar una apariencia del self de la manera que puedan, en ocasiones la deflexión, como los golpes o los arrebatos de enojo, les brindan una sensación de energía, que sin embargo desaparece muy pronto. Un niño nunca dice "Lo que estoy haciendo no funciona, no está satisfaciendo mis necesidades. Quizá pueda intentar otra cosa mejor". Más bien continúa e incluso acelera la conducta inapropiada.

La terapia Gestalt se considera orientada al proceso; se presta atención al qué y al cómo de la conducta en lugar de al por qué. No suele ser una terapia para la solución de problemas, aunque éstos pueden usarse como ejemplos del proceso del niño. La consciencia del proceso puede dar lugar al cambio. Cuando los terapeutas pueden ayudar a los clientes a tomar consciencia de lo que están haciendo y de cómo lo están haciendo dentro del contexto de insatisfacción, éstos tienen la opción de hacer cambios. En el trabajo con niños, la experiencia se convierte en la llave para la consciencia. Proporcionar a los niños experiencias variadas es un componente esencial del proceso terapéutico. Algunos ejemplos de esas experiencias se presentan en los estudios de caso.

EL USO DE LA PROYECCIÓN

La proyección es una herramienta poderosa en el trabajo con niños y proporciona muchas de las experiencias que éstos pueden necesitar. En este contexto, pensamos en la proyección contenida en los cuentos, el trabajo artístico, el juego de roles, etcétera. En realidad, todo lo que hacemos es una proyección, una conexión con la experiencia propia. Conforme lee estas palabras, combina algo de su propia experiencia para entenderlas y darles sentido. Cuando un niño relata un cuento o hace un dibujo, lleva al cuento o al dibujo aspectos de sí mismo y de su experiencia. Cuando puede reconocer esos aspectos, fortalece su self. El trabajo en la caja de arena, los dibujos, las esculturas de plastilina,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

los cuentos, las metáforas y el trabajo con títeres son algunos de los medios de juego que brindan oportunidades excelentes para el trabajo proyectivo. Cuando el terapeuta dice "¿Hay algo en tu relato que te recuerde algo de ti o de tu vida?", se presenta mucho material fértil.

DIFERENCIAS ENTRE EL TRABAJO CON NIÑOS Y ADULTOS

Algunos terapeutas que trabajan con niños sólo atienden a menores. Por lo general, un terapeuta Gestalt tiene una consulta variada que incluye a individuos adultos, parejas, familias y niños de todas las edades. Existen algunas diferencias entre el trabajo con adultos y el trabajo con niños que es útil entender.

El trabajo con niños se hace en pequeños segmentos. Puede parecer que la mayor parte de la sesión se dedica a la representación o a algún tipo de juego, lo que da lugar a que el niño haga alguna afirmación como "Sí, a veces me enojo como un tigre", para luego cerrarse y romper el contacto. Es posible que sea necesario esperar a una sesión posterior para explorar ese enojo, ya que debe respetarse la resistencia de los niños. Cuando los menores se cierran significa que no tienen el apoyo que necesitan para seguir adelante. Los adultos pueden manejar esto mucho más que los niños. El terapeuta podría decir a un adulto "Mantenga esa resistencia. ¿En qué lugar del cuerpo la siente?", o "¿A qué le tiene miedo?" Ese tipo de preguntas ocasiona que los niños pierdan más el contacto.

A veces un niño no entiende lo que quiere decir el terapeuta cuando pregunta "¿Esto es apropiado para ti?" Puede parecer que el niño rompe el contacto y muestre resistencia. En ocasiones el terapeuta necesita explicar: "El tigre de tu cuento está enojado. ¿Te sientes así a veces?"

Los niños necesitan ser ayudados cuando se les pide que imaginen cosas para un ejercicio de fantasía. No basta con decirles "Imagina que eres un rosal". Es necesario que el terapeuta le brinde algunas ideas para el rosal, como "Puedes ser un rosal pequeño o grande. Fíjate si tienes espinas", etcétera.

Los niños no llegan a las sesiones diciendo "Necesito trabajar el tema de mi padrastro que me violó" o "Tengo que trabajar con mi enojo". A veces el terapeuta debe ser directivo: "Hoy quiero que hagas una figura de plastilina de tu padrastro". La terapia con niños es como un baile en el que algunas veces el terapeuta dirige y otras lo hace el niño.

Es probable que preguntar a un niño cómo se siente suscite una respuesta vaga como "bien" o "no lo sé". Si el terapeuta pregunta "¿En qué estás pensando?", suele obtenerse una respuesta más congruente.

Ejemplo: Un niño de 11 años que estaba en duelo por la muerte de su hermano. Tenía una depresión severa y no podía expresar sus sentimientos. La terapeuta le pidió que hiciera una figura de plastilina de su hermano, y así lo hizo, colocándolo en la cama del hospital. Cuando se le pidió que hablara de su hermano, el chico empezó a restringirse. "No puedo", dijo. Cuando la terapeuta le preguntó "¿En qué estás pensando ahora?", el niño gritó con vehemencia: "¡Odio a esos doctores! No me dejaban entrar al hospital". Después de expresar su enojo destrozando con un mazo de plástico un trozo de plastilina que representaba a los médicos, el niño pudo hablar al hermano de plastilina.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dado que los niños no poseen el apoyo del self de que goza la mayoría de los adultos para hacer el trabajo emocional, el terapeuta debe ayudarlos a fortalecer su sentido de sí mismos. El "trabajo del self" es un componente esencial del proceso terapéutico en el trabajo con niños.

Los adultos pueden responder con facilidad a las preguntas; los niños se sienten a menudo en aprietos cuando se les hacen preguntas, por lo que el terapeuta debe formularlas de manera casual y tranquila. Con los niños muy pequeños hace una afirmación como: "Apuesto a que estabas muy enojado cuando tu papá no llegó a recogerte el otro día". El niño puede entonces mostrarse de acuerdo o en desacuerdo. Por lo general, el terapeuta acierta en un caso como éste y el niño se siente reconocido y escuchado al oír cómo es expresado su sentimiento.

Si un niño llora, en especial uno mayor, no es provechoso que el terapeuta se enfoque en las lágrimas. Los niños mayores detestan llorar enfrente del terapeuta y tienden a cerrarse si éste hace algún comentario. Con un adulto, el terapeuta podría decir "Mantenga el sentimiento"; con un niño diría "Eso es duro", o no diría nada en absoluto. Es necesario que el terapeuta mantenga el diálogo en marcha.

Ejemplo: Una niña de 13 años rompe en llanto cuando la terapeuta pregunta, con suavidad: "¿Alguna vez te has sentido tan sola como esa serpiente en tu dibujo?", a lo que la chica responde entre sollozos profundos: "Todo el tiempo". La terapeuta dice: "Cuéntame acerca de tu soledad", y la niña, que llora con más fuerza, habla acerca de la soledad de su vida.

FORTALECIMIENTO DEL SELF

Los niños necesitan apoyo dentro de sí mismos para expresar las emociones bloqueadas; los menores que han experimentado trauma (sea abuso, maltrato, la muerte de un ser querido o el divorcio de los padres) bloquean las emociones relacionadas con el trauma y tienen poca experiencia sobre cómo expresarlas. Dado que, como parte de su proceso normal del desarrollo, los niños son básicamente egocéntricos y se toman todo de manera personal, se responsabilizan y se culpan de cualquier trauma ocurrido. También asimilan muchos introyectos negativos (creencias falsas acerca de sí mismos) porque no tienen la capacidad cognitiva para distinguir lo que es y lo que no es verdad. Esos mensajes negativos causan fragmentación, inhiben el crecimiento sano y la integración, y son las raíces de una actitud de autodesaprobatoria y baja autoestima. Ayudar a los niños a fortalecer aspectos del self les brinda una sensación de bienestar y un sentimiento positivo acerca de sí mismos, así como la fuerza interna para expresar esas emociones sepultadas.

Los sentidos

Dar a un niño experiencias para estimular e intensificar el uso de los sentidos es un paso importante hacia la definición del self. La mayoría de los niños atribulados se desensibilizan como una manera de blindaje y protección. Las experiencias de ver, escuchar, tocar, saborear y olfatear, modalidades que en realidad son funciones de contacto, concentran la nueva consciencia en los sentidos del niño. Las actividades se diseñan según la edad del menor.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los siguientes son algunos ejemplos breves de experimentos con los sentidos para ampliar la sensación:

Tocar. Pintar con los dedos, poner objetos en una bolsa y adivinar lo que son, describir la sensación de diversas texturas, usar plastilina húmeda, mover las manos en la arena.
Ver. Mirar varias imágenes que tienen mucho detalle, hacer esbozos sencillos de flores y frutas.
Escuchar. Pintar mientras se escucha música, igualar los sonidos con instrumentos de percusión, usar un xilófono de juguete y tocar varios tonos para ver cuáles son más altos o más bajos, más fuertes o más suaves.
Saborear. Probar gajos de una naranja y comparar ese sabor con la naranja del terapeuta, hablar de sabores preferidos y sabores no preferidos, probar algo dulce y algo amargo.
Olfatear. Proporcionar experiencias de olfatear flores, frutas, pasto, etcétera; colocar aromas distintivos como perfume, mostaza, plátano, una rebanada de manzana y cebolla en recipientes opacos y pedir al niño que identifique el olor (Oaklander, 1988).

El cuerpo
En congruencia con la atención que brinda la terapia Gestalt a todos los aspectos del organismo del niño, también se presta atención al uso que éste hace del cuerpo. Los niños atribulados, en particular los que han sufrido abuso y maltrato, restringen y se desconectan de su cuerpo. El terapeuta puede proporcionar muchas experiencias para ayudarlos a agudizar la consciencia de su cuerpo. Por ejemplo, los juegos de pantomima son útiles para este tipo de consciencia. Los niños aprenden a exagerar los movimientos de varias partes del cuerpo para transmitir el mensaje. A este respecto, resultan útiles los juegos que requieren un uso controlado del cuerpo, como el Twister, y la participación en un grupo terapéutico de movimiento corporal. En los límites seguros del escenario de la terapia, los niños pueden experimentar diversas actividades enriquecedoras del self.

Ejemplo: En un grupo de niños de ocho a nueve años de edad, la terapeuta colocó en el centro del cuarto muchas almohadas grandes y suaves. Un niño se dejó caer en las almohadas de una manera particular que él eligió. El otro niño tomaba luego turnos e imitaba la caída del primero.

OTRAS EXPERIENCIAS PARA FORTALECER EL SELF

Definición del self

Una persona debe conocer el self para poder fortalecerlo. Se proporcionan muchas experiencias para ayudar a los niños a hacer afirmaciones del "self". Se les anima a hablar acerca de sí mismos por medio de dibujos, collages, plastilina, títeres, obras de teatro , música, metáforas y sueños, cualquier técnica que les ayude a concentrarse en el self. Los niños aprenden e integran en su consciencia "Esto es lo que yo soy" y "Esto es lo que no soy". Entre más se les pueda ayudar para definirse, más fuerte se vuelve el self.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Elecciones
Dar a los niños muchas oportunidades para hacer elecciones es otra forma de brindarles fuerza interna. Muchos niños tienen miedo de hacer la elección equivocada incluso en las situaciones más insignificantes.

Dominio
Los niños que viven en familias disfuncionales, alcohólicas, o que han sufrido maltrato, negligencia o abuso, a menudo crecen muy deprisa y omiten muchas experiencias importantes de dominio que son esenciales para un desarrollo sano. En algunos casos, los padres pueden hacer demasiadas cosas por sus hijos, coartando así su necesidad de luchar; otros padres son muy rígidos y no permiten a sus hijos explorar y experimentar. Algunos padres creen que la frustración favorece el mantenimiento del poder, pero los niños nunca aprenden a cumplir tareas por medio de la frustración. Existe una línea muy fina entre lucha y frustración, y es importante ser sensible a ese punto. Los bebés se esfuerzan por meter la caja más pequeña dentro de la más grande, pero lloran cuando aparece la frustración. Los niños mayores pierden energía y cortan el contacto. El terapeuta puede ofrecerles muchas experiencias de dominio, como comprender juntos un juego nuevo, resolver un rompecabezas interesante o construir algo. Es importante que el terapeuta participe en esas actividades para ayudar al niño a mantener el interés y la energía.

En ocasiones la experiencia de dominio se presenta por sí sola.

Ejemplo: Un niño de 11 años que trata de hacer que un pájaro vuele en la caja de arena colocándolo en la parte superior de una ramita. Intenta atar al ave con una cuerda a la parte superior de la ramita. La terapeuta sabe que la cuerda es demasiado fina y que no va a funcionar, pero no dice nada. El niño lucha con esto, pero luego empieza a perder energía e interés en la tarea. La terapeuta dice: "Tengo una idea, ¿quieres oírla?"

El niño se anima. "Un poco de alambre aquí en el estante podría lograrlo. ¿Te gustaría intentarlo?" El niño asiente y corta un poco de alambre, empieza a trabajar amarrando al pájaro a la ramita con el alambre ¡y lo logra! Su sentimiento de logro se hace evidente en su postura corporal. (*Nota:* La terapeuta no le recuerda al niño que la idea fue suya.)

Reconocer las proyecciones
Muchas de las técnicas son de naturaleza proyectiva. Cuando los niños crean escenas en la arena, hacen dibujos o cuentan cuentos, están utilizando su propia individualidad y experiencia. A menudo esas expresiones son representaciones metafóricas de su vida. Cuando pueden reconocer aspectos de esas proyecciones están haciendo una declaración acerca de sí mismo y de los procesos de su vida. La consciencia que tienen de sí mismos y de sus límites se intensifica.

Interpretación
Aunque muchas de las técnicas alientan la proyección, no se utilizan para ese fin. La interpretación del terapeuta tiene poco valor para el proceso de curación del niño. Aunque es difícil que los terapeutas eviten las interpretaciones, pueden

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

presentarlas como traducciones provisionales, conjeturas e intuiciones que el niño puede confirmar o negar. Este proceso permite que el niño se sienta escuchado y comprendido, lo que le permite ganar fortaleza.

Poder y control

A medida que los niños empiezan a sentir confianza y seguridad, es común que asuman el control de las sesiones. La mayoría de los niños que van a terapia sienten muy poco poder en su vida. A menudo luchan por el control, involucrándose en batallas por el poder, pero en realidad sienten una falta terrible de dominio. Otros dejan de intentarlo y se vuelven pasivos y sumisos. Cuando empiezan a tomar el control de las sesiones, es decir, a tomar decisiones sobre las actividades en que quieren participar y a dar instrucciones al terapeuta, tiene lugar una de las acciones más afirmativas del self en la sesión terapéutica. El tipo de control que ocurre en esas sesiones no es igual a luchar por el poder. Es una interacción de contacto en que el niño tiene la experiencia de control a través del juego (y siempre sabe que es juego). En realidad el terapeuta siempre está a cargo y se respetan los límites apropiados.

Expresión emocional y energía agresiva

Una meta central de la psicoterapia con niños es ayudarlos a descubrir y expresar las emociones bloqueadas, para lo cual resulta útil ayudarlos a definir el self y a sentir mayor independencia. Otra ayuda importante adopta la forma de energía agresiva (que no debe confundirse con agresión). Emprender la acción requiere cierta cantidad de energía agresiva. La satisfacción de necesidades, sea por medio de la alimentación o la expresión de una emoción, implica movimiento. Este tipo de energía es más que una sensación de poder interior; involucra acción junto con la sensación de poder. A los niños perturbados les confunde este tipo de energía; pueden retroceder (mostrar retroflexión) y parecer temerosos, tímidos o retraídos; o pueden expresar la energía más allá de sus propios límites (mostrar deflexión) por medio de golpes, porrazos, luchas por el poder y un comportamiento por lo general agresivo. Ayudar a los niños a sentir esa energía desde un lugar firme en su interior y a sentirse cómodos con ella es un requisito para la expresión de emociones suprimidas. Las experiencias con este tipo de fuerza interna son encapsuladas en un ambiente de juego que involucra interacciones de contacto con el terapeuta. Para proporcionar esas experiencias es necesario cumplir ciertas condiciones:

1. La experiencia debe estar en contacto con el terapeuta.
2. El niño debe sentir que está en un contenedor seguro. El terapeuta establece límites claros y el niño sabe que está siendo cuidado.
3. La actividad es exagerada. Por ejemplo, en el juego con títeres el cocodrilo puede morder con ferocidad al tiburón.
4. Debe haber un espíritu de diversión y juego.

Las actividades de energía agresiva pueden implicar golpear plastilina, aporrear tambores, lanzar dardos a un blanco o participar en juegos como Splat. Se enfatiza la experiencia en lugar del contenido con la aprobación del terapeuta.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los niños necesitan oportunidades para encontrar en su interior el poder para liberarse de las restricciones que inhiben su capacidad para aceptar y expresar sus diversas emociones y para vivir con libertad y alegría.

No es cosa simple ayudar a los niños a desentrañar emociones enterradas y a aprender formas sanas de expresarlas en la vida cotidiana. Para ello pueden ser de utilidad diversas técnicas creativas, expresivas y proyectivas. Esas técnicas incluyen dibujos, collages, plastilina, fantasía e imaginería, obras de teatro, música, movimiento, contar cuentos, la caja de arena, fotografía, el uso de metáforas, el uso de títeres y diversos juegos. Muchas de esas técnicas han sido usadas durante cientos de años por personas de todas las culturas para comunicar y expresarse. Esas técnicas devuelven a los niños modos de expresión que les pertenecen y se prestan a proyecciones poderosas que pueden suscitar sentimientos fuertes.

Algunos niños necesitan acercarse primero a la expresión a nivel cognitivo. Hablar de diversos sentimientos, hacer listas de sentimientos, participar en juegos que impliquen la expresión de sentimientos; experimentar sentimientos por medio de la música; dibujar sentimientos de felicidad, tristeza o enojo; etcétera, son actividades que ayudan a algunos niños a familiarizarse y sentirse cómodos con la idea de los sentimientos. Lo anterior, aunado a las actividades de autoayuda, les permite avanzar hacia la expresión auténtica.

Una nota acerca del enojo

El enojo es la más incomprendida de todas las emociones humanas. Solemos pensar en el enojo como algo básicamente desagradable y aborrecible, algo que no deberíamos experimentar. En realidad el enojo es una expresión del self. Es una protección de los límites del individuo. Cuando una niñita dice "¡No!" en voz alta, movilizando toda su energía para expresar disgusto por algo que la ofende de alguna forma, no está enojada en el sentido que le damos al enojo, sino que está expresando su self. Tiene que hablar en voz alta porque quiere ser escuchada con desesperación. Su "no" viene del centro de su ser. Como la niña no tiene la capacidad cognitiva, el lenguaje o la diplomacia para expresar sentimientos básicos profundos de maneras agradables, se le percibe como enojada. La niña aprende pronto que este tipo de expresión es inaceptable, que si continúa expresando su self en este tenor puede estar en peligro de sufrir rechazo o abandono. Como su supervivencia depende de los adultos de su vida, tomará decisiones acerca de cómo estar en el mundo para asegurar que sus necesidades sean satisfechas. El self de la niña se ve disminuido por la falta de expresión y sus sentimientos más profundos quedan sepultados en algún lugar de su interior (Oaklander, 2006).

Autocuidado

El cuidado de sí mismo supone ayudar a los niños para que aprendan a aceptar las partes de sí que detestan y a avanzar hacia sentimientos de valía personal e integración. Implica también enseñarles habilidades para tratarse bien. Este último concepto es revolucionario para la mayoría de los niños porque han aprendido que tratarse bien es egoísta y malo. Buscan entonces que otros hagan este trabajo y se sienten decepcionados cuando eso no sucede. En particular, los adolescentes

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

se sienten culpables cuando hacen cosas buenas para sí mismos, lo que los debilita en lugar de fortalecerlos. Como observa Oaklander:

> Incluso un niño pequeño, en particular el niño perturbado, tiene un self crítico muy bien desarrollado... El niño genera introyectos negativos poderosos y a menudo se critica más de lo que lo critican sus padres. Esta postura sentenciosa, por lo general bien oculta de los demás, es nociva para el crecimiento sano. El niño puede decirse "Debería ser un niño mejor", pero la recreación de ello excede con creces su poder y su comprensión. El deseo de "ser mejor" aumenta su desesperación. La aceptación de todas las partes de uno, incluso las más detestables, es un componente esencial de un desarrollo sano y sin deterioro. (1982, p. 74)

La primera parte del proceso de autocuidado implica desenterrar esas partes aborrecibles del self, que suelen ser introyectos negativos, mensajes acerca del self que se asimilaron en los primeros años. Los niños tienden a identificarse totalmente con esas partes odiosas, aunque, de hecho, causan fragmentación. Darse cuenta de que eso es sólo un aspecto de sí mismos suele ser un nuevo concepto. Una vez que una parte es identificada, puede pedirse al niño que la dibuje, que la haga en plastilina o que encuentre un títere para representarla. La parte se describe por completo e incluso se exagera. A eso le sigue un diálogo entre la parte y el niño que por lo general produce afirmaciones críticas y de enojo del niño hacia la parte. De este modo el niño expresa la agresión hacia el exterior en lugar de hacerlo al interior, hacia el self. Esto le proporciona el apoyo para el siguiente paso, que implica encontrar un elemento de cuidado dentro del self. Pueden usarse técnicas proyectivas, como el títere de un hada madrina, para aceptar y cuidar la parte odiada. Darse cuenta de que esa parte odiada en realidad es una creencia de una edad mucho menor suele ayudar al niño a desarrollar una postura de cuidado y aceptación de sí mismo.

Rol del terapeuta

El terapeuta toma un papel activo en este tipo de terapia. La interacción con el niño es de extrema importancia aunque si el niño es cautivado por el trazo de una escena en la arena, por ejemplo, el terapeuta no debería interferir. El terapeuta evalúa las necesidades del niño en cada sesión y planea las actividades adecuadas para brindar al niño nuevas experiencias para encontrar los aspectos perdidos del self. Sin embargo, el terapeuta puede tener objetivos y planes basados en la evaluación de las necesidades del niño, no tiene expectativas y a pesar de lo que suceda en sesión es aceptado sin reservas. Las sesiones de terapia parecen a un baile en ocasiones el terapeuta es quien dirige y en otras lo hace el niño.

Rol de los Padres

Cuando es posible, el terapeuta se reúne cada mes con los padres y el niño. Es importante que los padres entiendan los principios de este tipo de trabajo, por lo que al inicio de la terapia se les entrega un resumen de su filosofía y práctica. Con frecuencia, el terapeuta hace sugerencias a los padres a manera de "tareas". El terapeuta debe respetar a los padres tal como lo hace con el niño en aras de la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

relación yo-tú. Los juicios y críticas sólo sabotean el trabajo. Cuando los padres sienten que son parte del "equipo", puede lograrse gran progreso.

EJEMPLOS ILUSTRATIVOS

Los siguientes ejemplos describen cada aspecto del proceso terapéutico.

La relación

Jeannie, de ocho años, fue dejada en un hogar sustituto casi por un año después de su nacimiento. La madre biológica no estaba segura de querer a la bebé y estaba llena de ambivalencia al respecto de dar a la niña en adopción. La recuperó al concluir el año para cederla finalmente en adopción cuando Jeannie tenía casi dos años. El nivel de confianza de la pequeña quedó gravemente dañado. Se mostraba retraída y distante incluso de sus padres adoptivos, quienes la llevaron a terapia por el temor de que tuviera tendencias esquizoides.

La terapeuta enfocó el tratamiento en la relación. Respetando la desconfianza de Jeannie, se mostró dulce y cuidadosa en sus interacciones cuando ofrecía actividades que la niña podría disfrutar, como pintar juntas en un atractivo libro para colorear. Al cabo de unas cuantas semanas, Jeannie parecía sentirse lo bastante segura para conversar con la terapeuta y luego para experimentar de manera cautelosa actividades más expresivas. Sus padres adoptivos fueron guiados a una forma suave, sensible aunque cariñosa, de acercarse a Jeannie en lugar de la postura efusiva y abrumadora que habían adoptado antes. De manera gradual, la niña se volvió cada vez más receptiva.

Contacto

Jason, de 10 años, había tenido en su vida muchas buenas razones para evitar el contacto. Se mostraba extremadamente hiperactivo (los medicamentos no tenían efecto). En el consultorio de la terapeuta corrió por todo el cuarto tomando un objeto tras otro para dejarlos caer. La terapeuta trató, de manera suave y paciente, de involucrar al niño. Lo siguió e hizo comentarios acerca de cada objeto que descartaba. Jason parecía no escuchar. En cada sesión posterior parecía que Jason se detenía unos segundos más antes de correr hacia el siguiente objeto. Para la cuarta sesión respondió a la marioneta de la terapeuta con su propia marioneta. De manera gradual, el niño pudo mantener el contacto e interactuar con la terapeuta. Entonces pudo participar en actividades de enriquecimiento del self, así como expresar algunas emociones profundas. Su hiperactividad disminuyó no sólo en las sesiones de terapia sino también en su vida exterior.

Fortalecimiento del self

Julie, de 10 años, había sufrido años de abuso sexual y físico antes de la revelación. Caminaba con rigidez, con los hombros encorvados, y tenía poca consciencia de cualquier sensación corporal. Aunque su progreso en la terapia era bueno, su postura corporal seguía siendo la misma. Algunas actividades de movimiento y consciencia corporal resultaron de ayuda; la mayor mejora ocurrió después de que fue referida a un grupo de movimiento corporal terapéutico.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Después de que llevaba varias semanas en terapia, Julie, que nunca había tenido control alguno en su vida y que de hecho había quedado totalmente impotente, empezó a tomar control de las sesiones. Inventó juegos con una pelota de softbol, dirigió varias actividades de juego como la escuela, el doctor y el restaurante, aconsejando a la terapeuta sobre su papel y su diálogo en los juegos. La terapeuta se sometió con energía a la dirección de Julie, para gran deleite de la niña. Aunque esta era una situación de juego, Julie parecía divertirse con su poder y control dentro de los límites del juego. Para ella eso era una experiencia nueva y valiosa.

Energía agresiva

Julie, hasta ese momento sumamente controlada y tímida, fue alentada a exhibir energía agresiva en juego con títeres. Aunque muchos niños manifiestan agresión con los títeres, por lo general se hace de manera reactiva más que en una situación de contacto. La terapeuta atacó al títere del cocodrilo de Julie con el títere de un tiburón. En el ataque, el tiburón aconsejaba al cocodrilo con gran énfasis: "Es mejor que no me muerdas con tu enorme boca llena de dientes". Julie hizo intentos tímidos de que el cocodrilo mordiera al tiburón de la terapeuta, que "murió" entre fuertes alaridos y gemidos. Este guión se reprodujo muchas veces a petición de Julie. "¡Hazlo otra vez!" El cocodrilo de Julie mordía ahora al tiburón con fuerza, y era evidente que la niña disfrutaba de la escena repetida de la "muerte" agonizante. Se utilizaron otras experiencias con este tipo de energía mediante actividades como aplastar plastilina, batallas con espuma de baño con la terapeuta y otros juegos activos. La sensación de comodidad con la expresión de su poder interno ayudó a la niña a hablar acerca de los años de abuso y a avanzar a la expresión de sus sentimientos profundos de ira y dolor.

Ivan, de ocho años, había presenciado violencia en su hogar hasta que su madre huyó llevándolo consigo y dejando atrás todo lo que le era familiar. En su nuevo entorno, Ivan mostraba mal comportamiento en el salón de clases, acosaba a otros niños, y luchaba física y verbalmente con la madre. Más o menos a la mitad de la terapia, la terapeuta introdujo varias actividades que implicaban el uso de energía agresiva. Ivan disfrutó de los juegos de ataque con la terapeuta, en los que usaban figuras de monstruos, disparaban al blanco con una pistola de dardos y realizaban otros juegos similares. Sólo entonces pudo resolver y expresar sus sentimientos acerca del trauma y de sus pérdidas. Su conducta en la escuela y en el hogar mejoró notablemente.

Expresión de los sentimientos

Una niña de 13 años, llamada Susan, hizo el dibujo de un conejo que estaba solo y perdido en el bosque. Ella y la terapeuta desarrollaron una historia acerca de este conejo que encontraba formas de sobrevivir a pesar de su estado de aislamiento. Pero el conejo estaba muy triste por haber perdido a sus padres, y a veces se sentaba debajo de un árbol y lloraba y lloraba. Cuando la terapeuta le preguntó si alguna vez se había sentido como el conejo, Susan empezó a llorar y a hablar acerca de su madre, que la había abandonado.

En otro caso, Jeffrey, de 10 años, elaboró una escena en la arena con parejas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de animales que peleaban entre sí. Adoptó el papel de cada animal y expresó mucho enojo. Cuando se le preguntó "¿Alguna vez te has sentido enojado como ese león?", Jeffrey empezó a expresar su propio enojo por el suicidio de su padre.

Antes de participar en esas técnicas proyectivas, ni Susan ni Jeffrey habían hablado de sus sentimientos. Las técnicas ayudan a menudo al niño a dirigir la expresión de la emoción. La terapeuta le pidió a Julie, la niña que había sufrido abuso y maltrato, que hiciera una figura de plastilina de su violador. Tanto la terapeuta como Julie empezaron a gritar con fuerza a la figura que luego fue destruida por la niña con un mazo de plástico (después de que se le aseguró que era sólo plastilina y que el violador no lo sabría nunca). A Julie le causó gran deleite hacerlo, y de hecho le dijo a la figura de plastilina que "más tarde recibiría más".

El hermano de John, de 11 años, había muerto, y, a petición de la terapeuta, John hizo la figura en plastilina de su hermano. Las lágrimas rodaban por su cara cuando le dijo a su hermano cuánto lo extrañaba y luego, por sí solo, se despidió del hermano mientras tomaba la figura de plastilina y la besaba.

Esos recursos no sólo proporcionan objetos concretos que son más fáciles de abordar para el niño, sino que el mismo hecho de crearlos le permite abrir lugares más profundos dentro del self. Los niños pueden expresarse a través de medios creativos que les resultaría difícil expresar en palabras.

Gina, de 9 años, hizo una escena del cementerio en la caja de arena y dijo que sintió el divorcio de sus padres como una muerte. Michael, de 11 años, dispuso figuras de soldados y de vehículos militares en la arena y dijo que el divorcio de sus padres había sido como una guerra. En ambos casos, las creaciones dieron lugar a la expresión de una emoción profunda y, más tarde, a sentimientos de alivio y calma.

Autocuidado

El terapeuta solicitó a Stephen, de 10 años, que dibujara una parte de sí mismo que no le gustara. El niño dibujó una figura a la que llamó su parte torpe; dijo que esa parte no podía hacer nada bien y que todo el tiempo se caía y chocaba con las cosas. Cuando se le pidió que le hablara, expresó mucho enojo e indignación. La terapeuta le indicó que, de entre todos los títeres disponibles, eligiera un hada madrina que le hablaría a su parte torpe a la manera de las hadas. El niño obedeció y ella dijo (en las palabras de Stephen, por supuesto): "¡Te caes porque no tienes miedo de intentar cosas, y eso me gusta!" Stephen volteó hacia la terapeuta con sorpresa y gritó: "¡Es cierto, yo intento cosas!" La integración se logró en ese mismo momento. La terapeuta indicó a Stephen que imaginara que el hada madrina estaba sentada en su hombro cada vez que se caía, diciéndole que lo quería aunque se hubiera caído y que estaba contenta de que lo hubiera intentado. En sesiones posteriores, Stephen informó que en realidad no era tan torpe como había pensado en principio.

Julie admitió que en lo más profundo sentía que era una mala persona y que merecía el abuso que sufrió. Hizo una figura en plastilina de la Julie de cuatro años, la edad en que recordó haber sufrido el primer abuso. No le resultó difícil ver que esa figurita no podía haber merecido dicho trato, y Julie pudo hablar al self

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de esa pequeña niña de una manera cariñosa. La terapeuta le pidió que eligiera a uno de los animales de peluche que tenía en casa para representar a su self de cuatro años, y que cada noche lo abrazara y le dijera que lo quería. Julie se mostró feliz de seguir esas instrucciones y el ejercicio pareció fortalecerla.

CONCLUSIÓN

Los diversos conceptos y principios teóricos de la terapia Gestalt resultan adecuados para el trabajo con niños. El terapeuta respeta la singularidad y el proceso individual de cada niño, al tiempo que le brinda experiencias y actividades que lo ayudan a renovar y fortalecer los aspectos del self que han sido suprimidos, restringidos y posiblemente perdidos. El terapeuta jamás se inmiscuye ni presiona, sino que crea con gentileza un ambiente seguro en que el niño puede involucrarse en una experiencia más completa de sí mismo.

Se utilizan muchas técnicas expresivas, creativas y proyectivas, como formas de arte gráfico, plastilina, escenas en la caja de arena, música, cuentos, títeres , fantasía e imaginería, experiencias sensoriales y ejercicios de movimientos corporales. Esas técnicas, en combinación con el enfoque de la terapia Gestalt, se han empleado con gran éxito en poblaciones diversas como adultos, ancianos, adolescentes y niños de todas las edades. Han sido utilizadas en escenarios distintos al trabajo individual en el consultorio del terapeuta (como el salón de clases), en todo tipo de grupos terapéuticos, y con familias. Además, este enfoque ha cruzado muchas fronteras culturales, como lo evidencia el hecho de que el texto *Windows to Our Children: A Gestalt Therapy Approach to Children and Adolescents* (Oaklander, 1988) ha sido traducido a 13 idiomas, incluyendo el chino, el coreano y el español. Además, la versión inglesa se ha empleado de manera extensiva en Sudáfrica, así como en muchos otros países de habla inglesa. En todo el mundo se está orientando a los niños para reclamar su legítimo derecho a un desarrollo saludable.

REFERENCIAS

Buber, M. (1958). *I and thou.* New York, NY: Scribner.

Latner, J. (1986). *The Gestalt therapy book.* New York, NY: Center for Gestalt Development. Oaklander, V. (1982). The relationship of Gestalt therapy to children. *Gestalt Journal, 5*,64–74.

Oaklander, V. (1988). *Windows to our children.* New York, NY: Gestalt Journal Press.

Oaklander, V. (2006) *Hidden treasure: A map to the child's inner self.* London, UK: Karnac Books.

Perls, F. S. (1969). *Ego, hunger and aggression.* New York, NY: Scribner.

Perls, F. S. (1973). *The Gestalt approach & eye witness to therapy.* Ben Lomond, CA: Science & Behavior Books.

Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy.* New York, NY: Julian Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 11
Terapia de juego experiencial

Carol C. Norton y Byron E. Norton

INTRODUCCIÓN

Un pequeño entra al cuarto de juego y se acerca a los juguetes. Toma dos espadas, le da una al terapeuta y guarda la otra para sí. Empiezan una batalla feroz. Al final, el niño supera las habilidades del terapeuta, quien pierde su espada. El niño grita de manera triunfal: "Soy mucho más fuerte que tú. No volverás a lastimarme nunca". Este niño fue víctima de abuso y está trabajando en la terapia de juego experiencial (TJE) para recuperar la confianza que perdió a manos de su abusador. Este tipo de escenas de juego se repetirá muchas veces antes de que el niño concluya su viaje terapéutico hacia la salud. La TJE le permite experimentar su trauma de una manera no amenazante y recuperar el sentido de seguridad en el mundo. En el proceso crea su mundo mediante la fantasía y permite que el terapeuta entre a ese mundo con él. Durante el proceso sabe que está seguro y que puede confiar en que el terapeuta lo respetará y lo alentará a avanzar hacia la recuperación de su sentido de bienestar. Recobrará la confianza en los otros y sabrá que puede tener impacto en el mundo que lo rodea y obtener una respuesta positiva de los demás.

CONCEPTOS BÁSICOS

Papel del terapeuta de juego experiencial

La terapia de juego experiencial se basa en la idea de que los niños conocen su mundo de una manera experiencial más que cognitiva. Su procesamiento implica la participación de todos sus sentidos cuando se encuentran con dudas, preguntas, miedos, enojos y otras emociones no resueltas (Perry, Pollard, Blakely, Baker y Vigilante, 1995). Necesitan la actividad porque su lenguaje y sus capacidades cognitivas todavía no se desarrollan por completo y no pueden entender las emociones incómodas. La actividad también les permite realizar conductas que no pudieron llevar a cabo durante los eventos precipitantes. El juego es el medio de expresión natural de los niños; es su forma de avanzar por los periodos del desarrollo y dominar ciertas habilidades. Sin embargo, cuando la vida se torna difícil y pone obstáculos en su camino, pueden perderse algunos periodos críticos de aprendizaje y deben dedicar tiempo a tratar de resolver las emociones relacionadas con las situaciones sobre las que no tienen control. No obstante, el juego sin intervención terapéutica se vuelve improductivo y se repite sin llegar a la resolución (American Psychiatric Association [APA], 1994).

Con la intervención de un terapeuta sensible, el niño enfrenta sus batallas con un compañero que le brinda libertad de expresión, lo que le permite abordar sus

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

temores poco a poco y a su propio ritmo. A medida que el niño vence los temores en un nivel con este apoyo, puede avanzar luego a un nivel más profundo. El terapeuta lo acepta sin importar dónde se encuentre a nivel emocional y conductual, y respeta la expresión de sus emociones, sin importar lo intensas que puedan ser, siempre que no salgan lastimados ni el niño ni el terapeuta.

La terapia de juego se hace posible cuando un niño adquiere la capacidad para el juego simbólico, por lo general alrededor de los dos años. En ese momento el pequeño puede participar en el juego de fantasía y recrear sus dificultades por medio de símbolos y metáforas, lo que le permite distanciarse lo suficiente de la realidad para no verse abrumado (Norton, 2009). A medida que la terapia avanza, el juego puede acercarse más a la realidad de la situación. Es responsabilidad del terapeuta reconocer y aceptar los significados inherentes al juego del niño y apoyarlo en sus esfuerzos hacia la resolución. Gracias a la resolución el niño deja de ser abrumado por los sentimientos provocados por los recordatorios de la situación. El niño avanza hacia la salud a través de esta relación de apoyo, aceptación y comprensión; de ahí que la relación sea una dimensión esencial de la curación.

La terapia de juego experiencial mantiene una firme convicción en la capacidad del niño para sanar y esforzarse por conseguir la salud. El niño conoce mejor que nadie su dolor y sus luchas, así como la mejor manera de enfrentarlas. Dada la libertad y aceptación para dirigir su propio juego, creará un escenario que comunique al terapeuta exactamente lo que se siente ser como él. Durante las etapas iniciales del juego adoptará la posición de poder (la posición que han mantenido otros en su vida) y dirigirá al terapeuta para que actúe y reaccione como él. De este modo, el terapeuta llega a conocer la vida emocional del niño. Este juego puede aparecer disfrazado mediante el uso de metáforas y símbolos (Norton, 2009), pero aun así, durante su participación el terapeuta se encuentra experimentando los sentimientos presentados por el niño en su realidad. Muchas veces son sentimientos de impotencia, incompetencia, aprehensión e insignificancia.

Existen cinco etapas en el proceso de la terapia de juego experiencial: la etapa exploratoria, la etapa de prueba de protección, la etapa de dependencia, la etapa de crecimiento terapéutico y la etapa de terminación.

La **etapa exploratoria** abarca las primeras sesiones. Este lapso se utiliza para familiarizarse con el cuarto de juego, el terapeuta y el tono general del tiempo que se pasa en conjunto. En la mayoría de los casos, los niños entran al cuarto de juego con cautela, ya que no están seguros de lo que pueden esperar y de lo que se espera de ellos. Algunos aguardan sentados o de pie que se les diga qué hacer; otros empezarán a explorar los juguetes y harán preguntas acerca de qué son o cómo se usan. Como no se le dan instrucciones, el niño empieza a desarrollar poco a poco sus propios usos de ciertos juguetes. A medida que se siente más cómodo, amplía su círculo de exploración y agrega muy poco contenido al juego. Este tiempo se usa más como un indicio de lo que está por venir. Por ejemplo, un niño puede tomar el teléfono, marcarlo y luego decir: "No hay nadie". En etapas posteriores, a medida que el niño agrega más contenido a su juego, nos enteramos de la soledad y abandono que siente en su vida. Pero durante la etapa exploratoria el niño empieza apenas a familiarizarse con las herramientas de las que dispondrá para la expresión de sus luchas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

más internas. También debe llegar a saber que el terapeuta entenderá y aceptará sus sentimientos. El terapeuta construye la confianza en la relación respetando los mensajes que el niño comunica. En este punto, el terapeuta no refleja los sentimientos sino que sus afirmaciones se refieren más a sus observaciones. De este modo el niño no se siente vulnerable pero se da cuenta de que el terapeuta le presta toda su atención y acepta cualquier cosa que diga o haga, salvo dejar que se lastime o lo lastime.

En ocasiones un niño puede entrar a terapia con tal presión que no se toma el tiempo para explorar o establecer confianza antes de lanzarse al juego de contenido. En esos casos, el terapeuta debe seguir la iniciativa del niño sabiendo que en otro momento regresará para determinar la veracidad de la relación.

Durante la etapa exploratoria mejora considerablemente la conducta del niño fuera del cuarto de juego. Sin embargo, esta mejora es temporal ya que en la siguiente etapa cambiará de nuevo, lo cual constituye un indicador del potencial del niño para el cambio.

Durante la **etapa de prueba de protección** el niño se percata de que se le otorgan libertades en su conducta que no se le permitirían fuera del cuarto de juego. También entiende que recibe toda la atención del terapeuta, quien respeta las expresiones de sus batallas. En este punto se da cuenta de que debe determinar si el terapeuta respetará todas sus expresiones en sus niveles más profundos. Por consiguiente, lo pone a prueba para ver si permanecerá con él y lo protegerá mientras enfrenta sus abrumadores sentimientos. Tiene que averiguar si el terapeuta permitirá que sus sentimientos lo abrumen o si puede resguardarlo, a la vez que permite que sus sentimientos agobiantes emerjan plenamente a la conciencia. El niño presenta una situación de oposición a la experiencia del apoyo del terapeuta mientras expresa necesidades que van en contra de lo que el terapeuta podría esperar. El terapeuta debe reflejar el sistema de necesidad del niño en la medida que eso le permita saber que aceptará y entenderá las expresiones personales que sean transmitidas en el contexto de esta relación. Debe validar las expresiones de los sentimientos del niño, lo que hace en el contexto del juego cuando exhibe las emociones que uno experimentaría en la misma situación. Este proceso no puede ser una lucha por el poder. Más bien, el terapeuta debe reflejar una completa comprensión del niño y darle significado a las expresiones de su oposición. Pasar por este proceso le da al niño la confianza de que el terapeuta respeta y reconoce su necesidad de seguridad y dignidad, a la vez que da entrada al dolor interno que motiva su lucha por la regulación y la supervivencia.

Las pruebas pueden adoptar muchas formas. Es muy común que los niños pongan a prueba al terapeuta diciendo que quieren sacar un juguete del cuarto de juego o negándose a partir cuando éste les indica que el tiempo para jugar terminó por ese día. Es importante que cuando el terapeuta enfrenta esos problemas, reconozca la razón que está detrás de esta prueba a la vez que se mantiene firme en las limitaciones establecidas originalmente. Por ejemplo, cuando el niño quiere llevarse un juguete, el terapeuta podría decir: "Me alegra que de verdad te guste el juguete. Yo sé que es especial para ti. Voy a guardarlo en un lugar seguro en el cuarto de juego, de modo que te estará esperando la próxima vez que vengas. ¿Dónde te gustaría ponerlo para que sepas que está seguro?"

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Un terapeuta debe tener claro lo que puede tolerar y lo que está fuera de sus límites, de modo que sepa cuándo y cómo comunicárselo al niño. Es importante hacerlo de tal forma que consuele al

niño al tiempo que establece un límite. De esta manera el niño entiende que el límite se establece por seguridad y no como castigo. Por ejemplo, si el niño quiere realizar conductas potencialmente peligrosas, el terapeuta puede responder: "Ya sé que quieres mostrarme lo enojado que estás. Está bien que te enojes, pero no voy a dejar que hagas esto porque uno de nosotros podría resultar lastimado y quiero que los dos estemos a salvo".

Una vez que el niño cede se ha alcanzado la meta de la etapa de prueba de protección. Esa meta es el establecimiento de la relación. En este punto el niño está listo para revelar al terapeuta, a través del juego, la confusión que ha estado experimentando. También es en este punto que la conducta del niño fuera del cuarto de juego puede empeorar a medida que éste empieza a enfrentar los sentimientos detestables. Eso despierta todas sus incertidumbres, aun cuando sabe que cuenta con el apoyo del terapeuta y (es de esperar) de sus padres. Su estado emocional lo regresará a la edad que tenía cuando ocurrió el hecho o cuando empeoró la situación (Norton, 2007; Perry, 2001). En este momento se debe informar a los cuidadores que es probable que vean alguna regresión y que es importante que sean tolerantes cuando el niño se involucre en conductas regresivas.

La **etapa de dependencia** es la etapa de trabajo emocionalmente intensa del proceso de la terapia de juego. Durante este tiempo, dado que el niño sabe que está a salvo, está preparado para enfrentar su confusión emocional. Para hacerlo, deberá entrar más a menudo en el juego de fantasía para disfrazar el contenido del juego ante su conciencia. Sin embargo, el juego empieza a incluir los temas emocionales con significado personal para el niño. Como ha establecido confianza con el terapeuta, se muestra dispuesto a invitarlo al juego. El estilo del juego puede ser muy intenso y el niño parece estar motivado a revelar sus preocupaciones. En este caso, el terapeuta obtiene una comprensión emocional de la percepción que tiene el niño de su mundo. Al final de la sesión el terapeuta sentirá lo que se siente ser como este niño porque, en el juego, el menor lo colocó en su posición (de niño) y se comportó con el terapeuta de la manera en que el mundo se comporta con él.[1]

El niño entra al juego de fantasía desde una postura de poder. Puede aliarse con el terapeuta en contra de un agresor o puede identificarse con el agresor. En cualquier caso, el niño debe poseer el poder para lograr por medio del juego lo que no pudo cumplir en la realidad, es decir, vencer al agresor. Lo logra sintiendo primero el poder del agresor. Durante este tiempo el terapeuta permite que el niño domine el juego siempre que nadie resulte lastimado. Al inicio el juego puede ser muy disfrazado, por ejemplo, haciendo que los carritos choquen. A medida

[1] Algunos niños han sufrido un trauma de tal magnitud en el pasado que pueden haber quedado "congelados" (Levine y Kline, 2006) en su postura de autoprotección. Cuando esto sucede, serán incapaces de entrar al juego de fantasía y necesitarán más tiempo en la etapa de prueba de protección antes de poder confiar lo bastante en la relación para abrir su dolor.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que la terapia progresa, los juguetes empleados y el estilo del juego se vuelven más parecidos a la realidad y permiten más interacciones personales. Durante éstas se asignará al terapeuta el papel del niño. Como tal, debe responder como si fuera el menor en la etapa anterior del desarrollo en que ocurrió o empezó el trauma. Es necesario que el terapeuta responda en el juego como lo habría hecho el niño a esa edad y en esas circunstancias. Esos recuerdos, que en ocasiones son implícitos, sólo pueden ser expresados como emocionalidad o experiencias, dado que quizá no exista una vía verbal para comunicar esas experiencias. La memoria implícita depende de la experiencia (Siegel, 1999), y esta experiencia subjetiva emerge como sensaciones corporales, emocionalidad intensa y conducta errática expresada para proteger la supervivencia del self (Schore, 2003a, 2003b). Para comunicarle al niño que comprende el significado de esta experiencia, el terapeuta debe emplear expresiones sensoriales, por ejemplo, expresiones faciales, sonidos primitivos que quizá fueron emitidos durante el evento del trauma y movimientos corporales que reproducen la postura del niño durante el hecho. Este estilo de juego continuará mientras el niño intente descargar la emocionalidad de sus experiencias (Levine y Kline, 2006; B. Norton, Ferriegel y Norton, 2010). Durante esta etapa el terapeuta recibe la experiencia del niño y transmite comprensión y aceptación de esas emociones por medio del juego. En el papel de la víctima, el terapeuta comunica empatía por el dolor soportado por el niño. Con esta aceptación también viene el empoderamiento del niño para que enfrente los elementos más aterradores de la experiencia.

Una vez que el niño recuperó su sentido de seguridad, puede asignar al terapeuta el papel del agresor y crea la respuesta que no pudo expresar en la experiencia original. Empezará por cambiar sus experiencias internas mediante la recreación del empoderamiento, la sensación de seguridad y de control que le fueron arrebatados durante el trauma. El terapeuta debe actuar de forma ligeramente degradante para el niño, quien de inmediato contraatacará a esta actitud con una respuesta que cambia al papel del perpetrador a la sumisión o al absoluto silencio (la muerte metafórica). Este proceso ocurre de manera repetida a medida que cambian los elementos de la experiencia recordada. El niño se volverá más intenso y metafóricamente agresivo al representar las respuestas motoras que estuvieron restringidas en su cuerpo desde que se inició el evento. El terapeuta debe recordar que el niño sólo representa esas expresiones por la relación y la confianza que estableció con él.

En este juego ocurren al mismo tiempo dos procesos importantes. El niño está desarrollando un sentido interno de empoderamiento, un sentido de control que representa procesos que fueron interrumpidos, como la constancia del objeto o la causalidad (Winnicott, 1999). El niño avergonzará, ridiculizará, se burlará, degradará, humillará, deshonrará, desacreditará y afrentará al papel del perpetrador u objeto temido en el juego. El terapeuta debe representar esa dinámica de modo que el niño recupere su sentido de dignidad. Este proceso evoluciona en la última parte de la etapa de dependencia y termina con la aniquilación o muerte del agresor. Uno podría preguntar: "¿Por qué con la muerte?" La primera afirmación del DSM-IV-R (APA, 1994) acerca del trastorno de estrés postraumático señala: "La persona experimentó,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

atestiguó o fue confrontada con un evento o eventos que involucraban la muerte o amenaza de muerte, o de daño grave, o una amenaza a la integridad física del individuo o de otros". Para el niño el trauma es un miedo a la muerte y debe dominar en el juego ese temor a la muerte inminente (Levine, 1997). Cuando está presente el temor a la muerte, aunque sea ligeramente, aumenta el nivel de cortisol en el niño (Bremner, 2002). Si se le asigna ese papel, el terapeuta debe representar la muerte horrenda. Cuando ocurre la aniquilación, eso representa una victoria espiritual para el niño. Es el equivalente metafórico de la separación del niño del dolor y la lucha del pasado. Sin embargo, la terapia de juego no estará completada hasta que el self esté del todo integrado y funcional.

Cuando ingresa a la **etapa de crecimiento terapéutico**, el niño lamenta brevemente la pérdida de la persona del trauma. Durante este duelo, mostrará un afecto aplanado y se moverá por el cuarto como lo hizo en la etapa exploratoria. Aquí el terapeuta reasume una postura reflexiva a medida que el juego del niño evoluciona lentamente al uso de los juguetes para el dominio de la habilidad más que para la recapitulación de su trauma. Avanza a la reexperimentación de las etapas perdidas de su desarrollo desde una sensación de bienestar y seguridad recién descubierta. Durante este periodo puede pedir que el terapeuta le permita mamar de un biberón o que lo abrace y lo acune. Con este acto busca el cariño y la seguridad que no pudo recibir hasta ese momento de su vida. El terapeuta es la persona en quien confía para que juzgue sus nuevos aspectos en una relación; es quien confirma el valor del niño y su recién descubierto sentido del self. Sólo con esta sensación de empoderamiento y seguridad puede pasar de las reacciones de miedo a la habilidad para evaluar si las situaciones son seguras o peligrosas (Norton, 2002; Ogden, Minton y Pain, 2006). Una vez que esto ocurre, el juego asume las características del dominio, la tontería y las risas apropiadas para la edad. Ya no son evidentes las intensas proyecciones emocionales del juego de fantasía anterior; el juego se vuelve más interactivo y cooperativo y el sentido de identidad del niño no depende más del terapeuta.

Una vez que se ha determinado la pertinencia de la **terminación**, el niño y el terapeuta tienen todavía cierto trabajo que hacer. Esta etapa representa la pérdida de una relación importante para el niño. Se requieren varias sesiones para que éste sienta el cierre completo de la experiencia y la relación. Es importante que el terapeuta introduzca el tema de la terminación durante los 10 o 15 minutos iniciales de la sesión; de este modo, el niño tiene tiempo de reaccionar a la idea de la pérdida. También es momento para que le diga adiós a su juego; puede regresar y revisar parte del juego anterior como si dijera: "Mira hasta dónde he llegado".

La confianza en la relación se convierte de nuevo en un problema. En este momento el niño ya no depende del terapeuta, pero empieza a cuestionar si ha sido tan importante para el terapeuta cómo éste lo fue para él. Por ese motivo es el momento de que el terapeuta le comunique la importancia de la relación para él. Sin embargo, después de ello debería alentar la capacidad del niño para seguir adelante sin el terapeuta. La terminación debe completarse en el proceso sin promesas de un contacto futuro mientras el terapeuta hace pasar al niño de esta relación a la interacción social en su ambiente. El niño adquirió la capacidad

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de interactuar con los otros de manera apropiada y de permitirse confiar en relaciones afectuosas.

El papel del terapeuta de juego experiencial tiene varios aspectos, dependiendo de la etapa del proceso de juego. Se ajusta a las expresiones del niño a medida que cambian sus necesidades intrapsíquicas durante su desarrollo en el proceso de curación. Tiene la responsabilidad de adaptarse al niño en cada momento de este proceso.

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO EN LA TERAPIA DE JUEGO EXPERIENCIAL

El juego es la vida del niño. Si quiere conocer a un niño, entre en su juego y éste responderá a su receptividad compartiendo lo que es en el juego. El juego es el espíritu y la esencia del niño. Una razón por la que juega es tratar de resolver las presiones internas (C. Norton y Norton, 2006; Ogden *et al*., 2006). Entre más confianza tenga en el terapeuta, más avanza el juego hacia los problemas fundamentales y más se acerca a la realidad. El juego de un niño es la perspectiva que tiene de las experiencias de su mundo y de sus relaciones. Un niño no juega sin expresar las necesidades y motivaciones que influyen en sus creencias sobre sí mismo y en la seguridad y el sentido del self que guían sus respuestas al mundo que lo rodea (Moustakas, 1992).

En la terapia de juego experiencial se permite que el niño entre a una relación de confianza que le permite expresar su sentido interno del ser con respeto y dignidad. Cuando el sentido del self ha sido afectado o amenazado, el niño expresa el conflicto interno por medio del juego. Para comunicar esta experiencia, en ocasiones el niño tiene que funcionar de maneras que quizá no son aceptables en las situaciones sociales normales. En esta forma de terapia el juego es terapéutico y se reserva para ese fin dentro del cuarto de juego. En este ambiente terapéutico, el niño puede jugar de cualquier forma que cumpla su propósito de expresar la falta de armonía interna que interrumpió sus expresiones del self y las afiliaciones significativas en el mundo. Una vez que ha experimentado esta creencia, el niño usa la fantasía como un sistema de defensa para disfrazar la ansiedad causada por la confusión, la duda y el dolor. Para lograrlo, el niño expresa el juego a través de manifestaciones metafóricas (Norton, 2009). El juego es la expresión metafórica del significado para el niño. La metáfora de "Estamos en la selva y estoy cubierto de insectos" expresa mayor profundidad de la experiencia que "Estoy asustado y no me gusta cómo me siento". O el papel de "un extraterrestre perdido" tiene mayor significado interno que "nadie juega conmigo" (Norton, 2009). Las metáforas expresan el núcleo de las experiencias del niño; a través de ellas puede expresar dinámicas y significados que van más allá de su capacidad para conceptuar y expresar por medio del lenguaje. La metáfora sostiene la experiencia para el niño (Norton, 2009; Ferriegel, 2007).

Las metáforas también estimulan los procesos inconscientes que facilitan el progreso terapéutico. Cuando el terapeuta entra al juego del niño y acepta sus metáforas, la resistencia disminuye y se activan las expresiones que mejoran el avance en el proceso terapéutico del juego (Norton, 2009). Los terapeutas de juego experienciales responden al significado contextual de la metáfora como diferente

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

al contenido de las expresiones del juego. El terapeuta representa el afecto de la experiencia que le fue asignada en lugar de reflejar el contenido del proceso; puede responder al simbolismo del juguete, el papel asignado, el contexto ambiental y los objetos de temor como animales o personas. Con esas directrices metafóricas, responde con afecto que apoya el significado experiencial del juego. El niño se convierte en creador de sus experiencias en que las necesidades y temores son expresados de una manera que puede controlar, vencer y cambiar. En este estilo fantástico de la realidad disfrazada, nunca se hace referencia al niño por su nombre sino por el papel creado para ser expresado. La circunstancia emocional que experimenta el terapeuta es la perspectiva que tiene el niño de su vida; el terapeuta se encuentra en el marco de experiencia del niño y le comunica respaldo mientras el niño escucha el reflejo a través de la experiencia de juego. Por consiguiente, el proceso del juego es la intervención en la terapia de juego experiencial. La realidad directa por lo regular está fuera del control y el poder del niño. Mediante la metáfora el niño puede recuperar recuerdos a la vez que tiene control de la activación emocional asociada con un hecho o proceso aterrador.

El terapeuta no usa el nombre del niño durante el juego de fantasía. La experiencia del personaje, papel, juguete, ambiente, animal o proceso es el centro de lo que se comunica. Un juguete nunca es sólo un juguete. Se convierte en un símbolo de significado cuando es incorporado al juego terapéutico del niño. El siguiente es un ejemplo de los significados simbólicos de un juguete.

> *Cofre del tesoro*. Self, sentido de valía, de valor interno, afirmación, control, seguridad, lo oculto, búsqueda, validación, don, valor futuro, esperanza, valor perdido, ánimo, dignidad, etcétera. Las respuestas al trauma en la etapa de dependencia: pérdida del sentido de valor, autoaceptación no descubierta, búsqueda del valor perdido, vacío emocional y deseo de confirmación personal. Respuestas correctivas en la etapa de crecimiento: esperanza futura, ánimo, sentido de valor o valía, confirmación y validación de la autoaceptación (B. Norton y Norton, 2010b).

Un ejemplo de los significados simbólicos de un papel:

> *Extraterrestre:* perdido, ajeno, diferente, inadaptado, marginado social, necesidad de pertenecer, falta de aceptación, extranjero, exclusión, intruso, despersonalizado, etcétera. Las respuestas al trauma en la etapa de dependencia: escape, despersonalización, invasión, disociación, pérdida del sentido de sí mismo, ajeno, rechazo y abandono (B. Norton y Norton, 2010a).

Un ejemplo de los significados simbólicos de un ambiente:

> *Boda:* celebración, cambio, deseable, nueva identidad, elección, compromiso, esperanza, deseado, anticipación, adorado, involucrado, aceptación, pertenencia, amor idealizado, etcétera. Respuestas al trauma en la etapa de dependencia: crisis de identidad, dominio, celos, expectativas, aceptable, poco realista, presión social y solución de la vida.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Un ejemplo de los significados simbólicos de un animal:

> *Zorro:* calculador, astuto, perspicaz, artimaña, alerta, manipulación, rápido, listo, turbio, orientado a la tarea, taimado, deliberado, desconfiado, etcétera. Respuestas al trauma en la etapa de dependencia: egocéntrico, seductor, traición, desconfianza, persuasivo, engañoso, narcisista, impostor, acechante, intrigante y solapado.

Cuando aceptamos las metáforas que presenta el niño, le damos permiso para continuar con su expresión de manera más profunda y con mayor franqueza. Cuando el terapeuta responde con precisión a las expresiones metafóricas del niño, le permite llevar el juego metafórico a un nivel más profundo. Entre más responda el terapeuta a las metáforas del niño, más profundo es el nivel de significado que éste transmitirá en las metáforas posteriores.

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LA TERAPIA DE JUEGO EXPERIENCIAL

La participación de los padres o cuidadores como adjuntos al proceso de terapia de juego experiencial es fundamental para su resultado. La terapia de juego experiencial considera que la relación de los padres con el terapeuta es un componente clave de apoyo para el proceso. En las primeras etapas de la terapia

se brinda a los padres orientación inmediata sobre el proceso del niño y los aspectos de ajuste que necesitarán para poder contribuir. En la terapia de juego experiencial los tres componentes principales son, primero, la capacidad del niño para usar de manera natural el juego, el simbolismo y las expresiones metafóricas para comunicar sus emociones y su mundo interno. El segundo aspecto importante son las habilidades del terapeuta para entender las expresiones del niño y regresárselas en un intercambio que le transmita significado. El tercero es la responsabilidad de los padres para aprender y participar en el proceso de su hijo según se explica en el paradigma del proceso de la terapia de juego experiencial.

Dado que el modelo trata los aspectos regresivos del niño, se enseñará a los padres a apoyar el concepto de la curación del dolor en la etapa del desarrollo en que éste tuvo lugar. La mayoría de los niños necesitan exhibir conductas más infantiles que son representativas de una edad menor (Perry *et al*., 1995), por lo que es necesario orientar a los padres y cuidadores acerca de este concepto. Para algunos padres resulta difícil aceptar esta creencia hasta que atestiguan las conductas regresivas que siguen a las sesiones de terapia. La regresión indica que el desarrollo del niño se acerca a las experiencias internas incompatibles que motivaron sus problemas de actitud y conducta (C. Norton y Norton, 2002; Perry, 2001; Winnicott, 1999). Los padres deberán apoyar esta regresión y ofrecer afecto cuando el niño revele expresiones de temor o renuencia. Los padres están en la relación primaria para brindar seguridad y regulación cuando el niño reexperimenta el trauma que debe ser borrado. El terapeuta de juego experiencial enseña a los padres o cuidadores a atender al pequeño asustado y en regresión que está dentro de su hijo. Los padres necesitarán recibir el apoyo compasivo del terapeuta cuando alimentan esta respuesta regresiva. Cada episodio regresivo ayuda al niño a experimentar regulación después de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

la reexperimentación emocional de los aspectos de la activación del trauma que lo perturba. Cuando los padres pueden entender el significado de las respuestas que ocurrieron en el pasado y que éstas fueron enmarcadas como mala conducta o desafío, pueden proveer la tranquilidad y el cariño que faltaron en las reacciones previas. Este paradigma cambia toda la perspectiva de los padres sobre la sintonía y cuidado del niño mientras éste confronta sus problemas en la terapia de juego.

Debido a lo fundamental que es esta relación mutua con los padres o cuidadores, el terapeuta de juego experiencial se reúne con ellos durante 10 o 15 minutos después de cada sesión de juego con el propósito de comunicarles los temas que expresó su hijo y las necesidades emocionales y de seguridad que aparecerán durante la semana. Al principio muchos padres se muestran escépticos, pero cuando ven que las necesidades son expresadas obtienen una perspectiva y empiezan a responder con mayor conocimiento y atención a las necesidades de cuidado del niño. Este proceso es de fundamental importancia para mantener la sensación de seguridad del niño durante el periodo entre sesiones. El terapeuta se convierte literalmente en un entrenador que motiva y alienta a los cuidadores para que sigan enfocándose en las necesidades del niño y sean congruentes con ellas. Es de esperar que hacer a los padres más sensibles al proceso del niño será una habilidad que se mantenga en el futuro. Una vez que los cuidadores entienden la importancia de sus contribuciones para el proceso de juego, su cooperación por lo general cambia a una motivación compasiva. La manera en que los padres responden determina la plenitud del proceso terapéutico.

La alianza entre los padres y el terapeuta es una de las claves para el proceso de cambio. Las adaptaciones que hacen los padres o cuidadores durante el periodo de la terapia de juego se convertirán en las habilidades que se conservan después de que haya terminado el proceso de la terapia.

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA DE JUEGO EXPERIENCIAL

Un requisito para la participación de un niño en la terapia de juego experiencial es que tenga capacidad para el juego simbólico, la cual por lo general se manifiesta alrededor de los 20 meses de edad. Esto es necesario para que los niños expresen sus experiencias, ya que a esa edad tan temprana no poseen las habilidades cognitivas ni verbales que se requieren para expresar sus preocupaciones.

Dicho de manera simple, la terapia de juego experiencial es más eficaz en los trastornos en que el niño reacciona a una situación que lo rodea, por lo que pueden llamarse **trastornos reactivos**. Si se utiliza el diagnóstico de trastornos, es de primordial importancia identificar una historia precisa, ya que las reacciones a las experiencias traumáticas a menudo se manifiestan como categorías que suelen considerarse de naturaleza constitucional. Por ejemplo, un niño puede cumplir los criterios del trastorno por déficit de atención o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) cuando en realidad está reaccionando con hipervigilancia a un abuso físico o sexual crónico o repentino.

La mayoría de los niños que asisten a la terapia de juego lo hacen porque han experimentado algún tipo de trauma. La terapia de juego experiencial ofrece

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

una oportunidad excepcional para que esos niños se acerquen a los recuerdos de su trauma a un ritmo que no les resulte abrumador. Dado que son los directores de su juego, pueden bailar alrededor del trauma, penetrando hasta el punto y la profundidad que consideren seguros para sí en ese momento. Mantienen el poder, por lo que pueden aproximarse por medio de la metáfora que ellos mismos crearon para conservar su seguridad emocional. Esos niños presentarán síntomas de trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de ansiedad por la separación, trastornos fóbicos, trastornos de la eliminación, trastorno del apego, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno disociativo de la personalidad (Van der Kolk, 2005). Si el abuso ha sido prolongado y de gran intensidad, en ocasiones pueden incluso mostrar rasgos psicóticos.

La terapia de juego experiencial puede ser benéfica para los niños con problemas de apego. También es necesario que los padres participen en el trabajo, lo cual pueden hacer durante o fuera de la hora de la terapia. Como la terapia de juego experiencial tiene una base muy fuerte en la relación, el niño con un daño leve en el apego puede trabajar solo con el terapeuta durante la hora de la terapia. Fuera de ese tiempo, el padre puede trabajar con el niño con otras formas de construcción de la relación, por ejemplo, tiempo regresivo con el pequeño como mecerlo y alimentarlo con biberón mientras se mantiene contacto ocular. Cuando el daño del apego es más grave, el padre puede ser colocado en el cuarto de juego con el niño llevando un micrófono oculto en el oído. El terapeuta puede permanecer detrás de un espejo, proporcionando al padre señales y respuestas verbales. De este modo el padre llega a experimentar cómo se siente ser este niño a la vez que el niño obtiene aceptación y respeto del padre. Los padres tienen a su vez la ventaja de recibir comprensión, aceptación y cuidado del terapeuta.

La terapia de juego experiencial es también de gran utilidad para los niños que se están adaptando a cambios en su vida, como el divorcio de los padres, la muerte de un amigo o un familiar cercano, la reubicación del hogar familiar o las nuevas nupcias de uno o ambos padres. Los niños con esas experiencias pueden presentar síntomas de un estado de ánimo deprimido, trastornos de mala conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, e incluso problemas de aprendizaje debidos a su incapacidad temporal para concentrarse.

Los niños con demoras congénitas del desarrollo también pueden beneficiarse de la terapia de juego experiencial, no necesariamente para mejorar sus habilidades demoradas, sino para abordar los problemas emocionales que las rodean. Esos niños pueden exhibir juego simbólico, por lo que pueden beneficiarse de la relación y el apoyo a sus preocupaciones emocionales.

Si los niños con trastornos generalizados del desarrollo como el autismo o el síndrome de Asperger no pueden mostrar juego simbólico organizado, no sacarán provecho de la terapia de juego experiencial. Lo mismo sucede en el caso de la esquizofrenia de inicio en la niñez. Esos niños pueden exhibir juego simbólico, pero no hay un patrón en su juego. Es más ritualizado, por lo que no existe disponibilidad para el contenido emocional.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

EVIDENCIA A FAVOR DE LA TERAPIA DE JUEGO EXPERIENCIAL

La terapia de juego experiencial es un concepto relativamente nuevo en la terapia de juego (C. Norton y Norton, 1997). Sus etapas fueron desarrolladas al observar a los niños en la creación de su propio proceso de curación. Cuando se hicieron investigaciones (Lamon, 1999) para comparar la etapa de desarrollo de la terapia de juego experiencial con otros análisis de etapas de la terapia de juego, esas etapas de progresión se identificaron como más exactas en el seguimiento del proceso terapéutico de los niños. Los hallazgos sugirieron que el problema de la confianza no era sólo un aspecto del establecimiento de una relación terapéutica, sino un proceso que reaparece de manera constante durante la etapa de dependencia de la terapia. Otra recomendación fue que la etapa de dependencia debería dividirse en dos. El autor coincide en que ocurren dos procesos distintos, el primero de los cuales se concentra en la revelación de experiencias por parte del niño, mientras que el segundo se enfoca en "igualar" al objeto o perpetrador temido, lo que por lo general dura más tiempo que la etapa de revelación de la terapia.

Conocer esas etapas es muy ventajoso para identificar la progresión del niño generada por el proceso de juego. El terapeuta de juego experiencial que puede identificar la ubicación del niño en su proceso puede luego responder con mayor precisión y expresiones apropiadas que coincidan con los significados del niño. Como la progresión en la terapia de juego experiencial es un patrón relativamente constante, el terapeuta sabe qué esperar del niño en la mayoría de los puntos del proceso. Esto es una gran ventaja que proporciona precisión en la respuesta al niño en cada etapa de la terapia.

Varios estudios de los modelos de intervención experiencial (Ray y Bratton, 2010) indican que los resultados positivos se derivan de esas intervenciones enfocadas en la relación. Esas intervenciones usan la relación como el componente esencial de la intervención. La terapia de juego experiencial se concentra en la relación con el niño (C. Norton y Norton, 2002), pero da expresión más directa a lo que el niño expresa en su juego. Durante la terapia de juego, cuando su dignidad se convierte en la dinámica principal del proceso (Landreth, 2002), el niño responde mostrándose más presente e interactivo, lo que mejora su sentido de importancia y lo vuelve más sensible al mundo que lo rodea. Ser apreciado y respetado se extrapola a su relación con el ambiente y a una visión más positiva del mundo.

Uno de los elementos esenciales de la terapia de juego experiencial es la comprensión de los significados dentro de la comunicación metafórica que el niño expresa en la terapia de juego. Una pregunta es la validez o verdad de esas metáforas. Un estudio importante (Paley y Alpert, 2003) revisó los registros de eventos traumáticos experimentados por niños (edad promedio = 2.5). Se obtuvieron y revisaron los registros que hicieron rescatistas profesionales de esos eventos. Tres años más tarde se proporcionó a esos niños terapia de juego (edad promedio = 5.5). Las expresiones metafóricas de los niños en la terapia de juego concernientes al evento del trauma fueron simbólicamente congruentes con los registros anecdóticos obtenidos de los rescatistas profesionales. Esto apoyaría la afirmación

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de que los niños son congruentes y veraces cuando expresan en el juego sus circunstancias desde los recuerdos implícitos o tempranos de sus experiencias. Lo anterior también es apoyado por la afirmación de Levine y Kline (2007) de que "El trauma está en el sistema nervioso del niño, no en el evento", y la activación de este trauma permanece vibrante en el sistema nervioso del niño hasta que es liberado (Norton *et al*., 2010; Levine y Kline, 2007). Perry (2001) asevera que el proceso de juego debe ser activo y algo repetitivo, ya que eso permite que el niño disipe los efectos del trauma en el cerebro y el proceso regulatorio del sistema nervioso central.

La terapia de juego experiencial es una forma de terapia que activa el cerebro. La actividad de dicha forma de terapia estimula varios aspectos de los procesos cerebrales (Schore, 2003a). El terapeuta de juego experiencial utiliza procesos de derecha a izquierda y de arriba abajo integrados en el cerebro (Arden y Linford, 2009). La terapia de juego experiencial incorpora una perspectiva del desarrollo del niño que incluye los procesos de desarrollo del cerebro. Las memorias implícitas y las sensaciones del bebé o del niño pequeño se consideran junto con los procesos de la memoria explícita o factual. Este método incluye los procesos de memoria que afectan al cerebro, por lo que el niño revelará y comunicará al terapeuta sus experiencias conflictivas. Cuando los niños hacen regresión, el terapeuta de juego experiencial debe considerar de inmediato la etapa de desarrollo cerebral que está siendo comunicada y las disfunciones neurológicas que se están llevando a cabo o motivando las conductas y pensamientos inapropiados. Autoridades en el desarrollo temprano del cerebro (Perry, 2002, 2006; Schore, 2003b; Siegel, 2007) han hecho hincapié en la importancia de tener acceso a esos recuerdos para permitir la plasticidad del desarrollo futuro del cerebro. Esas dinámicas son tratadas con mayor detalle por Norton y sus colaboradores (2010), quienes ofrecen varios ejemplos de las reacciones de los bebés y niños pequeños al trauma y el cerebro.

EJEMPLO ILUSTRATIVO DE LA TERAPIA DE JUEGO EXPERIENCIAL

Un bebé nació de manera prematura a los ocho meses. El nacimiento fue sumamente difícil para la madre (quien estuvo en riesgo de morir por el proceso del parto) y para el bebé (quien también estuvo grave y en peligro de no sobrevivir). El equipo médico se concentró en conectar una vía intravenosa al bebé, procedimiento que se vio dificultado por la falta de venas accesibles, por lo que fue necesario pinchar al pequeño más de 40 veces antes de que la conexión tuviera éxito. Mientras tanto, la madre observaba al tiempo que era atendida por otro equipo médico. Vio que su hijo recién nacido, Seth, era atendido durante 20 minutos por tres miembros del equipo sin que el pequeño emitiera un solo sonido. Este evento traumático en un infante se conoce como "imitación de la muerte" y es similar a la "muerte fingida" por animales en peligro (Porges, 2001). Seth quedó paralizado o traumáticamente inmovilizado, sin emitir sonido o hacer movimiento alguno. La madre y el niño estuvieron juntos por un tiempo muy corto antes de ser separados.

A los cuatro años, Seth fue canalizado para recibir terapia de juego porque tenía problemas en varias áreas. Expresaba mucho enojo hacia su madre y se resistía a permitir que ésta lo tranquilizara o lo consolara. La hora de ir a la cama

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

siempre resultaba exasperante y ambos padres terminaban agotados cuando por fin el niño se quedaba dormido. Tenía arrebatos de ira en preescolar y le resultaba difícil relacionarse con otros niños, en especial porque insistía en dominar las actividades de juego. Además, no podía acostarse y permanecer quieto durante los momentos de descanso. Seth presentaba un caso sumamente grave de asma que recaía en episodios que requerían de tratamiento médico cada seis u ocho semanas. Su madre lo describía como un niño muy torpe, con tan poca coordinación y conciencia de su cuerpo que solía caerse dos o tres veces durante sus actividades diarias (Gaensbauer, 2002, 2004). Casi no tenía capacidad para mostrar empatía o compasión por los sentimientos de otros.

La madre de Seth pidió estar presente en el cuarto de juego durante la terapia. Se le informó que el niño sería el director del proceso de juego y que si quería unirse al juego debería hacerlo siguiendo sus instrucciones.

En la etapa de prueba de la protección, Seth se negó a dejar el cuarto de juego al final de la tercera sesión. El terapeuta reflejó la importancia de su presencia en esta experiencia, lo difícil que era abandonarla y la importancia del juego. Después de varias reflexiones sobre lo importante y significativo que era para él el tiempo de juego, se separó a regañadientes de su juego y del cuarto de juego. Se estableció la confianza en su proceso de terapia y en el terapeuta para empezar la profundización y revelación de la etapa de dependencia de la terapia.

En la parte inicial de la etapa de dependencia, Seth rodó por el piso como un bebé recién nacido que lucha por sobrevivir en una posición prenatal restringida. Esto fue la expresión inconsciente de Seth del punto de su desarrollo en que tendría lugar el juego. Seth procedió a armarse con cuchillos, pistolas y espadas. Colocó al terapeuta en el papel de la víctima como le sucedió cuando era un bebé indefenso en el proceso que le fue impuesto (el trauma médico). Seth asumió el papel del perpetrador, el médico y las enfermeras que lo atacaron con las agujas, y dedicó una serie de sesiones a atacar y apuñalar con dagas y espadas para comunicar la intrusión que sufrió su cuerpo. Este estilo de juego continuó con el disparo de balas a todo el cuerpo del terapeuta. En otras ocasiones la intrusión era expresada como mordeduras de serpientes, picaduras de abeja y descargas eléctricas. Este proceso continuó hasta que ya no se vio física o emocionalmente abrumado por sus recuerdos y las sensaciones corporales del evento traumático. En las publicaciones acerca del trauma, Janet (1889) observó este proceso, conocido como desintegración de la experiencia con el fracaso del sistema nervioso central para integrar la memoria sensorial en la memoria factual (Solomon y Siegel, 2003). En ese momento, Seth entendió también que la experiencia había sido comunicada y validada por el terapeuta, quien recreó las sensaciones y las respuestas emocionales. Seth tenía una sensación de control de sus emociones relacionadas con su experiencia y había expresado en el juego lo que soportó durante el evento. Después de saber que su experiencia había sido validada en el juego, cambió los papeles y colocó al terapeuta en el papel del perpetrador mientras él asumió su posición en la experiencia. Debe advertirse que los padres realizaban en casa el cuidado regresivo de Seth para fomentar la experiencia de regulación que fue interrumpida y que ocasionó sus respuestas no regulatorias. Además, la madre informó que los

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

ataques de asma del niño disminuyeron durante el periodo de la terapia de juego.

Seth estaba empezando a representar las respuestas que no pudo expresar en el evento original. Una vez más, rodó por el piso para confirmar su edad del desarrollo y atacó al perpetrador desde la posición del bebé con respuestas de poder. La representación es metafóricamente la misma experiencia que soportó cuando bebé con los papeles invertidos. El niño ata al perpetrador, lo que representa la metáfora del personal médico sosteniéndolo para aplicarle la inyección. Lucha contra el perpetrador con sonidos infantiles, heces (arena) y orina (agua del biberón) que rocía y lanza sobre el perpetrador. Está liberando la respuesta que su cuerpo no podía exhibir en el momento del trauma. Esta respuesta continúa con ataques de tiburón y pirañas a todas las partes del cuerpo. En su juego, un bebé piraña nace y ataca al perpetrador mordiendo sus piernas, brazos, cara y cabeza. El perpetrador finge que su cuerpo es atacado dolorosamente y devastado. Seth adquiere más poder en el juego y su falta de coordinación desaparece para volverse apropiada para su edad, ahora que la opresión del trauma se ha disipado de su cuerpo. Este estilo de juego continúa con ocasiones intermitentes en que es tranquilizado (Norton, 2010) o periodos de juego apropiados para su nivel de desarrollo. Seth aumentó la inclusión de su madre en el juego, quien luchó con él contra el perpetrador. Esto le permitió darse cuenta de que su madre quería ayudarle, pero que en el momento del evento también estaba incapacitada. La relación del niño con la madre mejoró notablemente durante esta fase de la terapia de juego. Al final de la etapa de dependencia, Seth aniquiló al perpetrador triturando su cuerpo con las espadas y el ataque de las pirañas hasta que quedó muerto. El niño celebró su victoria con una fiesta en que alimentó a todos los animales que lo ayudaron en el curso de la terapia. La fiesta fue su victoria espiritual sobre su trauma y la obtención del sentido de bienestar.

El centro de atención de la terapia cambió cuando entró a la etapa de crecimiento terapéutico. Seth ocultó las joyas en la caja de arena y encontró el valioso tesoro perdido. Se validó como rico y poderoso. Dado que el papel del terapeuta en el juego había cambiado de la representación del trauma al juego relacional, pudo reflejar "Vales mucho" o "Eres una persona muy valiosa". Una vez que su valor fue confirmado, Seth cambió a la integración de la identidad. Hizo afirmaciones como "Soy el rey niño que cuida del mundo". En sesiones posteriores dijo: "Voy a ser el guardián del zoológico y cuidaré de los animales". El afecto y la visión del mundo del niño estaban siendo confirmadas con su identidad positiva. Seth integró su nueva conciencia mediante la expresión de percepciones socialmente atractivas y relacionales de su ser. Esto representaría la afirmación del self que se perdió en su experiencia inicial del trauma.

DIFICULTADES PARA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO DE LA TERAPIA DE JUEGO EXPERIENCIAL

El terapeuta de juego experiencial debe hacer un cambio de paradigma en su conciencia para entender los significados que expresan los niños. Éstos tienen una capacidad de expresión que muchos adultos desconocen cuando observan sus comunicaciones metafóricas. Además de atender al juego del niño, el terapeuta debe

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

entender el significado de cada expresión desde la perspectiva del menor. El juguete, el juego, el simbolismo, la metáfora y el proceso unen esas expresiones para que tengan un significado especial para el niño. Tener a un adulto que reconoce el significado a ese nivel inspira al niño para expresar más experiencias a fin de recibir la validación de su ser. Una vez que el terapeuta conoce este proceso y reconoce que el niño responde mediante la intensificación y profundización en sus emociones, adquiere una perspectiva que trae a la vida el mundo del niño con las expresiones de sus experiencias. Este fenómeno es el cambio de paradigma que libera el significado del mundo fenomenológico del niño. En este modelo, el terapeuta adquiere una conciencia tan aguda de la perspectiva del niño que a menudo resulta difícil mantener la credibilidad con otros profesionales que atienden al menor.

Debido a la profundidad e intensidad de esta relación, el riesgo de contratransferencia aumenta y puede convertirse en una distracción en el proceso terapéutico. El terapeuta de juego experiencial debe permanecer receptivo al autoexamen de sus procesos cuando entra en el mundo de experiencia del niño. El crecimiento del terapeuta de juego experiencial es por ende un proceso constante de autoexamen y colaboración con otros terapeutas y supervisores de juego experiencial. Sin embargo, un terapeuta que se abre al mundo experiencial del niño suele ser alguien que también está abierto al procesamiento de su propio mundo experiencial.

Otra dinámica crucial en la terapia de juego experiencial es la responsabilidad del terapeuta de no interferir con los procesos del niño y de abstenerse de dirigirlo o conducirlo. Una vez que el niño ha sido entendido en el contexto de la terapia de juego experiencial, adquiere la autodirección y la motivación para compartir su experiencia a su modo y a su ritmo. En ocasiones el terapeuta puede ofrecer reorientación para facilitar el proceso o proporcionar un ambiente más seguro para avanzar. Cuando el terapeuta muestra una propensión continua a dirigir el proceso del juego, debe considerarse el problema de la contratransferencia.

Ser un terapeuta de juego es una profesión solitaria. Pocos profesionales entienden verdaderamente la intensidad y la profundidad que expresan los niños en relación con las experiencias que han soportado. El terapeuta de juego experiencial no es la excepción. Este modelo requiere que el terapeuta tenga colegas con los que pueda consultar las complejidades del modelo para protegerse de la fatiga de la compasión.

CONCLUSIÓN

El terapeuta de juego experiencial facilita el establecimiento de la confianza del niño en la relación terapéutica mediante la aceptación y el respeto de las expresiones del niño sobre sí mismo y sus experiencias. El terapeuta reconoce que lo que puede parecer una conducta aberrante puede ser el único medio del niño para expresar el dolor que siente. Una vez que se establece la confianza, el niño inicia el juego de fantasía donde demuestra metafórica y simbólicamente su confusión interna. Dentro de la fantasía, el niño puede acercarse al dolor, controlarlo y vencerlo. Al entrar con el niño al juego de fantasía, el terapeuta puede responderle, colaborando con el sistema límbico del cerebro de tal forma que al final cambia la respuesta automática de miedo. Como resultado, el niño puede utilizar su

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

experiencia y juicio para decidir si en realidad existe una amenaza en su situación actual. La curación se da a través de la relación en el juego. A medida que el niño vence sus reacciones de temor, recupera la autorregulación y la capacidad para confiar de nuevo en las relaciones. Como resultado, puede avanzar hacia el mundo, desarrollar una red de apoyo social, disfrutar de relaciones íntimas y ser un miembro productivo de la sociedad.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., revised). Washington, DC: APA.

Arden, J., & Linford, L. (2009). *Brain-based therapy with children and adolescents*. Hoboken, NJ: Wiley.

Bremner, J. (2002). *Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective*. New York, NY: Norton.

Ferriegel, M. (2007, April). *Healing images of the psyche in experiential play therapy*. Paper presented at the 13th Annual Meeting of Colorado Association for Play Therapy, Denver, Colorado.

Gaensbauer, T. (2002). Representations of trauma in infancy: Clinical and theoretical implications for the understanding of early memory. *Infant Mental Health Journal, 23*(3), 259–277.

Gaensbauer, T. (2004, May). Telling their stories: Representation and reenactment of traumatic experiences occurring in the fi rst year of life. *Zero to Three*, 25–31.

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychoique*. Paris, France: Alcan.

Lamon, K. E. (1999). *Assessing Norton and Norton's model of play therapy through a study of a three-year-old's play therapy experience*. Unpublished thesis, University of Wisconsin-Stout, Menomonie, WI.

Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.

Levine, P. (1997). *Waking the tiger*. Berkley, CA: North Atlantic Books.

Levine, P., & Kline, M. (2007). *Trauma through a child's eyes*. Berkley, CA: North Atlantic Books.

Moustakas, C. (1992). *Psychotherapy with children: The living relationship*. Greeley, CO: Carron Publishers. (Original work published 1959)

Norton, B., & Norton, C. (2010a). The symbolic meaning of roles expressed in experiential play therapy. *Journal of the International and UK Societies of Play and Creative Arts Therapies*, Winter, 11–16.

Norton, B., & Norton, C. (2010b). The symbolic meaning of toys expressed in experiential play therapy. *Journal of the International and UK Societies of Play and Creative Arts Therapies*, Spring, 11–17.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Norton, B., Ferriegel, M., & Norton, C. (2010). *Somatic expressions of trauma in experiential play therapy*. Manuscript submitted for publication.
Norton, B. E. (2007, April). *Tracking trauma responses in play therapy*. Paper presented at the Colorado Association for Play Therapy Conference. Denver, CO.
Norton, B. E. (2009, April). *Understanding the use of metaphors in Experiential Play Therapy*. Paper presented at the Colorado Association for Play Therapy Conference, Denver, CO.
Norton, C., & Norton, B. (1997). *Reaching children through play therapy: An experiential approach.* Denver, CO: Publishing Cooperative.
Norton, C., & Norton, B. (2002). *Reaching children through play therapy: An experiential approach* (2nd ed.). Denver, CO: White Apple Press.
Norton, C., & Norton, B. (2006). Experiential play therapy. In C. Scheafer & H. Kuidsson (Eds.), *Contemporary play therapy* (pp. 28–54). New York, NY: Guilford Press.
Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: Norton.
Paley, J., & Alpert, J. (2003). Memory of infant trauma. *Psychoanalytic Psychology, 20*(2), 329–347.
Perry, B. (2001). *Maltreated children: Experience, brain development, and the next generation.* New York, NY: Norton.
Perry, B. (2006). *The boy who was raised as a dog.* New York, NY: Basic Books.
Perry, B., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits." *Infant Mental Health Journal, 16*(4), 271–291.
Porges, S. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology, 42*(2), 123–146.
Ray, D., & Bratton, S. (2010). What the research shows about play therapy: Twenty first century update. In J. Baggerly, D. Ray, & S. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research.* Hoboken, NJ: Wiley.
Schore, A. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self.* New York, NY: Norton.
Schore, A. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self.* New York, NY: Norton.
Siegel, D. (1999). *The developing mind.* New York, NY: Guilford Press.
Siegel, D. (2007). *The mindful brain.* New York, NY: Norton.
Solomon, M., & Siegel, D. (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*. New
York, NY: Norton.
van der Kolk, B. (2005, May). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, *35*(5), Psychology Module no. 401.
Winnicott, D. (1999). *Play and reality.* London, UK: Travistock. (Original work published 1971.)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

MODELOS SISTÉMICOS

Capítulo 12

Terapia de juego familiar

Encender la energía creativa, valorar las metáforas y hacer cambios del interior al exterior

Eliana Gil

Conceptos básicos, metas y técnicas

La terapia de juego familiar es la unión de dos teorías importantes de la psicoterapia: la terapia de juego y los sistemas familiares. Cada una es un campo de estudio definido y sólido que ha flirteado con el otro durante décadas porque los terapeutas familiares y los terapeutas de juego trabajan a menudo con las mismas poblaciones de clientes. Los terapeutas familiares solicitan la participación de los niños y otros miembros de la familia cuando algún integrante de la familia (padre, cónyuge, adolescente) requiere ayuda. Incluso si los niños pequeños no son el punto central de interés, la mayoría de los terapeutas familiares considerarán los problemas identificados en el contexto de todo el sistema familiar, por lo que se cree que es fundamental comprender el papel de todos en la familia. En mi experiencia, los terapeutas familiares están muy al tanto de sus propias vacilaciones, dudas o preocupaciones acerca del trabajo con niños muy pequeños cuando éstos son menores de cinco años. Los terapeutas familiares parecen ser más receptivos al niño verbalmente mayor o adolescente que puede participar en el cuestionamiento circular, el intercambio de papeles, la estructura familiar u otros aspectos interesantes de la terapia familiar. Sin embargo, cuando los niños pequeños se mantienen desconectados, poco receptivos a la comunicación verbal o simplemente inseguros de participar, los terapeutas familiares pueden excluirlos de las sesiones con la familia. Chasin y White (1989) advirtieron que en la práctica se excluye más a los niños de lo que se les incluye, en particular porque algunos terapeutas familiares quieren protegerlos de ciertos temas que consideran pueden serles perjudiciales (por ejemplo, cuestiones sexuales). No obstante, Estrada y Pinsof (1995) afirman que no existe investigación que identifique qué temas específicos ameritan la exclusión de los niños de la terapia familiar, y Sori y Sprenkle (2004) plantean además que los terapeutas familiares han carecido del entrenamiento suficiente para desarrollar un sentido de competencia en el trabajo con niños pequeños.

Por el contrario, los terapeutas de juego, a quienes por lo general les son referidos niños muy pequeños, están entrenados para ver sobre una base individual después de que han obtenido de los padres quienes buscan ayuda para sus hijos la información antecedente necesaria. Los terapeutas de juego obtienen la información histórica que necesitan y luego suelen pasar al trabajo individual con el niño, confiados en su preparación para trabajar con niños pequeños. El doctor Kevin O'Connor,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

una de las mayores autoridades en la terapia de juego, sugirió que debería pensarse en la terapia de juego como un continuo que va de la terapia infantil a la terapia familiar, y que éstas no deberían considerarse mutuamente excluyentes (O'Connor, 1991); también incluyó esa premisa básica en su propia teoría: la terapia de juego ecosistémica. No obstante, muchos terapeutas de juego se sienten más cómodos trabajando sólo con los niños, debido quizá a que se sienten mejor entrenados y más competentes en las teorías de la terapia infantil, mientras que pueden sentirse ambivalentes, inseguros o frustrados cuando se reúnen con padres que buscan orientación directa o que los presionan para participar con sus hijos en la terapia.

Es probable que Bernard y Louise Guerney (1964) tuviesen un gran impacto en los terapeutas de juego y los terapeutas familiares con su creación de la terapia filial, en la que se enseña a los padres a actuar como terapeutas de juego para sus hijos mediante el uso de los principios básicos de la terapia de juego no directiva (Axline, 1947, 1969) y de la terapia de juego centrada en el niño basada en las relaciones (Landreth, 2002). Su propósito era **mejorar** la relación entre el niño y los padres, y su modelo; además de ser muy utilizado, ha sido objeto de muchas investigaciones que han encontrado que tiene beneficios positivos (Bratton, Ray y Rhine, 2005). El trabajo pionero de Bernard y Louise Guerney fue el cimiento de un modelo de tratamiento más breve, actualizado y basado en un manual conocido como terapia de la relación padres e hijos (Landreth y Bratton, 2006).

Es probable que no haya otros dos campos de estudio que hayan sido tan preparados y propuestos para un enfoque integrador como los mencionados. Los pensadores de sistemas por lo general se interesan en las secuencias interactivas y en el impacto que tiene el cambio de un miembro de la familia en todos los demás; son muy curiosos y osados, y a lo largo de los años han desarrollado una estrategia tras otra con objeto de contribuir a la evaluación de los problemas subyacentes y de aumentar la comprensión de dónde podría generarse la oportunidad de producir cambios positivos. De igual manera, los terapeutas de juego tienen una enorme capacidad para la exploración lúdica. También es más factible que exhiban una naturaleza exploratoria y que acepten formas amplias de comunicación y expresión. En general, tienden a la flexibilidad, el humor y la disposición a no juzgar.

Existe además una historia documentada de la participación de los niños en la terapia familiar y, como ya se mencionó, de la participación de los padres en el trabajo con sus hijos pequeños. Pero por alguna razón desconocida, a pesar de las características y las metas en común es frecuente que los clínicos se orienten hacia una u otra dirección y que sólo un pequeño porcentaje lleve a cabo sesiones de terapia de juego para toda la familia. La preparación de los terapeutas familiares puede ser un aspecto definitivo que contribuye a esta indecisión respecto a la inclusión de los niños pequeños en las sesiones de terapia (Zilback, 1991), algo que reconocen muchos terapeutas familiares (Johnson, 1995). Otros sugieren el tipo de formación que podría ser mínimamente apropiada (Sori y Sprenkle, 2004) para que la terapia familiar empiece a desarrollar una base para la inclusión de los niños en las sesiones de terapia. Aunque no se dispone de una encuesta conocida de los terapeutas de juego, a partir de mis años de entrenamiento en el campo tengo la impresión de que también los terapeutas de juego carecen de la exposición

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

básica al pensamiento de los sistemas de familia y a las teorías de la terapia familiar que aumente su sentido de competencia para trabajar con los padres y otros miembros adultos de la familia.

Es posible que el punto focal que mejor distingue a esas dos teorías sea la atención única y deliberada a fases específicas del desarrollo: los terapeutas de juego prestan más atención a las etapas del desarrollo y las capacidades de los niños, mientras que los terapeutas familiares atienden más a los temas del ciclo de vida de la familia. Miller (1994) plantea:

> Por lo general, la terapia de juego opera bajo la premisa de entender en cuál, de una amplia gama de áreas del desarrollo, está funcionando el niño y en consecuencia adaptar el tratamiento. En realidad, toda la idea de utilizar el juego para interactuar dentro de la visión que tiene el niño del mundo es un concepto basado en el desarrollo (p. 7).

Los terapeutas familiares tienen un interés más amplio en los problemas del desarrollo que enfrenta cada miembro de la familia en diferentes momentos del ciclo de vida (Carter y McGoldrick, 1989; Zilback, 1989).

A lo largo de años de entrenamiento tanto de terapeutas de juego como de terapeutas familiares he presenciado de primera mano los temores e inhibiciones de profesionales capacitados cuando se aproximan a un área que les parece extraña. Es fascinante y algo doloroso observar la incomodidad evidente que pueden experimentar las personas cuando lo que se espera es que se relajen, disfruten y se diviertan. Al lector le sorprendería saber cuántos profesionales se estremecen al escuchar esas palabras ("relajarse y divertirse"), y la invitación les parecería casi espeluznante y ciertamente inoportuna. De igual manera, los terapeutas de juego, tan tranquilos y seguros en presencia de los niños pequeños, pueden sentirse bastante desafiados por la inevitable posibilidad de tener a adultos en el cuarto o de tener que informar a los padres acerca del desempeño de sus hijos o brindarles directrices acerca de lo que deben y no deben hacer con los niños.

Esas son algunas de las razones por las que los terapeutas de juego y los terapeutas familiares no pueden alternar con suavidad entre los marcos teóricos. No obstante, existen ciertas excepciones sublimes a la regla y algunos profesionales hacen el cruce con mucho gusto, con gran alegría y grandes expectativas de obtener resultados positivos (Keith y Whitaker, 1981).

La terapia de juego familiar es una mezcla de dos teorías bastante sólidas (la terapia de juego y los sistemas familiares) que pueden mejorar y dar estructura al trabajo clínico. Schaefer y Carey (1994) advierten que "terapia de juego familiar es el nombre genérico de un grupo amplio y heterogéneo de intervenciones que cada año se hace mayor" (p. xiii).

Una vez que se practica y se entiende, la terapia de juego familiar puede fungir como un puente entre los adultos y los niños pequeños y entre el trabajo terapéutico consciente y deliberado y el acceso y uso de las comunicaciones e interacciones inconscientes y menos deliberadas que suelen estar disponibles cuando los individuos acceden a los hemisferios derecho o izquierdo del cerebro. De hecho, en mi opinión, se desata un gran potencial cuando el hemisferio cerebral

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

izquierdo, más analítico y orientado al insight, puede evaluar y sentirse ilustrado por los trabajos más creativos y simbólicos del hemisferio cerebral derecho.

Dado que la terapia de juego familiar integra dos diferentes teorías y campos de estudio, puede entenderse mejor como una integración asimilada de la psicoterapia psicodinámica (Stricker y Gold, 2002), descrita por Stricker (2010) de la siguiente manera: "La integración asimilada mantiene su lealtad a una sola escuela teórica, pero luego introduce técnicas tomadas de otras escuelas, integradas de una manera tan perfecta como sea posible" (p. 16). El efecto es el mismo sin importar que la lealtad sea a la terapia de juego o a la teoría de sistemas. Para los propósitos de este capítulo, revisaré la terapia familiar como la teoría principal y la terapia de juego como la teoría y técnica que es integrada.

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO QUE SUBYACEN AL MODELO

El juego es una actividad universal que ha sido observada en sus formas más puras y a la cual se le ha examinado en el contexto de las relaciones entre el niño y sus padres, en escenarios clínicos y en la liberación posterior al trauma. De hecho, Schaefer (2003a) advierte que el juego genérico tiene muchos factores curativos y terapéuticos en el desarrollo infantil y a lo largo del ciclo de vida, de los cuales describe los siguientes (Schaefer, 1992) cuando analiza los posibles beneficios y funciones del juego: superación de la resistencia, comunicación, dominio, pensamiento creativo, abreacción, juego de roles, fantasía, enseñanza metafórica, formación del apego, mejoramiento de la relación, disfrute, juego de dominio del desarrollo y "*game play*".

La Asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy) propone la siguiente definición formal de la terapia de juego:

> La terapia de juego es el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas de juego entrenados usan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver problemas psicosociales y a lograr un crecimiento y desarrollo óptimos.

Aunque el juego ocurre de manera practican natural en los niños, incluye los factores terapéuticos anteriores, el juego terapéutico en un escenario clínico que provee otra dimensión que parece prometedora para los niños con problemas psicosociales. Bratton, Ray y Rhine (2005) realizaron un metaanálisis de 93 estudios controlados de resultados que emplearon la terapia de juego y advirtieron que "la terapia de juego tuvo un efecto grande en la conducta, ajuste social y personalidad de los niños". Notaron que la duración del tratamiento y el uso de los padres en la terapia de juego (familiar) producían los mayores efectos.

Además, un área de interés de largo plazo para mí y otros es el uso espontáneo del juego postraumático en niños pequeños que han experimentado un trauma. Schaefer (1994) escribió un tratado exhaustivo concerniente al trauma psíquico en los niños y fue convincente en su conclusión de que los niños pueden representar las emociones difíciles de maneras que son útiles y modifican la vida. De hecho, libros recientes (Gil, 2006; Gil, 2010) destacan la ocurrencia del juego postraumático en el escenario clínico de los terapeutas de juego. Aunque Terr (1990) describió el escepticismo respecto a la posibilidad de que los clínicos encuentren

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

juego postraumático en sus consultorios debido a su cualidad inherentemente reservada, es posible que faciliten este tipo de juego cuando proporcionan un ambiente seguro, ofrecen una relación terapéutica y juguetes que tienen una relación literal con el trauma único de cada niño y cuando colocan los objetos al frente de modo que los niños puedan sentirse inclinados a seguir este juego de curación. Profesionales entrenados en el campo del trauma infantil siguen recabando evidencia de que muchos niños se resisten a expresar su trauma en palabras, batallan con la comunicación verbal, y aun así poseen la motivación interna para alcanzar el dominio de las experiencias difíciles. En las sesiones de la terapia de juego familiar también es factible el juego postraumático colectivo, el cual ocurre cuando la exposición de una persona al material del trauma afecta y luego incorpora las respuestas de otros. De hecho, es común que en el consultorio del terapeuta de juego familiar aparezcan traumas no resueltos aunque en la forma de metáfora, cuentos y otros tipos de acción y lenguaje simbólico.

En su descripción de una técnica de terapia de juego familiar conocida como entrevista familiar con títeres, Irwin y Malloy (1975) plantearon con nitidez las formas en que el juego puede esclarecer los problemas de evaluación cuando se trabaja con familias:

> La entrevista familiar con títeres ofrece muchas oportunidades de observar las formas de comunicación, evidentes y encubiertas, empleadas por los miembros de una familia. Las elecciones de títeres, los conflictos expresados en la fantasía, la discusión posterior al juego cuando se invita a los miembros de la familia a establecer asociaciones con la historia, la indagación acerca de la relación de la historia con el funcionamiento de la familia, todo ello brinda importantes indicios acerca de la familia y la fortaleza disponible del yo para hacer frente a los problemas.

También describen el propósito común de las terapias familiar y de juego, "a saber, estimular la comunicación verbal y no verbal, para revelar cómo se moviliza una familia hacia una meta o tarea" (p. 180). Otro vínculo fundamental que comparten la terapia familiar y la terapia de juego es el uso del trabajo metafórico (Keith y Whitaker, 1981), el cual será destacado en el caso que se describe más adelante. Otro aspecto importante valorado por ambas teorías y enfoques es la meta de disminuir la resistencia y disfrutar con las familias (Eaker, 1986; Gil, 1994; Orgun, 1973).

EL ROL DEL TERAPEUTA

Un terapeuta de juego familiar se mantiene alerta y activo, es modelo de roles y participa cuando es apropiado. El enfoque que yo encuentro útil es adaptar las intervenciones al problema particular del cliente, a su estilo de comunicación, su estilo de aprendizaje y sus fortalezas. Es decir, un enfoque normativo adecua la técnica o método a los problemas individuales y utiliza la integración de teorías, la evidencia y modelos específicos de intervención para abordar las preocupaciones de la familia (Gil y Shaw, 2009; Kaduson, Cangelosi y Schaefer, 1997; Schaefer, 2003b). Para explorar el contexto de las preocupaciones actuales de la familia resulta muy útil contar con un conocimiento básico del desarrollo infantil y de los problemas del desarrollo en el ciclo de vida, en especial porque el terapeuta de juego familiar trabaja

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

con miembros de una familia cuyas edades abarcan el ciclo vital de desarrollo.

Por definición, el terapeuta de juego familiar debe ser de buen carácter y estar dispuesto a usar su creatividad y su sentido del humor, debe saber cuándo presionar un poco y cuándo retirarse. La base de este trabajo terapéutico es una fuerte alianza de confianza con los clientes cuya disposición a dejarse ir y a experimentar puede estar directamente relacionada con la certidumbre en el terapeuta. Por consiguiente, un terapeuta de juego familiar engatusa, anima, bromea y tiene habilidad para construir una relación que permita una rápida entrada y salida al sistema familiar. Chasin (1994) afirma: "El terapeuta creativo que quiere trabajar al mismo tiempo con niños y adultos puede inventar formas nuevas de hablar y de jugar que cumplirán casi cualquier propósito terapéutico guiado por cualquier teoría general" (p. 68). De hecho, Dermer, Olund y Sory (2006) proporcionan directrices acertadas para la integración de la terapia de juego con las terapias experiencial, estructural y familiar narrativa.

El terapeuta de juego familiar asume riesgos y toma la iniciativa con delicadeza y confianza. Para el éxito del trabajo es importante la disposición a formar parte del sistema familiar en el juego. En ocasiones el terapeuta de juego familiar puede sentarse y observar, pero muchas veces se le pide que participe, cuestione, ayude de manera concreta y demuestre cómo pueden hacerse las cosas.

Más importante aún, el terapeuta de juego familiar no sólo posee una buena comprensión de las teorías y aplicaciones de la buena terapia familiar (y puede ser orientado por cualquiera de las teorías fundamentadas de la terapia familiar), sino que agrega a esta base de conocimiento la comodidad con la comunicación no verbal, el movimiento, el potencial curativo del poder y el juego, el trabajo metafórico (y habilidades de escucha que identifican y valoran la metáfora familiar), así como la disposición a usar preguntas de ampliación para mantener las metáforas el tiempo necesario para entender los significados subyacentes que se presentan a las familias como un impulso para el cambio.

A decir verdad, el terapeuta de juego familiar está deseoso por escuchar, ampliar, entrar y causar la reflexión a través de las metáforas de la familia, y reconoce que su propósito es exteriorizar los problemas que deben ser abordados a una distancia lo bastante segura para que los clientes puedan procesar lo que se necesite a un nivel más profundo del que suele permitir el solo procesamiento cognitivo. En otras palabras, los clientes tienen formas de repasar su presentación y las respuestas que desean dar ante los clínicos. Es posible que tengan la intención consciente de presentarse como personas tranquilas, razonables, pacientes, etcétera. Una persona se ve literalmente desarmada cuando se le pide que participe de una forma para la que no ha tenido oportunidad de prepararse.

Considere el siguiente ejemplo de este proceso único: le pedí a una cliente de 13 años que me hablara acerca de su madre y de su relación con ella. La chica se mostraba insegura de decir mucho, pero era evidente que esta relación entre madre e hija era conflictiva y una fuente de angustia para la adolescente. Al final accedió a mirar mi colección de miniaturas y buscar algo que simbolizara a su madre, pero luego de unos treinta minutos dijo: "Nada de esto sirve". Le di un poco de plastilina y le pedí que hiciera algo que mostrara lo que pensaba y sentía acerca de su madre, y la chica inició la tarea con gran intensidad. Construyó una "caja sorpresa" con una

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cabeza bamboleante en la mano (la chica había tomado mi bolígrafo para sacar y utilizar el resorte). Luego dijo con regocijo: "Esta es mi mamá. Se estresa demasiado y al final estalla y le grita a todos". Es claro que esta metáfora y mis preguntas de ampliación[1] nos dieron la oportunidad de avanzar en su tratamiento.

PAPEL DE LOS PADRES

A lo largo de los años he tenido experiencias notables al observar la intervención de las familias en la terapia de juego familiar. Admito que las respuestas iniciales de los padres pueden incluir miradas socarronas, afirmaciones provocadoras o varios niveles de poca disposición a participar en las sesiones de juego. Sin embargo, cuando puedo convencer a los padres pidiéndoles que "confíen en mi" y "vean si sienten un poco de curiosidad acerca de cómo suceden las cosas", los resultados han sido sorprendentes.

Igual de extraordinaria ha sido la miríada de formas en que los padres dudan acerca de participar en actividades o conversaciones que les causan incomodidad. De modo que algunos simplemente se niegan, pierden citas y hablan ruidosamente a través de las acciones. Por ejemplo, una madre "se quedó dormida" mientras su familia (el marido y los hijos) construía una caja de arena.

APLICACIONES CLÍNICAS

La terapia de juego familiar se presta a un uso amplio cuando se trabaja con niños de todas las edades. En ocasiones niños de cuatro a ocho años pueden participar de manera más plena y rápida, pero no se deben subestimar las capacidades de los niños mayores, los preadolescentes y los adolescentes para dejar de lado sus vacilaciones y participar en algo nuevo y emocionante con sus padres. Para algunos niños mayores que se alejan de las peticiones de comunicación verbal puede ser un grato alivio diversas formas de juego dinámico, físico, creativo o artístico. En mi experiencia, cuando se trabaja con los abuelos y otros miembros adultos de la familia, al inicio se observa cierta timidez o ansiedad ante el desempeño, la cual parece disminuir cuando se les asegura de manera constante que el producto es menos importante que disfrutar el proceso del juego.

APOYO EMPÍRICO

Hasta el momento no conozco alguna fuente de apoyo empírico para la terapia de juego familiar.

[1] Las preguntas de ampliación están diseñadas para ayudar a la persona a decir más, por lo que son preguntas abiertas y dirigidas a la metáfora. Por ejemplo, le pregunté a esta adolescente: "¿Qué se siente conocer una caja sorpresa que se tensa tanto?" "¿Puedes ver los tipos de cosas que ocasionan que la caja sorpresa se mantenga estresada en lugar de relajarse?" "¿Cómo reaccionan los demás cuando se abre la tapa de la caja sorpresa?" Cuando la muchacha pudo elegir un venado para su padre y una mariposa para sí, continuamos la discusión de lo que sucede cuando el venado ve que la caja sorpresa pierde el control, lo que sucede cuando la mariposa escucha que la caja sorpresa grita y chilla, y por último, qué tipos de cosas el venado y la mariposa querrían decir a la caja sorpresa cuando ocurre el descontrol, cuando la tapa se abre y cuando empiezan los gritos. Al final, en una sesión de terapia familiar la adolescente fue capaz de mostrarle a su madre la caja sorpresa, y a ello le siguió otra conversación terapéutica útil.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CASO ILUSTRATIVO

La amenaza nuclear global

La llamada telefónica de la señora Tracy R. fue cordial y breve. La mujer me había sido referida por el consejero escolar, quien creía que Michelle R., de nueve años, había sido maltratada por su hermana Margie, de 11 años. La señora R. se apresuró a señalar que sus hijas se llevaban como todos los hermanos normales, que se fastidiaban mucho una a la otra, que peleaban y hacían las paces de inmediato y que se molestaban mutuamente. Aseguró de manera enfática que no había existido maltrato y que seguramente lo reconocería en caso de verlo. Luego dijo que la reacción del consejero escolar había sido exagerada. Le dije que me alegraba mucho que la relación de las niñas fuera normal y que ella estuviera alerta para detectar el abuso, pero también afirmé que el brazo roto de Michelle (y el hecho de que no era una lesión accidental) era suficiente para alarmar a cualquiera. La señora R. insistió en que se trataba de una lesión accidental que no ameritaba la atención recibida, sobre todo porque sus dos hijas habían estado en la escuela desde el jardín de niños y los maestros sabían qué tipo de madre era y qué clase de hogar tenía. Yo mostré empatía hacia la señora R. y luego propuse varias citas, a las que ella no pudo asistir por una u otra razón. Cada vez que cancelaba, lo hacía de manera cordial y breve: algo se había presentado, estaba enferma, no tenía transporte o alguna de las niñas había enfermado. En cada ocasión le agradecí la llamada e hice otra cita. Para la quinta cancelación decidí hacer una visita a la casa para tratar de establecer un contacto personal con esta madre, que parecía renuente a asistir a terapia como se lo habían solicitado el consejero de la escuela de sus hijas y los servicios de protección al menor (que habían cerrado el caso pero le habían recomendado asistir a terapia).

La mujer pareció un poco asustada cuando toqué a su puerta, y afirmó que creía que yo llegaría dos horas después. Me pareció que esto era más ambivalencia y no accedí a su petición de regresar más tarde. Le respondí que tenía otras citas y que esa era la hora que habíamos acordado por teléfono. Se mostró reacia, pero poco a poco se animó.

Aunque la madre seguía enojada porque la escuela me había referido el caso, se daba cuenta que yo no tenía nada que ver con eso, por lo que no tenía por qué estar resentida conmigo (con lo que yo estaba totalmente de acuerdo). Le dije que a nadie le gusta que le digan lo que debe hacer o no ser entendido. Ella insistió en que el brazo roto había sido resultado de una caída accidental ocurrida cuando las niñas luchaban en la parte superior de las escaleras. Dijo también que había castigado a Margie por empujar a Michelle, aunque hubiese sido de broma, y que Michelle se sentía de verdad muy apenada. Aunque yo había solicitado la presencia de todos los miembros de la familia, ninguna de las niñas estuvo presente durante la primera media hora de nuestra reunión. Me enteré de que llegarían a la mitad de mi conversación con su madre, y le dije que estaba ansiosa de conocerlas. Seguí hablando con la señora R. acerca de su vida y muy pronto me di cuenta de que había muchas áreas delicadas en ella, incluyendo su historia familiar, su primer matrimonio, su historia laboral, su matrimonio actual y la relación de sus hijas con su marido. En otras palabras, al parecer no existía ningún "tema seguro", nada personal que la señora R. quisiera ofrecer y ninguna disposición aparente a compartir sus pensamientos y sentimientos más íntimos con esta terapeuta. Muy pronto percibí que la señora R.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

se mostraría evasiva conmigo en su casa, por teléfono o en mi consultorio. Cuando las niñas llegaron fue como si las tropas cerraran filas; las tres se mostraron a la defensiva y en una feliz alianza contra los extraños. O tal vez sólo estaban molestas por tener que hablar con alguien acerca del incidente que no desaparecería.

Saludé a Michelle y a Margie como lo haría con otros niños. Desde el inicio se mostraron muy renuentes. Me percaté de que al entrar estudiaron el rostro de la madre y al parecer entendieron que yo era una extraña, alguien que no había sido invitada ni era bienvenida. Hice algunos comentarios sociales acerca de sus zapatos y pasadores, así como del yeso de Michelle, ahora cubierto por completo por graffitis de sus compañeros. Había un hermoso dibujo de una guitarra eléctrica, y cuando le pregunté acerca de él a Michelle, dijo que Travis la había dibujado y que a él le gustaban las guitarras. Cuando le pregunté quién era Travis (y me percaté de que el nombre me encantaba), la señora R. dijo: "Travis es su padrastro, bueno, en realidad es más su papá que el verdadero padre".

Al final las niñas se sentaron educadamente en sus sillas y era evidente que se sentían incómodas y tensas. Me preocupó un poco su gentileza, pero procedí a decirles lo siguiente: "Sé que su mamá les contó que en algún momento vendría a hablar con la familia acerca del accidente ocurrido y el hecho de que Michelle terminara con el brazo roto". Silencio. "Tal vez sepan que el consejero escolar le indicó a su mamá que tendría que recibir consejería junto con su familia para asegurarse de que no vuelva a ocurrir este tipo de accidentes". Silencio. "A menos que uno sepa por qué suceden los accidentes, a veces es difícil impedir que vuelvan a ocurrir". Margie preguntó: "¿También Travis tiene que estar aquí?" Respondí afirmativamente y les dije a las niñas y a su mamá que sería ideal que participara. La señora R. dijo que no veía el caso y que Travis "ni siquiera estaba en casa" cuando ocurrió el accidente. Le respondí que aunque no estuviera en casa, seguramente habría tenido alguna reacción cuando se enteró de la noticia y que tal vez fue al hospital con Michelle (la niña asintió para mostrarse de acuerdo). Le dije a la familia que soy una terapeuta de juego familiar y que por lo general me reúno con las familias, que a veces hablamos y otras realizamos algunas actividades de juego. Las niñas se animaron por un momento hasta que la madre interrumpió con preguntas bruscas acerca del costo, de qué día y a qué hora serían las citas y de qué tan lejos estaba mi consultorio de su casa. Mi consultorio se localiza cerca, a unos 15 minutos, pero cuando le pregunté a la señora R. si iría en carro o en transporte público, pareció inquieta. Luego me dijo que era probable que Travis las llevara en carro a las sesiones (la implicación evidente era que ella no asistiría). No se esperaba que Travis llegara por el momento, de modo que anoté algunas fechas y horas posibles junto con mi dirección. También aclaré que se requería la presencia de la madre. La señora R. estuvo de acuerdo en asistir con la familia, pero perdió otra cita, diciendo esta vez que Travis tenía que trabajar hasta tarde y que por eso no podrían asistir. Llamó una media hora antes de la sesión y dejó un mensaje de voz amable y muy breve. Esta tendencia a cancelar las citas de forma tan educada y desdeñosa aumentó mi curiosidad porque me parecía que indicaba algo más que un simple incumplimiento.

Le regresé la llamada a la señora R. e hice otra cita para la familia. Esta vez me dijo que las niñas creían que esto era "una tontería" y que no sabían por qué tenían que asistir. Para ese momento ya le habían quitado el yeso a Michelle, todo estaba

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

"bien" en casa y les parecía que el accidente ya había pasado y no volvería a ocurrir. Insistí en la importancia de entender y aprender de los accidentes y en que la escuela también lo consideraba así. De hecho, la escuela estaba amenazando a la madre con llamar a los servicios de protección al menor si no asistía a consejería familiar. Le recordé que la escuela se tomaba muy en serio estas cosas, en especial porque Michelle le había dicho al consejero escolar que existían problemas entre ella y su hermana. Por último, le pregunté a la madre si le parecía bien que yo fuera a su casa para las sesiones de terapia familiar porque al parecer les resultaba muy difícil llegar a mi consultorio. Le dije que de vez en cuando ofrecía esta opción a otras familias y que me encantaría hacerlo por ellos. La señora R. aceptó a regañadientes y al cabo de cinco días llegué con una canasta llena de interesantes y coloridos títeres.

En esta que era nuestra primera sesión oficial de la terapia familiar me alegró conocer a Travis y tener a toda la familia junta. Repetí algunos de mis comentarios iniciales para Travis y señalé que, como terapeuta de juego familiar, de vez en cuando llevaría juguetes y productos de arte. "Como pueden ver, hoy traje un montón de títeres". Las niñas mostraron ahora un legítimo interés mientras que la señora R. y Travis se miraron y pusieron los ojos en blanco. "En este punto van a tener que confiar en mí… Trabajo con muchas familias, y aunque al principio los padres tienen el mismo tipo de preguntas y de reacciones que ustedes muestran ahora, la mayor parte del tiempo esto puede ser un trabajo muy útil. Por lo menos me gusta intentarlo porque creo que puede ser de gran ayuda". La señora R. preguntó si tendría que pagar su reducida cuota por una reunión que incluía juguetes, a lo que respondí: "Sí, esta es sólo otra forma de hacer terapia".

Mientras hablaba con los padres empecé a colocar los títeres sobre la mesa de centro y las niñas parecían emocionadas mientras buscaban sus favoritas. Luego le di a la familia la siguiente instrucción: "Lo que quiero que hagan (como familia) es inventar una historia que tenga un principio, una parte central y un final". Añadí que había pocas reglas, que quería que representaran la historia en lugar de narrarla y que se aseguraran de que era una creación de la familia y no una adaptación de algún cuento popular como el de Cenicienta o Pinocho. Les dije que quería que estuvieran algún tiempo juntos para desarrollar su historia y que yo iría a otra habitación. Les pedí que me avisaran cuando hubieran terminado su relato y que yo regresaría (como miembro de una audiencia) para escuchar el cuento que habían creado en conjunto como familia. Entré a otro cuarto, tomé una silla del comedor y saqué mis papeles, de modo que pareciera que estaba ocupada y discreta. Hubo un breve periodo de silencio seguido por una conversación y risas amortiguadas. Había dejado encendida la videograbadora, y ellos sabían que estaba funcionando y que en las semanas siguientes veríamos juntos la historia grabada en video. Las niñas hicieron algún gesto inicial a la cámara y luego la familia pareció concentrarse en la tarea. Lo que escuché desde la otra habitación y lo que vi cuando hice retroceder la cinta fue a una familia cuya resistencia había disminuido considerablemente y que intentaba realizar la tarea que les había asignado. Se necesitaron 30 minutos de diálogo entre los cuatro integrantes (en especial de la madre) para que la historia se desarrollara hasta su conclusión. Desde el principio sentí gran optimismo de haber encontrado la manera de romper sus vacilaciones iniciales hacia la terapia de juego familiar.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

No me avisaron que habían concluido su historia; al parecer había resurgido su reticencia inicial a trabajar conmigo e intentaron algunas "maniobras" mientras el reloj seguía avanzando. Al final, cuando se apagó el murmullo de la plática y las risas, entré al cuarto y pregunté: "¿Están listos para empezar a contarme su historia?" Estuvieron de acuerdo y empezaron a montar el escenario para escuchar su relato diciéndome todos los nombres de sus títeres y el papel que representaban en el relato. Esta introducción cumple dos propósitos: entender quién utiliza qué títere y dar a cada uno la oportunidad de decir algo acerca del papel de su personaje en la historia.[2]

Cuando la familia presentó a sus marionetas, de inmediato se hicieron evidentes algunas cosas. Cada uno tenía dos títeres en la mano, una de las cuales (excepto en el caso de la madre) tenía un papel de naturaleza autoritaria. En concreto, el padre eligió un mapache y un juez; Michelle eligió un pequeño león y un abogado; y Margie eligió una araña y un policía llamado Pete. La madre eligió un inocente espectador y a (Elizabeth H.) Ricitos de Oro.

Después de las presentaciones, que revelaron brevemente parte de la dinámica familiar (la madre, que abría el camino; el padre, dócil y cooperativo; Margie, con mucha energía y poder; y Michelle, desposeída, casi invisible y sin voz), escuché con gran interés el desarrollo de su historia.

El padre habló primero con el mapache empleando una vocecita aguda: "Soy Rocky el Mapache, uno de los animales más pacíficos del bosque. Siempre estoy buscando comida, pero por lo general me ocupo de mis asuntos y trato de llevarme bien con todos". Luego levantó la mano derecha para mostrar al juez y con una voz muy seria y profunda afirmó: "Yo soy un juez y estoy aquí por si alguien necesita mi consejo". La familia rió un poco con la actuación y las voces graciosas de Travis.

Siguió la madre: "Yo soy Ricitos de Oro y me gusta mucho ir al bosque y esperar. Oh, así es, soy Elizabeth H. Ricitos de Oro y me gusta salir y ver el bosque". Con la otra marioneta afirmó: "Y yo soy un inocente espectador". Michelle fue la siguiente y presentó al león de calcetín que llevaba en su mano, y con una voz apenas audible dijo: "Soy un león", luego tomó el otro personaje y continuó: "Y yo soy Frank, el abogado". En ese momento Margie irrumpió con una voz muy fuerte, y usando el títere de una gran tarántula en su mano izquierda afirmó: "Yo soy una araña y me encanta comer insectos, y estoy muy preocupada porque la energía nuclear está haciendo que mis plantas e insectos se mueran". Luego presentó a su segundo títere y dijo: "Yo soy Pete el policía, y estoy aquí para arrestar a esa gente que participa en una protesta pacífica".

En ese punto me sentí intrigada y pensé para mí que la autoridad y el poder debían ser importantes en esta familia. Me pegunté por la presencia de una amenaza

[2] Pedir a los miembros de la familia que presenten a sus títeres y el papel de éstos, los creadores de la entrevista familiar con títeres inicialmente solicitaban a los miembros de la familia que presentarán su personaje y el rol que tenían en su historia (Irwin y Malloy, 1975). Reconozco y respeto su técnica original de entrevista familiar con títeres, y la he modificado de forma que sea de naturaleza más terapéutica (Gil, 1994). En particular, la respuesta clínica al relato es mucho más amplificadora e interesada en las metáforas de la familia y se apresura menos por requerir la actividad cerebral en la historia, como es el hecho de preguntar de inmediato el nombre del cuento, pedir a los miembros de la familia semejanzas con la historia, etcétera.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

nuclear tan grande que podía contaminar todo el planeta y amenazar la vida de los animales que viven en el bosque. También me pregunté qué exploraría primero Ricitos de Oro y qué tan fácil o difícil sería para el policía acorralar a todos los manifestantes pacíficos. Por último, Michelle, la paciente identificada, parecía apenas visible tanto en el cuarto (era la persona más pequeña) como en la historia (nunca usó su voz). También me percaté de que las dos marionetas de la madre mostraban una incongruencia entre ser activa (Ricitos de Oro) y pasiva (el inocente espectador). Esas y otras preguntas empezaron a dominar a medida que la historia se fue contando mientras yo trataba de escuchar lo que se decía y lo que no se hablaba y miraba cómo se desplazaban los miembros de la familia, cómo negociaban y contribuían al cuento, se retiraban y se acercaban y contribuían a la tarea diseñada para una participación familiar óptima. Ciertamente no tenía respuestas para ninguna de las preguntas que me surgían, pero estaba llena de curiosidad por ver a dónde llevaba esta historia mientras la familia hacía su representación teatral de la misma.

La historia: el cuento en sí se dice muy pronto, en menos de diez minutos. Sin embargo, la preparación del relato se llevó cerca de 40 minutos hasta que interrumpí las risas y la charla para preguntar si estaban listos para contarme su historia.

La madre empezó la narración, y se dirigió al mapache y el juez para pedirles que la acompañaran en la aventura de explorar el bosque para ocuparse de la planta de energía nuclear y ver qué se podía hacer para arreglar el problema que representaba para todos. El juez y el mapache aceptaron y avanzaron juntos (los cuatro títeres) para pedir al pequeño león y a "Frank el abogado" que se les unieran en su intento por cerrar el laboratorio de Livermore para evitar la contaminación de la población de insectos y hierba y la muerte de todos los animales y todo lo que los rodeaba. El pequeño león mostró su acuerdo con un suave rugido y siguió a los cuatro enérgicos títeres que encabezaban la brigada. Llegaron hasta la araña y la animaron a unirse a su causa y a acompañarlos a una protesta pacífica contra el laboratorio de Lawrence Livermore. La araña estuvo de acuerdo y se quejó de que su población de insectos estaba siendo envenenada. Pero tan pronto las criaturas se unieron para realizar una protesta pacífica, llegó Pete el policía y los amenazó con arrestarlos a todos. Los argumentos de los manifestantes cayeron en oídos sordos y Pete el policía los reunió con rapidez para llevarlos ante el juez, quien decidiría su destino. (Esto me trajo a la mente la forma en que la agresión de Margie a Michelle unió a la familia para la terapia.)

El juez se puso cómodo y dijo: "Vaya, vaya, ¿qué tenemos aquí?" Se dirigió al policía para preguntarle: "¿Cuál es el problema con esta gente?" Pete el policía parecía afligido cuando le dijo al juez que "sentía molestarlo", pero que esa gente se había mostrado muy problemática y que estaba perturbando la paz. Le pidió al juez tomar una decisión acerca de lo que debía sucederles. El juez preguntó: "¿Quién es el cabecilla aquí?", y cuando Elizabeth H. Ricitos de Oro contestó que ella, le pidió una explicación. Ricitos de Oro dijo: "Bueno, su señoría, el problema es el laboratorio Livermore y su energía nuclear, así como el hecho de que no tienen cuidado con sus desperdicios, por lo que todo está siendo afectado, todo está muriendo y sus vidas están en peligro, y es el momento de que el juez tome alguna acción".

El juez se quedó por completo sin habla y trató de recuperar el equilibrio, pero luego declaró: "Bueno, no sé qué decir. Es evidente que aquí hay algunos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

problemas y creo que es mejor que envíe este asunto a la legislatura, para que ahí se tome una decisión". Elizabeth pareció deprimida porque el problema no fuera solucionado e hizo otra breve súplica, pero el juez se mantuvo firme en su decisión y la historia se detuvo de manera abrupta. De repente, Michelle, que no había sido escuchada en la mayor parte de esta historia, apareció y dijo: "¿Qué pasa con Frank el abogado? No lo hemos usado". La señora R. contestó: "Está bien, no lo necesitamos", y Michelle retiró rápidamente su títere.

En la técnica original de entrevista de Irwin y Malloy (1975) se anima a los clínicos a entrevistar a los miembros de la familia **acerca** de sus títeres. Mi técnica ampliada instruye a los clínicos a entrevistar directamente a los títeres, animando a los miembros de la familia a permanecer en su papel. Esto permite que los integrantes de la familia permanezcan más tiempo con la metáfora de la historia y no se les lleva a cambiar a una actividad más cerebral, lo que implica perder el potencial de ampliación de la metáfora.3[3]

Admito que después de esta historia me quedé callada, no sólo porque sentía que estaba llena de relevancia y significado, sino también porque estábamos a punto de exceder el tiempo asignado. Para poder sentarme a revisar la historia y entenderla, les dije que regresaría la semana siguiente con una cinta en video que podríamos ver para que me contaran sus pensamientos acerca del relato que habían creado y actuado. Debo haber visto la historia unas 10 veces antes de la siguiente reunión, una vez más una visita a casa para evitar contratiempos con la programación.

Cuando llegué, las niñas me saludaron con alegría. Les saludé a mi vez con calidez y les pedí que tomaran asiento (todos parecían nerviosos ante la idea de verse en una cinta). Primero les pregunté qué sentían acerca de la historia que habían narrado la semana anterior y si tenían algún pensamiento o sentimiento acerca de lo que había sucedido. Travis habló primero y dijo que se había sentido mal de haber delegado la tarea de tomar una decisión a un poder superior. "A ella **no** le gustó eso", dijo Travis señalando a la señora R. con los ojos. La mujer le dio un golpe en el brazo y dijo: "Oye, amigo, es lo que siempre haces y a veces tienes que defenderte solo". Él simuló que el golpe lo había lastimado y todos rieron. La dinámica matrimonial de Tilly y Travis estaba a la vista: la madre presentaba una queja y luego se reía, lo que parecía disminuir su impacto.

Michelle dijo en voz baja, hundiéndose en un sofá enorme: "Se portaron mal conmigo. Me dijeron que se suponía que Frank hablara con el juez y luego no me dejaron hablar y me dijeron que no querían que estuviera con ellos". La señora R. dijo: "Válgame dios, la reina del drama, era mucho lo que estaba pasando. Si querías hablar podrías haberlo hecho, pero luego fue demasiado tarde; el juez ya

[3] A los terapeutas principiantes les resulta muy difícil generar preguntas u observaciones diseñadas para ayudar a los clientes a ampliar y mantener las metáforas que han creado. En mi opinión, esto puede darse o no de manera natural, pero definitivamente puede perfeccionarse con la práctica. Si las preguntas no surgen con facilidad, los clínicos pueden agradecer a la familia, terminar la sesión o pasar a otra cosa y decir a la familia que será útil dedicar algún tiempo a revisar la grabación que se analizará la siguiente sesión. Elaborar preguntas necesita práctica y debe alentarse a los clínicos a tomarse el tiempo para hacerlo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

había pasado el problema a alguien más". Me di cuenta de que Michelle se hundió más en su asiento y siguieron adelante con rapidez. Finalmente Margie dijo: "Bueno, estaban sucediendo muchas cosas y todos estaban preocupados por los insectos que comían. Eso era bastante raro". Cuando pregunté si la araña había estado preocupada por lo que comía, dijo: "No, yo no, las otras criaturas estaban asustadas, yo no". Me percaté de que no había seguido la afirmación de Michelle, por lo que le pregunté si el león estaba preocupado o asustado por la población de insectos en el bosque". La niña dijo con timidez: "No, el león no tiene tanta hambre y no le gustan los insectos". Margie dijo luego: "Es cierto, ese león es retardado". Me pareció que Margie no perdía la oportunidad de ser grosera con su hermanita y las bromas no parecían ser mutuas.

Luego dije que quería que vieran la historia y que después de hacerlo tomaran los mismos títeres porque quería conversar con ellos un poco más. Vieron la historia, señalaron, rieron, bromearon y alternaban entre la fascinación y la vergüenza. Al final apagué la grabación y se pusieron los títeres en las manos. Para entonces ya había diseñado muchas preguntas y comentarios con el propósito de ampliar esta historia. Al parecer, las siguientes preguntas tocaron un punto sensible y dieron lugar a interesantes comentarios y revelaciones:

¿Qué sienten los animales de que su bosque esté siendo contaminado por los desperdicios nucleares?

¿Qué cosas hicieron en el pasado los animales del bosque para lidiar con la amenaza de los desperdicios nucleares?

La pregunta que obtuvo la mayor respuesta de Margie fue la siguiente:

¿Cómo era la vida en el bosque antes de que los animales tuvieran que enfrentar la amenaza de los desperdicios nucleares?

Margie dijo: "Sí, mamá, ¿hubo alguna ocasión en que la amenaza nuclear no estuviera en la mente de todos?"

La señora R. parecía incómoda cuando dije: "Debe haber existido un tiempo en que los animales del bosque no tenían que preocuparse". Esas preguntas permiten que haya un cambio (transición) de la metáfora de la historia a los problemas familiares actuales. Una vez que la familia hizo el cambio, continué.

Margie saltó de nuevo: "Adelante, mamá, cuéntale, dile que siempre hay algo de qué tener miedo y que siempre estás pensando mal de todo y que crees que todos van a lastimarnos".

Me dirigí hacia la señora R. y Travis y les pedí que respondieran a lo que estaba diciendo Margie. La señora R. habló primero y dijo: "Sigo tratando de explicar a las niñas que no pueden ser demasiado confiadas y que en todos lados suceden cosas malas, pero parece que no quieren creerme". Margie habló de nuevo en voz alta: "¿Por qué hablas en plural, mamá? ¡Sabes muy bien que Michelle se está volviendo tan rara como TÚ!" Por el profundo silencio que se hizo en el cuarto podía decirse que Margie acababa de exponer algo importante.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Yo pregunté: "Margie, ¿a qué te refieres con que Michelle 'se está volviendo rara o piensa cosas raras?'" "Dile, mamá, díselo, porque si tú no lo haces, lo haré yo". Travis dio un paso adelante y esta vez no parecía desconcertado ni ambivalente, sino que sabía exactamente qué hacer. "Está bien, Margie, es suficiente. Tienes que calmarte y dejar de gritarle a tu madre ahora mismo".

Travis dijo con sencilla elegancia: "Tilly tiene un problema de ansiedad, se preocupa demasiado por todo. Desde hace algunos años no ha podido salir de la casa". En retrospectiva, me gustaría haber sonado menos estupefacta. "¿Quieres decir que no ha salido de la casa en años?" "Es justo lo que digo, ella se queda **en** la casa todo el tiempo". Yo dije: "Da tanto miedo afuera que has tenido que crear un hogar lo bastante seguro aquí dentro". Tilly por fin me habló directamente: "Me alegra que haya surgido el tema porque Margie me ha estado molestando con esto desde hace mucho tiempo. La verdad es que tienen que entender que si yo pudiera salir, lo haría. Pero no puedo hacerlo. Mis piernas se sienten pesadas, literalmente no puedo dar un paso, ¡y parece que el corazón está a punto de salírseme del pecho!"

"¡Vaya!", dije, "esa sí que es una descripción. Parece que tienes un temor que te paraliza… que te para de golpe". "Así es", dijo Tilly, y empezó a enjugarse las lágrimas. Margie añadió: "¡Y ahora Michelle es igual de rara que mi mamá y que su mamá, pero yo NUNCA voy a volverme rara como ellas, y creo que mi mamá debería dejar de ser tan rara o todos nos volveremos igual de extravagantes!" De inmediato quise saber más, pero sentí que este momento de revelación merecía ser reconocido porque probablemente no era un hecho común. "Parece que hablar de esto con una extraña es una experiencia nueva. Les agradezco por dejarme participar… quiero decir, por compartir esto conmigo". Luego le pregunté a Tilly: "¿Cuántas personas saben de esto, Tilly?" "¡Nadie, no es algo de lo que me sienta orgullosa, y de todos modos la gente no lo entiende!" Yo mostré empatía acerca de lo difícil que debía ser sentir que no tenían opciones. "¡Yo sí!", dijo Margie. "Yo le voy a pedir a mi papá que me lleve a vivir con él". Se hizo evidente que esto representaba otro punto de discusión cuando su madre respondió: "Así es, nunca ha estado contigo un día de tu vida y ahora crees que te va a llevar con él, justo antes de que vuelva a casarse". Margie gritó que su madre no conocía a su padre y que él estaría de acuerdo en llevarla a vivir con él. Sentí que estaban aflorando capas de descontento y que todos podíamos verlas.

Decidí incluir a Michelle y le pregunté acerca del comentario de su hermana de que se estaba volviendo igual que su madre. Michelle dijo: "Bueno, mamá tiene razón. ¿Qué hay acerca del secuestro del año pasado que ocurrió aquí cerca, y qué me dices de los robos en el periódico, y qué pasa con…?" La madre la interrumpió y dijo: "Hay muchas cosas reales de que preocuparse, pero como sabes, mi caso es demasiado, me he vuelto como la abuelita". Todos se miraron entre sí y una vez más Travis asumió el mando y dijo: "La madre de Tilly vive en un remolque en el patio trasero y no sale nunca de ahí. Las niñas, Tilly y yo podemos visitarla, pero eso es todo". Mis ojos se dirigieron a la ventana trasera para ver si de verdad había un remolque estacionado ahí. "Puedo mostrarte", dijo Margie, "puedes verlo desde aquí". Por supuesto que seguí a Margie a la ventana, y ahí estaba el remolque a plena vista. Me pregunté acerca de toda esa gente atrapada en sus recipientes internos y externos.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

"De verdad agradezco mucho que todos sean **tan** francos conmigo y me permitan conocer los problemas que tienen en su familia", dije de todo corazón. "De alguna manera ahora entiendo un poco más acerca de su historia y del hecho de que todos trataran de protestar contra la amenaza de los desperdicios nucleares. Había pensado que era una forma terrible de vivir… tener tanto miedo de la contaminación global y al final la muerte de los insectos contaminados". No siempre entiendo mi sentido del humor ni planeo de antemano decir algo gracioso. Sin embargo, por suerte para mí, lo que dije resultó muy gracioso para la familia y todos empezaron a reír. Eso me recordó algo que quería decirles (después de que dejé de reír).

"La próxima vez regresaré con algunas ideas de cómo seguir. Tengo mucha confianza en ustedes como familia. Tienen muy claro cuál es el problema y me parece que han acumulado sus energías para unirse y protestar contra los peligros que existen en sus vidas y en sus mentes. Ese es un gran principio. También quiero decirles que todos ustedes son muy valientes y creo que, en especial Tilly, han entendido cuáles son las mejores maneras que conocen hasta ahora de protegerse y de proteger a la familia contra todos los peligros que sienten tan profundamente. También quiero decir, Tilly, que parece que creciste mirando a tu mamá enfrentar sus temores de esta forma, por lo que es posible que podamos trabajar en otras ideas". Por último, me dirigí a Margie y Michelle. "Ustedes dos, por su propia cuenta, buscaron ayuda para su mamá. ¿Saben cómo pudieron hacerlo?" Margie preguntó: "¿Cuando me enojé con ella por ser rara como mi mamá?" "Sí", le dije, "cuando te preocupó que tu hermanita tuviera que sufrir como tu mamá y como tu abuela, y cuando las dos, en especial tú, Michelle, estuvieron dispuestas a dirigir la atención hacia el problema y contárselo a alguien, de modo que al final me pidieron que viniera para tratar de ayudarlos". Me detuve ahí por un momento y dije: "Mmmm, acabo de darme cuenta de dos cosas… Tilly, ¿esa es la razón por la que cancelabas todas las citas para ir a mi consultorio?" Ella asintió con la cabeza.

"Y una cosa más. Travis, ¿cómo se conocieron tú y Tilly?" No pude resistirme a averiguar cómo se habían conocido dado el hecho de que la madre no salía. Travis me miró con un pequeño brillo en los ojos. "Tilly solía llamar para pedir pizza tres o cuatro veces a la semana. Yo era el conductor que entregaba las pizzas y llegamos a conocernos bastante bien. A veces me quedaba para la cena y luego, ya sabes, llegamos a gustarnos mucho".

"Me encanta esta familia", pensé para mí, pero también me percaté de que tendría que consultar, investigar y obtener ayuda para enfrentar los problemas que habían surgido y que habían llamado mi atención por una lesión física accidental y una historia con títeres contada desde lo profundo del inconsciente colectivo de la familia.

Esta y muchas otras experiencias con la terapia de juego familiar fortalecieron mi creencia en que las familias que juegan juntas tienen la capacidad para crear en conjunto metáforas que luego pueden ser reveladas, llevadas de lo abstracto a símbolos concretos, y de esta forma exploralas de una manera más profunda y directa.

No sé cuánto tiempo se habría necesitado para llevar esta verdad a la superficie sin el uso de esta encantadora técnica de juego. Después supe por la familia que habían intentado muchas cosas. Tilly se sentía muy avergonzada de que, desde

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que recordaba, había ocultado la condición de su madre. Era una experta en mantener la situación en secreto, y al final me dijo que no entendía cómo había averiguado tan pronto lo que sucedía. Recuerdo que le dije: "Pienso que todos ustedes estaban listos para mostrarlo y hablar de ello". Pero la verdad es que no estoy tan segura de que esta situación hubiese salido a la luz sin mis leales títeres.

La historia y mi interpretación

La historia de esta familia reveló con claridad los problemas subyacentes más destacados: hay animales que están en peligro por la planta de energía nuclear y los desperdicios nucleares en el bosque. La protagonista de esta historia (la madre) tiene el deseo de entrar en acción, de movilizarse y buscar aventuras (Ricitos de Oro), así como la necesidad de reivindicar una postura pasiva (el espectador inocente). Sin embargo, recibe la ayuda de otros y es capaz de organizar una protesta pacífica, pero aunque es pacífica, el policía los acorraló y los llevó ante el juez. De modo que los esfuerzos de la madre fueron frustrados y no sabe qué hacer. En esta historia se da al juez el poder final para evaluar la situación y tomar la decisión definitiva sobre el destino de los manifestantes (y posiblemente para resolver los peligros de la amenaza nuclear). No obstante, el juez no pudo ser de gran ayuda y los remitió a una autoridad todavía mayor.

Me interesó la existencia de tantos símbolos de autoridad y me pregunté si se necesitaban límites, controles externos o un control más poderoso. También me percaté que la historia estaba cargada con un terror global y abrumador que era potencialmente mortal, y que ese temor no había disminuido en lo absoluto. Era indudable que la familia estaba sufriendo. Por último, también conjeturé que Pete el policía, quien acorraló a la familia, era una persona de gran poder en esta familia, tanto así que fue Margie quien primero soltó prenda.

Las propiedades curativas del juego

La familia tuvo acceso a varias propiedades curativas: la capacidad de "simular", de desarrollar una historia que se alejara lo bastante de la realidad como para que fuera seguro contarla y la disposición a reír, jugar y trabajar juntos de modo que, al final, encontraran la energía para que la familia trabajara junta, enfrentara sus secretos y siguiera adelante. Además, están involucradas otras propiedades curativas: la disminución de la resistencia, la comunicación, el dominio, el pensamiento creativo, la abreacción, la formación de apego y el establecimiento de relaciones. Cuando las personas juegan juntas forman enlaces, crean recuerdos felices y ocurre una interacción positiva que empieza a proporcionar el cimiento de una mayor motivación para estar juntos.

DIFICULTADES PARA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO

Los terapeutas encuentran dificultades evidentes para poner en práctica el modelo, que incluyen, pero no se limitan a, la necesidad percibida de mayor equipamiento, la indecisión por parecer poco profesional cuando se juega, la incomodidad con el concepto mismo del juego y de lo lúdico, la falta de preparación y entrenamiento sobre la manera de realizar actividades de juego con la familia, y la desconfianza

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

básica de que la introducción del juego pudiera contribuir a un cambio positivo. En los cursos que imparto sobre terapia de juego, pedir a los participantes que hagan trabajo experiencial es un elemento clave para asegurar que entienden mejor y de primera mano los factores curativos del juego. Creo que el principal factor de disuasión es el temor a lo desconocido y la ansiedad que puede surgir por la falta de familiaridad con una técnica, actividad o procedimiento. Además, cuando se prueban nuevas actividades se necesita tiempo para que se desarrolle la confianza clínica acerca de los beneficios y ganancias que pueden obtenerse.

CONCLUSIÓN

La terapia de juego familiar puede considerarse una integración asimilativa de la psicoterapia psicodinámica en que "está presente una clara adhesión a una sola orientación psicoterapéutica, pero se integran técnicas de otras orientaciones de una manera tan perfecta como sea posible" (Stricker, 2010, p. 66). En el caso de la terapia de juego familiar, los clínicos cuya afiliación principal es a la teoría de sistemas o a la terapia de juego pueden sujetarse a una teoría y tomar prestados de la otra algunos aspectos teóricos o técnicos. Para los propósitos de este capítulo empecé por exponer la base de los sistemas familiares (el deseo de trabajar con la familia en lugar de hacerlo con individuos específicos), y luego seguí con la aplicación de las teorías y técnicas de la terapia de juego.

La terapia de juego enriquece a la teoría de la familia al brindarle otro bordado de lenguaje además de la dinámica estructural, la acción conductual y la comunicación verbal. Los beneficios potenciales del hecho de agregar el juego permite a los clínicos evaluar y tratar a las familias de una forma que disminuye la resistencia, detona la emoción, permite que los miembros de la familia se vean bajo una nueva luz y permite la descarga de creatividad, risas y placer común.

El caso ilustrativo es un ejemplo del enorme potencial del juego para desarmar y disminuir la resistencia. Pero lo más importante es que demuestra lo revelador que puede ser el juego y cómo puede presentar metáforas para procesar y analizar. La familia R. pudo romper el secreto familiar acerca de la agorafobia que estuvo presente por generaciones. Sin embargo, sólo se sintieron lo bastante liberados para permitir que esos problemas afloraran cuando se creó una distancia lo suficientemente segura. Encontraron que les resultaba mucho más fácil hablar acerca de una amenaza nuclear, de especies en peligro, de un aventurero, un manifestante pacífico, un policía y un juez más que de los problemas de la madre con la agorafobia y de su impacto en la familia.

Era evidente que Tilly y su madre habían sufrido durante años de esta condición paralizadora, y Michelle estaba mostrando algunos síntomas que indicaban que la condición persistiría en otra generación. Margie, quien era quizá la persona más franca de la familia, fue quien abordó este problema expresando diferentes expectativas acerca de su hermana Michelle, exigencias que no podía hacer a su madre o a su abuela.

La terapia de la madre continuó durante dos años y fue seguida por un curso tradicional de terapia cognitivo-conductual (técnicas de desensibilización y exposición gradual). La madre participó activamente para enseñar a Michelle las

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

lecciones que ella aprendía y la niña dio un rápido giro, se volvió mucho menos ansiosa, más sociable y desarrolló una voz con mayor autoridad. La madre de Tilly permaneció en el remolque durante años y al final se mudó a una instalación para el cuidado de ancianos, donde vivió contenta en su habitación hasta que murió a la edad de 105 años.

Michelle y Margie se divorciaron, volvieron a casarse y tienen entre ambas cinco hijos, que viven felices con padrastros más dedicados que los padres biológicos. Los signos de agorafobia desaparecieron hace mucho y todos los miembros de la familia encuentran que su mundo es seguro y alentador.

REFERENCIAS

Axline, V. M. (1947, 1969). *Play therapy*. New York, NY: Ballantine Books.

Bratton, S. C., Ray, D., & Rhine, T. (2005). The effi cacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 376–390.

Carter, E., & McGoldrick, M. (1989). *The changing family lifecycles: A framework for family therapy.* New York, NY: Allyn & Bacon.

Chasin, R. (1994). Interviewing families with children: Guidelines and suggestions. *Journal of Psychotherapy and the Family, 5*(3/4), 15–30.

Chasin, R., & White, T. B. (1989). Interviewing families with children: Guidelines and suggestions. In L. Combrinck-Graham (Ed.), *Children in family contexts: Perspectives on treatment* (pp. 5–25). New York, NY: Guilford Press.

Dermer, S., Olund, D., & Sori, C. (1994). Integrating play in family therapy theories. In C. F. Sori (Ed.), *Engaging children in family therapy: Creative approaches to integrating theory and research in clinical practice* (pp. 37–65). New York, NY: Routledge.

Eaker, B. (1986). Unlocking the family secret in family play therapy. *Child & Adolescent Social Work, 3*(4), 235–253.

Estrada, A. U., & Pinsof, W. M. (1995). The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders of childhood. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 403–440.

Gil, E. (1994). *Play in family therapy*. New York, NY: Guilford Press. Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches*. New York, NY: Guilford Press.

Gil, E. (Ed.). (2010). *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play.* New York, NY: Guilford Press.

Gil, E., & Shaw, J. (2009). Prescriptive play therapy. In K. J. O'Connor & L. D. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: Comparing theories & techniques* (2nd ed., pp. 451–487). Hoboken, NJ: Wiley.

Guerney, B. (1964). Filial therapy: Prescription and rationale. *Journal of Consulting Psychology, 28*(4), 304–310.

Irwin, E. C., & Malloy, E. S. (1975). Family puppet interview. *Family Process, 14,* 179–191. Johnson, L. M. (1995). The inclusion of children in the process of family therapy. Unpublished doctoral dissertation, Purdue University, West Lafayette, IN.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Kaduson, H., Cangelosi, D., & Schaefer, C. E. (1997). *The playing cure: Individualized play therapy for specifi c childhood problems*. Northvale, NJ: Aronson.
Keith, D. V., & Whitaker, C. A. (1981). Play therapy: A paradigm for work with families. *Journal of Marital & Family Therapy, 7*(3), 243–254.
Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship*. New York, NY: Taylor & Francis.
Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child–Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-session fi lial therapy model.* New York, NY: Routledge.
Miller, W. (1994). Family play therapy: History, theory, and convergence. In C. E Schaefer & L. J. Carey (Eds.), *Family play therapy* (pp. 3–19). Northvale, NJ: Aronson.
O'Connor, K. J. (1991). *The play therapy primer*. New York, NY: Wiley.
Orgun, I. N. (1973). Playroom setting for diagnostic family interviews. *American Journal of Psychiatry, 130*(5), 540–542.
Schaefer, C. E. (1994). Play therapy for psychic trauma in children. In K. J. O'Connor & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy: Advances and innovations* (Vol. 2, pp. 297–318). New York, NY: Wiley.
Schaefer, C. E. (2003a). *Play therapy with adults*. Hoboken, NJ: Wiley.
Schaefer, C. E. (2003b). Prescriptive play therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 306–320). Hoboken, NJ: Wiley.
Schaefer, C. E. (Ed.). (1992). *Therapeutic powers of play*. Northvale, NJ: Aronson.
Schaefer, C. E., & Carey, L. J. (1994). *Family play therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
Stricker, G. (2010). *Psychotherapy integration: Theories of Psychotherapy Series.* Washington, DC: American Psychological Association.
Stricker, G., & Gold, J. R. (2002). An assimilative approach to integrative psychodynamic psychotherapy. In J. Lebow (Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy:Integrative/Eclectic* (pp. 295–315). New York, NY: Wiley
Sori, C. F., & Sprenkle, D. H. (2004). Training family therapists to work with children and families: A modifi ed Delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*(4), 479–495.
Terr, L. (1990). *Too scared to cry: How trauma affects children and ultimately us all*. New York, NY: Basic Books.
Zilbach, J. J. (1989). The family life cycle: A framework for understanding children in family therapy. In L. Combrinck-Graham (Ed.), *Children in family contexts: Perspectives on treatment* (pp. 46–66). New York, NY: Guilford Press.
Zilbach, J. J. (1991). Children in family therapy: Treatment and training (introduction and overview). *Journal of Psychotherapy & the Family, 5*(3/4), 1–14.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 13
Terapia de juego grupal

Daniel S. Sweeney

En el contexto de la comunidad, la terapia grupal tiene el potencial de luchar contra uno de los dolores más grandes del ser humano: la soledad. Los clientes de la terapia de juego, que con más frecuencia son niños, además de luchar por la autonomía y la identidad en este mundo pueden ser cruelmente oprimidos en medio del trauma y el caos y quedarse con el sentimiento de un aislamiento injusto. En su revisión de la soledad, Clark Moustakas (1974) expresó de manera conmovedora: "Es el terror a la soledad, no la soledad en sí sino la ansiedad que ésta produce, el temor a quedarse solo, a ser excluido, lo que representa una crisis dominante en la batalla por convertirse en persona" (p. 16).

En una reflexión más a fondo acerca de las palabras de Moustakas (1997), la terapia de juego grupal es una forma única de "estar dentro, estar para y estar con" los clientes de todas las edades. Aunque la terapia de juego grupal no puede clasificarse como una técnica específica o un enfoque teórico particular, sí crea la oportunidad para que la soledad de la lucha sea abordada de forma expresiva y apropiada para el desarrollo. La terapia de juego grupal es el reconocimiento del medio de comunicación de los niños (el juego), combinado con el beneficio de la conexión humana con otros niños y la facilitación de un adulto entrenado y afectuoso.

Mientras que otros capítulos de este libro analizan aproximaciones a la terapia de juego que se basan o enfocan en orientaciones teóricas, la terapia de juego grupal recurre a distintas teorías y puede ser utilizada por terapeutas entrenados de una gran variedad de orientaciones. Es posible emplear una gran variedad de teorías y de técnicas en el desarrollo y proceso de los grupos de terapia de juego. Este capítulo comenta brevemente algunas de esas variaciones, pero se concentra en la estructura y práctica general de la terapia de juego grupal, y hace una revisión resumida de los trabajos publicados sobre el tema.

INTRODUCCIÓN

Sweeney y Homeyer (1999) recomiendan la terapia de juego grupal en su libro *Handbook of Group Play Therapy*, que se considera todavía un material didáctico exhaustivo y de gran influencia sobre el tema:

> La terapia de juego grupal es la unión natural de dos modalidades terapéuticas eficaces. Los terapeutas de juego y los terapeutas de grupo comparten varios rasgos importantes. Ambos están comprometidos con un proceso terapéutico que es

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> creativo y dinámico. Ambos se enfocan en el desarrollo y mantenimiento de relaciones seguras y terapéuticas. Ambos se concentran en la facilitación de un proceso en desarrollo más que en la aplicación de una solución inmediata. Ambos realizan esfuerzos que requieren entrenamiento y supervisión. La unión de la terapia de juego y el proceso de grupo es una respuesta natural e intuitiva a las necesidades de niños lastimados emocionalmente. (p. 3)

Sin embargo, es raro que se ejerza esta asociación. Se plantea que la terapia de juego grupal a menudo es una intervención terapéutica más poderosa y oportuna que el trabajo individual con niños. Más adelante en este capítulo se presenta una revisión más detallada de la lógica que subyace a la terapia de juego grupal.

La siguiente descripción de la terapia de juego grupal es una adaptación de la definición clásica de la terapia de juego (Landreth, 2002, p. 17). La terapia de juego grupal se define como la relación interpersonal dinámica entre dos o más niños y un terapeuta entrenado tanto en la terapia de juego como en los procedimientos de grupo, que proporciona materiales seleccionados de juego y facilita a los niños el desarrollo de una relación segura para expresarse y explorarse, a sí mismo y a otros, de manera plena (incluyendo sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas) a través del medio natural de comunicación de los niños: el juego.

Algunos elementos de esta definición requieren una breve revisión. Cualquier proceso de terapia de juego debe caracterizarse como una **relación interpersonal dinámica**. Cuando se encuentran muchos niños en el cuarto de terapia, este elemento puede y debe multiplicarse. Este proceso sólo debe ocurrir cuando el terapeuta está **entrenado tanto en la terapia de juego como en los procedimientos de grupo**. En la terapia de juego grupal, un terapeuta de juego diestro que carezca de formación y comprensión de las dinámicas grupales puede ser tan dañino como un terapeuta de grupo diestro que no haya sido formado y no entienda las dinámicas de la terapia de juego. También es fundamental proporcionar **materiales seleccionados de juego**. El terapeuta de juego grupal puede decidir proporcionar a un grupo medios de juego distintos a los usados en el trabajo individual, pero sigue siendo importante evitar una colección aleatoria de juguetes. Como cualquier terapeuta de grupo, el terapeuta de juego grupal debe **facilitar**, lo que en sí favorece el **desarrollo de relaciones seguras**. La seguridad que resulta de esta facilitación permite también a los niños participar en la **exploración de sí y de otros**. Este proceso es facilitado todavía más por el reconocimiento del **juego como el medio natural de comunicación** para los niños.

Los niños pueden beneficiarse, y lo hacen, de las relaciones e interacciones con otros niños en el contexto de un escenario de juego grupal. De la misma manera que la consejería de grupo funciona con los adultos, la terapia de juego grupal proporciona a los niños un proceso psicosocial por medio del cual crecen y aprenden acerca de sí y de otros. Berg, Landreth y Fall (2006) sugieren:

> En las relaciones de consejería grupal, cuando los niños descubren que también sus pares tienen problemas, experimentan las cualidades terapéuticas de la liberación y una disminución de las barreras que surgen del sentimiento de estar solos. Se desarrolla una sensación de pertenencia y se intentan nuevas habilidades interpersonales

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> en un encuentro "de la vida real" en que los niños aprenden formas más eficaces de relacionarse con la gente mediante el proceso de ensayo y error. El grupo es entonces un microcosmos del mundo cotidiano de los niños, que reciben en este escenario la oportunidad de obtener reacciones inmediatas de los pares y de mostrar aprendizaje vicario. Los niños también desarrollan sensibilidad hacia los otros y su autoconcepto experimenta un impulso enorme cuando pueden ser útiles para alguien más. Para los niños que han sufrido abuso, que tienen un autoconcepto pobre y que durante su vida han experimentado una historia de fracaso, descubrir que pueden ser útiles para otros puede ser la cualidad terapéutica más profunda. En la consejería grupal, los niños también descubren que son dignos de respeto y que su valía no depende de lo que hacen o lo que producen, sino de quiénes son. (p. 254)

En la terapia de juego grupal, los niños aprenden acerca de sí y de otros. Aprenden porque se les permite comunicarse por medio del juego y aprenden cuando escuchan y observan las percepciones del terapeuta y los otros niños acerca de ellos. Los niños aprenden que ser único no sólo es aceptable, sino que es valorado. En el proceso de la terapia grupal se valora, y por ende se fomenta, la cooperación. Sólo se espera sumisión cuando se necesita establecer límites o cuando se realizan actividades estructuradas. En todo momento se respetan la creatividad y la originalidad. Van de Kolk (1985) mencionó varios elementos de la terapia de juego grupal que contribuyen a esas suposiciones:

- Aceptación total del niño
- Una sencilla invitación a jugar sin explicaciones, metas, razones, preguntas o expectativas
- Ayudar a los niños a expresarse y a disfrutar del respeto
- Permitir pero no alentar la conducta regresiva al inicio de la terapia
- Permitir toda la "conducta simbólica" pero limitando la conducta destructiva
- Prohibir que los niños se ataquen físicamente
- Hacer respetar los límites de manera tranquila y sin críticas, y hacer una mención breve de los límites sólo cuando sea necesario
- Sentir y expresar empatía

Aunque la estructura y el proceso pueden variar de acuerdo con el plan terapéutico y el enfoque teórico, el proceso de la terapia de juego grupal debe incluir la mayoría de esos elementos, si no es que todos ellos.

Es posible que el juego grupal terapéutico ofrezca lo más cercano a la estructura y aceptación de una familia de lo que disponen algunos niños. Landreth (1999) sugiere que en una terapia de juego grupal, "Los niños aprenden uno del otro, se animan y se apoyan entre sí, resuelven las dificultades, comparten el dolor y la alegría, descubren lo que se siente ayudarse mutuamente y descubren que son capaces de dar y de recibir ayuda" (p. xii). Esas cualidades que en las familias producen crecimiento, con demasiada frecuencia están ausentes para los niños referidos para la terapia de juego. El aprendizaje vicario, la disposición a compartir y el

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

procesamiento que ocurren en la terapia de grupo son una mezcla natural con los beneficios expresivos, proyectivos y liberadores del juego terapéutico.

Constructos básicos, metas y técnicas

Bases de la terapia de juego grupal

Antes de revisar algunas consideraciones técnicas del trabajo de juego grupal con niños, es útil explorar algunos de los beneficios y bases de la terapia de juego grupal con niños. Sweeney (1997) y Sweeney y Homeyer (1999) resumen las siguientes ventajas básicas de los grupos de juego terapéutico:

1. Los grupos tienden a fomentar la espontaneidad en los niños y por ende a incrementar su nivel de participación en la experiencia de la terapia de juego. El intento del terapeuta de comunicar permisividad también es mejorado por las dinámicas del grupo, lo cual libera entonces a los niños para arriesgarse a participar en varias conductas de juego y de relación.
2. Se trata a dos niveles con la vida afectiva de los niños. Primero, se da la oportunidad de exploración y expresión a los problemas **intrapsíquicos** de manera individual a los miembros del grupo. Segundo, se brinda la misma oportunidad a los problemas **interpersonales** no sólo entre el terapeuta y el niño sino también entre los niños.
3. Los grupos terapéuticos brindan oportunidades de aprendizaje vicario y de catarsis. Los niños observan las expresiones emocionales y conductuales de los otros miembros del grupo y aprenden conductas de afrontamiento, habilidades de solución de problemas y vías alternativas de autoexpresión. Cuando los niños ven que los otros miembros del grupo participan en actividades respecto a las cuales pueden sentirse inicialmente cautelosos o inquietos, adquieren el valor de explorar.
4. En la terapia de juego grupal los niños experimentan la oportunidad de crecimiento y autoexploración. Este proceso es facilitado por las respuestas y reacciones de los miembros del grupo a la expresión emocional y conductual de un niño. Los niños tienen la oportunidad de reflexionar y lograr insight sobre sí mismos a medida que aprenden a evaluarse y reevaluarse a la luz de la realimentación de sus pares.
5. Los grupos proporcionan oportunidades importantes de sujetar a los niños al mundo de la realidad. Si bien la mayor parte de las expresiones en el cuarto de juego deberían ser aceptables, en ocasiones deben establecerse límites y existir anclas a la realidad. El establecimiento de límites y la prueba de realidad no sólo ocurren entre el terapeuta y los miembros del grupo, sino también entre los propios niños. El grupo funge como un microcosmos tangible de la sociedad; por consiguiente, la experiencia de la terapia de juego grupal está ligada de manera tangible a la realidad.
6. Dado que los grupos de terapia de juego pueden servir como un microcosmos de la sociedad, el terapeuta tiene la oportunidad de obtener una comprensión considerable de la vida cotidiana de los niños. Esta perspectiva de la "vida real" vista en el microcosmos del cuarto de juego puede ayudar en la planeación del tratamiento y el trabajo con los padres y maestros.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

7. El escenario de la terapia de juego grupal disminuye la necesidad o tendencia de un niño a ser repetitivo o a retraerse en el juego de fantasía. Aunque esas conductas pueden ser necesarias para algunos niños en el procesamiento de sus problemas, el escenario de la terapia de juego grupal puede hacer que esos niños se "atoren" en la repetición o fantasía en el aquí y ahora. Una vez más, esto se logra con interacciones iniciadas por el terapeuta y entre los niños del grupo.
8. En el proceso de la terapia de juego grupal, los niños tienen la oportunidad de "practicar" para la vida cotidiana. El grupo brinda la oportunidad para que los niños desarrollen habilidades interpersonales, dominen nuevas conductas, reciban ayuda y experimenten con expresiones alternativas de emociones y conducta.
9. Para algunos niños la presencia de otros menores en el escenario de la terapia de juego puede ser útil en el desarrollo de la relación terapéutica. Muchas veces los niños retraídos o esquivos se ven atraídos cuando observan que el terapeuta construye confianza con otros niños. Esto ayuda a disminuir la ansiedad de los niños inseguros acerca del cuarto de juego y la persona del terapeuta.
10. Por último, igual que con los grupos terapéuticos de cualquier tipo, la terapia de juego grupal puede proporcionar un medio de intervención más conveniente en términos del tiempo y gasto para niños y padres.

Metas

Las razones anteriores también señalan las metas de la terapia de juego grupal porque las oportunidades de crecimiento que se brindan a los niños en los grupos de juego terapéutico son muchas. En el primero de sólo dos libros enfocados en el tema, Haim Ginott (1961) sugirió que la terapia de juego grupal se basa en la suposición de que los niños modifican su conducta a cambio de aceptación. Esta premisa, combinada con la capacidad y tendencia de los niños a buscar y establecer relaciones, subyace a la ventaja terapéutica del uso de la terapia de juego grupal. Ginott también afirmó que la meta principal de la terapia de juego grupal, como toda terapia, es el cambio duradero de la personalidad (un yo fortalecido y una mejor imagen de sí mismo). Para este fin, Ginott propone varias preguntas a partir de las cuales podemos resumir las metas terapéuticas principales de la terapia de juego grupal:

1. ¿El método facilita u obstaculiza el establecimiento de una relación terapéutica?
2. ¿Acelera o retarda la producción de la catarsis?
3. ¿Ayuda o dificulta la obtención del insight?
4. ¿Aumenta o disminuye las oportunidades para la prueba de realidad?
5. ¿Abre o bloquea los canales para la sublimación? (p. 2)

Las respuestas a esas preguntas dirigen la atención a las metas de los grupos terapéuticos de juego. La terapia de juego grupal debe facilitar:

1. El establecimiento de una relación terapéutica
2. La expresión de emociones

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

3. El desarrollo de insight
4. Oportunidades para la prueba de realidad
5. Oportunidades para expresar de manera más aceptable los sentimientos y necesidades

Las metas anteriores son similares a las que G. Corey, Corey, Callanan y Russell (2004) sugieren que son compartidas por los miembros de todas las experiencias de consejería de grupo:

- Aprender a confiar en uno mismo y en los otros
- Aumentar la conciencia y el autoconocimiento para desarrollar el sentido de la identidad única del individuo
- Reconocer los aspectos comunes de las necesidades y problemas de los miembros y desarrollar un sentido de universalidad
- Aumentar la aceptación, confianza y respeto por uno mismo y obtener una nueva visión de uno mismo y de los otros
- Desarrollar interés y compasión por los otros
- Encontrar formas alternativas de enfrentar los problemas normales del desarrollo y para resolver ciertos conflictos
- Incrementar la autonomía, interdependencia y responsabilidad hacia uno mismo y hacia los demás
- Tomar conciencia de las elecciones propias y elegir de manera sensata
- Hacer planes específicos para cambiar ciertas conductas y comprometerse a llevarlos a cabo
- Aprender habilidades sociales más eficaces
- Volverse más sensible a las necesidades y sentimientos de los demás
- Aprender la manera de cuestionar a los demás de manera atenta, con interés, honestidad y franqueza
- Aclarar los valores propios y decidir si deben modificarse y cómo (pp. 4-5)

Estas deberían ser las metas esperadas en la experiencia de la terapia de juego grupal, independientemente de la orientación teórica y de las técnicas específicas de la terapia de juego grupal.

Selección y tamaño del grupo

El éxito de la terapia de juego grupal puede estar relacionado con la selección de los miembros y el tamaño del grupo. Ginott (1975) asevera que el requisito básico para la selección de un grupo es la presencia y la capacidad de "hambre social". Esto se refiere a la necesidad que tienen los niños de ser aceptados por sus pares y al deseo de obtener y mantener un estatus dentro del grupo.

Algunos niños simplemente no responden bien a la terapia de juego grupal. Esos niños pueden ser atendidos de manera individual o pueden ser candidatos para la terapia de juego filial o familiar. En esos casos deben considerarse varios problemas, como la posibilidad de que un niño no esté listo para una experiencia de grupo, que el problema se preste a otro tipo de intervención o que el trabajo de grupo esté contraindicado por cuestiones de seguridad psicológica o fisiológica.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Por consiguiente, la participación en la terapia de juego grupal suele ser una decisión clínica caso por caso. Ginott (1961) señala varias contraindicaciones:

- Hermanos que exhiben una rivalidad intensa
- Niños sumamente agresivos
- Niños sexualmente impulsivos
- Niños que experimentan dificultades debido a un apego pobre entre el infante y la madre
- Niños sociopáticos (que pretenden causar daño o vengarse)
- Niños con una imagen extremadamente pobre de sí mismos

Sin embargo, esas contraindicaciones son discutibles. Con las condiciones terapéuticas apropiadas esos niños pueden beneficiarse de la experiencia de la terapia de juego grupal. Es de suponer que el propósito de Ginott es proteger a los niños y a los terapeutas. El entrenamiento y la experiencia supervisada pueden atenuar la gravedad de esos riesgos para la seguridad.

Por lo general se recomienda el uso de la terapia de juego individual como parte del proceso de identificación de los miembros potenciales de la terapia de juego grupal. Incluso una sola sesión de juego puede revelar si la inclusión en el grupo es indicada o contraindicada. Otros métodos de identificación pueden ser apropiados, como el informe de los padres o maestros, la evaluación conductual y las entrevistas con el niño.

El tamaño del grupo es una consideración fundamental en la terapia de juego grupal. En principio, una buena regla es que entre menores sean los niños, más pequeño debe ser el grupo. Por lo general, los muy pequeños apenas están aprendiendo cómo funcionar en cualquier tipo de grupo fuera de su familia inmediata. Una cuestión relacionada es el nivel de estructura que debe brindarse en el grupo y éste debe relacionarse con la edad de los niños. El nivel de estructura varía según la teoría y la población del grupo. Es difícil atender a muchos niños y la mayoría de las instalaciones no tienen cabida para un grupo grande. A los grupos más grandes se les pueden dar las actividades estructuradas y la orientación que implican los medios de juego, pero dichas actividades pueden no encajar en la organización de la terapia de juego grupal. Recuerde que dos niños componen un grupo, y éste puede ser el tamaño más adecuado y benéfico.

Siempre es apropiado mantener el equilibrio de esos grupos. Por ejemplo, aunque a menudo es útil trabajar con grupos sobre temas particulares y para poblaciones específicas, puede ser apropiado evitar la composición de un grupo con niños que hayan experimentado el mismo trauma para evitar un escalamiento de las conductas o emociones traumáticas. Esto queda a juicio del terapeuta de juego.

El género es otro aspecto que debe equilibrarse. Si un grupo incluye a dos niñas, puede ser pertinente balancearlo con dos niños. Por lo general se sugiere que un grupo no tenga mayoría de un género. Además, si un grupo tiene dos niños retraídos, puede ser útil equilibrarlo con dos niños sociables o asertivos.

Aunque esto varía en la terapia de juego grupal con hermanos y en algunos otros casos, la diferencia en el rango de edad de los niños en la terapia de juego grupal por lo general no excede los 12 meses. La diferencia entre un niño de tres años y uno de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cinco es demasiado grande. A menos que esté presente el problema del retardo en el desarrollo, usualmente no es necesario separar por género a los niños hasta los años intermedios de la primaria o hasta la secundaria. También debe considerarse el tamaño físico de los niños; dada la variedad de los patrones individuales de crecimiento de los niños, no se recomienda incluir a un único niño muy alto o muy pequeño. El equilibrio siempre es importante en esas y otras dinámicas de grupo.

Establecimiento del grupo y materiales

En el establecimiento y conducción de los grupos de juego terapéutico es fundamental considerar la instalación y los materiales de que se dispone. Es posible que el consultorio no sea apropiado por la necesidad de establecer demasiados límites. Aunque algunas habitaciones grupales están alfombradas y equipadas con sillas y almohadones, un cuarto para la terapia de juego grupal suele tener diversas necesidades. Lo ideal sería contar con un cuarto reservado específicamente para grupos de terapia de juego, con piso de baldosa y equipado con muebles y juguetes resistentes. Un cuarto de tamaño apropiado puede funcionar aunque no esté asignado a la terapia de juego, siempre que se reconozca la necesidad de contar con materiales adecuados y de incrementar los límites apropiados.

Obviamente, el cuarto no debe ser ni muy pequeño ni demasiado grande; se sugiere un cuarto de 3.6 por 4.5 metros. Un cuarto de juego que sea demasiado pequeño puede dar lugar a la frustración y la agresión entre los miembros del grupo. Si el cuarto es demasiado grande no sólo crea la posibilidad de conducta descontrolada, sino que también permite que el niño retraído evite la interacción. Dado que hay un enorme potencial de altos niveles de ruido y desorden, es importante considerar la ubicación del cuarto del grupo en la instalación de consejería.

Los materiales de juego pueden variar de acuerdo con el enfoque teórico y el propósito del tratamiento. En un reconocimiento de esas variaciones, Landreth (2002) hizo algunas sugerencias útiles concernientes a la selección de los medios para la terapia de juego. Propone que los materiales de juego deben hacer lo siguiente:

1. Facilitar una gran variedad de expresiones creativas
2. Facilitar una gama importante de expresión emocional
3. Involucrar los intereses de los niños
4. Facilitar el juego expresivo y exploratorio
5. Permitir la exploración y expresión sin verbalización
6. Permitir el éxito sin una estructura prescrita
7. Permitir el juego sin compromiso
8. Tener una construcción resistente para un uso activo (p. 133)

Otra consideración es que quizá **no** sea apropiado ofrecer suficientes juguetes de cualquier tipo de modo que cada integrante del grupo pueda tener uno. Aunque eso parece promover la equidad, los niños perderían la oportunidad de aprender a compartir y resolver conflictos con materiales de juego limitados.

Para los niños mayores y los adolescentes se recomienda establecer algún tipo de actividad grupal (Bratton, Ceballos y Ferebee, 2009). Uno de los principales beneficios de los grupos de actividad es que los integrantes disfrutan de la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

oportunidad continua de expresión no verbal que ofrece la terapia de juego, con la ventaja adicional de actividades y discusiones apropiadas para el desarrollo.

Duración y frecuencia de las sesiones

Debe considerarse la duración de cada sesión de terapia de juego grupal. Una directriz recomendada es relacionar la duración de la sesión grupal con la edad de los integrantes. Por lo general, entre más jóvenes sean los niños, más corta debe ser la sesión. El facilitador del grupo debe tener en cuenta la capacidad de atención de los niños dada la edad psicológica y la edad cronológica. Para los preescolares y los niños en edad escolar, un grupo de terapia de juego puede durar de 20 a 40 minutos. Conforme los niños se acercan a los niveles intermedios de la primaria o a la secundaria, la duración de los grupos puede ser de una hora o más.

Otro factor que debe considerarse es la resistencia del terapeuta de juego grupal. Si hay varios niños en el grupo y el terapeuta participa de manera activa, comunica empatía y muestra aceptación a todos los miembros del grupo, la sesión es más pesada que la terapia grupal con adultos. Es difícil que un terapeuta cansado muestre empatía.

La duración del grupo también varía. Esto puede depender de que los grupos de terapia de juego se reúnan en diferentes escenarios (escuelas, hospitales, etcétera) y con poblaciones distintas (niños que sufrieron abuso sexual, niños en duelo, etcétera).

La frecuencia de los grupos de juego terapéutico se correlaciona con el propósito del grupo, el escenario clínico y la gravedad del problema presentado. Los grupos intensivos de corto plazo, con reuniones dos o cinco veces por semana, pueden ser muy eficaces. Tyndall-Lind, Landreth y Giordano (2001) reportaron la eficacia significativa de la terapia de juego grupal intensiva con niños que habían presenciado violencia doméstica, advirtiendo disminuciones en las conductas problemáticas, depresión y ansiedad, así como aumentos en la autoestima.

Teoría y técnicas

Como se mencionó, existen tantas aproximaciones teóricas a la terapia de juego grupal como a la terapia de juego individual. En consecuencia, existe una considerable variedad en las técnicas. Para conocer más técnicas puede consultar la *International Journal of Play Therapy* así como el trabajo de Sweeney y Homeyer (1999). A continuación se hace una breve revisión de cuatro enfoques.

1. Terapia de juego grupal centrada en el niño
   se basa en la confianza duradera en la capacidad del grupo para desarrollar su potencial mediante el avance en una dirección positiva y constructiva… Esto tiene implicaciones importantes para los niños, quienes son evaluados con demasiada frecuencia y rara vez pueden hacer elecciones. En un grupo de niños, el facilitador debe tener una intención muy clara de ayudar a cada niño a sentirse lo bastante seguro para crecer (o no crecer) y tomar decisiones. (Landreth y Sweeney, 1999, p. 44)
2. Los terapeutas de juego grupal adlerianos consideran las dinámicas del grupo en el contexto de las fases esenciales de la psicología individual. Kottman (1999) sugiere,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

> En ciertos sentidos, un enfoque grupal es ideal para trabajar con niños cuando se utiliza la terapia de juego adleriana, en especial durante la segunda fase (exploración del estilo de vida), la tercera (ayudar al niño a obtener insight sobre el estilo de vida), y la cuarta (de reorientación y reeducación). (p. 66)

3. La terapia de juego grupal jungiana ve al grupo como el receptor tanto de los niños integrantes como del grupo en sí. Bertoia (1999) resume,
   > El formato general en la terapia de juego grupal jungiana es iniciar el trabajo en un nivel consciente usando un lenguaje claro y racional en el aquí y ahora. Dentro de la sesión el trabajo se adentra en el lenguaje no racional o metafórico del inconsciente. La sesión concluye con el regreso a la realidad externa y el anclaje firme de los niños en el presente. (p. 93)

4. La terapia de juego grupal Gestalt se enfoca en el contacto y la conciencia, como señala Oaklander (1999),
   > El grupo es un escenario ideal para que los niños mejoren sus habilidades para establecer contacto… Para los niños, la búsqueda de otros niños es natural así como una importante tarea del desarrollo… El proceso de un individuo en un grupo puede ser muy diferente en un entorno de terapia individual. Cuando la conducta llega a primer plano, podemos examinarla desde todos los lados, jugar con ella y cambiarla. (pp. 166-167)

En esas y otras teorías hay una variedad de técnicas, las cuales pueden involucrar la estructura de los grupos, los medios de juego proporcionados, juegos y actividades específicas e instrucciones del terapeuta. Es necesario hacer un recordatorio importante acerca de las técnicas terapéuticas. La teoría es importante, pero la teoría sin técnica es mera filosofía. Las técnicas son valiosas, pero las técnicas sin teoría son temerarias y potencialmente dañinas. Como a todos los terapeutas, se anima a los terapeutas de juego grupales a ponderar algunas preguntas concernientes a las técnicas empleadas: *a*) ¿la técnica es apropiada para el desarrollo? (lo cual presupone que las capacidades del desarrollo son una consideración terapéutica clave); *b*) ¿qué teoría subyace a la técnica? (lo cual presupone que las técnicas deben estar basadas en la teoría); y *c*) ¿cuál es el propósito terapéutico de emplear una técnica dada? (lo cual presupone que contar con un propósito terapéutico es clínica y éticamente importante).

EL ROL DEL TERAPEUTA

En reconocimiento de esas variaciones, el papel principal del terapeuta de juego grupal es continuar como un facilitador del proceso. Los factores terapéuticos recomendados por Yalom y Leszcz (2005) se han convertido en una norma en el campo de la terapia de grupo, y ciertamente se aplican a la terapia de juego grupal. Aunque el cambio depende de los miembros del grupo, es importante recordar que el rol del terapeuta incluye aspectos como infundir esperanza, promover el altruismo y la universalidad, desarrollar las habilidades sociales y fomentar la conducta imitativa y la catarsis.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Respuestas terapéuticas

Entre los enfoques teóricos existen algunas consideraciones fundamentales acerca de la respuesta terapéutica en el proceso de la terapia de juego grupal. El papel terapéutico en esta forma de terapia sigue siendo similar al de la terapia de juego individual. Sin embargo, el terapeuta de juego grupal debe tener una gran tolerancia al desorden y al ruido, además de estar dispuesto y ser hábil en el manejo del caos frecuente. Es fundamental que los terapeutas mantengan respuestas equilibradas entre los integrantes del grupo. Esto incluye evitar la tentación de enfocarse en los niños que son más activos o están más necesitados. Si bien es fácil caer en esta trampa, eso envía mensajes de no aceptación a los niños menos verbales o menos activos. Dichos mensajes por lo general refuerzan una visión negativa de sí mismos que ya está presente.

Aunque esto puede variar de acuerdo con la perspectiva teórica, se plantea que con los clientes de cualquier edad y en cualquier escenario las respuestas terapéuticas no deben ser invasivas, ya que pueden afectar el flujo de los procesos y la expresión afectiva del grupo. Además, en la terapia de juego grupal es **imperativo** incluir el nombre del niño. Si se da una respuesta sin mencionar el nombre del niño, los integrantes del grupo no sabrán a quién se dirige. Un problema relacionado implica evitar el uso de la tercera persona cuando se interactúa con los niños. Por ejemplo, cuando se sigue la trayectoria de la conducta de juego es mejor decir "Anna, estás jugando en la arena" que decir "Anna está jugando en la arena". Al igual que los adultos, los niños se sienten respetados si se habla con ellos en lugar de que se hable de ellos.

Establecimiento de límites en los grupos

Uno de los aspectos de la terapia de juego grupal más curativos y que más promueven el crecimiento es el establecimiento apropiado de límites terapéuticos. El ritmo de la terapia de juego grupal es magnificado considerablemente en relación con el de las sesiones individuales, por lo que las habilidades de atención y respuesta del terapeuta pueden enfrentar un reto enorme. Básicamente, el terapeuta de juego grupal debe ser un experto en el establecimiento de límites.

Sweeney y Landreth (2009) resumieron la lógica básica del establecimiento de límites en el cuarto de juego:

> 1) Los límites definen las fronteras de la relación terapéutica; 2) los límites proporcionan al niño seguridad y resguardo físico y emocional; 3) los límites demuestran la intención del terapeuta de brindar seguridad al niño; 4) los límites anclan la sesión a la realidad; 5) los límites permiten al terapeuta mantener una actitud positiva y de aceptación hacia el niño; 6) los límites permiten que el niño exprese sentimientos negativos sin causar daño y el temor subsecuente a las represalias; 7) los límites ofrecen estabilidad y consistencia; 8) los límites promueven y mejoran el sentido de responsabilidad y autocontrol del niño; 9) los límites protegen el cuarto de la terapia de juego; y 10) los límites permiten mantener los estándares legales, éticos y profesionales.

En el grupo de juego terapéutico se esperan límites y el establecimiento de los mismos. Los integrantes del grupo no sólo experimentan los límites establecidos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

por el terapeuta sino también por los otros integrantes del grupo. El terapeuta de juego grupal debe mostrar interés en la anticipación de los límites así como la firme resolución de establecerlos. Los límites condicionales son contraproducentes. Por ende, es imperativo contar con límites claros y completos cuando se trabaja con grupos de terapia de juego. Sin embargo, dado que el nivel de actividad en esos grupos puede ser muy elevado, a veces se siente la tentación de establecer límites de manera constante para mantener el control. El terapeuta de juego grupal debe ser paciente y permitir que los niños resuelvan las cosas por sí mismos a la vez que establece límites apropiados. En el estudio de caso que se presenta más adelante se incluye la breve descripción de un modelo para el establecimiento de límites.

EL ROL DE LOS PADRES

El rolde los padres en el proceso de la terapia de juego grupal es similar a la función que desempeñan en el proceso de la terapia de juego individual. Este papel varía de acuerdo con la orientación teórica y estilo personal del terapeuta. Dado que el entrenamiento de muchos terapeutas de juego es inadecuado para tratar con los padres, muchos han preferido trabajar exclusivamente con los niños, lo cual puede comprometer su capacidad o motivación para trabajar con los progenitores. Para que la terapia de juego individual o grupal tenga éxito deben resolverse esos factores.

Los padres suelen estar estresados cuando llevan a sus hijos a la terapia; por lo general han probado todo lo que ha estado a su alcance para resolver el problema actual. A menudo han sufrido privación de sueño (lo que por supuesto pone en riesgo su eficacia como padres), y la misma decisión de llevar a sus hijos a terapia resulta agobiante. El proceso de la terapia se facilita si los terapeutas pueden permanecer al tanto de esta importante dinámica y transmitir a los padres empatía por su situación. La actitud del terapeuta favorece u obstaculiza entonces dicha facilitación. Crane (2001) sugiere:

> Dados los sentimientos y creencias de los padres cuando llevan a sus hijos a terapia, la actitud del terapeuta hacia ellos puede afectar la forma en que avanza el proceso y el hecho de que los padres sigan llevando o no a sus hijos. En general, el terapeuta debe transmitir a los padres una actitud de empatía, respeto, aceptación y esperanza. Esas actitudes no son distintas entre sí sino que suelen traslaparse. No sólo es importante que el terapeuta tenga esas actitudes sino también que los padres las perciban a fin de que éstos desarrollen su potencial para aprender a explorarse y crecer. (p. 85).

Todos los padres deben ser entrevistados antes de las sesiones de la terapia de juego grupal. Aunque eso no es posible en algunos escenarios (por ejemplo, los ambientes escolares), dicha entrevista debe considerarse como parte del protocolo básico. Esta evaluación inicial no debe considerarse el fin del contacto con los padres toda vez que se requiere una evaluación continua. Debe informarse a los progenitores acerca del proceso de la terapia de juego grupal; en particular, debe dirigirse la atención a la lógica y los beneficios de la terapia de juego y del proceso de la terapia de juego grupal. La participación continua con los padres puede implicar que se unan al grupo, ofrecerles terapia de juego familiar o terapia filial (las cuales pueden

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

clasificarse como terapia de juego grupal) y proporcionarles intervenciones terapéuticas complementarias separadas del grupo de juego terapéutico.

Consideraciones legales y éticas

Dado que los padres tienen los derechos y responsabilidades legales sobre sus hijos, en esta sección se revisan brevemente los problemas legales y éticos relacionados con la terapia de juego grupal. Sweeney (2001) plantea que "Cuando se trabaja con niños, es imperativo recordar que si bien éste es el centro de atención del tratamiento, desde una perspectiva legal y ética el cliente es esencialmente el guardián legal" (p. 65). Debe informarse a los padres acerca del propósito del grupo y asegurarse el consentimiento apropiado. Dado que es común que la custodia del niño esté en disputa, es crucial que el terapeuta se asegure de que el guardián legal proporcione su consentimiento y que éste sea un consentimiento **informado.** Es necesario explicar a los padres y a los niños los ejercicios planeados.

Igual que con cualquier grupo, en la terapia de juego grupal no se puede prometer a los niños una confidencialidad absoluta. Quizá sea necesario que el terapeuta rompa la confidencialidad en una situación que debe reportarse, cuando se trate de informar a las autoridades de una situación de maltrato o de transmitir por política la información a la escuela o a los administradores de la institución.

La identificación y preparación de los integrantes para los grupos de juego también suponen problemas éticos. Rara vez los niños acuden por su cuenta, por lo que es responsabilidad del terapeuta garantizar su ubicación en el grupo apropiado. Igual que en los grupos de adultos, debe darse a los niños la oportunidad de participar o abandonar el grupo.

No es posible hacer en este capítulo una revisión completa de los problemas legales y éticos del proceso de terapia de juego grupal. Los terapeutas deben estar familiarizados con los códigos éticos de sus organizaciones profesionales, así como con las leyes del estado en que ejercen su práctica profesional.

CASO ILUSTRATIVO

En el siguiente caso ilustrativo (adaptado de Landreth y Sweeney, 1999) de la terapia de juego grupal centrada en el niño, tres menores (Rand, de siete años; Lori, de siete años; y Keith, de ocho años) se reúnen por primera vez en un grupo de terapia de juego en una escuela primaria. Los tres fueron referidos a terapia debido a "problemas de socialización". Rand fue descrito como un niño ansioso sin amigos; Lori como una niña introvertida que se relaciona más con los adultos que con sus pares; y Keith como un niño algo hiperactivo que tiende a molestar a sus compañeros. La siguiente es una breve transcripción de algunas de las interacciones terapéuticas con los niños en el cuarto de juego.

Terapeuta: Rand, Lori y Keith, este es nuestro cuarto de juego y pueden entretenerse con los juguetes como ustedes quieran.

[El enfoque de la terapia de juego grupal centrada en el niño es permisivo. El terapeuta emplea el nombre de cada niño, lo cual lo dignifica y establece el estatus igualitario de cada integrante del grupo.]

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Keith: (se precipita hacia la caja de arena) ¡Yo quiero jugar en la arena!

[No es inusual tener niños con diversos niveles de emocionalidad y sociabilidad]

Terapeuta: Keith, parece que tienes algo en mente. (Lori entra despacio al cuarto mientras mira los juguetes.) Lori, parece que estás revisando los juguetes de ese estante.

[En la terapia de juego grupal se vuelve muy importante usar el nombre del niño, de modo que cada integrante del grupo sepa a quién se dirige uno. Keith tiene un plan y el terapeuta debe reconocerlo, pero al mismo tiempo es necesario que responda a los otros niños. Uno puede sentirse tentado a responder principalmente a los niños más activos y parlanchines, pero las respuestas terapéuticas deben desplegarse por igual entre los miembros del grupo.]

Lori: Sí, eso creo. (Lori extendió la mano con cautela para tocar la caja registradora, pero la retiró. Rand sigue de pie al lado de la puerta, mirando furtivamente alrededor.)

[La primera sesión de la terapia de juego grupal suele ser tentativa y exploratoria para los niños, quienes no sólo exploran el cuarto de juego sino también al terapeuta y a los otros niños.]

Terapeuta: Lori, parece que te estás preguntando si está bien que juegues con eso. Tú puedes decidir con qué quieres jugar. Rand, parece que te estás preguntando de qué se trata este sitio.

[El tono de voz del terapeuta debe coincidir con el tono de voz y el nivel de actividad del niño. La respuesta a Lori muestra calidez y empatía, pero confiere a la niña la responsabilidad de hacer las elecciones. Debido a la vacilación de Rand, el terapeuta podría sentirse tentado a hacerle una invitación específica a jugar. Se le debe permitir que elija por sí mismo.]

Keith: (Agarra la serpiente de plástico y corre por el cuarto, y pincha con la serpiente la cara de Rand, quien se encoge y trata de eludir el juguete.)

Terapeuta: Keith, parece que quieres asustar a Rand con esa serpiente, pero él trata de decirte que no le gusta lo que haces. Quiere que te detengas.

[El reconocimiento de los sentimientos es vital para el enfoque centrado en el niño. La expresión verbal del mensaje no verbal de Rand ayuda a Keith a escuchar el mensaje de su compañero y a éste le permite saber que es entendido.]

Keith: (Deja a Rand y empieza a perseguir con regocijo a Lori por el cuarto mientras la niña grita "¡Deja eso!")

Terapeuta: Keith, te divierte mucho perseguir a Lori, pero Lori, tú le estás diciendo que no te gusta lo que hace.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

[El seguimiento de la actividad y la respuesta a los sentimientos es igual que en la terapia de juego individual. Es importante que se responda por igual a ambos niños. Los dos necesitan saber que han sido escuchados y entendidos.]

(Keith deja caer la serpiente en el piso y regresa a la caja de arena. Lori toma algunos títeres y empieza a preparar un espectáculo con ellos. Rand se entretiene con un juguete debajo del caballete, fuera de la vista de los demás.)

Terapeuta: Keith, de modo que decidiste hacer otra cosa, y Lori, tú decidiste jugar con los títeres.

[Reconocer que los niños han tomado una decisión afirma su fortaleza. No se da ninguna respuesta a Rand porque parece que él necesita que lo dejen solo por el momento. El terapeuta está muy al tanto de dónde se encuentra y qué hace, pero respeta su decisión de ocultarse.]

Rand: (Se sienta en el piso debajo del caballete y mira hacia el grupo.)

Lori: (continúa la historia de títeres y dice al terapeuta) ¡Buenos días! Yo soy el león (y emite un fuerte rugido).
Terapeuta: ¡Buenos días, león! Ese es un rugido fuerte.

[El terapeuta puede interactuar sin dar estructura.]

(Ocurren otras interacciones a medida que Lori desarrolla la historia de títeres)

Terapeuta: Rand, parece que decidiste sentarte ahí.

[El reconocimiento no evaluativo comunica aceptación a su decisión de sentarse y mirar.]

Keith: (ha estado excavando en la arena, enterrando soldados de juguete y dice a nadie en particular) Voy a enterrar a todos esos tipos.
Terapeuta: (a Keith) Sí, parece que has enterrado a muchos.

[Los juguetes no son etiquetados hasta que el niño identifica al objeto.]

Rand: (Sale de debajo del caballete, se une a Keith y empieza a excavar en la arena.)

(La actividad de otros niños en la terapia de juego grupal invita y atrae a los niños tímidos y callados. Rand se relaja lo suficiente para empezar a jugar.)

Keith: (a Rand) ¡Eh! ¡Bien! Tú excavas los hoyos y yo entierro a esos tipos.

[La afirmación de Keith anima a Rand y lo ayuda a sentirse incluido.]

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Terapeuta: Rand, decidiste jugar en la arena con Keith, y Keith, ¡parece que eso te gusta!

[El simple seguimiento de la actividad de juego proporciona la afirmación de las elecciones hechas por los niños, en particular por Rand.]

Keith: (agarra la tina de arena y grita) ¡Esto va a ser una bomba! (sostiene el balde en lo alto y lo deja caer al piso mientras Rand protesta)
Terapeuta: Keith, yo sé que eso te divierte, pero la arena debe permanecer en la caja de arena. Tú querías el balde, pero Rand, tú le estás diciendo a Keith que quieres jugar con ese balde.

[El terapeuta muestra comprensión del mensaje conductual y emocional de cada niño y establece un límite apropiado. El establecimiento de límites sigue el modelo RCI propuesto por Landreth (2002). Este modelo de gran eficacia incluye **R:** Reconocimiento de los sentimientos del niño (es importante empezar el establecimiento de límites por medio del reflejo y aceptación continua), **C:** Comunicar el límite (de manera neutra y no punitiva), e **I:** Identificación de una alternativa aceptable (lo cual reconoce que el niño tiene todavía la necesidad de expresarse y que puede hacerlo dentro de límites aceptables). Es más frecuente que los niños reciban y respondan con obediencia a los límites que se establecen de manera objetiva, con aceptación y sin desaprobación.]

Rand: (recoge un balde y empieza a llenarlo otra vez con arena) Voy a construir un castillo.
Keith: Esos soldados pueden proteger el castillo.

[La agresión de Keith disminuyó porque se le permitió exteriorizarla y se une a la actividad de juego de manera servicial.]

Lori: (permanece de pie mirando a los niños) Tiene que haber una familia que viva en el castillo. (Toma la familia de muñecos de la casa de muñecos y la añade a la escena del castillo.)
Terapeuta: Están haciendo el castillo cómo quieren que sea.

[El comentario del terapeuta empodera a los niños y reconoce su toma de decisiones, su esfuerzo y capacidad creativa. Este comentario también afirma que trabajan juntos, aunque no brinda elogio ni aprobación. El terapeuta de juego centrado en el niño no evalúa y se enfoca en el esfuerzo más que en el producto. La diferencia entre animar y elogiar es fundamental en el proceso de la terapia de juego grupal centrada en el niño. Al concentrarse en el esfuerzo, el terapeuta puede hacer afirmaciones que fomentan la autoestima sin crear la dinámica de protagonismo y búsqueda de aprobación que resulta de las afirmaciones de elogio. También modela esta importante dinámica para los miembros del grupo en su interacción mutua.]

Lori, Rand y Keith: (casi al unísono) ¡Sí!

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En este caso, cada niño reaccionó de manera distinta a los intentos del terapeuta por establecer un rapport básico y fomentar la relación terapéutica. Aunque esta fue una sesión inicial, ya se hicieron evidentes algunas de las razones para la terapia de juego grupal antes mencionadas. Rand pasó de una ansiedad general en el grupo a la interacción con los otros niños. Su movimiento físico de la distancia a una mayor proximidad al terapeuta y a los otros niños es un ejemplo del beneficio de ubicar a niños tímidos y ansiosos en los grupos de terapia de juego. El grupo mejoró la conducta agresiva de Keith, en particular cuando el terapeuta expresó el desagrado de los otros niños ante algunas de sus conductas; el niño tuvo la oportunidad de reevaluar sus conductas impulsivas en presencia de Rand y Lori, así como del terapeuta. Lori empezó jugando sola y tratando de atraer al terapeuta, lo cual era típico de su conducta introvertida fuera del cuarto de juego donde intentaba relacionarse principalmente con adultos. La niña se vio atraída al proceso de juego igual que sus compañeros.

APLICACIONES CLÍNICAS

Si bien, como se advirtió antes, se reconoce la necesidad de hacer una identificación apropiada de los integrantes del grupo, se considera que la terapia de juego grupal tiene una gran aplicabilidad. Niños de todas las edades y con cualquiera de los trastornos de la niñez responden a los beneficios de la combinación de la terapia de juego con los procesos grupales.

Muchas poblaciones infantiles han experimentado las ventajas de la terapia de juego grupal. Además de las poblaciones investigadas que se mencionan en la siguiente sección, los grupos de niños y los problemas presentados incluyen a víctimas de trauma (Hansen, 2006; Shen, 2002, 2010); abuso sexual (Gallo-López, 2006; Homeyer, 1999; Jones, 2002; Klorer, 2003; Reichert, 1994; Van de Putte, 1994); testigos de violencia doméstica (Huth-Bocks, Schettini y Shebroe, 2001); problemas de enojo (Badau y Esquivel, 2005: Fischetti, 2010); trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Hansen, Meissler y Ovens, 2000; Reddy, 2010); problemas con la lectura y el habla (Danger, 2003; Kaplewicz, 2000); problemas relacionados con VIH/SIDA (Leavitt, Morrison, Gardner y Gallagher, 1996; Willemsen y Anscombe, 2001); y estudiantes de secundaria en problemas (Nicol y Parker, 1981; Zuchelli, 1993).

La terapia de juego grupal se ha utilizado también con poblaciones y problemas como hermanos (Oe, 1999); autoconcepto (DeMaria y Cowden, 1992); duelo (LeVieux, 1999); trastornos de conducta (Kernberg y Rosenberg, 1991); mutismo selectivo (Barlow, Strother y Landreth, 1986); trastornos emocionales (Knudsen, 1985; Lockwood y Harr, 1973); alumnos de preescolar y de jardín de niños (Ferrigno, 1979; Miller, 1999); alumnos de primaria (Schiffer, 1957; White y Flynt, 1999); niños hospitalizados (Cooper y Blitz, 1985; Lingnell y Dunn, 1999); problemas de habilidades sociales (Blundon y Schaefer, 2006; Johnson, 1988; Schaefer, Jacobsen y Ghahramanlou, 2000); problemas auditivos (Troester, 1996); hijos de padres divorciados (Ludlow y Williams, 2006), y niños sin hogar (Baggerly, 2004).

Técnicas específicas

Existen múltiples técnicas de terapia de juego grupal además de las revisadas por Sweeney y Homeyer (1999). Nicholas (2003) analizó el uso de las intervenciones artísticas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

creativas en el contexto de "terapia de acción" para grupos. Caldwell (2003) exploró diversas técnicas de terapia de juego grupal con clientes adultos, mientras que Kendal examinó el uso de juegos con adultos en un escenario de terapia de juego.

Una de las ventajas de la terapia de juego grupal es la posibilidad de aplicar una gran variedad de técnicas psicoterapéuticas, que ni siquiera tienen que ser técnicas establecidas de la terapia de juego. Dado el medio terapéutico y la naturaleza transteórica de la terapia de juego grupal, es posible adaptar técnicas estructuradas al proceso de la terapia de juego grupal que no necesariamente corresponden al contexto de la terapia de juego. Se recomienda a los lectores explorar técnicas de terapia grupal para su adaptación y aplicación de la terapia de juego grupal (por ejemplo, revise los trabajos de Corey *et al*., 2004; Fehr, 2010; Jacobs, Masson y Harvill, 2008; Sori y Hecker, 2003; Stoiber y Kratochwill, 1998; Viers, 2007).

Terapia de juego de actividad grupal

Si bien es más común que el juego en grupo se utilice con niños pequeños, existen muchos ejemplos de grupos terapéuticos de juego con preadolescentes y adolescentes, los cuales suelen denominarse **terapia por actividad** o **terapia de juego de actividad grupal** (Bratton y Ferebee, 1999; Smith y Smith, 1999). Bratton y sus colaboradores (2009) describieron detalladamente la integración de actividades expresivas estructuradas dentro de intervenciones de terapia de juego grupal con preadolescentes, incluyendo su lógica y sus técnicas específicas. La terapia de actividad grupal ha sido utilizada en estudiantes de preparatoria en riesgo (Paone, Packman, Maddux y Rothman, 2008) y en preadolescentes con problemas de aprendizaje y de conducta (Packman y Bratton, 2003).

Terapia grupal en la caja de arena

Cada vez es mayor el estudio y uso de la terapia en la caja de arena en el contexto de los grupos. Homeyer y Sweeney (en prensa) hicieron una revisión exhaustiva del proceso básico. Pearson y Wilson (2001) advirtieron que un beneficio clave de la terapia grupal en la caja de arena es que evita la identificación de cualquier miembro del grupo como el problema. Hunter (2006) recomienda el uso de la terapia grupal en la caja de arena:

> Se ha demostrado el éxito de un grupo modelo que emplea la técnica de expresión artística de la terapia de juego llamada juego en la caja de arena… Este método combina actitudes centradas en el cliente y técnicas de creación de "un espacio libre y protegido", observación del juego y facilitación del grupo con el énfasis jungiano en el poder de los significados simbólicos imaginativos y la dinámica y los beneficios de la terapia de grupo. Esta técnica puede emplearse con éxito en escuelas, preescolares, programas extraacadémicos, refugios, campamentos y otros lugares donde los niños pasan la mayor parte de su tiempo. (p. 273)

En un estudio de caso de la terapia grupal en la caja de arena, Hughes (2004) sugirió que la intervención involucra la participación del hemisferio cerebral derecho, lo que da lugar a un mayor insight y dinámica relacional. La investigación de Flahive (2005) demostró resultados positivos del uso en la escuela de la terapia grupal en la caja de arena con preadolescentes impulsivos. Draper, Ritter y Willingham (2003)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

describieron el uso de la terapia grupal en la caja de arena para tratar a adolescentes con problemas interpersonales, habilidades de socialización y desarrollo de la comunidad. Kestly (2010) revisó el juego grupal en la arena en escuelas primarias.

APOYO EMPÍRICO

La mayoría de las publicaciones acerca de la terapia de juego grupal se enfocan en estudios de caso y técnicas específicas. Sin embargo, dado que la terapia de juego grupal ha sido empleada como intervención con niños, su eficacia ha obtenido apoyo empírico continuo. A continuación se resume una muestra representativa de dicho apoyo.

Gibbs (1945) estudió a 63 niños en tres clínicas y advirtió que, aunque no es más exitosa que el tratamiento individual, la terapia de juego grupal es apropiada para tratar problemas educativos, ansiedad generalizada y trastornos de conducta. En un estudio, Fleming y Snyder (1947) reportaron mejoras mensurables en el ajuste social mediante el uso de la terapia de juego grupal no directiva. Cowen y Cruickshank (1948) y Cruickshank y Cowen (1948) trabajaron con cinco niños con impedimentos físicos y reportaron que cuatro de ellos experimentaron mejoras significativas o moderadas en su conducta en el hogar.

Mehlman (1953) utilizó la terapia de juego no directiva para estudiar a 32 niños con retardo mental internados en una institución y reportó una mejora significativa en la escala de calificación de conducta. En un estudio anterior con niños con retardo mental, se utilizó la terapia de juego grupal para tratar a ocho varones con problemas conductuales comórbidos. Leland, Walker y Taboada (1959) informaron que si bien no se observaron cambios significativos en la "maduración social", hubo "buena evidencia para decir que la experiencia activó parte del potencial intelectual que no había sido aprovechada antes del experimento" (p. 851).

Clement y Milne (1967) combinaron en un estudio la terapia de juego grupal con reforzamiento conductual (mediante el uso de fichas). El estudio incluyó tres grupos pequeños: el grupo de juego, un grupo verbal y un grupo control. El grupo de juego, acompañado por reforzamiento conductual, mostró incrementos significativos en la conducta de aproximación social y disminuciones en la conducta problemática. Schiffer (1967) analizó la eficacia de la terapia de juego grupal con niños demostrada por un aumento en las habilidades para relacionarse con los pares.

Myers (1970) estudió el uso de la terapia grupal con títeres en 48 niños con retardo mental y encontró una mejora significativa en el ajuste social en el grupo de tratamiento. House (1970) estudió a 36 alumnos de segundo grado y encontró que luego de 20 sesiones de terapia de juego centrada en el niño, el grupo experimental mostraba un incremento significativo en el autoconcepto en comparación con el grupo control. Boullion (1974) estudió la terapia de juego grupal en niños con retardos en el habla o el lenguaje, y encontró que la terapia de juego grupal producía cambios positivos significativamente mayores en la fluidez y articulación en comparación con el grupo control y otro grupo de tratamiento. Danger (2003) utilizó la terapia de juego grupal centrada en el niño para estudiar también a niños con problemas del habla. Su estudio demostró una mejora significativa en las habilidades de lenguaje expresivo y receptivo de los niños.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En un estudio con 80 alumnos de primaria, Gould (1980) demostró la eficacia de la terapia de juego grupal mediante mejoras significativas en el autoconcepto de los participantes del grupo de tratamiento en comparación con los del grupo control. En una investigación con 78 escolares de edad similar, Amplo (1980) encontró que la terapia de juego grupal produjo incrementos significativos en la disposición a intentar tareas nuevas en comparación con otra intervención de enseñanza.

Tondow Smith (1988) investigó dos enfoques de la terapia de juego (directiva y no directiva) en el tratamiento de problemas de ajuste social en niños, e informó de mejoras significativas en el autoconcepto, estatus social y habilidades sociales del grupo experimental directivo en comparación con los grupos control y no directivo. Pérez (1988) exploró la eficacia de la terapia de juego individual y grupal en niños que sufrieron abuso sexual. Ambas intervenciones produjeron mejoras estadísticamente significativas en el autoconcepto y autodominio. En un estudio de 66 escolares de tercer a sexto grado, Utay (1991) encontró que luego de una intervención de terapia de juego grupal, niños con problemas de aprendizaje mostraron un desempeño significativamente mayor que el grupo control en los reportes del maestro sobre sus habilidades sociales.

En un pequeño estudio de seis niños sumamente estresados, Jackson, Rump, Ferguson y Brown (1999) no informaron de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo control, pero indicaron un informe cualitativo de los padres de mejoras en el funcionamiento psicosocial de los niños. Esto es similar al estudio de Doubrava (2005) sobre el efecto de la terapia de juego grupal centrada en el niño en la inteligencia emocional, la conducta y el estrés de la crianza. Tyndall-Lind, Landreth y Giordano (2001) investigaron la eficacia de la terapia de juego grupal intensiva en niños que habían presenciado violencia doméstica. Los niños del grupo experimental mostraron una disminución significativa en los problemas de conducta, la agresión, ansiedad y depresión, así como una mejora significativa en la autoestima. En un estudio que investigó el uso de la terapia de juego grupal en niños inadaptados, McGuire (2001) informó que si bien no se encontraron resultados estadísticamente significativos en las medidas usadas con una muestra pequeña, los terapeutas y profesores reportaron tendencias positivas.

Paone y sus colaboradores (2008) estudiaron el efecto de la terapia de actividad grupal en estudiantes de preparatoria en riesgo y encontraron resultados positivos significativos en relación con el razonamiento moral. Baggerly (2004) demostró efectos positivos de la terapia de juego grupal centrada en el niño en el autoconcepto y los niveles de ansiedad y depresión en niños sin hogar . En una muestra con un tamaño de 42 niños, Baggerly demostró una disminución estadísticamente significativa en la ansiedad y la depresión y un incremento significativo de la autoestima.

Aplicaciones transculturales

Otros estudios ofrecen apoyo transcultural al uso de la terapia de juego grupal. Wakaba (1983) estudió los efectos de la terapia de juego grupal en niños japoneses tartamudos e informó de una mejora significativa en el tartamudeo y el ajuste social. Trostle (1985) estudió la terapia de juego grupal en 48 niños puertorriqueños bilingües e informó que el grupo experimental había demostrado incrementos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

significativamente mayores en el autocontrol y en las percepciones positivas de otros niños. Shen (2002) investigó el uso de la terapia de corto plazo de juego grupal centrada en el niño, en niños chinos víctimas de un terremoto, y reportó niveles significativamente menores de ansiedad y riesgo suicida en el grupo experimental en comparación con el grupo control.

Existen otras publicaciones sobre las aplicaciones transculturales de la terapia de juego grupal. Baggerly y Parker (2005) examinaron la terapia de juego grupal centrada en el niño en niños varones afroestadounidenses, y ofrecieron implicaciones terapéuticas y recomendaciones de investigación. Hopkins, Huici y Bermúdez (2005) estudiaron la terapia de juego grupal en clientes hispanos, mientras que Kao (2005) publicó un trabajo sobre la intervención con niños asiáticos.

CONCLUSIÓN

La terapia de juego grupal ofrece a niños, adolescentes y adultos la oportunidad de unirse de maneras recíprocas, lo cual da lugar a una mayor capacidad de reorientar las conductas de manera más apropiada para el enriquecimiento del self y las relaciones interpersonales. Los miembros del grupo experimentan insight, lo que produce un mayor grado de autocontrol y en consecuencia ayuda a disminuir las conductas de externalización (impulsivas o agresivas) y de internalización (tímidas o regresivas). Además, cuando se les da la oportunidad de expresarse a través de su medio natural de comunicación, los niños tienen también mayores oportunidades de manifestar sentimientos, deseos y necesidades en el escenario de la terapia de juego grupal. Esta dinámica también puede ser acertada en adolescentes y adultos con habilidades verbales que presentan retardo en el desarrollo o inhibición por los efectos psicológicos y neurobiológicos del trauma.

Dado que en esta intervención de la terapia de juego confluyen activamente los beneficios de los procesos grupales con las ventajas de la terapia de juego, los grupos terapéuticos de juego fomentan la seguridad y el crecimiento. Este es un resultado natural que combina en la experiencia grupal el estilo de comunicación innato del cliente con el curso natural de interacción con otros clientes. Niños, adolescentes y adultos aprenden acerca de sí mismos, de otros y de la vida.

Las publicaciones sobre la terapia de juego demuestran que los grupos terapéuticos de juego se han usado con éxito en clientes difíciles por cierto tiempo. No obstante, el uso y la popularidad de los grupos de terapia de juego parecen estar limitados al mundo de la terapia de juego, situación que debe cambiar: "La terapia de juego grupal mezcla con éxito los beneficios de la terapia de juego y los procesos de grupo, y puede ayudar a optimizar los recursos limitados de niños y terapeutas. Los niños crecen y sanan en un proceso que los ayuda a llevar su aprendizaje a la vida fuera del escenario de juego. La terapia de juego grupal proporciona este escenario" (Sweeney y Homeyer, 1999, p. 13).

REFERENCIAS

Amplo, J. (1980). Relative effects of group play therapy and Adlerian teacher training upon social maturity and school adjustment of primary grade students. *Dissertation Abstracts International, 41*(7A), 3001.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Badau, K., & Esquivel, G. (2005). Group therapy for adolescents with anger problems. In L. Gallo-Lopez & C. Schaefer (Eds.), *Play therapy for adolescents* (pp. 239–266). Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Baggerly, J. (2004). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy, 13*(2), 31–51.

Baggerly, J., & Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling & Development, 83*, 387–396.

Barlow, K., Strother, J., & Landreth, G. (1986). Sibling group play therapy: An effective alternative with an elective mute child. *School Counselor, 34*(1), 44–50.

Berg, R., Landreth, G., & Fall, K. (2006). *Group counseling: Concepts and procedures* (4th ed.). New York, NY: Routledge.

Bertoia, J. (1999). The invisible village: Jungian group play therapy. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of roup play therapy* (pp. 86–104). San Francisco , CA: Jossey-Bass.

Blundon, J., & Schaefer, C. (2006). The use of group play therapy for children with social skills deficits. In H. Kaduson & C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (2nd ed., pp. 336–376). New York, NY: Guilford Press.

Bouillion, K. (1974). The comparative efficacy of nondirective group play therapy with preschool, speech- or language-delayed children. *Dissertation Abstracts International,35*(1B), 495.

Bratton, S., & Ferebee, K. (1999). The use of structured expressive art activities in group activity therapy with preadolescents. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 192–214). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bratton, S., Ceballos, P., & Ferebee, K. (2009). Integration of structured expressive activities within a humanistic group play therapy format for preadolescents. *Journal for Specialists in Group Work, 34*(3), 251–275.

Caldwell, C. (2003). Adult group play therapy. In C. Schaefer (Ed.), *Play therapy with adults* (pp. 301–316). New York, NY: Wiley.

Clement, P., & Milne, D. C. (1967). Group play therapy and tangible reinforcers used to modify the behavior of 8-year-old boys. *Behavior Research and Therapy, 5*(4), 301–312.

Cooper, S., & Blitz, J. (1985). A therapeutic play group for hospitalized children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 3*(2), 23–37.

Corey, G., Corey, M. S., Callanan, P., & Russell, J. M. (2004). *Group techniques* (3rd ed.). Florence, KY: Brooks/Cole.

Cowen, E., & Cruickshank, W. (1948). Group therapy with physically handicapped children. II: Evaluation. *Journal of Educational Psychology, 39*, 281–297.

Crane, J. (2001). The parents' part in the play therapy process. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 83–98). Philadelphia, PA: Brunner/Routledge.

Cruickshank, W., & Cowen, E. (1948). Group therapy with physically handicapped children. I: Report of study. *Journal of Educational Psychology, 39*, 193–215.

Danger, S. (2003). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *Dissertation Abstracts International, 64*(09A), 3202.

DeMaria, M., & Cowden, S. (1992). The effects of client-centered group play therapy on self-concept. *International Journal of Play Therapy, 1*(1), 53–67.

Doubrava, D. (2005). The effects of child-centered group play therapy on emotional intelligence, behavior, and parenting stress. *Dissertation Abstracts International, 66*(3-B), 1714.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Draper, K., Ritter, K., & Willingham, E. (2003). Sand tray group counseling with adolescents. *Journal for Specialists in Group Work, 28*(3), 244–260.
Fehr, S. (2010). *101 Interventions in group therapy* (Rev. ed.). New York, NY: Routledge.
Ferrigno, J. (1979). The effects of group play therapy on preschool children when conducted by students functioning as therapists. *Dissertation Abstracts International, 39*(11A), 6524–6525.
Fischetti, B. (2010). Play therapy for anger management in the schools. In A. Drewes & C. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (2nd ed., 283–306). Hoboken, NJ: Wiley.
Flahive, M. W. (2005). Group sandtray therapy at school with preadolescents identifi ed with behavioral diffi culties. *Dissertation Abstracts International, 66*(11A), 0158.
Fleming, L., & Snyder, W. (1947). Social and personal changes following nondirective group play therapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 17*, 101–116.
Gallo-Lopez, L. (2006). A creative play therapy approach to the group treatment of young sexually abused children. In H. Kaduson & C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (2nd ed., pp. 245–272). New York, NY: Guilford Press.
Gibbs, J. (1945). Group play therapy. *British Journal of Medical Psychology, 20*, 244–254. Ginott, H. (1961). *Group psychotherapy with children: The theory and practice of play therapy*. New York, NY: McGraw-Hill.
Ginott, H. (1975). Group play therapy with children. In G. Gazda (Ed.), *Basic approaches to group psychotherapy and group counseling* (2nd ed., pp. 327–341). Springfi eld, IL: Thomas.
Gould, M. (1980). The effect of short-term intervention play therapy on the self-concept of selected elementary pupils. *Dissertation Abstracts International, 41*(3B), 1090.
Hansen, S. (2006). An expressive arts therapy model with groups for post-traumatic stress disorder. In L. Carey (Ed.), *Expressive and creative arts methods for trauma survivors* (pp. 73–91). London, UK: Kingsley.
Hansen, S., Meissler, K., & Ovens, R. (2000). Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomology. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 10*(4), 191–211.
Homeyer, L. (1999). Group play therapy with sexually abused children. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 299–318). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
Homeyer, L., & Sweeney, D. (in press). *Sandtray therapy: A practical manual* (Rev. ed.). New York, NY: Routledge.
Hopkins, S., Huici, V., & Bermudez, D. (2005). Therapeutic play with Hispanic clients. In E. Gil & A. Drewes (Eds.), *Cultural issues in play therapy* (pp. 148–167). New York, NY: Guilford Press.
House, R. (1970). The effects of nondirective group play therapy upon the sociometric statusand self-concept of selected second grade children. *Dissertation Abstracts International,31*(6A), 2684.
Hughes, S. (2004). The group sand tray: A case study. *Dissertation Abstracts International, 67*(02B), 1150.
Hunter, L. (2006). Group sandtray play therapy. In H. Kaduson & C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (2nd ed., pp. 273–303). New York, NY: Guilford Press.
Huth-Bocks, A., Schettini, A., & Shebroe, V. (2001). Group play therapy for preschoolers exposed to domestic violence. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 11*(1), 19–34.
Jackson, Y., Rump, B., Ferguson, K., & Brown, A. (1999). Group play therapy for young children exposed to major stressors: Comparison of quantitative and qualitative evaluation methods. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 9*(1), 3–16.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Jacobs, E., Masson, R., & Harvill, R. (2008). *Group counseling: Strategies and skills* (6th ed.). Florence, KY: Brooks/Cole.

Johnson, M. (1988). Use of play group therapy in promoting social skills. *Issues in Mental Health Nursing, 9*(1), 105–112.

Jones, K. D. (2002). Group play therapy with sexually abused preschool children: Group behaviors and interventions. *Journal for Specialists in Group Work, 27*(4), 377–389.

Kao, S. (2005). Play therapy with Asian children. In E. Gil & A. Drewes (Eds.), *Cultural issues in play therapy* (pp. 195–206). New York, NY: Guilford Press.

Kaplewicz, N. (2000). Effects of group play therapy on reading achievement and emotional symptoms among remedial readers. *Dissertation Abstracts International, 61*(1B), 535.

Kendall, J. (2003). Using games with adults in a play therapy group setting. In C. Schaefer (Ed.), *Play therapy with adults* (pp. 317–323). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

Kernberg, P., & Rosenberg, J. (1991). Play group therapy for children with socialized conduct disorders. In S. Tittman (Ed.), *Psychoanalytic group theory and therapy: Essays in honor of Saul Scheidlinger* (pp. 195–210). Madison, CT: International Universities Press.

Kestly, T. (2010). Group sandplay in elementary schools. In A. Drewes & C. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (2nd ed., 237–256). Hoboken, NJ: Wiley.

Klorer, P. G. (2003). Sexually abused children: Group approaches. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 339–350). New York, NY: Guilford Press.

Knudsen, W. (1985). Psychopuppetry, nondirective group play therapy using puppets as the intermediary object: A comparison with traditional nondirective group counseling or no counseling in the treatment of emotionally handicapped elementary school children. *Dissertation Abstracts International, 45*(8A), 2452.

Kottman, T. (1999). Group applications of Adlerian play therapy. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 65–85). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Landreth, G. (1999). Foreword. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. xi–xiii). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Brunner/Routledge.

Landreth, G., & Sweeney, D. (1999). The freedom to be: Child-centered group play therapy In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 39–64). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Leavitt, K., Morrison, J., Gardner, S., & Gallagher, M. (1996). Group play therapy for cumulatively traumatized child survivors of familial AIDS. *International Journal of Play Therapy, 5*(1), 1–17.

Leland, H., Walker, J., & Taboada, A. (1959). Group play therapy with a group of post-nursery male retardates. *American Journal of Mental Defi ciency, 63*, 848–851.

LeVieux, J. (1999). Group play therapy with grieving children. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 375–388). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Lingnell, L., & Dunn, L. (1999). Group play: Wholeness and healing for the hospitalized child. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 359–374). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Lockwood, J., & Harr, B. (1973). Psychodrama: A therapeutic tool with children in group play therapy. *Group Psychotherapy and Psychodrama, 26*(3/4), 53–67.

Ludlow, W., & Williams, M. (2006). Short-term group play therapy for children whose parents are divorcing. In H. Kaduson & C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (2nd ed., pp. 304–335). New York, NY: Guilford Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

McGuire, D. (2001). Child-centered group play therapy with children experiencing adjustment difficulties. *Dissertation Abstracts International, 61*(10A), 3908.
Mehlman, B. (1953). Group play therapy with mentally retarded children. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 48*(1), 53–60.
Miller, J. (1999). Effects of developmental group play on social competence of kindergartners. *Masters Abstracts International, 37*(05), 1187.
Moustakas, C. (1974). *Portraits of loneliness and love*. New York, NY: Prentice-Hall.
Moustakas, C. (1997). *Relationship play therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
Myers, D. (1970). A comparison of the effects of group puppet therapy and activity group therapy with mentally retarded children. *Dissertation Abstracts International, 31*(10A), 5234.
Nicholas, M. (2003). Introduction: Action methods in group therapy. In D. Wiener & L. Oxford (Eds.), *Action therapy with families and groups: Using creative arts improvisation in clinical practice* (pp. 103–105). Washington, DC: American Psychological Association.
Nicol, A., & Parker, J. (1981). Playgroup therapy in the junior school: Method and general problems. *British Journal of Guidance and Counseling, 9*(1), 86–93.
Oaklander, V. (1999). Group play therapy from a Gestalt therapy perspective. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 162–176). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
Oe, E. (1999). Sibling group play therapy. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 319–335). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
Packman, J., & Bratton, S. (2003). A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *International Journal of Play Therapy, 12*(2), 7–29.
Paone, T., Packman, J., Maddux, C., & Rothman, T. (2008). A school-based group activity therapy intervention with at-risk high school students as it relates to their moral reasoning. *International Journal of Play Therapy, 17*(2), 122–137.
Pearson, M., & Wilson, H. (2001). *Sandplay and symbol work: Emotional healing and personal development with children, adolescents and adults*. Melbourne, Australia: ACER Press.
Perez, C. (1988). A comparison of group play therapy and individual play therapy for sexually abused children. *Dissertation Abstracts International, 48*(12A), 3079.
Reddy, L. (2010). Group play therapy interventions for children with attention deficit/hyperactivity disorder. In A. Drewes & C. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (2nd ed., pp. 307–332). Hoboken, NJ: Wiley.
Reichert, E. (1994). Play and animal-assisted therapy: A group-treatment model for sexually abused girls ages 9–13. *Family Therapy, 21*(1), 55–62.
Schaefer, C., Jacobsen, H., & Ghahramanlou, M. (2000). Play group therapy for social skills deficits in children. In H. Kaduson & C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 296–344). New York, NY: Guilford Press.
Schiffer, A. (1967). The effectiveness of group play therapy as assessed by specific changes in a child's peer relations. *American Journal of Orthopsychiatry, 37*(2), 219–220.
Schiffer, M. (1957). A therapeutic play group in a public school. *Mental Hygiene, 41*, 185–193.
Shen, Y-J. (2002). Short-term play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. *International Journal of Play Therapy, 11*(1), 43–64.
Shen, Y-J. (2010). Trauma-focused group play therapy in the schools. In A. Drewes & C. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (2nd ed., 237–256). Hoboken, NJ: Wiley.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Smith, D. M., & Smith, N. (1999). Relational activity play therapy group. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 234–266). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Sori, C., & Hecker, L. (2003). *The therapist's notebook for children and adolescents: Homework, handouts, and activities for use in psychotherapy*. New York, NY: Haworth Press.

Stoiber, K., & Kratochwill, T. (Eds.). (1998). *Handbook of group interventions for children and families*. Boston: Allyn & Bacon.

Sweeney, D. (1997). *Counseling children through the world of play*. Eugene, OR: Wipf & Stock. Sweeney, D. (2001). Legal and ethical issues in play therapy. In G. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 65–81). Philadelphia, PA: Brunner/Routledge.

Sweeney, D., & Homeyer, D. (1999). *Handbook of group play therapy: How to do it, how it works, whom it's best for*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Sweeney, D., & Landreth, G. (2009). Child-centered play therapy. In K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and technique: A comparative analysis* (2nd ed., pp. 123–162). Hoboken, NJ: Wiley.

Tondow Smith, L. (1988). The relative effectiveness of two group play therapy approaches in modifying the social adjustment of primary grade children. *Dissertation Abstracts International, 48*(7B), 2112.

Troester, J. (1996). A therapeutic play group for children with hearing impairments. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 6*(2), 101–109.

Trostle, S. (1985). An investigation of the effects of child-centered group play therapy upon sociometric, self-control, and play behavior ratings of three- to six-year-old bilingual Puerto Rican children. *Dissertation Abstracts International, 46*(5A), 1198.

Tyndall-Lind, A., Landreth, G., & Giordano, M. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 10*(1), 53–83.

Utay, J. (1991). Effectiveness of a cognitive-behavioral group play therapy intervention on selected aspects of social skills of third through sixth-grade students with learning disabilities. *Dissertation Abstracts International, 52*(8A), 2826.

Van de Putte, S. (1994). A structured activities group for sexually abused children. In K. O'Connor & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy: Advances and innovations* (Vol. 2, pp. 409–427). New York, NY: Wiley.

van der Kolk, C. (1985). *Introduction to group counseling and psychotherapy*. Columbus, OH: Merrill.

Viers, D. (2007). *The group therapist's notebook: Homework, handouts, and activities for use in psychotherapy*. New York, NY: Routledge.

Wakaba, Y. (1983). Group play therapy for Japanese children who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 8*(2), 93–118.

White, J., & Flynt, J. (1999). Play groups in elementary school. In D. Sweeney & L. Homeyer (Eds.), *Handbook of group play therapy* (pp. 336–358). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Willemsen, H., & Anscombe, E. (2001). Art and play group therapy for preschool children infected and affected by HIV/AIDS. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6*(3), 339–350.

Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Books.

Zuchelli, P. (1993). Group play therapy with junior high school students. *International Journal of Play Therapy, 2*(1), 15–32.

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 14
Terapia de juego ecosistémica

Kevin O'Connor[1]

INTRODUCCIÓN

En la década de 1980 se desarrollaron la teoría ecosistémica y el modelo para aplicarla a la práctica de la terapia de juego, los cuales integran elementos de diversas teorías psicológicas, del trabajo social y de sistemas. El objetivo de desarrollar una teoría ecosistémica de la terapia de juego fue alentar a los terapeutas de juego a adoptar una perspectiva sistémica amplia en el desarrollo de las conceptualizaciones y los planes de tratamiento de sus casos. En lugar de hablar de **sistemas** se empleó el término **ecosistémico** para distinguirlo de los modelos de los sistemas familiares y para transmitir la amplitud del enfoque. En la teoría ecosistémica se consideran todos los sistemas sin excepción.

La teoría ecosistémica comparte algunas semejanzas conceptuales con el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1979), del cual ha adoptado algunos términos. Dichos modelos comparten dos semejanzas importantes. Una es el hincapié que se hace en los efectos que tienen en la vida cotidiana de los niños los múltiples sistemas en que se encuentran insertados. La otra son los términos empleados para reunir esos sistemas en agrupamientos conceptuales más grandes: microsistemas, mesosistemas, exosistemas (que no se emplean en la teoría ecosistémica), macrosistemas y cronosistemas (los cambios producidos por el paso del tiempo). También existen algunas diferencias importantes entre esos modelos. Primero, Bronfenbrenner se enfocó principalmente en el desarrollo humano y en la contribución de los sistemas ecológicos al proceso y a su resultado. La teoría ecosistémica considera que el desarrollo individual es un cronosistema que influye en otros sistemas y es influido por ellos. Segundo, Bronfenbrenner propuso un modelo de sistemas anidados en que cada sistema está insertado en otros sistemas. Utilizó el concepto de exosistema para conectar los sistemas que se influyen entre sí sin que tengan que estar insertados. En la teoría ecosistémica, se considera que los sistemas están ordenados de manera jerárquica, de modo que los que se encuentran más cercanos a la cúspide tienen una influencia mayor y más amplia sobre los sistemas que ocupan un lugar inferior en la jerarquía. Cuando los gobiernos crean leyes, éstas afectan a la mayoría de la población. Sin embargo, un modelo no anidado hace posible que algunos miembros de la sociedad de alguna forma queden exentos de esos efectos. Por último, Bronfenbrenner usa el término

[1] En la primera edición de este texto, Debra New fue la segunda autora de este capítulo. Aunque no participó en la redacción de esta versión actualizada, estoy en deuda con ella por su contribución original y su importancia continua para esta edición.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

microsistema para agrupar a todos los sistemas con los que el individuo tiene contacto manera más consistente. La teoría ecosistémica amplía el microsistema para incluir a los propios individuos como sistemas mente-cuerpo en lugar de ser considerarlos únicamente como las unidades básicas dentro de otros sistemas.

La teoría ecosistémica reconoce la dependencia única de los niños de los muchos sistemas en que están insertados y lo poco que pueden influir en ellos. Debido a esta dependencia, para que su tratamiento tenga efecto positivo, los terapeutas infantiles deben estar dispuestos a intervenir de manera más directa en la vida de sus clientes más a menudo de lo que lo estaría la mayoría de los terapeutas que trabajan con adultos. De hecho, por lo regular los niños no son llevados a tratamiento por problemas neuróticos internalizados sino porque presentan una reacción negativa a problemas sistémicos como las crisis experimentadas por sus cuidadores (médicas, laborales, matrimoniales, etcétera), hermanos (médicas, escolares, legales, etcétera), maestros, escuelas, comunidades, etcétera. Esas interacciones que tienen los niños con otros sistemas dan forma a su visión del mundo (O'Connor y Ammen, 1997), la cual a su vez influye en su capacidad para disfrutar de la vida y tener un funcionamiento cotidiano óptimo. La meta general de la terapia de juego ecosistémica es maximizar el disfrute de la vida, así como el desarrollo y funcionamiento de los niños en el presente y en el futuro.

CONCEPTOS BÁSICOS, METAS Y TÉCNICAS

Una de las suposiciones principales que subyacen a la terapia de juego ecosistémica es la idea de que los terapeutas sólo pueden ser eficaces cuando trabajan de manera sistemática desde un marco teórico organizado. La terapia de juego ecosistémica no supone que un modelo teórico sea necesariamente mejor que otro. Siempre que hagan un uso sistemático de la teoría, los terapeutas pueden trabajar con eficacia desde un sistema psicodinámico, cognitivo-conductual, de sistemas familiares o de otra teoría, ya que eso les permite brindar a sus pequeños clientes intervenciones claras y congruentes a nivel verbal y experiencial. Para contribuir a moldear el pensamiento del terapeuta, cualquier buena teoría debe incluir ciertos elementos fundamentales: una filosofía que lo sustente, una forma de concebir la personalidad y una manera de conceptuar la psicopatología.

Filosofía subyacente

La psicología está arraigada en su mayor parte en un modelo occidental de ciencia dura. La suposición principal de este modelo es que deben encontrarse respuestas correctas y erróneas para cada pregunta. Las respuestas pueden cambiar conforme más amplio es el conocimiento, pero a la larga debe ser posible descubrir una respuesta correcta final. Esta filosofía tiende a empujar a la persona al pensamiento en blanco y negro y a hacer juicios de valor basados en la percepción de la rectitud o maldad de determinada conducta o situación. Por ejemplo, esta postura filosófica plantea que una persona llegará a una conclusión definitiva y universal respecto a si el contacto sexualizado entre un adulto y un niño siempre es dañino independientemente de variables como la edad del niño, la naturaleza del contacto, la situación en que ocurrió o de acuerdo a la amplitud del contexto cultural. Aunque la terapia de juego

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

ecosistémica reconoce el valor potencial del tratamiento y la investigación basados en la filosofía de las ciencias duras, es una teoría que se fundamenta en la fenomenología.

La fenomenología es una filosofía que se basa en la idea de que no existen respuestas correctas y equivocadas absolutas, sino más bien que todo el conocimiento y su valor son relativos. Todo el conocimiento se basa en la forma en que percibimos los "hechos". Por ejemplo, ¿cómo sabemos que todos vemos el mismo color cuando miramos una cereza? En realidad, todo lo que sabemos es que, veamos lo que veamos, hemos sido enseñados a llamar rojo a ese color. De hecho, los individuos ciegos al color dicen que una cereza es roja aunque se sabe que su percepción del color es diferente a las percepciones de otros.

Cuando se usa la fenomenología como base de un modelo de tratamiento, se obtienen dos efectos. El primero es que el terapeuta asume sistemáticamente que la información proporcionada por cada una de las personas involucradas en un determinado caso es exacta. Cuando las historias de dos personas difieren de manera importante, el terapeuta no supone que una u otra están equivocadas o mienten. Más bien, empieza por suponer que cada persona percibe la situación de manera muy distinta con base en su experiencia y comprensión. El otro efecto de trabajar dentro de un marco fenomenológico es que una persona sólo evalúa en contexto algo como correcto o erróneo. En la revisión de la filosofía de las ciencias duras, se hace referencia a la idea de que es posible determinar el impacto universal del contacto sexualizado entre adultos y niños. Desde una perspectiva fenomenológica, dicha determinación sería imposible. La experiencia de contacto sexualizado de cada adulto y de cada niño es única y ocurre en un contexto único. El posible impacto negativo del contacto sólo puede evaluarse en contexto.

Incluso cuando se hace la evaluación de una conducta relativamente inocua, el contexto puede suponer una diferencia. Por lo general, los padres que dan a sus hijos el beso de buenas noches hacen lo "correcto". Pero la mayoría de los terapeutas de juego estarían de acuerdo en que es probable que los padres que dan a su hijo el beso de buenas noches por vigésima vez porque el niño ha estado llorando por horas por tener que ir a la cama, están reforzando una conducta problemática en lugar de brindarles la crianza apropiada.

La fenomenología también depende del sujeto (Giorgi, 1983); en realidad nunca podemos saber cómo percibe el mundo otro individuo, pero podemos tratar de entenderlo considerando la vida y las experiencias del cliente. Cuando se trabaja con niños, ello supone tratar de entender la forma en que su nivel de desarrollo hace diferir radicalmente sus experiencias y visiones del mundo de las experiencias y visiones de los adultos. La dependencia del sujeto se aplica a todos nosotros, de modo que los terapeutas no están mágicamente excluidos. Sus experiencias y visiones del mundo influyen en la forma en que entienden a los niños y sus problemas, lo cual crea una interacción entre las perspectivas dependientes del sujeto de niños y terapeutas. La terapia se convierte en un baile en que el terapeuta y el niño aprenden a moverse entre sus mundos en la búsqueda de formas de mejorar la calidad de vida del niño.

El humanismo (Herrick, 2005) es otra perspectiva filosófica que subyace a la teoría ecosistémica. Un aspecto importante del humanismo es la manera en que evalúa la "bondad" o "maldad" de la conducta. A diferencia de una postura fundamentalista u ortodoxa, el humanismo no sostiene estándares absolutos del bien y el mal entre

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

situaciones, sino que considera que toda la conducta debe ser evaluada en contexto. Las conductas con un impacto positivo o incluso neutro en el individuo o en otros por lo general se consideran "correctas", mientras que aquellas con un impacto negativo suelen ser consideradas "incorrectas" o patológicas. Un terapeuta de juego ecosistémico examinará el impacto que tiene la conducta de los niños en ellos mismos y en quienes los rodean para poder determinar si es lo bastante problemática para ameritar ser el centro de atención de la terapia. Para ilustrar las diferencias en las perspectivas fundamentalista y humanista, consideremos las alucinaciones en los niños. Desde una perspectiva fundamentalista, las alucinaciones se juzgan como inherentemente patológicas, un síntoma que requiere tratamiento. Desde una perspectiva humanista, el tratamiento sólo sería necesario si las alucinaciones angustian al niño o le hacen comportarse de formas que ponen en peligro a otros (O'Connor, 2005).

La fenomenología y el humanismo dan a la terapia de juego ecosistémica la flexibilidad necesaria para ser eficaz en diferentes culturas. Por definición, la fenomenología toma en consideración las distintas lentes a través de las cuales la gente ve su mundo y sus experiencias en ese mundo. Esas lentes son moldeadas por las experiencias y por todas las identidades del individuo en función del género, la raza, el origen étnico y la clase socioeconómica, sólo por mencionar unas cuantas. Para los propósitos de esta revisión, todas esas identidades se agrupan con poco rigor bajo el término **cultura**. Un buen ejemplo del efecto de dichas lentes es la forma en que diferentes culturas ven algo tan fundamental como el tiempo. Los estadounidenses de origen angloeuropeo suelen dar mucho valor al tiempo y esperan que los demás compartan este valor anotando fechas, siguiendo programas y llegando a tiempo a las citas, al trabajo y a la escuela. Los nativos estadounidenses tienden a minimizar la importancia del tiempo y dan mayor valor a estar en el momento y a lo que uno gana cuando permite que las experiencias se desarrollen de manera natural.

La fenomenología exige que se reconozca que ambas visiones son dos formas distintas de estar en el mundo, pero igualmente exactas y correctas. El humanismo complementa este aspecto de la fenomenología al considerar que ambas perspectivas son igualmente buenas dado que ninguna de ellas causa daño al individuo o a los demás. Al mismo tiempo, una filosofía humanista reconoce el potencial de daño cuando se enfrentan dos visiones del mundo. Cuando el niño trata de navegar entre ellas, quizá deba elegir entre permanecer en un evento familiar espontáneo pero importante y llegar a tiempo a un examen escolar; cualquier elección tiene el potencial de producirle angustia o consecuencias negativas. Por último, el humanismo puede ofrecer el marco que un terapeuta de juego usa para minimizar el impacto negativo en tales situaciones, ayudando a todos los interesados a aprender formas de balancear las necesidades del niño y las diversas culturas y sistemas en que está inmerso (O'Connor, 2005).

Personalidad

En el modelo ecosistémico, la personalidad se define como la "suma de las características, atributos, cogniciones, creencias y valores intra e interpersonales que hacen única a una persona" (O'Connor, 2000, p. 90). Se cree que el motivo básico que dirige la personalidad es el deseo de maximizar las recompensas obtenidas en la vida diaria a la vez que se evitan las consecuencias negativas (O'Connor, 1993). El

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

egocentrismo de este motivo es suavizado por los primeros apegos que motivan a los niños a ver recompensas en las relaciones interpersonales y recíprocas. En la conceptualización de la personalidad de los niños se hace también mucho énfasis en la importancia de los factores del desarrollo. En otros trabajos se hace una revisión exhaustiva de varios modelos del desarrollo y el funcionamiento de los niños de diferentes edades desde la perspectiva de la teoría ecosistémica (O'Connor, 2000; O'Connor y Ammen, 1997). Aquí se presenta un análisis adicional de la importancia particular de las relaciones de los niños con sus cuidadores principales.

La meta de todos los seres humanos es obtener la satisfacción de sus necesidades biológicas básicas. En la infancia, esas necesidades sólo pueden ser cubiertas mediante la relación con los cuidadores, por lo que esta relación se convierte en el organizador más poderoso de la personalidad. De hecho, ahora sabemos que esta relación en realidad moldea los circuitos cerebrales del niño (Gerhardt, 2004), en particular en lo que respecta a la forma que el niño espera que el mundo reaccione ante él (Siegel, 2002). A medida que se desarrolla la relación, el cuidador no sólo ayuda a satisfacer las necesidades biológicas del niño, sino también a la regulación fundamental de su afecto. Una de las principales responsabilidades del cuidador es adaptarse a las señales externas y a los estados emocionales de los bebés (Schore, 2001). Cuando los bebés están angustiados, los cuidadores responden y tratan de consolarlos, lo que permite que los infantes aprendan a confiar en los demás para la satisfacción de sus necesidades básicas y a tranquilizarse por sí mismos. Cuando los bebés se aburren o se retraen, el cuidador trata de mantener su interés, asumiendo de ese modo la responsabilidad de mantener la relación. Más allá del efecto tranquilizador e interesante, los cuidadores sanos alientan la felicidad y deleite del niño al atraerlo a la diversión y a juegos como las escondidillas y las cosquillas. Esas interacciones ayudan a los bebés a ver a los otros como una fuente de satisfacción emocional y estimulación placentera (Jernberg y Booth, 2010).

Por desgracia, este proceso recíproco del apego entre el infante y el cuidador no siempre se desarrolla con facilidad. Pueden surgir problemas debido a dificultades individuales, de interacción o sistémicas. A nivel individual, el niño o el padre pueden presentar problemas que dificultan las transacciones pragmáticas y emocionales. Si un niño nace con problemas médicos, como los cólicos, se altera con más frecuencia y es más difícil de consolar que la mayoría. Esos niños sufren dolor y, a cierto nivel, están conscientes de la incapacidad del cuidador para tranquilizarlos. Desafortunadamente, los niños pequeños no tienen la sofisticación cognitiva que se necesita para distinguir entre el cuidador que se esfuerza pero no puede encontrar la manera de consolar al bebé del que es intencionalmente negligente. En cualquier caso, la aflicción sin mediación de parte del bebé o el niño tiene un potencial importante de interferir en la relación de apego. Por otro lado, también los cuidadores pueden experimentar problemas individuales que les dificultan estar en sintonía con sus bebés. Una vez más, los infantes y los niños pequeños no pueden entender la razón de la no disponibilidad del cuidador; sólo saben que sus necesidades pragmáticas o emocionales no están siendo satisfechas.

En ocasiones las relaciones de apego de niños y cuidadores que por lo demás son sanas y funcionales se ven alteradas por problemas en su interacción. Un ejemplo

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

común de dichos problemas de interacción es la manera inapropiada en que el cuidador aplica la disciplina. Muchos cuidadores todavía recurren a las nalgadas u otras formas de agresión física para controlar la conducta negativa de los niños. Los golpes o tundas no ayudan a satisfacer las necesidades pragmáticas o emocionales de los niños ni a aprender estrategias de regulación emocional o conductual; simplemente les enseñan que la agresión es una forma apropiada de hacer que los otros supriman la expresión de sus necesidades. En la terapia de juego ecosistémica es importante ayudar a los cuidadores a manejar el comportamiento de los niños de manera que los ayuden a aprender conductas nuevas en lugar de simplemente reprimirlas. Una de las mejores estrategias para lograrlo es el uso de las consecuencias naturales y lógicas (Dreikurs y Grey, 1970). Las consecuencias naturales son las que el niño experimentaría si se le permitiera conducirse sin interferencia. Si uno olvida llevar el almuerzo a la escuela, se quedará con hambre. Si no hace la tarea, obtendrá malas calificaciones. Por desgracia, los adultos suelen interferir, impedir o suavizar las consecuencias naturales en la creencia de que están siendo "buenos" con el niño cuando le están haciendo difícil aprender a asumir la responsabilidad de su propia conducta.

En ocasiones la consecuencia natural de una conducta es demasiado grave para permitir que ocurra, como dejar que los niños descubran los peligros de no mirar a ambos lados antes de cruzar la calle permitiendo que sean atropellados por un carro. En tales casos, el cuidador debe desarrollar consecuencias lógicas que ayuden a suprimir la conducta del niño. Las consecuencias lógicas tienen una relación clara con la conducta identificada como problemática. Un niño que corre hacia la avenida obtiene la consecuencia lógica de no poder jugar fuera durante una hora o un día. Un niño mayor que valore su independencia pero que no vea hacia ambos lados de la calle quizá tenga que pasar el resto del día de compras tomado de la mano de uno de los padres. Las consecuencias lógicas en ocasiones requieren cierta inventiva por parte de los cuidadores, pero por lo general evitan las luchas por el poder y facilitan que los niños aprendan los efectos y consecuencias de su conducta.

Las consecuencias naturales y lógicas son más eficaces cuando los cuidadores presentan al mismo tiempo al niño conductas alternativas aceptables para las cuales no hay consecuencias. La evitación de las luchas por el poder y la presentación de alternativas aceptables hacen que el uso de las consecuencias naturales y lógicas resulte valioso para la preservación de la relación de apego. El manejo de la conducta se vuelve menos una cuestión de que los cuidadores hagan caso omiso de los deseos o necesidades del niño y más una cuestión de facilitarle la satisfacción de esas necesidades de maneras aceptables. La diada trabaja junta para obtener un fin en lugar de luchar entre sí.

Una alternativa popular a los golpes o tundas es el uso del tiempo fuera, que si bien puede ser una opción muy eficaz, suele usarse en exceso y de manera incorrecta. El tiempo fuera debería usarse sólo como una consecuencia lógica. No es lógico recibir un tiempo fuera porque uno se negó a cepillarse los dientes, pero sí tiene sentido tener que pasar por un tiempo fuera (que es una forma de aislamiento social) porque uno puso en peligro algo o a alguien. Si la conducta del niño interfiere de manera considerable con las necesidades o derechos de otro, éste tiene que ser separado por cierto lapso. Es perfectamente lógico usar un tiempo fuera como consecuencia de lastimar o amenazar con lastimar física o emocionalmente

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

a otros. Además de usar en exceso el tiempo fuera, muchos cuidadores hacen mal uso de él cuando en realidad no sacan al niño de un ambiente reforzante o hacen que la duración del tiempo fuera sea mayor a la apropiada para su edad.

Mandar a los niños a su cuarto no suele ser un "verdadero" tiempo fuera porque la mayoría de ellos tienen juguetes en sus habitaciones con los cuales entretenerse. Es preferible tener una silla o un lugar especial, alejado de otra estimulación, en que el niño pueda usar en verdad el tiempo fuera para apaciguarse. También es preferible usar tiempos fuera cortos y frecuentes a usar tiempos fuera largos. Un tiempo fuera incluso de un minuto puede parecer una eternidad para los niños pequeños. Para los preescolares y los niños mayores suele ser apropiado un tiempo fuera de cinco minutos más un minuto adicional por cada año de la edad del niño. En todos los casos, el tiempo fuera sólo empieza cuando el niño está sentado tranquilo, sin importar el tiempo que esto lleve. Dependiendo de la edad y las necesidades del niño, es posible que el cuidador ofrezca ayuda para que el niño se calme lo suficiente a fin de que empiece oficialmente el tiempo fuera. Cuando se aplica de manera apropiada, el tiempo fuera enseña a los niños la importancia de comportarse de formas socialmente apropiadas y hace hincapié en su capacidad para manejar su propia conducta.

Por último, la relación de apego puede ser alterada por factores sistémicos. Una crisis de salud de un hermano puede requerir que el cuidador se aleje del niño más tiempo del óptimo; un nuevo empleo puede producir un cambio de residencia lo cual podría ser sumamente perturbador; o algo tan catastrófico como un desastre natural puede interferir con la capacidad del cuidador para satisfacer las necesidades pragmáticas y emocionales del niño. Sin importar la fuente de la interferencia, esas alteraciones en la relación de apego a menudo dan lugar a que el niño desarrolle conductas patológicas, es decir, conductas disfuncionales.

Patología

En congruencia con el modelo de personalidad presentado, desde la perspectiva de la terapia de juego ecosistémica se considera que la patología involucra uno o más de tres factores. Antes que nada, se define que la patología ocurre en los niños que son "incapaces de lograr que sus necesidades sean resueltas al nivel que consideran satisfactorio, o que no pueden conseguir que sus necesidades sean satisfechas sin interferir de manera considerable con la capacidad de los demás para satisfacer sus propias necesidades" (O'Connor, 1997, p. 241). En esencia, han sido frustrados en sus intentos por satisfacer sus impulsos básicos. Este primer factor suele ligarse de manera inextricable con un segundo factor, la alteración de las relaciones de apego de los niños. Cuando son llevados a terapia, suele ser difícil saber qué fue primero (el fracaso para obtener la satisfacción de las necesidades básicas o la alteración del apego). De igual modo, los dos primeros factores están altamente relacionados con el último. La incapacidad sistemática de obtener la satisfacción de sus necesidades o la alteración de los apegos importantes pueden interferir con el progreso del desarrollo de los niños. La alteración en la conducta, el patrón de reforzamiento de los niños o la mera energía que requieren sus intentos por afrontar la vida pueden privarlos de los recursos necesarios para su desarrollo normal. A menudo esas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

alteraciones del desarrollo no son evidentes porque están restringidas a la incapacidad del niño para pensar en el problema o los aspectos relacionados con el mismo de una forma apropiada para su edad. Muchos niños cuyo desarrollo parece correcto o incluso avanzado de repente manifiestan un pensamiento mucho más concreto cuando sus problemas y afectos asociados pasan a primer plano. La alteración temporal de la capacidad para lograr la satisfacción de las necesidades sucede a menudo y no es necesariamente problemática y mucho menos patológica. En la terapia de juego ecosistémica se considera que la verdadera patología ocurre cuando un niño "se involucra de manera repetida en conductas que no consiguen satisfacer sus necesidades y es incapaz de generar una conducta alternativa o participar en la solución eficaz del problema" (O'Connor, 1997, p. 241).

Los niños pueden llegar al punto en que manifiestan patología por varias razones que a menudo están interconectadas. Esas razones son una analogía exacta de los factores ya indicados que contribuyen a las alteraciones en la relación de apego. Los factores individuales de los niños pueden dificultarles obtener la satisfacción de sus necesidades o lograr que se satisfagan de manera apropiada, sin importar el contexto. Los niños con problemas neurológicos, enfermedades graves, problemas del desarrollo u otras condiciones se incluyen en esta categoría. Las necesidades de esos niños sencillamente no son similares a las de otros, por lo que exigen más de quienes los rodean. En consecuencia, es probable que experimenten más frustración, mayor alteración de los apegos y más problemas del desarrollo.

Los niños también pueden llegar a manifestar patología porque están en medio de relaciones interpersonales problemáticas. Básicamente, esos niños son capaces de reaccionar como quienes los rodean, pero sus interacciones no son mutuamente satisfactorias. A una o ambas partes les gustaría mejorar la calidad de la interacción, pero no pueden encontrar la manera de hacerlo. Por último, puede surgir patología cuando los niños forman parte de sistemas patogénicos; el niño tiene la capacidad de funcionar, pero el sistema lo hace difícil. No importa lo bien intencionado que sean, sistemas como los hospitales, las casas hogares y las escuelas pueden crear un ambiente en que las necesidades de los niños no reciben una satisfacción adecuada, lo que suele producir frustración y dolor tanto para el sistema como para los niños. Esas causas de patología de ninguna manera son ortogonales y a menudo operan dos o incluso tres al mismo tiempo, lo que complica mucho el tratamiento.

Cuando desarrollan un planteamiento para explicar la patología actual del niño y su fuente, los terapeutas de juego ecosistémicos están conscientes del importante papel del nivel actual de desarrollo del niño en el moldeamiento de la naturaleza del problema. La edad de desarrollo siempre es más importante que la edad cronológica, aunque las diferencias significativas entre ambas crean sus propios problemas. Es posible crear un excelente plan de intervención para un niño cuya capacidad de apego sea congruente con la de un niño de dos años independientemente de su edad cronológica. Si la edad cronológica del niño es de cuatro años, es poco probable que los cuidadores y el ambiente consideren que la conducta de apego de un niño de dos años es particularmente problemática; sin embargo, si la edad cronológica del niño es de 12 años, es muy poco probable que los demás toleren dicha conducta. El niño de cuatro años tiene una probabilidad mucho mayor que el de 12

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de obtener el tipo de crianza y apoyo que necesita para avanzar sin tener que hacer esfuerzos considrables por atraer a quienes lo rodean.

Un método para la evaluación rápida del funcionamiento del desarrollo social emocional del niño es el uso de laForma Objetiva de Evaluación del Desarrollo en la Terapia (Developmental Therapy Objective Rating Form, DTORF), una rápida entrevista semiestructurada en que el clínico recaba la historia del niño por medio del cuidador o de otras personas que lo conocen bien. Se obtienen calificaciones en cuatro dominios: social, conductual, académico y de comunicación. Además, dado que los reactivos están redactados como objetivos definidos operacionalmente, cuando la entrevista concluye el clínico tiene una lista de seis a ocho metas específicas de la terapia. La Forma Objetiva de Evaluación del Desarrollo en la Terapia puede usarse también para evaluar el progreso del niño a medida que avanza la terapia; el lector interesado en dicho instrumento puede visitar el sitio www.dtorf.com. Tanto el método de evaluación como las técnicas de intervención relacionadas se describen en el libro *Teaching Responsible Behavior*, 4ª edición (Wood, Quirk y Swindle, 2007) y en www.fcs.uga.edu/dttp.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA META Y LA CURA

Así como el concepto de patología de la terapia de juego ecosistémica surge de su definición de la personalidad, su definición de la meta o metas de la terapia surge de su definición de la psicopatología. Específicamente, la meta de la terapia de juego ecosistémica es "maximizar la capacidad del niño para lograr que sus necesidades sean satisfechas de una manera eficaz y que no interfiera con la capacidad de otros para satisfacer sus necesidades" (O'Connor, 2000, p. 135). Al mismo tiempo, el terapeuta de juego ecosistémico trabaja para desarrollar o mejorar las relaciones de apego de los niños a fin de asegurar que cuenten con los recursos necesarios para obtener un resultado positivo. Además, las buenas relaciones de apego aseguran que el niño no desarrolle una personalidad egocéntrica o psicopática en la satisfacción de sus necesidades a expensas de otros. Por último, dado que los niños que experimentan patología no muestran un desarrollo adecuado, los terapeutas de juego ecosistémicos se esfuerzan por asegurar que el niño reanude el progreso normal del desarrollo. La meta es llevarlo a un nivel de desarrollo tan apropiado a la edad como sea posible y a igualar su desarrollo entre dominios. El terapeuta trabaja para lograr que el niño funcione bien tanto en lo social como en lo conductual, o bien tanto en lo social y lo conductual como en lo académico. Esto es importante porque los niños cuyo funcionamiento es desigual entre dominios a menudo obtienen menos apoyo de su ambiente que aquellos con un funcionamiento uniformemente bajo. Un niño que se encuentra rezagado en todas las áreas provoca compasión en quienes pueden ver que su aflicción es evidente. Por el contrario, un niño con un excelente nivel académico pero que socialmente es muy inmaduro suele ser considerado por los profesores como excesivamente necesitado de la atención de los adultos y por los pares como "consentido del profesor". Es poco probable que cualquiera de esas percepciones le permitan obtener apoyo de manera cotidiana. De igual modo, cuando un niño brillante es incapaz de mostrar un buen desempeño académico por alguna interferencia emocional, suele ser criticado por no esforzarse lo suficiente. El

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

funcionamiento más uniforme hará mucho más fácil para el niño lograr que sus necesidades sean satisfechas en la vida cotidiana.

Una vez que el terapeuta ha planteado una conceptualización del caso que sea congruente con la teoría ecosistémica, se desarrollan las metas específicas del tratamiento y se diseña el plan de tratamiento.

Rol del terapeuta y uso de los poderes terapéuticos del juego

El terapeuta de juego ecosistémico tiene la tarea principal de ayudar al niño a "liberarse", lo que le permitirá involucrarse en un nuevo comportamiento e incrementará la intensidad con que se satisfacen sus necesidades. **Liberarse** se define aquí como ayudar a los niños a redefinir sus problemas, lo que facilita la solución creativa de los mismos. El mero proceso de experimentar algo de manera distinta o de entender diferentes posibilidades de lograr que sus necesidades sean satisfechas puede tener un profundo efecto y positivo en los clientes (Elliot, 1984). Aunque es una meta general, el terapeuta emprende otras tareas relacionadas a medida que se necesitan. Primero, dado que los niños por lo general no buscan tratamiento por sí mismos, el terapeuta debe ayudarlos a entender la naturaleza del tratamiento y hacer la mayor parte del trabajo en el establecimiento inicial de la alianza terapéutica. Segundo, el terapeuta ayuda activamente al niño a participar en la solución de problemas; su nivel real de orientación en este proceso dependerá en gran medida del nivel de desarrollo del niño y de sus capacidades para la solución de problemas. La participación del terapeuta en el proceso de solución de problemas puede ir de la dirección activa de la sesión en el caso de los niños con un nivel de desarrollo menor a limitarse a brindar apoyo a medida que los niños con un nivel mayor de desarrollo avanzan para encontrar sus propias soluciones.

El establecimiento manifiesto de un contrato de tratamiento muy específico con el niño al inicio de la terapia de juego puede ser una de las principales diferencias de la terapia de juego ecosistémica respecto a otros modelos de terapia de juego. Al final de la sesión inicial con el niño, el terapeuta presentará un contrato potencial de tratamiento enfocado en las necesidades no cubiertas del menor. A partir de los problemas que el niño expuso durante el ingreso, el terapeuta elige aquéllos que parecen afectarlo más y define como propósito de la terapia tratar de minimizar esos problemas que lo angustian y maximizar su disfrute de la vida. El contrato nunca propone producir un cambio para satisfacer a otros; más bien, enfatiza el cambio que mejorará de manera concreta la calidad de vida del niño. En el curso del tratamiento, en las sesiones con el niño a menudo se hace referencia a este contrato/meta que funciona como medida de la eficacia del tratamiento. Después de todo, sería difícil decir que la terapia de juego fue eficaz porque el niño cambió de maneras que satisfacen a otros si éste sigue siendo infeliz. También puede establecerse un contrato paralelo con los padres para ayudarlos a concentrarse en cambiar las conductas problemáticas del niño. Cuando los contratos parecen contradictorios, lo que no es inusual desde una perspectiva fenomenológica, depende del terapeuta ayudar a ambas partes a ver cómo la solución de los problemas mutuos puede tener como resultado lograr que ambas partes se sientan más felices y saludables, y, lo mejor de todo, que tengan una mejor relación.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Una vez establecido el contrato o contratos de tratamiento, el terapeuta de juego ecosistémico involucra al niño o a los cuidadores o las personas en el entorno del niño en la solución activa de problemas para asegurar un cambio cualitativo. En este contexto, la expresión **solución de problemas** no se refiere simplemente a un ejercicio racional cognitivo. Más bien, se utiliza para referirse a todos los esfuerzos por lograr una satisfacción sistemática y apropiada de las necesidades del niño. Un terapeuta de juego ecosistémico podría ayudar a un niño a expresar mejor su emoción de modo que los demás respondan de manera apropiada mientras ayuda a otro a desarrollar estrategias específicas para enfrentar a un acosador en la escuela. El proceso de solución de problemas puede ser encubierto. El terapeuta realizaría toda la solución del problema y ayudaría al niño a continuarlo, o el proceso podría ser manifiesto y el terapeuta entrenaría al niño en estrategias básicas de solución de problemas.

Dos estrategias terapéuticas forman parte importante de este proceso de solución de problemas y merecen una mención especial. Una es el papel del terapeuta para ayudar a los niños a identificar y expresar emociones de maneras apropiadas para su nivel de desarrollo en lo social y lo cultura. Es poco posible que el niño logre la satisfacción de sus necesidades emocionales o afectivas si nadie las conoce. Una forma de lograrlo es mediante el uso de métodos psicoeducativos divertidos como el Termómetro de Ilumina tu Vida (O'Connor y New, 2002), una variante de la Técnica de Ilumina tu Vida en la cual se enseña a los niños a asociar colores y afectos, de modo que los colores se conviertan en una forma indirecta de expresar y cuantificar la emoción (O'Connor, 1983). En esta modificación, al inicio de la sesión de juego se entrega a los niños el dibujo de un termómetro y se les pide que coloreen los sentimientos que tuvieron desde la última reunión. El terapeuta explica que de la misma manera en que el personal médico usa la temperatura corporal para valorar el bienestar del niño, el terapeuta de juego usa la temperatura de los sentimientos para valorar el bienestar emocional. Este método anima a los niños a enfocarse en su experiencia emocional entre sesiones y a entender el grado en que el terapeuta está interesado en sus emociones y en ayudarlos a sentirse mejor.

La otra estrategia terapéutica relacionada con la solución eficaz de problemas es el establecimiento de límites. Si el niño no experimenta consecuencias negativas por realizar conductas que interfieren con la capacidad de otros para lograr la satisfacción de sus necesidades, tendrá poca motivación para cambiar. Para establecer dicha motivación, el terapeuta se asegura de establecer límites apropiados en la sesión y de que los cuidadores hagan lo propio de una manera tan sistemática como sea posible. Cuando los cuidadores son capaces de controlar con éxito la conducta de sus hijos, éstos aprenden el grado y la naturaleza de los límites del cuidador y el entorno. Además, aprenden que el cuidador es capaz de mantenerlos de manera segura dentro de esos límites. El mismo principio se aplica en el cuarto de juego (Landreth, 2002).

Para llevar a la práctica todas esas estrategias, los terapeutas de juego ecosistémicos se basan en su conocimiento de los poderes terapéuticos del juego y de la investigación sobre los procesos de cambio terapéutico para diseñar actividades o sesiones específicas para abordar las necesidades individuales de sus pequeños clientes. El cuadro 14-1 es un bosquejo de algunas de las muchas formas en que los poderes terapéuticos del juego (Schaefer y O'Connor, 1983) pueden emparejarse directamente con los procesos conocidos de cambio terapéutico (Shirk y Russell, 1996)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 14-1. Implementación de los procesos de cambio en la terapia de juego

	Proceso específico	Cómo se produce el cambio	Poder terapéutico del juego
Procesos cognitivos	***Transformación del esquema***	A través de la modificación de las suposiciones o expectativas explícitas insertadas en el contenido (verbal o simbólico) que el niño lleva a la sesión.	Intrapersonal*: cognitivo, adquisición de información, creatividad, prueba de realidad, simbolismo, satisfacción del deseo
	Intercambio simbólico	A través de la participación recurrente en la estructura de intercambios comunicativos. El proceso de comunicar una experiencia a otra persona ayuda al niño a organizar dicha experiencia y a darle significado.	Interpersonal: comunicación, metáfora
	Interpretación del insight	A través de la reorganización del significado de las experiencias o por medio de una mayor conciencia de uno mismo.	Intrapersonal: cognitivo
Procesos emocionales	***Desarrollo de habilidades***	A través del aprendizaje adaptado o de habilidades cognitivas compensatorias.	Biológico: aprender habilidades básicas Intrapersonal: autocontrol Interpersonal: habilidades sociales
	Abreacción, liberación	A través de la expresión o descarga de los sentimientos que producen un sentido de dominio o control.	Biológico: liberación de la tensión Intrapersonal: catarsis, abreacción
	Experiencia emocional	A través de la integración de la experiencia emocional con la comprensión de su significado personal.	Intrapersonal: exploración
	Educación afectiva	A través de enseñar a los niños a reconocer, etiquetar y hablar de los sentimientos propios y los ajenos.	Interpersonal: enseñanza, comunicación Sociocultural: juego de roles
	Regulación emocional	A través del desarrollo de estrategias de afrontamiento o la modificación de las defensas psicológicas.	Intrapersonal: sublimación, dominio de conflictos

*Las palabras subrayadas reflejan las principales categorías de los poderes terapéuticos del juego descritas por Schaefer y O'Connor (1983, p. 4).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 14-1. Implementación de los procesos de cambio en la terapia de juego

	Proceso específico	Cómo se produce el cambio	Poder terapéutico del juego
Proceso interpersonal	***Validación interpersonal y apoyo***	A través de la provisión de apoyo social y emocional y de la validación del valor del niño.	Interpersonal: apego
	Andamiaje solidario	A través de la participación junto al terapeuta en situaciones que superan la capacidad funcional del niño.	Interpersonal: apego, superación de la resistencia Sociocultural: juego de roles
	Corrección de la relación	A través de la modificación de los patrones repetitivos de relación experimentado formas alternativas o discrepantes de relación con el terapeuta. En otras palabras, conocimiento que adquiere el niño cuando el terapeuta no repite la conducta de las figuras de transferencia del cliente.	Biológico: vinculación Interpersonal: apego

A medida que el niño aprende mejores habilidades de solución de problemas, el terapeuta debe trabajar para asegurar que esas habilidades y conductas recién descubiertas se generalicen a la vida fuera del cuarto de juego. Para lograrlo se aumenta gradualmente la participación del cuidador en la sesión, a la vez que se desvanece la participación del terapeuta. Sin embargo, dado que en su vida cotidiana los niños dependen de otros mucho más que los adultos, los terapeutas de juego ecosistémicos pueden involucrarse más con otras personas en el entorno del niño. Esto puede ir de una simple consulta con los maestros a la defensa apasionada del niño en el ámbito legal. Esta capacidad para moverse entre el mundo del cuarto de juego y la participación en el mundo real del niño caracteriza a los terapeutas de juego ecosistémicos y requiere de gran habilidad y de la capacidad para mantener excelentes fronteras.

ROL DE LOS CUIDADORES

En el modelo de la teoría ecosistémica, los cuidadores cumplen un papel fundamental en el proceso terapéutico. El terapeuta sólo pasa una hora a la semana con el niño, mientras que el cuidador pasa con él muchas horas al día. Las experiencias que el niño tiene durante la hora de la terapia deben generalizarse a su vida, lo cual resulta mucho más difícil sin la participación del cuidador. Para que el terapeuta sea eficaz no sólo debe establecer rapport con el niño, sino también con el cuidador. Esto se logra de dos maneras: mediante la participación activa del cuidador en la planeación y ejecución del tratamiento del niño, y asegurando que el padre no se sienta

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

culpado por los problemas del niño. Por lo regular eso se facilita cuando el terapeuta identifica los factores individuales, de interacción y sistémicos que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la patología del niño. Cuando el terapeuta se enfoca en las necesidades actuales del niño y se esfuerza por equilibrarlas con las necesidades del cuidador, éste se siente menos culpable o defensivo y, por ende, se muestra más dispuesto a participar en el proceso de la terapia de juego.

Por lo general, los terapeutas de juego ecosistémicos realizan la sesión inicial sólo con el cuidador o cuidadores. En esta primera sesión, el terapeuta recaba información sobre los hitos del desarrollo del niño, el sistema familiar, el registro médico y legal del niño y los miembros de la familia y la percepción del cuidador sobre los problemas del niño (O'Connor y Ammen, 1997). El ingreso se completa en la sesión siguiente en que el terapeuta conoce al niño. Durante esta fase el terapeuta realiza un examen del estado mental y conoce las opiniones del niño acerca de cómo experimenta el problema y cómo debería definirse (O'Connor y Ammen, 1997).

Después de que el ingreso ha concluido, el terapeuta debe incluir al cuidador y al niño en la sesión y jugar algo como el "juego de los buenos sentimientos y los malos sentimientos" (Ammen, 1994). Esto le permite determinar lo que sucedió en la semana anterior y observar cómo interactúa la diada. Según las necesidades del caso, el cuidador podría entonces abandonar la sesión mientras el terapeuta continúa el trabajo con el niño. Si la dificultad experimentada por el niño es más diádica, el cuidador debería participar en una parte mayor de la sesión. Si los problemas del niño tienen raíces sistémicas más amplias, el cuidador puede participar en la medida que tenga una opinión o control del sistema del problema. Por ejemplo, los padres podrían pedir a la escuela del niño que haga alguna evaluación académica o buscarle una guardería diferente. Además, esas sesiones colaterales se usan muchas veces para ayudar al cuidador a abordar problemas relacionados con la crianza a fin de mejorar dichas habilidades.

APLICACIONES CLÍNICAS

Si bien este capítulo se enfoca en la terapia de juego ecosistémica, es sencillo emplear la teoría ecosistémica subyacente con clientes de cualquier edad o que presenten cualquier problema. Dado que el modelo de base es tanto fenomenológico como sistémico, se adapta al individuo y al contexto en que vive. Debido a sus aspectos transaccionales, también es un modelo particularmente adecuado para negociar un compromiso entre las necesidades del individuo y las de los distintos sistemas en que está inmerso. Por último, su incorporación de metasistemas como la comunidad mundial y el tiempo histórico le permite adaptarse a las necesidades de personas que provienen o viven en contextos culturales y sistémicos muy diferentes. La terapia de juego ecosistémica es particularmente adaptable por dos razones: primero, su enfoque en el desarrollo infantil para la conceptualización y tratamiento de los niños brinda al modelo la suficiente flexibilidad para ser usado con la misma facilidad en bebés que en adolescentes; laa otra razón se relaciona con la primera: el enfoque en el desarrollo permite al terapeuta variar el estilo de intervención para adecuarlo al cliente sin tener que modificar el modelo teórico subyacente. Entre menor sea el desarrollo del niño, más deberá responsabilizarse

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

el terapeuta del contenido y estructura de las sesiones y dominará el juego. En el caso de un niño con un mayor desarrollo, el terapeuta le facilitará más que resolver el problema y equilibrará las actividades verbales y de juego en la sesión.

APOYO EMPÍRICO

La terapia de juego ecosistémica es un modelo relativamente nuevo, por lo que ha sido tema de muy poca investigación. El modelo ha sido adoptado por muchos terapeutas de juego, quienes ofrecen buena evidencia anecdótica en apoyo de su uso. Además, la aceptación del modelo fuera del contexto cultural anglo-europeo de EUA sugiere que, de hecho, es sumamente adaptable. Como se mencionó antes, O'Connor empezó a incluir en la terapia de juego ecosistémica las ideas de Shirk y Russell (1996) sobre los procesos terapéuticos. Esos autores identifican procesos específicos en las sesiones de terapia que relacionan conceptualmente con conceptualizaciones específicas de la dinámica del problema presentado por el niño. Sus ideas crean un marco para cuantificar y estudiar el impacto de conductas específicas del terapeuta de juego en la salud mental de sus pequeños clientes. Empieza a hacerse cierta investigación preliminar en esta área. El autor tiene gran esperanza de que esta estrategia de investigación pueda empezar a identificar intervenciones mejores y más enfocadas que los terapeutas de juego puedan usar en su trabajo.

CASO ILUSTRATIVO

El siguiente ejemplo da una idea de la profundidad y amplitud potencial de una intervención ecosistémica en que la terapia de juego ecosistémica fue un componente central. En otros trabajos (O'Connor, 2000; O´Connor y Ammen, 1997; O'Connor y Braverman, 1997) pueden encontrarse ejemplos más detallados del ingreso, evaluación previa al tratamiento, planeación y curso del tratamiento con la terapia de juego ecosistémica. Los detalles de este caso fueron modificados y, de hecho, se combinó la información de varios casos a fin de proteger a los clientes y de ilustrar mejor el modelo.

Darren tenía ocho años cuando fue llevado a tratamiento. Desde la perspectiva de su cuidadora, el niño presentaba varios problemas. En casa le inquietaban las preocupaciones aparentemente interminables de Darren, la mayoría de las cuales se manifestaban en su incapacidad para separarse físicamente de ella, incluso por un tiempo corto. El niño le pedía que dejara la puerta abierta cuando iba al baño y que estuviera todo el tiempo lo bastante cerca para poder escucharla. También le resultaba difícil separarse para ir a la cama. Curiosamente, Darren era capaz de ir a la escuela sin protestar, pero una vez ahí se distraía de manera constante y tenía que ser disciplinado por sus maestros de manera leve a moderada. El niño también parecía tener dificultades para hacer y conservar amigos entre sus pares. Desde la perspectiva de Darren, el problema era que siempre estaba preocupado y que parecía meterse en problemas por una u otra razón. Como Darren admitió tan fácilmente una aflicción interna, el contrato de tratamiento hecho con el terapeuta consistía en ayudarlo a preocuparse menos y a divertirse más. El terapeuta también le hizo notar de manera casual que quizá podría divertirse más si podían encontrar una forma de que se metiera menos en problemas.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La historia de Darren llevó al terapeuta a conjeturar que los problemas presentados por el niño eran síntomas de déficits de apego subyacentes. Darren fue producto de un embarazo adolescente no planeado. La madre no tuvo buen cuidado prenatal y posiblemente consumió drogas durante el embarazo; el padre desapareció antes de que el niño naciera. Cuando Darren nació, fue colocado en una casa hogar porque tanto él como su madre dieron positivo en una prueba de detección de consumo de drogas. En el curso de los siguientes años, Darren vivió con diversos miembros de su familia extensa y en varias casas hogar. A la mayoría de los cuidadores les parecía un niño con demasiadas carencias y a la larga era cambiado. En cinco años estuvo en seis hogares diferentes; finalmente fue ubicado en un hogar con Beth, una posible madre adoptiva. Aquí pareció estabilizarse conductualmente. Por desgracia, el niño todavía no podía ser legalmente adoptado porque varios familiares se mostraban renuentes a firmar los papeles finales. Esto dejó a Darren en una situación sin resolver cuya naturaleza parecía comprender del todo. Aunque algunos podrían considerar que la participación de la familia extensa era una ventaja, Darren la veía como una amenaza a su adopción y eso disparó la vigilancia permanente en su relación con Beth.

A partir de esta combinación de historia y problemas presentes se desarrolló una lista bastante amplia de metas de tratamiento. Algunas de esas metas eran

1. Reducir la ansiedad general de Darren, en particular ante la separación.
2. Aumentar la capacidad de Darren para disfrutar de su relación actual con su madre adoptiva potencial en lugar de enfocarse en su temor a perderla.
3. Aumentar el apego de Darren hacia otros adultos y niños de su entorno a fin de aumentar su sentido de seguridad y estabilidad interpersonal.
4. Trabajar con Beth en el desarrollo de estrategias para disminuir la conducta exigente y aferrada de Darren en el hogar.
5. Trabajar con la profesora de Darren para ver si el uso de estrategias de reducción del estrés podían reducir su distracción en el aula.
6. Trabajar con el abogado de oficio de Darren para ver la posibilidad de desarrollar un plan de ubicación más permanente.

De esas metas de tratamiento, sólo las tres primeras fueron abordadas en el contexto de la terapia de juego ecosistémica. Al principio sólo se planearon dos tipos de intervención dirigidas hacia la ansiedad por la separación. Se usaron sesiones de juego individuales para abordar la ansiedad por la separación de Darren y ofrecerle un medio seguro para expresar la ira concomitante que sentía hacia quienes consideraba que le impedían tener un hogar permanente. Se usaron sesiones colaterales con Beth para ayudarla a conocer mejor la naturaleza de las ansiedades del niño y estrategias para manejarlas en la vida cotidiana. Se propuso la hipótesis de que los síntomas de Darren no eran el resultado de un apego poco adecuado con Beth, sino que habían sido causados más bien por su exposición permanente a las amenazas externas a la relación. Por consiguiente, se supuso que bastaría con la disminución de la amenaza externa percibida y la ansiedad del niño para permitir que surgieran los placeres del apego. Sin embargo, si esto no sucedía, el terapeuta planeó conducir sesiones diádicas para ayudar a solidificar la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

relación entre Darren y Beth. También se propuso que una disminución en la ansiedad general y una mayor seguridad en su relación principal ayudarían a Darren a desarrollar mejores apegos con sus pares. Una vez más, en el caso de que esto no fuera así, Darren habría sido referido a una terapia de juego ecosistémica grupal para abordar sus problemas de socialización y apego con los pares.

Afortunadamente, la combinación de defensa con la terapia individual y colateral demostró ser tan exitosa para reducir la ansiedad de Darren que sus relaciones de apego comenzaron a florecer de manera espontánea. Las tres intervenciones se realizaron al mismo tiempo. El terapeuta de Darren trabajó de cerca con los servicios sociales y la corte para defender una ubicación permanente a pesar de las objeciones de la familia. Se utilizaron los resultados de diversas evaluaciones de juego para reforzar el reconocimiento de la corte de lo fundamental que era la permanencia para la salud mental del niño a corto y largo plazo. Por medio de esas evaluaciones, el terapeuta pudo demostrar que el vínculo supuesto entre Darren y Beth era de verdad muy fuerte. A medida que se hicieron avances legales graduales, Darren empezó a liberarse de su temor a ser alejado del cuidado de Beth y a relajarse en los aspectos positivos de su relación con ella.

La terapia individual de Darren se enfocó en varios problemas. Al inicio, el niño recreó todas las ansiedades conectadas con su apego en su relación con el terapeuta. El comportamiento de Darren en la sesión parecía querer poner a prueba qué tanto soportaría el terapeuta antes de abandonarlo. Cuando por fin decidió que el terapeuta podría soportar bastante bien cualquier cosa negativa, empezó a revelar una parte extremadamente necesitada y exigente de sí mismo. Insistía en mantener un contacto físico casi constante con el terapeuta y en que cada minuto de la sesión se enfocará en la satisfacción de sus necesidades. Cualquier intento del terapeuta por referirse a las preocupaciones subyacentes identificadas en su contrato de tratamiento se encontraba con cierta resistencia. A pesar de ello, el terapeuta trató de equilibrar sus esfuerzos por satisfacer las necesidades actuales de Darren con la reflexión e interpretación de los temores subyacentes que hacían tan intensas dichas necesidades. En cierto punto el terapeuta empezó a abrazar y alimentar al niño mientras hablaban. Esto demostró ser la forma más eficaz de demostrarle que podían abordar lo que parecían ser temores abrumadores a la vez que el niño seguía recibiendo seguridad y afecto.

A medida que la necesidad de atención de Darren empezó disminuir, el niño empezó a expresar cada vez más la ira que había albergado por tener que vivir en un miedo perpetuo de ser trasladado. Sus sesiones individuales se dividieron en dos partes; en una, él y su terapeuta presentaban ideas para dar salida a su enojo. Una de las actividades favoritas de Darren en este periodo era hacer representaciones con Play-Doh de la gente que él creía que lo amenazaba y aplastarla, lo que hacía de manera repetida. La otra parte de la sesión se encaminó a ayudar a Darren a identificar formas de manejar este enojo y la ansiedad subyacente fuera de la sesión. Al inicio, el terapeuta identificó a la ansiedad como fuente del enojo; también advirtió que el enojo, a su vez, ayudaba a Darren a sentirse más poderoso y menos víctima. A medida que esta interpretación fue aceptada, Darren pasó a hacer cosas que lo hacían sentir poderoso y seguro. Empezó por inventar a un protector de fantasía al que dibujaba de manera rutinaria. Más

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tarde, empezó a hablar de manera abierta de su esperanza de que el terapeuta y Beth lo mantendrían a salvo. Durante esta parte del tratamiento, Darren sólo se mostraba demandante y necesitado ante la separación inminente disparada por el final de las sesiones de juego.

Hacia el final del tratamiento, Darren empezó a depender cada vez menos del terapeuta para la satisfacción de sus necesidades intensas de seguridad y apego. Comenzó a confiar en que el sistema legal lo mantendría en su hogar actual. Conforme disminuyó su ansiedad, también se redujo su necesidad de controlar cada movimiento de Beth. Aunque seguía con problemas en la escuela, parecía algo menos impulsivo y era más sencillo reorientarlo. Se hizo evidente la existencia de problemas de aprendizaje subyacentes, por lo que se hicieron arreglos para que éstos fueran evaluados y se diera inicio a las intervenciones apropiadas. Lo más importante, Darren empezó a hacer amigos de su edad y a lograr que algunas de sus intensas necesidades de apego fueran satisfechas a través de esas amistades. Conforme tuvieron lugar esos cambios, se dio fin a la terapia, para lo cual se aumentó muy gradualmente el tiempo entre sesiones y se hizo que Beth participara de manera más activa, de modo que Darren generalizara algunas de sus experiencias en la terapia de juego a sus interacciones con ella. Juntos, se volvieron eficientes en la identificación y solución de la mayoría de las dificultades surgidas en la vida de Darren o en su relación.

DIFICULTADES PARA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO

En general, la terapia de juego es una forma de tratamiento que es difícil llevar a la práctica. Entre otras cosas, los terapeutas de juego deben ser capaces de:

1. Establecer relaciones terapéuticas con los clientes infantiles y con los adultos que los llevan a terapia.
2. Comunicarse a través de la acción y el juego con la misma habilidad con que se comunican por medio del lenguaje.
3. Alternar entre los papeles de terapeuta y defensor según lo exijan las necesidades del niño.
4. Ser capaces de pensar, hablar y jugar al mismo tiempo.

Los terapeutas de juego enfrentan otras dificultades cuando ponen en práctica la terapia de juego ecosistémica, por lo que deben ser capaces de:

1. Mantener todo el tiempo un marco referencia ecosistémico mientras desarrollan una comprensión basada en el contexto de los problemas de su cliente y de la solución a dichos problemas.
2. Tener una comprensión excelente del impacto que tiene el nivel de desarrollo del niño en la naturaleza del problema que está experimentando y en su respuesta a la terapia.
3. Alternar entre ser muy directivo y muy poco directivo en las sesiones, según sea adecuado para las necesidades de desarrollo, emocionales, conductuales e interpersonales del niño.
4. Poder realizar contratos concretos de tratamiento con los niños y mantener muy presentes las metas del contrato en cada sesión.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

A pesar de esas exigencias adicionales sobre el terapeuta de juego, la realización de la terapia de juego ecosistémica no tiene que ser particularmente difícil. La dificultad principal para el terapeuta de juego consiste en adoptar una forma de pensamiento multisistémica, basada tanto en el desarrollo como en las fortalezas y orientada a metas. Una vez que esto se logra, la variedad de técnicas que puede incorporar en su trabajo es prácticamente infinita. Se hace énfasis en la creatividad y la diversión, igual que en el juego y la interacción directa entre el niño y el terapeuta.

CONCLUSIÓN

La psicología en general se encuentra en una fase de su desarrollo en que se están integrando numerosos modelos teóricos y técnicas divergentes que se desarrollaron en el siglo pasado para dar lugar a teorías más exhaustivas y, a la larga, más útiles. La terapia de juego ecosistémica es una manifestación de la forma en que esta tendencia general avanza en su intento de lograr esta integración en el campo de la terapia de juego. La mayor parte de los conceptos y prácticas de la terapia de juego ecosistémica no son nuevas sino que se encuentran dentro de una gran variedad de teorías psicológicas, médicas, biológicas, del trabajo social, la consejería, educativas y organizacionales, por nombrar sólo algunos de los modelos en que se inspira. Lo que distingue a la terapia de juego ecosistémica es la integración de dichos conceptos y prácticas en un marco teórico sólido. Anclados firmemente en la teoría, los terapeutas de juego ecosistémicos están liberados para emplear muchas técnicas, dentro y fuera de sus sesiones, a fin de ayudar a los niños a llevar una vida más satisfactoria y feliz. Al mismo tiempo, los terapeutas de juego ecosistémicos reconocen su papel en el equilibrio de las necesidades de sus clientes infantiles con las del mundo en que viven y en que vivimos. Se trata de una responsabilidad formidable que debe asumirse con el mayor cuidado y respeto.

REFERENCIAS

Ammen, S. (1994). The good feeling–bad feeling game. In K. O'Connor & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy* (Vol. 2, pp. 283–294). New York, NY: Wiley.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Dreikurs, R., & Grey, L. (1970). *A parent's guide to child discipline.* Oxford, UK: Hawthorn.

Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to signifi cant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process.* New York, NY: Guilford Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain.* New York, NY: Brunner-Routledge.

Giorgi, A. (1983). Concerning the possibility of phenomenological psychological research. *Journal of Phenomenological Psychology, 14*(2), 129–169.

Herrick, J. (2005). *Humanism: An introduction.* Amherst, NY: Prometheus. Jernberg, A., & Booth, P. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment based play* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Landreth, G. (2002). Therapeutic limits setting in the play therapy relationship. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(6), 529–535.

O'Connor, K. J. (1983). The Color-Your-Life Technique. In K. O'Connor & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy* (Vol. 2, pp. 251–258). New York, NY: Wiley.

O'Connor, K. J. (1993). Child, protector, confi dant: Structured group ecosystemic play therapy. In T. Kottman & C. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners* (pp. 245–280). Northvale, NJ: Aronson.

O'Connor, K. J. (1997). Ecosystemic play therapy. In K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (pp. 234–284). New York, NY: Wiley.

O'Connor, K. J. (2000). *The play therapy primer* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.

O'Connor, K. J. (2005). Ecosystemic play therapy. *Japanese Journal of Psychiatry, 19*(3), 273–284.

O'Connor, K. J., & Ammen, S. (1997). *Play therapy treatment planning and interventions:The ecosystemic model and workbook.* San Diego, CA: Academic Press.

O'Connor, K. J., & Braverman, L. M. (1997). *Play therapy theory and practice: A comparative presentation.* New York, NY: Wiley.

O'Connor, K. J., & New, D. (2002). The Color-Your-Life Technique. In C. Schaefer & D. Cangelosi (Eds.), *Play therapy techniques* (2nd ed., pp. 245–256). Northvale, NJ: Aronson.

Schaefer, C., & O'Connor, K. (Eds.). (1983). *The handbook of play therapy.* New York, NY: Wiley.

Schore, A. (2001). Minds in the making: Attachment, the self-organizing brain, and developmentally- oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy, 17,* 299–328.

Shirk, S., & Russell, R. (1996). *Change processes in child psychotherapy: Revitalizing treatment and research.* New York, NY: Guilford Press.

Siegel, D. J. (2002). *An interpersonal neurobiology of the developing mind: Contingent communication and the development of a coherent self.* Paper presented at the meeting of the UCLA Extension and Lifespan Learning Institute on Attachment: From Early Childhood through the Lifespan, Los Angeles, CA.

Wood, M., Quirk, C., & Swindle, F. (2007). *Teaching responsible behavior: Developmental therapy–developmental teaching for troubled children and adolescents* (4th ed.). Austin, TX: ProEd.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

MODELOS EMERGENTES

CAPÍTULO 15

Terajuego: terapia de juego para fortalecer el apego

Evangeline Munns

El terajuego® es una forma estructurada de terapia de juego que pretende mejorar el apego entre los padres y el niño, la autoestima y la confianza. Con mucha frecuencia produce cambios significativos en un plazo muy corto y puede aplicarse a todo el rango de edad y a diversos problemas emocionales y sociales. Se basa en la teoría del apego, que a su vez se fundamenta en la investigación concerniente al impacto del apego en el desarrollo del cerebro, en las emociones y en la conducta del individuo durante el ciclo de vida (Gerhardt, 2004; Sunderland, 2006). El terajuego se esfuerza por reproducir las interacciones normales entre el niño y sus padres, en particular las que ocurren mientras el menor aprende a conectarse con su cuidador principal.

El terajuego no es una terapia verbal. No se hacen interpretaciones sino que se ofrecen reflejos de los sentimientos del niño de modo que éste sienta que el adulto está en sintonía con él. Se orienta a los padres para que vean que detrás de la conducta del niño hay emociones e intenciones, y se les anima a expresarle esto de una manera verbal que refleje sus sentimientos. Otra meta importante del terajuego es ayudar a los padres a mostrar una sensibilidad y sintonía sistemáticas con las señales y necesidades de su hijo.

A medida que el terapeuta y los padres los ayudan a autorregularse, los niños experimentan gran variedad de emociones que van de la alegría plena a la calma tranquilizante. Los adultos se unen al niño cuando comparten su emoción y deleite, pero no llegan al punto de la sobreestimulación. Es muy importante ser sensible a la activación óptima del niño, ya que éste necesita sentir experiencias intensas para poder desarrollar espontaneidad, optimismo, motivación, asombro y alegría (Sunderland, 2006). Se considera que ayudar al niño en la regulación de sus emociones e impulsos es uno de los procesos más importantes en el fortalecimiento del vínculo de apego. Lo anterior también tiene un efecto en el desarrollo del cerebro; Schore, un psicobiólogo, cree que los procesos de adaptación, apego y regulación emocional tienen un impacto directo en el desarrollo de la corteza orbitofrontal (Schore, 1994, 2005; J. Schore y Schore, 2008), que desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la empatía y la memoria emocional (Doidge, 2007; Gerhardt, 2004).

En el terajuego no se utilizan juguetes. Primero se hace énfasis en las interacciones lúdicas, positivas y físicas entre el terapeuta y el niño mientras los padres observan. Más tarde, cuando los padres participan en las actividades del terajuego, son guiados para que asuman gradualmente el liderazgo de las actividades. Se ignora el comportamiento extraño y se hace hincapié en hacer notar y fomentar los aspectos positivos del niño, así como los puntos fuertes de los padres. Con

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

este enfoque positivo, los padres desarrollan gradualmente una percepción más positiva de su hijo y mejora la imagen que el niño tiene de sí mismo.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El terajuego fue iniciado en 1967 por la Dra. Ann Jernberg (1979), una psicóloga que obtuvo financiamiento federal en el programa Head Start en Chicago para contribuir a mejorar los vínculos de apego entre madres e hijos. Jernberg recurrió al trabajo de Austin Des Lauriers, quien en ese momento utilizaba métodos poco comunes para trabajar con niños esquizofrénicos y autistas. Era directivo, ignoraba la conducta estrafalaria y se mostraba juguetón, entrometido y simpático mediante el contacto visual y corporal directo. También incluyó algunos de los métodos de Viola Brody, otra psicóloga que cantaba, acunaba, mecía y establecía contacto físico para atraer a los niños, y añadió el énfasis de Ernestine Thomas en la salud y las fortalezas del niño. La Dra. Jernberg incorporó ideas de sus tres colegas e hizo más énfasis aún en el contacto físico y en satisfacer las necesidades del niño más pequeño. Trató de reproducir las actividades normales que se utilizan con un niño pequeño para llenar las brechas que podrían existir en el desarrollo emocional del niño.

La Dra. Jernberg y Phyllis Booth enseñaron el terajuego a muchos profesionales y asistentes con resultados exitosos. En 1971 se estableció el Instituto de Terajuego, que funciona todavía como oficina central de esta forma de terapia. A principios de la década de 1980, el personal del instituto empezó la capacitación de profesionales en otros centros de EUA y Canadá. Una de las personas capacitadas fue la Dra. Evangeline Munns (Munns, 2000), quien se convirtió en capacitadora certificada de terajuego y ofrece talleres en Canadá. De igual modo, Ulricke Franke inició el uso del terajuego en Alemania, y el Dr. Juka Makela y su equipo despertaron el interés por la práctica del terajuego en Finlandia. En la actualidad, el terajuego se practica en 29 países del mundo, incluyendo naciones en Asia, Europa, Norteamérica y Sudamérica, así como en Australia y Rusia (Booth y Jernberg, 2010).

CONSTRUCTOS BÁSICOS, METAS Y TÉCNICAS

Teoría

El terajuego se fundamenta en la teoría del apego (Bowlby, 1988) y en las teorías interpersonales del desarrollo humano, como la Psicología del self (Kohut, 1977) y las Relaciones objetales (Stern, 1995; Winnicott, 1965), las cuales destacan la importancia de la relación entre el bebé y los padres por considerarla la primera relación o plantilla de las relaciones posteriores. La investigación ha demostrado que si esta relación no es segura, es muy probable que en el futuro ocurran problemas para relacionarse con otros, y que esas dificultades sean evidentes durante el ciclo de vida (Goldberg, 2000; Siegal y Hartzell, 2004). El terajuego propone retroceder a la primera relación para hacerla más sana a través de la reproducción de las actividades que los padres normales realizan con un niño pequeño, como acunar, mecer, alimentar, poner talco o crema en las manos del niño, etcétera. En algunos casos en que el niño sufrió privación o maltrato en su historia temprana, puede ser acunado o alimentado con una paleta o una botella de jugo mientras se le canta una canción especial. Por medio de estas actividades se evocan sentimientos y recuerdos de una época anterior, pero ahora en

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

una atmósfera afectuosa en que el niño recibe la atención y el cariño que no obtuvo cuando era pequeño. El niño regresa a las raíces de la conexión con otra persona. El cuidador y el niño aprenden a apegarse entre sí de forma básica, sana y con aceptación, lo cual puede tener un efecto poderoso en su relación. En las etapas posteriores del tratamiento se hace más énfasis en actividades adecuadas para la edad cronológica del menor. Durante el proceso se ayuda a los padres a mostrar sintonía y sensibilidad, a reflejar los sentimientos del niño y a ayudarlo a autorregularse en una atmósfera lúdica y alegre (Booth y Jernberg, 2010; Munns, 2000, 2009).

El acento del terajuego en la construcción de una autoimagen positiva tiene semejanzas con la psicología positiva (Seligman, 2007) y con el modelo del trabajo interno, que es un concepto importante de la teoría del apego. El terajuego pretende construir un sentido interno de un self fuerte y competente que es digno de ser amado y aceptado de manera incondicional.

El terajuego es apoyado también por la teoría e investigación de neurocientíficos como el Dr. Bruce Perry y su programación neurosecuencial (Perry y Salavitz, 2006). El Dr. Perry ha estudiado la forma en que el estrés extremo y el trauma en la vida temprana pueden afectar al cerebro. Su método de tratamiento empieza en el nivel de funcionamiento cerebral del niño más que en su edad cronológica. Es bien conocido que el cerebro se desarrolla de manera secuencial y que su mayor crecimiento ocurre en los tres primeros años de vida (Sunderland, 2006). Lo primero en madurar es la parte inferior y más primitiva del cerebro (el tallo cerebral y el diencéfalo), que controla las funciones regulatorias centrales (la temperatura corporal, el ritmo cardiaco, la respiración, la presión sanguínea y el instinto de "pelear o huir"). Luego evoluciona el cerebro medio o emocional (el sistema límbico), que junto con el diencéfalo controla emociones y respuestas tales como temor, odio, amor y alegría. La última parte en madurar es la corteza o parte superior del cerebro, la cual regula las funciones más complejas y evolucionadas como el habla, el lenguaje, el pensamiento abstracto, la planeación y la toma de decisiones (Perry y Salavitz, 2006). Cada parte depende de la maduración de la parte anterior o inferior. Si un niño no tuvo las experiencias saludables normales que necesita al inicio de la vida, puede verse comprometido el cerebro inferior, lo que a su vez afecta el desarrollo de las regiones medias y luego el de las regiones superiores del cerebro. En la programación neurosecuencial, el tratamiento empieza brindando al niño (sin importar su edad cronológica) el tipo de experiencias que se necesitan en ese nivel, como las que implican el contacto físico, ritmo y repetición. El Dr. Perry utiliza masaje (para el contacto físico), tamborilear, actividades de terajuego, actividades sensoriomotrices, etcétera. La programación posterior puede incluir actividades que faciliten la expresividad emocional, como el psicodrama, el juego en la arena, la terapia de juego, artes expresivas, entre otras. Más adelante, se incluyen terapias verbales y cognitivas como la terapia narrativa, la terapia cognitivo-conductual, la psicología positiva y del self, etcétera.

Otro aspecto importante del desarrollo cerebral es que el hemisferio derecho domina en los primeros tres años de vida. Este hemisferio es preverbal y procesa señales visuales, datos sensoriales y entradas sociales y emocionales. El sistema límbico del cerebro derecho, incluyendo sus conexiones con la corteza orbitofrontal, controla la respuesta emocional y contribuye a regular el estado interno del

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

cuerpo. Establece la base biológica para la interacción social, la empatía y el modo de pensar (Gerhardt, 2004; J. Schore y Schore, 2008). Las actividades de terajuego están orientadas a mejorar el desarrollo del cerebro derecho.

Dimensiones y técnicas

Después de observar cientos de interacciones normales entre padres e hijos, Jernber las clasificó en cuatro dimensiones principales: estructura, compromiso, crianza y desafío.

Estructura

La estructura, en que los padres dan instrucciones claras y establecen reglas y límites, contribuye a que el mundo del niño resulte seguro y predecible. Con un niño pequeño, el adulto suele estar a cargo y tomar las decisiones importantes. Las rutinas diarias del niño en torno al sueño, la alimentación y el baño, junto con rimas y canciones que tienen un patrón o ritmo, contribuyen a dar al niño una sensación de regularidad y seguridad. Esta sensación de regularidad, creada inicialmente por los padres, ayuda al niño a desarrollar la capacidad de autorregularse más tarde. Además, en este proceso se fortalece el vínculo de apego.

En el terajuego se crea la estructura cuando el terapeuta o el padre dirigen las actividades que se planearon previamente de acuerdo con las necesidades del niño. Cada sesión tiene un inicio y un fin claros, y las actividades están secuenciadas de modo que las más emocionantes sean seguidas por actividades tranquilizantes para que el niño no se salga de control. El niño aprende a seguir reglas e instrucciones en juegos sencillos como "Mamá, ¿puedo?" y "Simón dice". Se hace hincapié en la estructura sobre todo en los niños que muestran falta de regulación (Di Pasquale, 2009) o impulsividad, que presentan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o que son rebeldes o poco cooperativos. Los niños que son tiranos, que asumen el papel del padre, que muestran un trastorno reactivo del apego o un trastorno de conducta necesitan aprender que cuando su ambiente es estructurado y controlado por un adulto, su mundo puede convertirse en un lugar más seguro en el que pueden relajarse y ser ellos mismos.

Ejemplos de actividades de estructuración

Mamá, ¿puedo? El niño permanece en el punto de partida ubicado en el lado opuesto de la habitación donde se encuentra el líder y pregunta: "Mamá, ¿puedo –dar tres pasos de bebé hacia adelante, etcétera?" El líder responde: "Sí, puedes hacerlo", "No, no puedes hacerlo" o cambia a "Puedes dar dos pasos de bebé hacia adelante", etcétera. Si el niño omite decir primero "Mamá, ¿puedo?", pierde su turno. El propósito del juego es alcanzar al líder, y la primera persona en lograrlo se convierte en el siguiente líder.

Simón dice. Se juega de la manera tradicional en que el niño responde a las instrucciones del líder como "Simón dice que pongas las manos en tu cabeza", etcétera. Si el líder omite decir primero "Simón dice", entonces nadie debe realizar la acción, pero si lo hace, entonces se convierte en el siguiente líder. En el terajuego se dan instrucciones como "Simón dice que digas una cosa agradable que te guste de tu vecino" o "Simón dice que le des un abrazo a tu vecino".

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Luz roja, luz verde. Los niños permanecen de pie en una fila en la línea de inicio, mientras el líder está de espaldas y grita "Luz verde", que es la señal para que todos avancen. "Luz roja" significa que deben detenerse. El líder se da vuelta para ver si alguien se está moviendo. De ser así, el niño tiene que regresar al punto de partida. El que alcance primero al líder se convierte en el próximo líder.

Seguir al líder. El líder se mueve de distintas maneras en un círculo alrededor del cuarto seguido por el niño que imita sus movimientos. La persona al frente pasa al final de la línea y la siguiente persona se convierte en el líder.

Carreras. Se da una señal, por ejemplo la palabra *bananas,* y empieza una carrera al otro lado de la habitación saltando, gateando, corriendo, etcétera.

Compromiso

Por medio del compromiso el niño aprende a conectarse con otra persona de manera íntima. Por lo regular, los padres disponen de muchas formas agradables en que existe deleite mutuo para involucrar a sus hijos. Cuando existe sintonía mutua puede darse una sensación de empatía. Es de esperar que el adulto iguale el entusiasmo del niño, pero también que sepa cómo modular esos sentimientos de modo que el niño no se salga de control. El niño aprende que las sorpresas pueden ser divertidas y que la interacción con otra persona puede ser satisfactoria.

En el terajuego, las actividades graciosas a veces pueden parecer intrusiva , pero son guiadas por la sensibilidad del terapeuta a las reacciones y necesidades del niño. Esto es cierto sobre todo cuando se trabaja con niños que han sufrido traumas o abuso. Si el niño responde con temor o con mucha ansiedad, la actividad se detiene o se modifica de una forma que la vuelva más cómoda para el niño.

Las actividades agradables se usan con todos los niños, pero en especial con los niños retraídos que muestran rechazo y evitación y que temen a la intimidad, como los niños autistas.

Ejemplos de actividades agradables

Reflejar: el terapeuta o el padre permanecen de pie frente al niño. El terapeuta mueve los brazos y el cuerpo de diversas maneras, pero con la lentitud suficiente para que el niño pueda igualar sus movimientos. El niño es el "espejo" del adulto. Luego se invierten los roles. Esta actividad es estupenda para mejorar la sintonía entre dos personas.

Imitación del aplauso. Los adultos aplauden en patrones simples mientras el niño imita la secuencia de aplausos. Pueden usarse rimas como "Las manitas". La secuencia de aplausos también puede incluir tocar partes del cuerpo del compañero, como los hombros, la cabeza, las rodillas, etcétera.

Adivinanza, lucha y halagar con una bola de algodón. Los compañeros se ponen de rodillas, con una pila de bolas de algodón en frente de ellos.

a) Adivinanza con la bola de algodón. Uno de los participantes cierra los ojos mientras el otro toca un punto de su rostro, oído, hombro, etcétera, y el primero adivina dónde fue tocado. Luego se invierten los papeles. (La dificultad de la tarea puede aumentarse haciendo que el compañero adivine si fue tocado con una bola de algodón o con una pluma.)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

b) Lucha con la bola de algodón. Todos toman una bola de algodón, y cuando el líder grita "adelante" todos lanzan la bola hacia alguien, pero dicen primero el nombre de esa persona. Cuando el líder grita "Déjala ir", todos lanzan tantas bolas de algodón como quieran a quien quieran sin decir su nombre primero. Después de esto se ve con qué rapidez recogen las bolas y las regresan a la bolsa. Se trata de un juego excelente para familias y grupos.

c) Halagar con una bola de algodón. Los participantes se ponen frente a frente, y uno cierra los ojos mientras el otro acaricia su rostro con una bola de algodón y comenta algo positivo acerca de los rasgos, como "Tus mejillas son saludables y sonrosadas" o "Qué bonita nariz". Los papeles se invierten.

Sonidos de las partes del cuerpo. El terapeuta toca partes del cuerpo del niño mientras hace sonidos como "huic huic" para la nariz o "clic, clic" mientras toca los oídos, etcétera. A los niños pequeños suele encantarles esta actividad.

Crianza

La crianza es la dimensión más importante del terajuego y es algo que todos los niños necesitan. Cada niño necesita ser cuidado, recibir consuelo y afecto, y saber que sus necesidades básicas serán satisfechas. Por lo común los padres muestran su cariño de muchas formas, como cuando alimentan a sus hijos, los bañan, les ponen talco, los acarician, los mecen, los abrazan y los besan, y cuando les demuestran de muchos modos que los quieren y aceptan de manera incondicional. Esas interacciones ayudan a los niños a sentirse valorados, importantes y seguros por saber que sus padres serán sensibles a sus necesidades. Este conocimiento los ayuda a tolerar el estrés y a autorregularse. El cariño es fundamental para ayudar a construir un apego seguro con el cuidador principal, que suele ser uno de los padres.

En el terajuego todos los niños reciben cariño en cada sesión por medio de actividades como alimentarlos (con papas fritas, galletas saladas, o su bocadillo o bebida favorita). Si la historia temprana del niño indica que las dificultades del apego empezaron en la infancia, entonces puede envolverse al niño en una manta y acunarlo y mecerlo mientras se le alimenta con una paleta, un jugo o un biberón a la vez que se le canta una canción en la que se menciona su nombre. Cuando los padres entran en la sesión, pueden asumir gradualmente las tareas de mecer y alimentar a su hijo, pero esto es guiado por las reacciones del niño y nunca es forzado. Otras actividades de cuidado consisten en poner crema o talco en las partes adoloridas de las manos o pies del niño, y en el caso de los niños mayores, peinarlos, arreglarles los pies o las manos, hacerles un facial, etcétera.

Los niños que han sufrido privación o abuso tienen una necesidad especial de recibir cuidado cariñoso. Los niños que muestran una madurez falsa o que son agresivos e impulsivos y que reciben críticas o rechazo constantes también necesitan mucho cariño.

Ejemplos de cuidado cariñoso

Poner crema o talco en las partes adoloridas. En cada sesión, el terapeuta busca partes adoloridas o pequeñas heridas en cada niño como rasguños, moretones o incluso pecas, que luego son aliviadas con polvo o crema. Muchas veces el niño empieza a señalar otras pequeñas heridas en los brazos, piernas,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

etcétera. Si uno de los padres también tiene una historia de privaciones o abuso, entonces el terapeuta alivia primero las lesiones del padre y luego le pide que haga lo mismo con el niño.

Situación resbaladiza. Esta es una buena actividad sustituta cuando el niño muestra una resistencia inicial a que se le ponga crema en sus heridas. El terapeuta llena de crema la mano del niño y luego le pide que trate de retirar la mano que está entre las dos manos del terapeuta. Cuando el niño trata de sacar la mano, el terapeuta puede exagerar sus reacciones cayendo de espalda y diciendo algo como "Lo hiciste, ¡eres tan fuerte!"

Encontrar letras o números. El terapeuta llena de talco las palmas del niño y trata de encontrar letras o números en las grietas o líneas de cada palma que el talco hizo evidentes.

Cubrir, cantar y alimentar. El niño se acuesta boca arriba en una manta que el adulto ha unido por las esquinas; mientras mece suavemente al niño, canta una canción de cuna en la que menciona su nombre (por ejemplo, "Juanito es un niño lindo que quiere dormir"). Al final de la canción, se pone al niño en los brazos del padre. En ocasiones se indica al padre que se siente sobre un cojín colocado antes contra la pared y que le dé a su hijo una paleta o que lo alimente con una botella mientras el niño sigue envuelto en la manta. El padre puede cantar otras canciones de cuna mientras mece y alimenta a su hijo (advierta que esta es una de las actividades favoritas de los niños de todas las edades).

Desafío

Esta dimensión ayuda al niño a asumir riesgos apropiados para su edad y a dominar nuevas habilidades que dan lugar a una mayor confianza. Las metas de esta dimensión son lograr una mayor apertura a nuevas experiencias, explorar el ambiente y ser menos temeroso, así como aumentar la cooperación, ya que las actividades desafiantes del terajuego suelen hacerse de manera cooperativa con otra persona. Es importante que las tareas se encuentren en el rango de las capacidades del niño para realizarlas de modo que no pueda fracasar.

Las actividades desafiantes suelen ser excitantes y ayudan a liberar la tensión. Se utilizan con niños que son temerosos, retraídos o tímidos, o con niños que han sido sobreprotegidos. Por medio de estas actividades el niño conoce sus debilidades y fortalezas. Los niños agresivos pueden beneficiarse de la liberación de algunas de sus tensiones internas.

Ejemplos de actividades desafiantes

Atrapar burbujas. El adulto hace burbujas mientras el niño trata de atraparlas. La actividad puede adaptarse haciéndola más difícil para niños mayores, a quienes se les pedirá que toquen la burbuja con cierta parte del cuerpo como el dedo pulgar, el codo, la rodilla, el pie, etcétera.

Pegar al papel y lanzamiento de baloncesto. El adulto sostiene de manera provocativa una hoja de periódico y le da al niño una señal ("cuando diga 'cerezas'") para que atraviese con el puño la hoja de periódico. Luego el niño pasa el puño por la mitad de la hoja, luego por un cuarto de la hoja

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

del periódico (siempre en respuesta a que el adulto haya dado primero la señal). Cuando las hojas han sido reducidas a la cuarta parte, se hacen bolas que el niño lanza a la canasta de baloncesto formada por el adulto con los brazos en círculo. El adulto puede definir la dificultad de esta actividad aumentando o disminuyendo la distancia entre ellos. Es una actividad excelente para liberar la tensión o agresión de manera segura.

Tenis con globo. El niño y el adulto hacen ir y venir un globo. En el caso de los niños más pequeños, puede ser suficiente con lanzar el globo al aire y mantenerlo ahí. También es divertido incluir más globos.

Golpes de ping-pong. El adulto (o adultos) y el niño se recuestan boca abajo en el piso, uno frente al otro con las manos unidas. El líder le lanza a alguien una pelota de ping-pong (o una bola de algodón), quien a su vez la lanza a la siguiente persona. Pueden usarse más pelotas para aumentar la diversión. El desafío es mayor cuando todos tratan de mantener la pelota fuera del área que esté frente a ellos y dentro del área de otra persona.

Golpes con plumas. El adulto y el niño sostienen frente a sí una almohada o una cartulina. Cada uno hace ir y venir una pluma atrapándola con la cartulina o la almohada. Puede utilizarse más de una pluma, dependiendo de las habilidades del niño.

PLANEACIÓN Y PROCESO DEL TRATAMIENTO

Cada sesión es planeada de acuerdo con las necesidades del niño y los padres, quienes son valorados de distintas maneras: mediante la historia familiar y de desarrollo (incluyendo la historia familiar y matrimonial de los padres) y una evaluación familiar llamada Método de Interacción de Marschak (MIM) (Di Pasquale, 2000; Marschak, 1960). En ocasiones se aplican también escalas de calificación como la Lista de Cotejo de la Conducta Infantil de Aschenbach (1991) y la forma breve del Índice de Estrés Parental (Abidin, 1995), las cuales pueden utilizarse en mediciones anteriores y posteriores al tratamiento.

El Método de Interacción de Marschak es un método para evaluar las relaciones y dinámicas de la familia por medio de una serie de tareas sencillas estandarizadas que son filmadas (con la autorización escrita de los padres) y presentadas a los padres en una sesión de realimentación. Se destacan las fortalezas y las áreas problemáticas para las cuales se establecen las metas. A menudo se acuerda un contrato verbal de asistir por lo menos a doce sesiones (y en ocasiones a más).

En las tres o cuatro primeras sesiones los padres observan a través de una ventana polarizada o desde una esquina del cuarto de terajuego con un terapeuta intérprete (si se dispone de un coterapeuta), quien responde a las preguntas de los padres y los ayuda a desarrollar mayor sintonía con las reacciones del niño. En las sesiones restantes los padres participan directamente con su hijo bajo la guía del terapeuta, quien les transfiere de manera gradual el liderazgo de las actividades. La sesión de terajuego por lo regular dura alrededor de media hora, y puede ser seguida por otra media hora en que se brinda información y consejo a los padres. La última parte es opcional, pero puede ser de gran utilidad para ayudar a los padres a comprender sus reacciones así como la conducta de su hijo. Si eso no es posible, deben realizarse sesiones separadas de consejería con los padres. En la última sesión se hace una fiesta de despedida en que se incluyen las

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

actividades favoritas de la familia, así como su comida y bebidas preferidas (que por lo general son llevadas por los padres). Al niño se le entregan recuerdos de las sesiones, en ocasiones con un pequeño regalo. Para el año siguiente se planean por lo menos cuatro revisiones, las cuales inician alrededor de un mes después.

De ser necesario, en ocasiones se recomienda que los padres reciban consejería individual o terapia matrimonial. A veces se requiere también que el niño reciba un tratamiento adicional como una terapia de juego no directiva, artes expresivas o terapia para el trauma (Hughes, 2006).

Agenda para una sola sesión

En una sesión típica de terajuego se incluyen los siguientes elementos: un saludo cálido; una entrada divertida al cuarto; una canción de bienvenida mientras están tomados de las manos (o en el caso de los niños mayores, un apretón de manos especial); una revisión o inventario; actividades relacionadas con las dimensiones de estructura, compromiso, crianza y desafío, y una canción de despedida. En cada sesión se incluyen siempre actividades de crianza como poner crema o talco en las heridas y alimentación. Las actividades pueden ir de las divertidas y excitantes a las tranquilas (para contribuir a la autorregulación del niño), de las actividades cercanas e íntimas al movimiento libre por el cuarto, lo cual crea un equilibrio entre el contacto físico cercano y la distancia y espacio.

Ejemplo de una agenda para la cuarta sesión cuando entran los padres

Saludos en el vestíbulo: "Hola, Johnny, ¡me alegra mucho que estés aquí!"

Entrada: "Piedras de apoyo" (el niño se para sobre hojas de cartulina –que a veces guardan un pequeño dulce debajo– que conducen a una pila de almohadas en que se sienta).

Canción de bienvenida: "Hola, Johnny; hola, Johnny; hola, Johnny, me alegra mucho que hayas venido a jugar" (mientras se toman de la mano).

Revisión o inventario: "Johnny, ¿qué trajiste hoy? Veo que has traído tu cabello brillante, dos ojos cafés luminosos, mejillas sonrosadas, un hoyuelo justo aquí y dos hombros enormes, ¡wow!"

Poner crema o talco en las heridas: "Vamos a ver tus manos fuertes. ¡Vaya!, veo un pequeño moretón justo aquí. Es mejor atenderlo. Vamos a ponerle un poco de crema, y aquí hay otro punto rojo", etcétera.

Reflejar: El niño y el terapeuta están frente a frente. El terapeuta realiza movimientos lentos mientras el niño los repite. Cambian los papeles.

Mantequilla de cacahuate y mermelada: El terapeuta dice "mantequilla de cacahuate", y el niño responde "mermelada" imitando el volumen, la suavidad, el ritmo y las inflexiones de la voz del terapeuta mientras dice "mantequilla de cacahuate".

Los padres entran

El niño se esconde y es encontrado: El niño se oculta debajo de la manta en preparación para que los padres lo encuentren. Los padres entran y al principio simulan que no pueden encontrarlo mientras buscan por todo el cuarto. Cuando lo encuentran, se abrazan.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Lanzamiento del globo: Todos tratan de mantener un globo en el aire. Cuando se lanzan más globos, aumenta la diversión.
Cheerios sentarse: Todos se toman de la mano en un círculo. Cuando el líder dice "cheerios", todos se sientan "¡papas-quesitos-cheerios!"
Pasa una palmadita suave: Todos se sientan en círculo viendo hacia adentro. El terapeuta da una palmadita suave (por ejemplo, en el hombro) a su vecino, quien la pasa a la siguiente persona, y así sucesivamente. (Cada persona añade su propia palmadita, o, en el caso de los más pequeños, sólo se pasa una palmadita a la vez.)
Huesos tontos: Todos están de pie en un círculo, en parejas y frente a frente. El líder dice "Huesos tontos dicen: tóquense las manos. Huesos tontos dicen: tóquense los codos –rodillas, narices–", etcétera.
Alimentación: En un círculo, sentados, el terapeuta alimenta a cada persona con varias rondas de bocadillos (papas fritas, rebanadas de fruta, etcétera). Cada padre toma un turno también para alimentar a todos.
Canción de despedida: Tomados de la mano en un círculo, todos cantan "Adiós, Johnny; adiós, mamá; adiós, papá; adiós (el nombre del terapeuta); nos alegra que vinieran hoy". Para los adolescentes puede inventarse una canción de rap o crearse un apretón de manos especial.

El terapeuta intérprete lleva luego al niño a un cuarto separado, o el niño va solo a una esquina del cuarto con libros, rompecabezas o juguetes mientras el terapeuta y los padres analizan durante una media hora la sesión, la tarea y el progreso en la casa y la escuela.

Los padres eligen como tarea actividades de terajuego para practicar en casa por lo menos una vez por semana. Le indican al terapeuta el día y la hora específica en que probablemente realicen la sesión de práctica. Es muy importante que en la siguiente sesión el terapeuta verifique el progreso de la tarea.

ROL DEL TERAPEUTA

Después de obtener la historia familiar y de realizar una evaluación familiar profunda por medio del Método de Interacción de Marschak, en la sesión de realimentación con los padres el terapeuta establece metas, como mejorar el apego entre los padres y el niño. El terapeuta planea de antemano la sesión de terajuego con el propósito de establecer una relación de apoyo y sintonía con el niño y los padres. Al principio modela interacciones sanas con el niño (mientras los padres observan) en una atmósfera lúdica, optimista y agradable que se concentra en el aquí y ahora, que implica contacto físico y visual y que comparte la emoción y alegría del niño, pero que también lo ayuda a modular sus emociones mientras aprende a autorregularse. El terapeuta brinda al niño toda su atención y aceptación incondicional mientras lo ayuda a tomar riesgos apropiados y a cumplir los desafíos; también se hace cargo y dirige las actividades, modelando para los padres la forma de obtener la cooperación de su hijo. Si el niño es impulsivo y está fuera de control, el terapeuta permanece tranquilo y firme y utiliza actividades que generen mayor estructura; si el niño es tímido y temeroso, utiliza actividades sorpresivas y divertidas o paradojas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

para involucrarlo. Durante el proceso trata de conectarse con el niño de una forma que aumente su autoestima y confianza, a la vez que lo ayuda a construir la representación interna de sí mismo como una persona valorada, querida y apreciada.

El terapeuta trata de fortalecer la relación de los padres con su hijo alentándolos a ser cálidos, afectuosos y a aceptarlo tal como es, pero también a ser firmes y congruentes y establecer límites claros cuando el niño se porta mal. Los orienta para que se muestren atentos y sensibles a las señales que el niño puede estar dándoles antes de que suceda la mala conducta, para prevenir primero que ocurran pataletas y berrinches. El terapeuta enseña a los padres a ayudar a su hijo a autorregularse antes de que el niño se vea abrumado emocionalmente, y los ayuda a reflejar sus emociones e intenciones y las de su hijo. En las sesiones de consejería con los padres, el terapeuta los ayuda a entender la forma en que sus historias de apego pueden repetirse y afectar a su hijo. Finalmente, cuando es necesario, el terapeuta adopta un papel de cuidado cariñoso hacia los padres, brindándoles el afecto y la atención de las que quizá carecieron en su niñez. En ocasiones esto se logra realizando algunas sesiones de terajuego con los padres. En Finlandia, de manera rutinaria se realiza primero una sesión de terajuego con los padres, antes de que ésta empiece con el niño (Booth y Jernberg, 2010).

ROL DE LOS PADRES

Desde el inicio se pregunta a los padres si tienen el tiempo para comprometerse a asistir por lo menos a 12 sesiones (o más), toda vez que el terajuego es una terapia de corto plazo y todas las sesiones son importantes. Se les explica la naturaleza del terajuego de modo que tengan una idea de lo que podría suceder. Después de que los padres observan al terapeuta interactuar con su hijo durante las tres o cuatro sesiones iniciales, suele cambiar la percepción que tienen de su hijo. Cuando llegan a terapia, toda su atención está puesta en los problemas del niño, pero el terapeuta hace lo contrario, concentrándose en los aspectos positivos del niño. Lo más común es que éste responda con agrado y se vuelva cooperativo y motivado para complacer al terapeuta. Los padres, quienes al principio pueden sentirse escépticos de que jugar con su hijo tenga resultados importantes, poco a poco se dan cuenta de que está teniendo lugar una transformación. Su hijo puede ser divertido y una fuente de deleite, no de preocupación e incluso de vergüenza constante. Los padres aprenden cómo resolver apropiadamente la resistencia de su hijo cuando ésta surge, sin gritos ni enojo.

A medida que las sesiones progresan, se pide a los padres que dirijan algunas de las actividades para que el control de su hijo recaiga cada vez más en ellos. Si el niño se resiste, el terapeuta lo ayuda a ser más cooperativo. La práctica de las actividades en casa es muy importante, y se alientan y apoyan con firmeza las sesiones de tarea en casa. Muchas veces los niños se emocionan tanto de tener su "terajuego nocturno" en casa y se lo recuerdan a sus padres.

Después de la última sesión (en que se realiza una fiesta), se tiene la opción de aplicar de nuevo el Método de Interacción de Marschak seguido de una sesión de realimentación en que se analiza en progreso logrado. ¿Se cumplieron las metas? ¿Qué otra cosa es necesario hacer? ¿Se requiere de tratamiento adicional para el niño o los padres? Se hacen recomendaciones y se establece la fecha para la primera de cuatro

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

revisiones durante el año. La primera se hace de cuatro a seis semanas después, lo que da a la familia cierta tranquilidad por saber que verán de nuevo al terapeuta.

CASO ILUSTRATIVO

Carol era una niña de nueve años y medio con un diagnóstico de autismo grave y retardo mental moderado, pero con un funcionamiento superior en algunas áreas. También fue canalizada a terapia por problemas de conducta y resistencia, por ocasionarse lesiones, presentar mal humor, conducta cíclica, baja tolerancia a la frustración, problemas de sueño, graves problemas de comunicación y por ser quisquillosa para comer. Tenía cierto uso del lenguaje de señas, y cuando era menor podía expresar verbalmente palabras aisladas, pero dejó de hacerlo a los cuatro años.

Los padres de Carol estaban "agotados" y habían considerado internarla en una institución. Ambos parecían cansados y la madre se mostraba deprimida. El padre trabajaba a menudo hasta tarde en un puesto ejecutivo, mientras la madre permanecía en casa todo el tiempo. Los dos habían recibido educación universitaria y de verdad querían lo mejor para su hija. Su relación matrimonial fue descrita como excelente.

Carol tenía dos hermanos descritos como normales. La hermana de 13 años no quería que la asociaran con Carol de manera alguna. La descripción del hermano de cuatro años indicaba que su funcionamiento era superior al de Carol a pesar de ser considerablemente menor.

La historia temprana de Carol señalaba un desarrollo normal (incluyendo ser afectuosa) hasta los dos años de edad, salvo por el lenguaje, que estaba demorado. A los dos años de edad empezó a girar y a hacer pataletas, su estado de ánimo se volvió cíclico, se llevaba a la boca y a la nariz los objetos nuevos, etcétera. A los cinco años golpeaba a sus pares y a los adultos (en ese momento, cuando se enojaba o no quería hacer algo, se daba pisotones y se golpeaba la cabeza con el puño).

Los padres buscaron tratamiento en diversas instituciones, incluyendo algunas especializadas en el tratamiento de niños autistas, a las que asistió durante mucho tiempo.

Cuando llegó a terapia, Carol había sido referida de una clase para discapacitados múltiples a un grupo regular dividido entre tercer y cuarto grado con un profesor auxiliar. La niña también asistía a un centro en que se enseñaban a autistas habilidades para la vida y tomaba lecciones de natación. También había empezado en la escuela un programa para facilitar la comunicación.

Después de obtener la historia de la familia se realizó una evaluación Marschak, se hizo la filmación, se entregó la realimentación y se establecieron las metas. El Método de Interacción de Marschak reveló que ambos padres se esforzaban mucho por obtener la cooperación de Carol, que eran cariñosos y gentiles, con mucha paciencia y sentido del humor. Para controlar a sus padres, Carol se pisoteaba (como advertencia) o amenazaba con golpearse la cabeza con el puño mientras hacía ruidos fuertes y extraños cuando quería que una actividad terminara. La niña parecía ansiosa, tensa e hiperactiva. No se le escuchaban palabras, pero usaba cierto lenguaje de señas.

Primera sesión de terajuego

Cuando Carol llegó al cuarto de terajuego parecía muy ansiosa y temerosa. Se llevaba el puño a la boca mientras veía con aprehensión el cuarto. Pudo separarse

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de sus padres, quienes observaban detrás de una ventana polarizada. La agenda se planeó con anticipación haciendo énfasis en la estructura, compromiso y crianza.

La terapeuta sostuvo sus manos y le cantó una canción de bienvenida mientras caminaban en círculo. Hizo un inventario rápido donde hizo referencia a sus ojos cafés y sus trenzas encantadoras, entre otras cosas. Puso crema en las partes adoloridas de sus manos y luego cambió a una actividad en que Carol podía desplazarse en el cuarto ("lanzar un globo al aire"). Era importante que las actividades fueran cortas y que la transición entre ellas se hiciera con rapidez para mantener la atención de la niña. La cooperación de Carol disminuyó muy pronto y la niña empezó a pisotearse el pie para luego amenazar con golpearse la cabeza con el puño y hacer ruidos extraños. No importaba qué actividades se le ofrecieran, Carol se resistía. Ya en la desesperación, la terapeuta empezó a imitar la conducta de Carol, incluyendo los pisotones, los golpes y los sonidos extraños. Esto detuvo en seco a Carol por un momento. Al parecer, le sorprendió que alguien la imitara. Sin embargo, su resistencia reapareció muy pronto y la terapeuta continuó imitándola. La sesión terminó cuando la terapeuta trató de alimentarla con papas fritas; Carol se resistió y vagó por el cuarto, pero de manera espontánea regresó con la terapeuta cuando se dio cuenta de que era la única forma de obtener más papas fritas. Durante la sesión, la terapeuta intentó sintonizarse con Carol y reflejar sus sentimientos: "Sé que todo esto es raro para ti", "Sé que tienes miedo", "Esto no te va a lastimar".

En la parte de información de la sesión los padres entendieron que Carol los controlaba con su conducta autolesiva y extraña. La terapeuta sugirió que era necesario enseñarle a la niña a mover la cabeza para decir "no" y a asentir para decir "sí" en lugar del patrón extraño y complejo que había desarrollado para negarse a hacer algo. Era importante ignorar su comportamiento estrafalario y no ceder a sus exigencias o eso seguiría reforzando su conducta negativa.

Segunda sesión

De manera sorprendente, Carol llegó corriendo al consultorio de la terapeuta, delante de los padres y con una enorme sonrisa en el rostro. Parecía genuinamente contenta de ver a la terapeuta. La agenda incluyó la canción de bienvenida, el inventario, poner crema en sus heridas, atrapar burbujas, revelar con talco las huellas de la mano, cantar canciones infantiles, dibujar el bosquejo de su cuerpo y alimentarla. Las actividades se mantuvieron cortas y sencillas, con poco tiempo de transición entre ellas. Un componente muy importante fue ignorar la conducta estrafalaria de Carol cuando no quería hacer algo y seguir alegremente con la agenda.

Tercera sesión

Carol llegó de nuevo corriendo al consultorio de la terapeuta con una sonrisa radiante. Se mostró sorprendentemente cooperativa y parecía feliz e incluso entusiasmada por hacer algunas de las actividades. Hubo poca evidencia de conducta estrafalaria, aunque un par de veces levantó el pie como si fuera a pisotearse, pero luego se detuvo. Empezó a expresar palabras simples como *papas*. Hubo un aumento gradual del contacto físico por periodos más largos entre la terapeuta y la niña. Las actividades adquirieron un ritmo más lento y relajado, e incluyeron las conductas iniciales habituales; luego se le hizo un manicure, al que prestó toda su atención y pareció disfrutar.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La madre de Carol informó que se había esforzado por ignorar en casa la conducta estrafalaria de Carol, lo que tuvo como resultado una disminución de ese comportamiento (al papá le resultaba más difícil ignorar esa conducta). La madre siguió las sugerencias de las terapeutas y trató también de enseñarle a ayudarla en la cocina, por ejemplo, a poner la mesa (antes de la terapia le daba miedo que Carol estuviera en la cocina debido a su conducta impulsiva y potencialmente peligrosa alrededor de la estufa).

Cuarta sesión
Carol se mostró alegre y cooperativa en la primera parte de la sesión de terajuego. Sin embargo, cuando los padres se le unieron regresó gradualmente a algunos de sus hábitos originales, que dirigía en particular al padre, a quien le resultaba difícil ignorar su comportamiento extraño. Se eligieron actividades sencillas y agradables, como lanzar un globo; pasar una palmadita suave; una papa, dos papas; abrazos; y cosas similares, así como la alimentación.

Sesiones quinta a octava
Carol volvió a ser más cooperativa y menos enfocada en el padre. Parecía capaz de aprender y entender con rapidez nuevas actividades. Su lenguaje expresivo aumentó a frases de dos palabras, aunque no se hizo intento de enseñarle lenguaje alguno. Sus habilidades motrices gruesas eran buenas, por lo que la terapeuta le enseñó a bailar, lo que toleró bien a pesar de la proximidad física. La terapeuta sugirió a los padres que Carol podría tener buen desempeño en los deportes por su buena coordinación y agilidad.

En casa ocurrió un hecho importante. Las niñas vecinas empezaron a invitar a Carol a montar en bicicleta con ellas.

La terapeuta pidió a la madre de Carol que invitara a la profesora auxiliar a observar una sesión de terajuego; la profesora aceptó y la terapeuta la animó a ignorar la conducta estrafalaria de Carol en la escuela y a enseñarle señales sencillas para decir "no" y "sí".

Novena sesión
Esta fue la última sesión y se hizo una fiesta en que se incluyeron las actividades y comidas favoritas de la familia.

Esta sesión salió bien. Los padres informaron que sentían que Carol había logrado avances importantes. Era más cooperativa en casa y en la escuela, su conducta estrafalaria había disminuido considerablemente, usaba más el lenguaje de señas y palabras habladas, parecía más feliz y sonreía y reía más a menudo, era más espontánea emocionalmente y podía dar y recibir afecto con más frecuencia. Estaba más tranquila, menos ansiosa y tensa, y más al tanto de los otros. Los padres sentían que la niña había aumentado su apego hacia ellos.

Revisiones
Se planeó y llevó a cabo la primera de dos revisiones. Carol se mostró entusiasmada por ver a la terapeuta y cooperó por completo aun después de no verla durante un año.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Seguimiento
Dos años después de que el tratamiento había terminado, la terapeuta llamó a la madre de Carol para verificar el progreso de la niña. Carol tenía ahora 12 años y le iba muy bien. Se había integrado al nivel de sexto grado y su nivel de lectura era superior a su grado (con comunicación facilitada), y su nivel en matemáticas correspondía a su grado. Sus habilidades para escribir todavía eran malas, pero iban mejorando. A nivel social le iba bien con los pares en la escuela y con sus hermanos en casa.

Su madre sentía que el mayor logro era que ahora podía ocuparse de sí misma. Era más fácil controlarla, más obediente y ahora hablaba con frases de tres palabras. Por último, podía decir "no" sin tener que pisotearse o golpearse.

Resumen
Esta niña, aunque al inicio se presentó como una criatura con autismo grave y demoras múltiples, mostró un notable progreso en un periodo corto. Después de apenas nueve sesiones de terajuego, su conducta extraña prácticamente desapareció y se hizo evidente su verdadero potencial, en especial en el área motriz gruesa, en la cognición y el lenguaje oral. Sus habilidades sociales mejoraron significativamente, igual que su progreso académico. Se volvió más abierta al aprendizaje y más motivada para complacer a los adultos, lo que aumentó su cooperación. Lo mejor de todo es que su relación de apego con sus padres y hermanos mejoró de manera notable. Los factores clave que contribuyeron a su progreso fueron tener padres sanos y cariñosos, maestros flexibles y el uso del terajuego con una terapeuta habilidosa.

APLICACIONES CLÍNICAS

El terajuego ha sido utilizado en una amplia gama de problemas emocionales, conductuales y sociales con clientes que van de infantes y niños pequeños (Berndt, 2000) a ancianos y personas de edades intermedias (Booth y Jernberg, 2010; Munns, 2000, 2009). Se ha empleado en formatos diversos como el individual, familiar, matrimonial y grupal (Munns, 2009; Rubin, 2010; Rubin y Tregay, 1989; Zanetti, Matthews y Hollingsworth, 2000), así como en grupos familiares múltiples (Rubin, 1995, 2000; Sherman, 2000). El terajuego se ha llevado a cabo en escenarios diversos que incluyen clínicas, centros de salud mental, escuelas (Chaloner, 2006; Martin, 2000), guarderías, centros primarios de salud (Talen, 2000), casas de atención residencial (Buckwalter y Findlay, 2009; Finnell, 2000) y hogares grupales. Los grupos de terajuego han incluido a pares (grupos de adolescentes; consulte el trabajo de Gardiner y Spickelmier, 2009), madre e hijo, padre e hijo (Sherman, 2009) y grupos familiares. El terajuego familiar ha resultado especialmente útil en situaciones en que existen problemas en la relación o el apego, como los que se encuentran con los hijastros, hijos adoptados y niños en casa hogar (Booth y Lindaman, 2000; Finnell, 2000; Lindaman y Lender, 2009; Miller-Mroz, Lender, Rubin y Lindaman, 2010) y con niños autistas (Bundy-Myrow, 2000; Lindaman y Booth, 2010; Schlanger, 2010).

El terajuego ha sido utilizado con niños que presentan un rango amplio de funcionamiento físico y cognitivo (Azoulay, 2000). Se ha obtenido una buena respuesta a los aspectos de estructura y cuidado cariñoso del terajuego en niños impulsivos, no regulados (Booth y Jernberg, 2010; Di Pasquale, 2000), agresivos y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

resistentes (Di Pasquale, 2009; Eyles, Boada y Munns, 2009). En el extremo opuesto del espectro, niños retraídos, tímidos e incluso mudos, se han vuelto emocional y verbalmente más expresivos (Manery, 2000).

El terajuego ha permitido ayudar a niños que provienen de antecedentes de privación y abuso, o que han presenciado violencia doméstica (Blanchard y Breuer, 2000); sin embargo, los niños que padecen algún tipo de trauma necesitan un método modificado y por lo general requieren de tratamiento adicional. En esta población es cada vez más común el uso combinado del terajuego (Rubin, Lender y Mroz, 2009) con la terapia diádica del desarrollo de Hughe (2006, 2007), lo cual refleja la tendencia a integrar el terajuego con otros métodos de tratamiento como los enfoques multisensoriales (Chaloner, 2006; Johanson-Maddox y Bettendorf, 2009), el círculo de seguridad (Smillie, 2009) y la terapia asistida por equinos (Weiss, 2009). También hay una mayor conciencia de las diferencias culturales y modificaciones del terajuego para adecuarlo a diferentes valores y tradiciones étnicas, por ejemplo, de pueblos aborígenes (Perry y Sutherland, 2009) y culturas como la china (Siu, 2009b), la japonesa (Manery, 2000), la alemana (Franke, 2009) y muchas otras (Atkinson, 2009).

APOYO EMPÍRICO

El terajuego cuenta con un sólido fundamento teórico basado en la teoría del apego, sobre la cual se ha realizado mucha investigación en términos de su impacto en los patrones de apego seguro e inseguro durante el ciclo de vida (Goldberg, 2000; Rutter, 1994; van Ijzendoorn y Sagi, 1999; Waters, Weinfield y Hamilton, 2000) y entre generaciones (van Ijzendoorn, 1995, Zeanah y Zeanah, 1989).

También ha recibido apoyo en su énfasis del contacto físico (Field, 2001). El contacto cariñoso es crucial para el desarrollo normal de los bebés, estimula el crecimiento, mejora la digestión y la inmunoglobulina, ayuda a la regulación y a mejorar el desarrollo intelectual y motriz. La falta de contacto no sólo se relaciona con los retrasos en el desarrollo, sino también con una mayor violencia en la vida posterior (Field, 2001; Nickelson y Parker, 2009; Thayer, 1998). Cuando los bebés son acunados, mecidos y abrazados, esta estimulación táctil fomenta la liberación de hormonas llamadas oxitocinas y opioides, las cuales fortalecen el vínculo entre la madre y el bebé (Nickelson y Parker, 2009; Sunderland, 2006).

El terajuego fomenta el desarrollo sensorial y motriz y utiliza un enfoque preverbal, que abarca todos los factores que participan en la organización y maduración del hemisferio derecho, así como la maduración de las partes inferiores y medias (emocionales) del cerebro (J. Schore y Schore, 2008). Está bien documentada la importancia de la sintonía y sensibilidad de los padres, las cuales son alentadas por el terajuego (Gerhardt, 2004; Sunderland, 2006). A continuación se revisará la investigación que involucra directamente al terajuego.

Investigación del terajuego

Aunque en la mayoría de las investigaciones en que se utiliza el terajuego se hacen comparaciones pre y post sin grupos control, en la actualidad se observa un incremento regular en el número de estudios que utilizan grupos control, incluyendo grupos con asignación aleatoria. Las investigaciones han arrojado resultados significativos principalmente en tres áreas: el terajuego aumenta la autoestima, disminuye la agresión e incrementa el apego entre el niño y sus padres.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Morgan (1989) encontró que niños desapegados que recibieron terajuego por un periodo de cinco meses mostraron mejoras significativas en las puntuaciones de autoestima, confianza en sí mismos, confianza y autocontrol. Las limitaciones de este estudio no sólo incluyen la falta de un grupo control, sino también de puntuaciones en ciego de terceros. Esto fue resuelto por Siu (2007a), quien hizo la asignación aleatoria de los niños a un grupo control por lista de espera y a un grupo de terajuego. Quienes recibieron terajuego mostraron puntuaciones significativamente mayores de autoestima y menos síntomas de internalización. Las mejoras en la autoestima también fueron significativas en comparación con un grupo control en una investigación con niños coreanos (Hong, 2004).

Se encontró una disminución en las puntuaciones de agresión en dos estudios separados de Munns, Jensen y Berger (1997) en que se empleó la Lista de Cotejo de la Conducta Infantil de Achenbach (Achenbach, 1991) en niños con trastornos conductuales. Este hallazgo fue reproducido por Makela y Vierikko (2004), quienes utilizaron la misma lista de cotejo con un grupo de niños adoptados en Finlandia. Aunque las investigaciones de Munns y Makela no incluyeron grupos control, un estudio importante de Wetting, Franke y Fjordbak (2006) que utilizó la asignación aleatoria a los grupos control y de tratamiento encontró una disminución significativa en las conductas negativistas y desafiantes de 60 niños, así como mejoras en el lenguaje receptivo. En una evaluación de seguimiento realizada dos años después, permanecían las mejoras conductuales y lingüísticas. Los autores realizaron un segundo estudio en que participaron niños de nueve clínicas diferentes y 14 terapeutas distintos, incluyendo a niños con trastornos de conducta y controles igualados; una vez más, encontraron mejoras significativas en el negativismo, la falta de atención, la hiperactividad, la impulsividad y el lenguaje receptivo después de recibir terajuego.

Varios estudios se han enfocado en el uso del terajuego en niños con trastornos del apego; Mahon (1999) trabajó con gemelos fraternos que mostraron una disminución significativa de más de 50% de los síntomas en el cuestionario sobre el Trastorno del Apego de Randolph (Randolph, 1999). Meyer y Wardrop (2009) encontraron que nueve de cada diez niños mostraron mejoras significativas en las puntuaciones de apego del Cuestionario de Parentesco después de recibir terajuego. Ammen (2000) encontró una mejora significativa en las puntuaciones de empatía en madres adolescentes de alto riesgo en comparación con un grupo control después de recibir terajuego y de dar masajes a sus bebés. Lassenius-Panula y Makela (2007) encontraron resultados positivos significativos en relación con síntomas de conducta, relaciones entre el niño y sus padres y en los niveles de la hormona del estrés en niños referidos para recibir atención psiquiátrica (para problemas de conducta y apego) en tres lugares de Finlandia. Los resultados positivos todavía eran evidentes en un seguimiento realizado seis meses después. Bojanowski (2005) encontró efectos positivos significativos del tratamiento con terajuego usando el instrumento de Marschak y la Lista de Cotejo de la Conducta Infantil en un estudio pre-post de 11 diadas padre-hijo. Kim (2007) encontró resultados positivos significativos usando un programa de terajuego grupal diseñado para mejorar el apego entre los bebés y sus madres en comparación con un grupo control.

Aunque los clínicos a menudo informan que el terajuego produce cambios significativos en niños autistas, son pocas las investigaciones que lo demuestran.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cross y Howard (2007) utilizaron el terajuego de manera intensiva (todos los días durante un lapso de dos semanas) con ocho niños autistas, y encontraron que no hubo cambios significativos en las puntuaciones de la escala autista o el Índice de Estrés Parental(Abidin, 1995), pero hallaron mejoras significativas en las dimensiones de Marschak (Marschak, 1960) y normalización de los niveles de epinefrina (indicadores de estrés) en los niños y los padres. Sin embargo, este estudio se vio limitado por el hecho de que empleó una pequeña cantidad de sujetos y un periodo de tratamiento demasiado corto, y porque no incluyó un grupo control.

Se obtuvieron resultados sorprendentes en un estudio anterior (Ritterfeld, 1990) en que se utilizaron tres grupos: terajuego (tratamiento 1), terapia del habla (tratamiento 2) y artes y oficio (control) en niños con problemas de lenguaje. El grupo que recibió terajuego no sólo mejoró significativamente en las puntuaciones sociales y emocionales en comparación con los otros grupos, sino que también mostró incrementos significativos en las puntuaciones de lenguaje expresivo (a pesar de que el grupo con la terapia de lenguaje fue tratado por terapeutas de lenguaje profesionales).

Kwon (2004) incluyó a preescolares que no mostraban desapego en un grupo de tratamiento (con terajuego) y un grupo control. En el postest, el grupo de terajuego mostró mayor capacidad de autoconciencia, autocontrol, conciencia de los otros e inteligencia emocional general.

En la Universidad Femenina Sookmyung de Seúl, Corea, se realizaron otros seis estudios enfocados en la eficacia del terajuego que usaron grupos control (citados en Lender y Lindaman, 2007).

Cada vez son más las investigaciones que apoyan la eficacia del terajuego. Es de esperar que en el futuro se hará un uso mayor de grupos control aleatorizados aparte de los aquí descritos. También se necesitan grupos control que incluyan interacciones cara a cara a fin de controlar los efectos placebo. Por último, es necesario publicar más estudios de investigación en revistas científicas.

CONCLUSIÓN

El terajuego es un método de terapia de juego que ahora cuenta con el apoyo de una evidencia empírica cada vez mayor. Es un método estructurado que se basa en la relación, además de ser económico y de corto plazo. Reproduce las interacciones normales entre el niño y sus padres, por lo que es sencillo de entender y aprender; utiliza el contacto físico e interacciones lúdicas agradables para mejorar las relaciones de apego entre el niño y sus padres y hermanos. Las metas del terajuego son aumentar la autoestima, la confianza, la capacidad de autorregulación, la sintonía, la sensibilidad y la capacidad autorreflexiva. Se orienta al desarrollo del hemisferio cerebral derecho. Estudios sobre el apego y el cerebro que demuestran la importancia del contacto y la maduración del hemisferio derecho del cerebro aumentan la credibilidad de los principios del terajuego.

El terajuego puede usarse en todas las edades y ha aliviado de manera significativa una amplia variedad de problemas emocionales, sociales y conductuales, en particular los que surgen de las dificultades en el apego o la relación, como los que se encuentran en las familias adoptivas, de cuidado sustituto y familias divorciadas, así como en los niños autistas y con problemas de conducta.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

REFERENCIAS

Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.

Ammen, S. (2000). A play-based teen parenting program to facilitate parent/child attachment. In H. Kaduson & C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 345–369). New York, NY: Guilford Press.

Atkinson, N. (2009). Theraplay used in a multi-cultural environment. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group theraplay* (pp. 137–160). Northvale, NJ: Aronson.

Azoulay, D. (2000). Theraplay with physically handicapped and developmentally delayed children. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 279–300). Northvale, NJ: Aronson.

Berndt, C. (2000). Theraplay with failure-to-thrive infants and mothers. In E. Munns (Ed.) *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 117–138). Northvale, NJ: Aronson.

Blanchard, S., & Breuer, J. (2000). Treating family violence through Theraplay. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 103–116). Northvale, NJ: Aronson.

Bojanowski, J. (2005). *Discriminating between pre- versus post-Theraplay treatment Marschak Interaction Methods using the Marschak Interaction Method rating system*. Psy.D. diss., Alliant International University, Fresno, CA.

Booth, P., & Jernberg, A. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment based play.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Booth, P., & Lindaman, S. (2000). Theraplay for enhancing attachment in adopted Children. In H. Kaduson and C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 194–227). New York, NY: Guilford Press.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. New York, NY: Brunner-Routledge.

Buckwalter, K., & Findlay, A. (2009). Theraplay: The powerful catalyst in residential treatment. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 81–93). New York, NY: Aronson.

Bundy-Myrow, S. (2000). Group Theraplay for children with autism and pervasive developmental disorder. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy*. Northvale, NJ: Aronson.

Chaloner, W. B. (2006, Fall). One therapist's journey as a Head Start mental health consultant integrating child-centered with sensory/Theraplay-based approaches to play therapy with at-risk children. *The Theraplay Institute Newsletter*.

Cross, D., & Howard, A. (2007). *An evaluation of Theraplay with children diagnosed with PDD or mild to moderate autism.* Paper presented at the Third International Theraplay Conference, Chicago, IL.

Di Pasquale, L. (2000). The Marschak Interaction Method. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 27–51). Northvale, NJ: Aronson.

Di Pasquale, L. (2009). The dysregulated child in Theraplay. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 27–44). Northvale, NJ: Aronson.

Doidge, N. (2007). *The brain that changes itself*. Toronto, Canada: Penguin Books.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Eyles, S., Boada, M., & Munns, C. (2009). Theraplay with overtly and passively resistant children. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 45–55). Northvale, NJ: Aronson.

Field, T. (2001). *Touch*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.

Finnell, N. (2000). Theraplay innovations with adoptive families. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 235–256). Northvale, NJ: Aronson.

Franke, U. (2009). Theraplay in Germany. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 127–136). Northvale, NJ: Aronson.

Gardiner, B., & Spickelmier, M. (2009). Working with adolescents. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 249–264). Northvale, NJ: Aronson.

Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. New York, NY: Brunner-Routledge.

Goldberg, S. (2000*). Attachment and development*. New York, NY: Oxford University Press.

Hong, J. (2004). *Effects of group Theraplay on self-esteem and interpersonal relations for abused children.* Presentation at Sookmyurg Women's University, Seoul, South Korea.

Hughes, D. (2006). *Building the bonds of attachment: Awakening love in deeply troubled children*. Northvale, NJ: Aronson.

Hughes, D. (2007). Attachment-focused family therapy. New York, NY: Norton. Jernberg, A. (1979). *Theraplay: A new treatment using structured play for problem children and their families*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Johanson-Maddox, A., & Bettendorf, C. (2009). Theraplay in combination with sensory and handling techniques: The body/mind connection in pediatrics. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group therapy* (pp. 197–209). Northvale, NJ: Aronson.

Kim, Y. (2007). *Development and evaluation of a group Theraplay program to enhance attachment of infants.* Unpublished manuscript (cited in Lender & Lindaman).

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.

Kwon, E. (2004). The effect of group Theraplay on the development of preschoolers' emotional intelligence quotient. In D. Lender & S. Lindaman, *Research supporting the effectiveness of Theraplay and Marschak Interaction Method*. Chicago, IL: The Theraplay Institute.

Lassenius-Panula, L., & Makela, J. (2007). *Effectiveness of Theraplay with symptomatic children ages 2–6: Changes in symptoms, parent-child relationships and stress hormone levels of children referred for psychiatric care in three university hospital districts in Finland.* Paper presented at the Third International Theraplay Conference, Chicago, IL.

Lender, D., & Lindaman, S. (2007). *Research supporting the effectiveness of Theraplay and Marschak Interaction Method.* Paper presented at the Third International Theraplay Conference, Chicago, IL.

Lindaman, S., & Booth, P. (2010). Theraplay for children with autism spectrum disorders. In P. Booth & A. Jernberg (Eds.), *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (pp. 301–358). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Lindaman, S., & Lender, D. (2009). Theraplay with adopted children. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay*. Northvale, NJ: Aronson.

Mahon, M. (1999). *Theraplay as an intervention with previously institutionalized twins having attachment diffi culties*. Unpublished doctoral dissertation, Chicago School of Professional Psychology, Chicago, IL.

Makela, J., & Vierikko, I. (2004). *From heart to heart: Interactive therapy for children in care. Report on the Theraplay project in SOS children's villages in Finland 2001–2004.* Published by the SOS children's villages in Finland.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Manery, G. (2000). Dual family Theraplay with withdrawn children in a cross-cultural content. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 151–194). Northvale, NJ: Aronson.

Marschak, M. (1960). A method for evaluating child–parent interaction under controlled conditions. *Journal of Genetic Psychology, 97,* 3–22.

Martin, D. (2000). Teacher-led Theraplay in early childhood classrooms. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 321–337). Northvale, NJ: Aronson.

Meyer, L., & Wardrop, J. (2009). Research on Theraplay effectiveness. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 17–24). Northvale, NJ: Aronson.

Miller-Mroz, J., Lender, D., Rubin, P., & Lindaman, S. (2010). Theraplay for children who are adopted or in foster care. In P. Booth & A. Jernburg (Eds.), *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (pp. 405–493). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Morgan, C. (1989). *Theraplay: An evaluation of the effect of short-term, structured play on self-confi dence, self-esteem, trust and self-control.* Unpublished research, York Center for Children, Youth and Families, Richmond Hill, Ontario, Canada.

Munns, E. (2000). *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy*. Northvale, NJ: Aronson.

Munns, E. (2009). *Applications of family and group Theraplay.* Northvale, NJ: Aronson.

Munns, E., Jensen, D., & Berger, L. (1997). *Theraplay and the reduction of aggression*. Unpublished manuscript, Blue Hills Child & Family Services, Aurora, Ontario, Canada.

Nickelson, B., & Parker, L. (2009). *Attached at the heart*. New York, NY: Universe.

Perry, B., & Salavitz, M. (2006). *The boy that was raised as a dog.* New York, NY: Basic Books.

Perry, L., & Sutherland, P. (2009). Theraplay and aboriginal peoples. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 97–114). Northvale, NJ: Aronson.

Randolph, E. (1999). *Randolph Attachment Disorder Questionnaire*. Evergreen, CO: Attachment Center Press.

Ritterfi eld, U. (1990). Theraplay auf dem prufstand. Bewertung des Therapieerfolgs am Beispiel sprachauffalliger Vorschulkender (Putting Theraplay to the test: Evaluation of therapeutic outcome with language delayed preschool children). *Theraplay Journal, 2,* 22–25.

Rubin, P. (1995, Fall). Multi-family Theraplay in a shelter for the homeless. *Theraplay Institute Newsletter,* 5.

Rubin, P. (2000). Multi-family Theraplay groups with homeless mothers and children. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 211–234). Northvale, NJ: Aronson.

Rubin, P. (2010). Group Theraplay. In P. Booth & A. Jernberg (Eds.), *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (pp. 495–519). San Franscisco, CA: Jossey-Bass.

Rubin, P., & Tregay, J. (1989). *Play with them—Theraplay groups in the classroom: A technique for professionals who work with children.* Springfi eld, IL: Thomas.

Rubin, P., Lender, D., & Mroz, P. (2009). Theraplay and dyadic developmental psychotherapy. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 171–182). Northvale, NJ: Aronson.

Rutter, M. (1994). *Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect.* Paper presented at the International Conference on Attachment and Psychopathology. Toronto, Ontario, Canada.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Schlanger, R. (2010). *For the love of Melissa*. Bloomington, IN: AuthorHouse. Schore, A. (1994). *Affect regulation and origins of self. The neurobiology of emotional development.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Schore, A. (2005). Attachment, affect and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics Review, 26,* 204–217.
Schore, J., & Schore, A. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, *36,* 9–20.
Seligman, M. (2007). *The optimistic child*. New York, NY: Houghton Miffl in.
Sherman, J. (2000). Multi-family Theraplay. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 195–210). Northvale, NJ: Aronson.
Sherman, J. (2009). Father–son group Theraplay. In E. Munns (Ed.), *Applications in family and group Theraplay* (pp. 237–248). Northvale, NJ: Aronson.
Siegel, D. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are.* New York, NY: Guilford Press.
Siegel, D., & Hartzell, M. (2004). *Parenting from the inside out*. New York: Tarcher/Putman.
Siu, A. (2009a). Theraplay in the Chinese World: An intervention program for Hong Kong children with internalizing problems. *International Journal of Play Therapy*, *18*(1), 1–12.
Siu, A. (2009b). Theraplay for Chinese children. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 115–125). Northvale, NJ: Aronson.
Smillie, G. (2009). In sync. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay* (pp. 161–169). Northvale, NJ: Aronson.
Stern, D. (1995). *The motherhood constellation: A unifi ed view of parent–infant psychotherapy.*New York, NY: Basic Books.
Sunderland, M. (2006). *The science of parenting.* New York, NY: DK Publishing.
Talen, M. (2000). Using Theraplay in primary health care centers: A model for pediatric care. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 339–361). Northvale, NJ: Aronson.
Thayer, T. (1998). March encounters. *Psychology Today*, 31–36.
van Ijzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psycholgical Bulletin*, *117,* 387–403.
van Ijzendoorn, M., & Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment. In J. Cassiday & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 713–734). New York, NY: Guilford Press.
Waters, E., Weinfi eld, N., & Hamilton, C. (2000, May/June). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child Development*, 71(3), 703–706.
Weiss, D. (2009). Equine-assisted therapy and Theraplay. In E. Munns (Ed.), *Applications of family and group Theraplay.* (pp. 225–233). Northvale, NJ: Aronson.
Wettig, H., Franke, U., & Fjordbak, B. (2006) Evaluating the effectiveness of Theraplay. In C. E. Schaefer & H. G. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy: Theory, research and practice* (pp. 103–235). New York, NY: Guilford Press.
Winnicott, D. (1965). *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London, UK: Hogarth Press.
Zanetti, J., Matthews, C., & Hollingsworth, R. (2000). Adults and children together (ACT): A prevention model. In E. Munns (Ed.), *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy* (pp. 257–275). Northvale, NJ: Aronson.
Zeanah, C., & Zeanah, P. (1989). Intergenerational transmission of maltreatment: Insights from attachment theory and research. *Psychiatry*, *52*, 171–196.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 16

Terapia de juego enfocada en la solución: ayudar a los niños y a las familias a encontrar soluciones

Donald R. Nims

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es poderoso, e igualmente poderosa es la forma en que se utiliza. Para atestiguar esta "danza mágica" de palabras y presencia que resulta en el desarrollo positivo de la niñez sólo es necesario observar la interacción entre un padre y su hijo. Desafortunadamente, algunas circunstancias de la vida como el maltrato, la negligencia y la privación física y emocional tienen un impacto negativo en esta relación entre el niño y sus padres, lo cual produce aflicción e inhibe el desarrollo normal. Esos niños suelen ser los que tienen problemas en la escuela, los que se involucran en conductas de alto riesgo y quienes se ven envueltos en el sistema de salud mental. La terapia de juego ofrece la presencia terapéutica cuando se trabaja con esos niños. El modelo enfocado en la solución proporciona el lenguaje por medio del cual los niños pueden encontrar sus propias soluciones. Leggett (2009) escribió que es necesario considerar un enfoque terapéutico diseñado especialmente para los niños en que se combinen el uso del lenguaje y el juego. Un estudio de Bonsi (2006) corroboró el poder del lenguaje en la aproximación enfocada en la solución, reconoció que los clientes son los expertos en lo que concierne a su propia vida y que el lenguaje da forma a la percepción de la realidad y la construcción de soluciones.

La terapia de juego enfocada en la solución (TJES) es diferente de otras formas de terapia de juego (Elliot, 2009), y una de las diferencias más importantes es que el proceso terapéutico no es impulsado por fuerzas externas mecanicistas sino por el diálogo entre el niño y el terapeuta (McKergow, 2009). Se trata de los principios de la "solución del pensamiento" y la "solución del habla". El terapeuta cree que los niños saben lo que quieren y necesitan, por lo que siempre está pensando en la manera de enmarcar la experiencia terapéutica para que sus clientes empiecen a ver por sí mismos sus propias soluciones. El uso de las técnicas de la terapia de juego en la terapia enfocada en la solución facilita la "solución del habla", que está diseñada para ayudar a los niños a expresar sus metas.

Para este diálogo se utilizan como medio las actividades experienciales inherentes a la terapia de juego como el arte, la caja de arena y el uso de títeres (Nims, 2007; Taylor, 2009). El método enfocado en la solución es una nueva forma de pensamiento que los terapeutas pueden emplear con sus clientes (Metcalf, 2009).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

De acuerdo con Berg y Steiner (2003), esta aproximación empieza con la evaluación de las posibles soluciones, es decir, en el resultado que el cliente espera y desea. La clave es descubrir los talentos y habilidades de los niños y apreciar la forma en que llegaron a desarrollarse. "A partir de ello el terapeuta aprende cómo emplear esas capacidades para llegar a soluciones" (Berg y Steiner, p. 7). Las soluciones ya están presentes en la historia del niño, y la terapia de juego enfocada en la solución ofrece un marco claro y concreto para redescubrirlas y reutilizarlas.

La aproximación a la construcción de la solución fue iniciada por el trabajo de Steve de Shazer (1985, 1988, 1991, 1994), quien a su vez recibió una fuerte influencia del uso del lenguaje de Milton Erickson (Erickson y Rossi, 1979; Hogan, 2009). Erickson escribió que los individuos tienen una reserva de sabiduría aprendida y olvidada, pero todavía disponible (Minuchin y Fishman, 1981), y que una intervención exitosa debe enfocarse más en las soluciones que en los problemas. La terapia breve enfocada en la solución (TBES) se basa en los aspectos positivos de lo que ya está haciendo el cliente, y considera que éste es competente, responsable y capaz de visualizar los cambios que desea (DeJong y Berg, 1988). Trebing (2000) describió dos razones que hacían relevante al método enfocado en la solución: "Son muchos los niños a los que hay que llegar y muy pocos los terapeutas infantiles para hacerlo… dado que la estructura del carácter de los niños es más flexible, sus personalidades son más resilientes y su actitud es más positiva" (p. 144). Shapiro (1994) observó que la meta de la terapia de corto plazo es habilitar a los niños para que utilicen sus recursos internos para el crecimiento y desarrollo dentro de su propio entorno.

CONCEPTOS BÁSICOS

En la terapia breve enfocada en la solución, los terapeutas emplean diversas técnicas para ayudar al cliente a experimentar conductas o soluciones positivas que establezcan la base para su nuevo pensamiento. La estructura de esta forma de terapia tiene varios elementos importantes que fueron diseñados para provocar esas conductas positivas; por ejemplo, requiere el planteamiento de metas hipotéticas que incluyan conductas deseadas como una forma de ayudar a los clientes a ver sus posibilidades (Sklare, 2005). Esas metas deben ser concretas y enfocarse en la expresión positiva de una conducta más que en la ausencia de una conducta negativa y en algunas conductas específicas que el cliente desee experimentar.

El establecimiento y expresión de las metas es de vital importancia ya que proporciona la base de todo el proceso enfocado en la solución. De acuerdo con Sklare (2005), la identificación de una meta clara es el mejor predictor de resultados positivos de la consejería. Los problemas en los pasos posteriores por lo general se localizan en una meta mal definida. La meta de un niño puede ser el deseo de que sus padres vuelvan a unirse después de un divorcio; el terapeuta debe reorientar al niño preguntándole lo que ha sucedido desde el divorcio y cómo lo afectó. Luego convierte la respuesta del niño en una meta conductual positiva: "Si no estuvieras tan triste, ¿qué harías de manera diferente?"

En la terapia breve enfocada en la solución se utiliza la pregunta del milagro para ayudar al niño a visualizar una imagen en que alcanza esas metas. Se pide al

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

niño que imagine que mientras duerme ocurre un milagro y desaparece el problema que estaba experimentando. El terapeuta plantea preguntas de relación para ayudar a clarificar cómo se ve el milagro, en qué es diferente y lo que los demás considerarían como una señal de que ocurrió un milagro. A menudo los niños desean un milagro que es imposible de obtener, como el regreso de un ser querido que ha fallecido. Aunque es importante afirmar y validar el deseo del niño, la pregunta del milagro se relaciona con la meta de lo que el niño haría de manera diferente cuando se sienta mejor o menos triste. Las preguntas de relación ayudan al niño a expresar la forma en que otras personas responderían a esos cambios positivos en la conducta. El propósito es afirmar la visualización del niño de esas nuevas conductas.

Otro elemento importante de la terapia breve enfocada en la solución es la idea de una excepción. Las excepciones son las ocasiones pasadas en que el niño experimentó en su vida aunque fuera un poco del milagro. Es importante explorar por lo menos dos o tres excepciones para recordar al niño que el éxito pasado puede ser repetido en el presente y en el futuro.

La técnica de escalamiento de la terapia breve enfocada en la solución es un intento por demostrar de manera objetiva la adquisición de las metas a fin de dar a los clientes una medida de su éxito. Se pide al niño que califique el éxito en una escala del 1 al 10, en que 1 significa "ningún éxito" y 10 significa "éxito completo" en la obtención de la meta. El terapeuta afirma la respuesta y pregunta por qué el número es ese y no uno menor. Una vez más, este proceso es desafiar al niño de manera sutil para que vea la vida en términos más positivos.

El paso final de la terapia breve enfocada en la solución es reforzar los esfuerzos del niño hasta ese punto, recordarle cualquier éxito del pasado y buscar formas de avanzar al siguiente número superior de su escala. El terapeuta prepara un "mensaje de solución" que entregará al niño como un recordatorio de la sesión y para brindarle la oportunidad de crecer. Este mensaje es importante como una representación visual del proceso de la terapia breve enfocada en la solución y se convierte en la base de la siguiente sesión.

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO QUE SUBYACEN AL MODELO

Establecimiento de metas

El primer paso, y el más importante, en el proceso de la terapia breve enfocada en la solución es el establecimiento de metas claras y concretas que se ajusten a la necesidad individual del niño o adolescente. Las metas del niño se plantean de manera simple, por ejemplo, llevarse mejor con un compañero, hacer la tarea o sentirse mejor con el hecho de tener un padrastro. La meta debe ser concreta, de naturaleza positiva y claramente conductual. Lo importante es que el niño desee que esta meta se logre. El terapeuta y el niño trabajan juntos en el establecimiento de las metas y en encontrar maneras de alcanzarlas (Haley, 2000).

Es fundamental que las metas sean relevantes, significativas y específicas a la situación del niño; entre más concreta, conductual y mensurable sea la meta, mayor es el potencial de progresar hacia las soluciones (DeJong y Berg, 2002). Por ejemplo, un niño con una historia de abuso puede experimentar sentimientos de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

culpa y falta de valor. La meta se convierte en cosas específicas que el niño haría y que son una señal de que la vida es mejor y que puede tener mayor esperanza. Un niño con una discapacidad podría desear que su afrontamiento fuese un poco mejor. La meta entonces sería que el niño pudiera hacer algo que indicara que está afrontando la situación de manera más eficaz. Si el niño está enojado, la meta es lo que éste haría de manera distinta si el enojo no estuviera presente. Al adolescente que desea ser respetado se le pregunta cuál sería para un observador la señal de que se siente respetado. Otras preguntas que se plantean en esta etapa importante son "¿Qué traes contigo hoy?"; "¿Qué tendría que suceder para que no tengas que venir a verme más?"; "¿Qué te gustaría estar haciendo que fuera una señal de que las cosas han mejorado para ti?"; "Si hubiera algo en lo que pudiéramos trabajar juntos para ayudarte a sentir de manera diferente, ¿qué sería?"; "Si tú no fueras____, ¿qué estarías haciendo?" Las técnicas expresivas de la terapia de juego permiten a los niños expresar sus metas por medio del juego.

Seth, de nueve años, tenía un problema de enojo. Primero hizo el dibujo de un rayo rojo para describir su ira. Cuando se le preguntó qué sería diferente si no estuviera enojado, respondió que estaría tranquilo. Luego hizo el dibujo de un arroyuelo azul para describir lo que sería la tranquilidad. Lo que haría como indicación de que estaba tranquilo se convirtió en la meta de la sesión.

El autor de la técnica "wows y cómos" (Nims, 2007) usa afirmaciones que empiezan con las palabras *wow* y *cómo*. Están diseñadas para afirmar las conclusiones positivas de los niños acerca de su vida a pesar de lo que les ha sucedido el "wow", y para preguntarles cómo sabrían que su conducta es lo que se debe hacer en esas circunstancias el "cómo". Esto los ayuda a descubrir sus capacidades y a sentirse alentados a emplear dichas capacidades en el futuro. Algunos ejemplos de esta técnica son "Wow, pudiste controlar tu enojo esa ocasión y permanecer tranquilo. Me preguntó cómo supiste hacerlo", "Wow, hiciste tu tarea ese día. Me pregunto cómo lo hiciste. Son muchas las veces en que no hiciste tu tarea. ¿Qué fue distinto en esa ocasión?"

La pregunta del milagro

La pregunta del milagro ayuda a la transición de los niños a percibir cómo sería la vida si el problema que los llevó a terapia se resolviera mágicamente. Este paso no pretende minimizar los múltiples y complicados problemas que los niños pueden experimentar. El niño identificó una meta y la pregunta del milagro lo ayuda a visualizar cómo cambiaría su vida si la meta se lograra "aunque fuera un poco". El terapeuta hace participar al niño: "Si esta noche sucediera un milagro mientras estuvieras dormido y en la mañana cuando despertaras el problema que te trajo aquí se hubiera resuelto por obra de magia, ¿cuál sería la primera pequeña cosa que te diría que ese milagro ocurrió?"

Andy tiene ocho años. Vive con su madre biológica y una hermana mayor. Acudió a la terapia de juego debido a su agresividad y a oscilaciones marcadas en el estado de ánimo. En su milagro describió que se levantaba y era saludado por su madre con una sonrisa y un abrazo; como consecuencia del saludo de su madre pudo anticipar que tendría un "gran día" tanto en casa como en la escuela. Luego

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

describió lo que haría de manera diferente durante su "gran día". Iría a la escuela con una sonrisa en el rostro y buscaría a sus amigos y estaría en la clase de literatura porque le agrada su maestra. Después de un gran día en la escuela, llegaría a casa y se sentiría feliz de ver a su mamá.

Las preguntas de relación ayudan a aclarar y desarrollar el milagro: "¿Qué harías de manera diferente ahora que ocurrió el milagro?"; "¿En qué sería distinta la respuesta de tu madre o de tu maestra?"; "Imagínate la siguiente semana, el siguiente mes, ¿cómo reconocerías las señales de que de verdad ocurrió un milagro, que las cosas son distintas, incluso mejores?" Es importante proporcionar tanto detalle del milagro como sea posible. De nuevo, entre más puedan visualizarse cómo serían esos sentimientos positivos y esas nuevas conductas, más probable es que pueda ocurrir el cambio. Berg (2005) advirtió que es tan importante experimentar el estado del milagro como la utilidad de las preguntas de relación.

Excepciones

Las excepciones, que constituyen el tercer paso del proceso de terapia breve enfocada en la solución, son pequeños trozos del milagro o las ocasiones en el pasado en que no ocurría el problema que llevó al niño a terapia. También se utilizan para describir ocasiones del pasado en que el niño experimentó parte de la meta. A medida que los clientes recuerdan ejemplos de su vida en que no existía el problema, descubren los detalles de cómo lo evitaban, lo que ofrece una hoja de ruta hacia las soluciones, el éxito y el empoderamiento (Sklare, 2005). Los niños muy a menudo no saben apreciar el éxito que tuvieron en el pasado, y tienden a minimizar o dejar de lado la importancia de sus percepciones del punto en que se logró una medida de éxito (DeJong y Berg, 2002). Sin importar el éxito que hayan tenido en lograr parte de su meta, los niños a menudo insisten en darle el crédito a alguien más: "Mi mamá me obligó", "El profesor me dijo que lo tenía que hacer". Una buena respuesta es recordarles que no siempre hacen lo que les dice su madre o su profesor. "¿Qué fue distinto en esas ocasiones?" Con esta conciencia positiva de sí mismos, los niños empiezan a identificar y a tener acceso a un locus interno de control, lo que les permite asumir la responsabilidad de su conducta en el futuro.

Chris tiene 13 años. Su milagro es despertar y saber que ya no estará en un centro de tratamiento diurno, sino que ha regresado a la escuela regular. Chris y su terapeuta hablaron acerca de esas ocasiones, antes de ir al centro, en que estaba en una escuela regular y lo disfrutaba. Buscaron piezas del milagro. Al final, Chris le dijo al terapeuta que no quería tener que hablarle más. "¿Qué tendría que suceder para que ya no tuvieras que hablar?" El terapeuta le dijo a Chris que ambos sabían lo que tenía que suceder. La terapia terminó un fin de semana después de que Chris regresó a la escuela regular.

Escalamiento

Como parte del escalamiento se muestra a los clientes una tira de papel con 10 rostros con números que van del 1 al 10. Esta es una técnica pictórica adaptada por el autor para conocer los niveles de sentimiento en los niños (consulte el apéndice C). Los rostros van de uno que parece sumamente enojado a otro que parece sumamente feliz. Este ejercicio es una representación visual de la pregunta

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de escalamiento: "En una escala del 1 al 10, en que 1 es lo peor y 10 lo mejor, ¿en qué parte te encuentras en tu camino a tu milagro?" El escalamiento es una actividad que establece el tono para el nuevo proceso de aprendizaje del cliente, que es activo, espontáneo, relajado, participativo y divertido (Zalter, 2005). Una vez que el niño identificó un número en la escala, el terapeuta puede preguntar: "¡Wow! ¿Cómo supiste que eso (el número que el niño encerró en un círculo) era mejor?" "¿Qué tienes que hacer ahora para obtener un (un número superior)?"

Sarah tiene 13 años. Se muestra desafiante en el hogar y la escuela. Le dice al terapeuta que se siente fea. Cuando se le preguntó qué haría de manera distinta si no se sintiera fea, dijo que expresaría su opinión en clase. Esto se convirtió en la meta. Cuando se le pidió que mostrara en la escala cómo iba en su trabajo por alcanzar su meta, indicó un "6". Fue un "6" y no un "5" porque unos días antes logró expresar su opinión en una de sus clases.

Mensaje de solución

El mensaje de solución es el paso final en el proceso de la terapia breve enfocada en el problema. Es un resumen concreto y por escrito de la sesión que el niño puede llevarse a casa como una representación visual de sus esfuerzos por encontrar su propia solución. Este mensaje se escribe en presencia del niño y con su participación. El mensaje de solución tiene tres partes: los créditos, el puente y la tarea de solución. Los créditos son una serie de cumplidos y afirmaciones acerca del niño y de los esfuerzos que éste ha expresado al participar en la sesión de la terapia de juego. Se da "crédito" al niño por participar en el proceso, por aceptar la vulnerabilidad que implica compartir lo que sucede en su vida y por lograr éxitos pasados expresados en las excepciones. El terapeuta le entrega al niño una lista escrita de todos esos atributos positivos. El puente es la conexión entre los créditos y la tarea de solución. El terapeuta indica en el puente el compromiso y la buena disposición del niño para trabajar para alcanzar su meta. La tarea de solución consiste simplemente en preguntar al niño el propósito para el siguiente número de la escala. La tarea de solución también puede ser elegir un "día del milagro" y recordar lo que lo hace distinto. Se pide al niño que haga un informe de la tarea en la siguiente sesión.

Charlie tiene seis años de edad. Sus padres se divorciaron recientemente y el niño estaba experimentando episodios de enojo cuando llegaba el momento de pasar el fin de semana con su papá. Cuando se le preguntó qué le gustaba hacer, Charlie hizo un dibujo en que él y su madre jugaban juntos su juego de mesa favorito. El terapeuta y Charlie se pusieron cada uno un títere. El títere del terapeuta le dijo al de Charlie lo mucho que disfrutaba cuando estaban juntos en la sesión y reforzó la meta de Charlie de decirle a su madre cuán frustrado se sentía por tener que visitar a su padre. El niño y la madre planearían luego lo que harían cuando llegara a casa el domingo por la tarde. Juntos, el terapeuta y Charlie escribieron el mensaje de solución que el niño llevaría a casa consigo. El terapeuta escribió el nombre de Charlie en la parte superior de un papel de dibujo y mencionó varios de sus atributos (los créditos): Charlie es un pequeño valiente que se esfuerza mucho por tener un buen desempeño en la escuela; eso es difícil cuando los papás se divorcian, pero Charlie hace su mejor empeño incluso cuando se siente frustrado. A Charlie le gusta dibujar

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

y jugar con títeres; también le gusta divertirse con juegos de mesa con su madre. Como Charlie estaba dispuesto a hablar con su mamá cuando se sintiera frustrado por la idea de ir a casa de su papá los fines de semana (el puente), el terapeuta le pidió que eligiera todos los días un momento en que pudiera hablar con su mamá acerca de sus sentimientos (la tarea de solución). Con el permiso de Charlie, el terapeuta compartió con la madre del niño el mensaje de solución.

Sesiones de seguimiento

Las sesiones subsecuentes empiezan con un recordatorio de la meta tal como se planteó previamente. La clave es identificar qué cambió o mejoró para el niño desde la última sesión. Las preguntas de relación que describen quién notó este cambio ayudan a ofrecer detalles acerca de lo que es distinto o mejor para el niño. Se utiliza el escalamiento para establecer una línea base del progreso y lo que necesita suceder para avanzar al siguiente número superior de la escala. La pregunta del milagro se repite si el terapeuta determina que este paso puede ser útil. El uso del arte permite que el niño dibuje lo que es mejor o diferente. La caja de arena se emplea con el mismo propósito. Los títeres permiten que el niño y el terapeuta intercambien papeles sobre lo sucedido desde la última sesión y lo que el niño puede hacer para avanzar en la escala. Como se describió antes, se entrega al niño un mensaje de solución que establece el trabajo preliminar para la siguiente sesión.

Rol del terapeuta

El papel del terapeuta implica un proceso de descubrimiento de lo que el niño desea como una meta realista de la sesión. El modelo de terapia breve enfocada en la solución se concentra en pensar y hablar de la solución para elaborar la dirección terapéutica. En esta forma de terapia el terapeuta emplea diversas técnicas para ayudar al cliente a experimentar conductas o soluciones positivas que establezcan la base para esta nueva manera de pensar. La estructura de la terapia breve basada en la solución contiene varios elementos importantes diseñados para suscitar conductas positivas (en el apéndice A encontrará una lista de los pasos del proceso enfocado en la solución descritos en este modelo). Esta terapia requiere la creación de metas hipotéticas que incluyan conductas deseadas como una forma de ayudar a los clientes a ver lo que es posible para ellos (Sklare, 2005). A veces los niños pueden expresar sus metas; en otras ocasiones, esas metas potenciales son reveladas por medio del uso de técnicas de juego como el arte, la caja de arena y los títeres. Cuando los niños son incapaces de comunicar sus metas, el terapeuta puede hacer una "suposición terapéutica" de lo que el niño quiere como solución.

Considere el ejemplo de Joey, un niño de cinco años con conductas agresivas en el hogar y la escuela. Joey era incapaz de expresar en palabras sus necesidades y deseos, pero en las actividades de dibujo sistemáticamente dibujaba un borde apretado alrededor del perímetro de una tabla. El terapeuta supuso que Joey quería cierta regularidad en su vida; esto se fundamentaba en el conocimiento de que los padres del niño estaban divorciados y compartían la custodia. Los lunes por la mañana la profesora de Joey sabía por su conducta con cuál de los padres había pasado el fin de semana. El terapeuta estableció luego actividades de la terapia de juego que se enfocaron en la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

"solución" de Joey: la necesidad de regularidad. El niño respondió muy bien a la rutina en sus sesiones de terapia, las cuales empezaron cuando Joey ayudaba al terapeuta a poner cinta adhesiva alrededor del perímetro del área de juego. Al niño le encantaba jugar de cierta forma en la caja de arena y hablar con los títeres.

ROL DE LOS PADRES

El papel de los padres es fundamental en la terapia breve enfocada en la solución. El terapeuta debe tener en mente las expectativas de los padres y cuidadores a la vez que entiende lo que el niño quiere que ocurra. La terapia breve enfocada en la solución es algo más que una expectativa de cambio en la conducta; ayuda al niño y a la familia a ver lo que es distinto cuando tienen lugar esos cambios en la conducta, aunque sean pequeños.

Los padres colaboran en la identificación de metas conductuales claras que se ajusten a sus necesidades y a las de sus hijos. Muchas veces consideran el éxito terapéutico en términos más abstractos, como "quiero que mi hijo se porte bien" o "quiero que mi hijo sea más responsable". En la escuela el éxito podría ser "prestar atención" o "ser más cooperativo". Es absolutamente necesario que el terapeuta trabaje con los padres y cuidadores para plantear de manera clara y concreta cuáles son las metas para el niño. Con la autorización del niño, el terapeuta comparte con los padres sus metas y su milagro. Los padres necesitan apreciar cuáles son las metas de su hijo; cómo pueden ellos, como padres, participar en la solución; y qué pueden hacer de manera distinta para facilitar este proceso. Los milagros del niño permiten a los padres conocer cuáles son los sueños de sus hijos para sí mismos y para el lugar que ocupan en la familia. Los pasos en la terapia enfocada en la solución son igualmente válidos cuando se trabaja con los padres para ayudarlos a ver soluciones en términos claros y concretos. Para que las metas tengan la oportunidad de alcanzarse con éxito, los niños y los padres deben trabajar juntos. El apéndice B presenta una descripción de la forma de identificar metas que satisfagan las necesidades de los niños y los padres. La colaboración de padres e hijos en el proceso terapéutico ciertamente es deseable y apropiado en la medida que el terapeuta, el niño y los padres trabajen juntos para encontrar soluciones que beneficien a toda la familia.

APLICACIONES CLÍNICAS

La terapia de juego enfocada en la solución se utiliza con niños y adolescentes que han recibido diagnósticos de salud mental que van del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno reactivo del apego al trastorno obsesivo-compulsivo y del trastorno de estrés postraumático al trastorno bipolar. El problema no es tanto la naturaleza de lo que trae a terapia al niño o adolescente, sino que lo que el niño y el terapeuta descubren juntos es una meta conductual que funcione. Como ya se mencionó, el pensamiento enfocado en la solución del terapeuta es lo que hace que el proceso sea relevante independientemente de la situación clínica. Es un esfuerzo por ayudar al niño a encontrar algo de orden en medio del caos. Mediante el juego, el niño presenta lo que le gustaría que sucediera, cómo pueden cambiar las cosas y cómo lucirá dicha diferencia. El terapeuta usa esas mismas técnicas para representar el milagro del niño y anticipar el éxito mirando en retrospectiva las excepciones o trozos del milagro. El escalamiento es una herramienta que tiene

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

aplicación clínica al proporcionar una clara evidencia de progreso.

La terapia de juego enfocada en la solución también se emplea en la terapia familiar. Cada integrante de la familia participa en una imagen familiar, la caja de arena familiar o el espectáculo familiar con títeres. La imagen de la familia muestra la forma en que padres e hijos ven ahora las cosas y lo que les gustaría ver que sucediera para mejorar. El uso de la caja de arena proporciona información similar al terapeuta. En el espectáculo con títeres se pide a cada miembro de la familia que describa lo que la familia hará cuando las cosas vayan mejor o lo que hará cuando el milagro ocurra y las cosas mejoren.

APOYO EMPÍRICO

La terapia breve enfocada en la solución funciona con niños cuya capacidad cognitiva es suficiente para permitirles comprender y apreciar los conceptos integrales al proceso enfocado en la solución. En un estudio de DeJong y Berg (1998) se reportó que 78% de los niños de 12 años y menores y 89% de los niños de 13 a 18 años avanzan a la obtención de sus metas por medio de este proceso. DeJong y Berg (2002) describieron éxito en niños de incluso cinco años de edad cuando se hicieron ajustes lingüísticos adecuados a su edad de desarrollo. Si se consideran los requisitos cognitivos de este modelo, es probable que la aproximación enfocada en la solución no sea apropiada para niños menores de la edad preescolar.

Berg y Steiner (2003) advirtieron que los hábitos no verbales, lúdicos y creativos de los niños apoyan el éxito del tratamiento basado en el modelo de la terapia breve enfocada en la solución. Selekman (2005) presentó un modelo que combina los mejores elementos de las técnicas modificadas de la terapia de arte y de juego tradicional con la aproximación orientada a la solución en el trabajo con niños. En un estudio de Perkins (2006) realizado con clientes que recibieron tratamiento en una clínica de salud mental para niños y adolescentes por más de 14 meses, el éxito terapéutico con niños fue estadísticamente significativo cuando se utilizó el método enfocado en la solución. Perkins afirmó que el alto nivel de satisfacción entre los niños y los padres que usaban este enfoque "no era sorprendente dado que hace énfasis en el tratamiento temprano, en ofrecer aliento y aumentar el sentido de esperanza del cliente" (Perkins, 2006, p. 223). Corcoran y Stephenson (2000) encontraron una mejora significativa entre las puntuaciones de pretest y postest en la Escala de Calificación Paterna de Conners y cambios positivos en la Escala de Sentimientos, Actitudes y Conducta de los Niños cuando se utilizó el método enfocado en la solución. Paylo (2005) utilizó la terapia breve enfocada en la solución para trabajar con adolescentes y encontró que este proceso empoderaba a las familias para encontrar las soluciones en el futuro mientras dibujaban su pericia y sus fortalezas para fomentar el cambio deseado. En un entorno escolar, Myers (2009) encontró que el método enfocado en la solución era exitoso, respetuoso y reflexivo en el trabajo con niños y adolescentes con problemas conductuales. Además, Kim (2008) encontró efectos positivos del tratamiento en un metaanálisis de la terapia breve enfocada en la solución comparada con un grupo control de niños con trastornos conductuales.

CASO ILUSTRATIVO

Kim tiene cinco años de edad, y sufrió abuso sexual por parte de un niño vecino mayor

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que ella. Desde entonces no ha existido más contacto con el otro niño. Kim llegó a terapia debido a su comportamiento agresivo en sus clases del jardín de niños. Su conducta hacia sus pares era provocadora y tuvo como consecuencia que fuera aislada de los otros en el salón de clases porque sus compañeros no querían estar cerca de ella. En casa también se mostraba agresiva con un hermano menor. El terapeuta utilizó técnicas de la terapia de juego como la caja de arena y los títeres para establecer una relación con la niña.

Al principio, Kim usó la caja de arena como una oportunidad de libre expresión. Las actividades de la terapia de juego se utilizan siempre para desarrollar rapport y confianza con el niño y para ofrecer al terapeuta mayor insight respecto a lo que subyace al nivel de aflicción emocional del niño. El terapeuta le pidió luego a Kim que empleara la caja de arena para hacer una representación de la escuela. Se hizo evidente que lo que más angustia le causaba era el hecho de no tener amigos en la escuela, por lo que hacer amigos se convirtió en el propósito de la terapia. El terapeuta utilizó el títere del mago que agita su varita mágica para plantear la pregunta del milagro. Kim quería tener una amiga en la escuela. El terapeuta le preguntó: "¿Qué harían juntas tu amiga y tú? ¿A qué jugarían? ¿Qué otra cosa quieres hacer con tu amiga? ¿Qué haría tu amiga?" El resultado de este proceso fue una imagen vívida de Kim jugando con su amiga. En este punto el terapeuta y Kim eligieron cada un títere y se entretuvieron con varios juegos imaginarios. Describieron algunas ocasiones en el pasado inmediato en que Kim pudo jugar con otros niños en la escuela. En la hoja de escalamiento Kim eligió el dibujo de la cara "7" como medida de dónde creía ella que estaba su milagro.

El terapeuta y Kim usaron los títeres para practicar cómo jugaría la niña cuando regresara a la escuela. El mensaje de solución fue un dibujo que hicieron juntos el terapeuta y la pequeña. El terapeuta dividió por la mitad una hoja de papel para dibujar. En su mitad del papel cada uno hizo el dibujo de Kim jugando con una amiga. En la parte posterior el terapeuta mencionó varios atributos de la niña: "De verdad te gusta jugar. Estás dispuesta a hablarme acerca de tus sentimientos. De verdad quieres tener una amiga con quien jugar y estás dispuesta a aprender cómo ser una amiga". El terapeuta luego escribió un enorme "8" en el papel. La tarea de solución era alcanzar un 8 en la semana siguiente cuando jugara con su amiga en el jardín de niños. Con la autorización de Kim, el terapeuta compartió con la madre y la maestra esta tarea de solución a fin de que facilitaran la oportunidad de que Kim jugara con otra niña en la escuela. Las sesiones de seguimiento demostraron que la conducta agresiva de Kim había disminuido y que era capaz de jugar de manera más apropiada con sus compañeros.

Billy tiene 15 años de edad. Cuando tenía 11 fue violado por un amigo de su padre. Ahora vive con su madre y su padrastro. Por esa misma época también fue violada la hermana mayor de Billy, quien en la actualidad está internada en una institución de atención residencial de largo plazo. Billy asiste a un escenario escolar alternativo debido a problemas conductuales y a una historia de consumo de drogas. Aunque Billy tiene 15 años, respondió a las técnicas de la terapia de juego experiencial, en particular el arte y el modelamiento con plastilina. El terapeuta conoció a Billy cuando la escuela informó que el muchacho había amenazado con suicidarse. Después de que se resolvió la amenaza de suicidio se establecieron sesiones

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

semanales de terapia. Al principio el chico no se mostraba abierto a la comunicación. El terapeuta le proporcionó plastilina y le pidió que hiciera lo que quisiera con ella. Esta actividad dio pie a la discusión. Se pidió al muchacho que usara la plastilina para describir cómo se sentía. A continuación se le dijo que la utilizara para describir cómo se vería si se sintiera diferente y qué estaría haciendo como una señal de que se sentía mejor. Esto llevó a la revisión de la relación entre Billy y su madre.

La meta decidida por Billy para su terapia era tener una mejor relación con la madre. El terapeuta preguntó: "¿Cómo sería eso? ¿Qué estarías haciendo cuando la relación mejorara?" La pregunta del milagro se dirigió a esta meta de cómo sería la relación de Billy y su madre después del milagro. Billy hizo un dibujo de este milagro. Las excepciones describieron algunos momentos en que el chico y su madre experimentaron "aunque fuera un poco" del milagro. El escalamiento ofreció una oportunidad para reforzar los esfuerzos de Billy para llegar a este punto. El muchacho eligió un "6" en su escala porque él y su madre habían hablado sin pelear esa mañana. El mensaje de solución fue una afirmación conjunta que adoptó la forma de un dibujo hecho por Billy y el terapeuta, cada uno en la mitad de una pieza de papel de dibujo; ambos hicieron el dibujo de Billy y su madre haciendo algo juntos de una manera positiva. Después de compartir sus dibujos, el terapeuta mencionó los atributos del jovencito en el otro lado del papel: "Eres un joven que sabe lo que quiere y estás dispuesto a esforzarte por alcanzar tu meta. De verdad quieres tener una buena relación con tu madre. Sabes que cuando las cosas no estén funcionando bien, te detendrás, respirarás profundo y empezarás a hablar con tu madre. Tengo confianza en ti y estoy ansioso de ver cómo van las cosas la siguiente semana". El terapeuta añadió un enorme "7" y le dijo que se esforzara por alcanzar ese número cuando hablara con su madre. Una vez más, con la autorización del cliente, el terapeuta compartió con su madre el mensaje de solución.

DIFICULTADES PARA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO

La mayor dificultad para poner en práctica este modelo es la necesidad de reconocer el nivel de madurez del niño. Los más pequeños no tienen las habilidades de desarrollo que les permitan captar los conceptos inherentes al modelo. También se requiere esfuerzo para desarrollar una relación terapéutica con el niño antes de avanzar con los pasos del modelo. Sin el nivel necesario de relación entre el niño y el terapeuta las suposiciones terapéuticas suelen ser incorrectas, por lo que es difícil identificar y lograr las soluciones. Es importante que los padres entiendan las metas y milagros del niño, ya que en ocasiones consideran que la meta de su hijo es una excusa para no trabajar en lo que ellos identifican como el problema. La terapia de juego enfocada en la solución enfatiza el reconocimiento de que el éxito previo es el cimiento de la solución en el futuro.

CONCLUSIÓN

La terapia de juego enfocada en la solución es un modelo de terapia de juego fundamentada en los principios de la "solución del pensamiento" y la "solución del habla". El terapeuta cree que los niños saben lo que quieren y que juntos pueden encontrar una solución a los problemas que los llevaron a terapia. Es un proceso de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

comunicación mediante el juego para poder expresar con claridad cómo se verían esas metas y qué estaría haciendo el niño cuando alcance su meta. El terapeuta y el niño dibujan juntos esta imagen de éxito con capas de evidencia de cuándo ya había sido alcanzada parte de la meta. Las técnicas de la terapia de juego experiencial del arte, la caja de arena y los títeres constituyen el medio para este proceso terapéutico. La técnica de reforzamiento positivo de los "wow" y los "cómo" se diseña para ayudar a los niños a tomar el crédito de sus esfuerzos. La terapia de juego enfocada en la solución es un proceso sistemático claro con un sólido cimiento teórico y práctico; la investigación sustenta su eficacia Aunque este método no es apropiado para todos los niños, es digno de consideración y mayor estudio.

REFERENCIAS

Berg, I. K. (2005). The state of miracles in relationships. *Journal of Family Psychology, 16,* 115–118.

Berg, I. K., & Steiner, T. (2003). *Children's solution work.* New York, NY: Norton.

Bonsi, E. (2006). An empirical investigation of the usefulness of solution talk in solutionfocused therapy. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 66,* 3924.

Cocoran, J., & Stephenson, M. (2000). The effectiveness of solution-focused therapy with children with child behavior problems: A preliminary report. *Families in Society, 81,* 468–474.

DeJong, P., & Berg, I. K. (1998). *Interviewing for solutions.* Pacifi c Grove, CA: Brooks/Cole.

DeJong, P., & Berg, I. K. (2002). *Interviewing for solutions* (2nd ed.). Pacifi c Grove, CA: Brooks/Cole.

de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York, NY: Norton.

de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York, NY: Norton.

de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work.* New York, NY: Norton.

de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic.* New York, NY: Norton.

Elliott, C. (2009). Overview of solution-focused therapy. In C. Elliott & L. Metcalf (Eds.), *The art of solution focused therapy* (pp. 1–19). New York, NY: Springer.

Erickson, M., & Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York, NY: Irvington.

Haley, T. (2000). Solution-focused counseling with a sexual abuse survivor. *Guidance and Counseling, 15,* 1–7.

Hogan, D. (2009). My encounter with the solution focused therapy model. In C. Elliott & L. Metcalf (Eds.), *The art of solution focused therapy* (pp. 175–188). New York, NY: Springer.

Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A metaanalysis. *Research on Social Work Practice, 18,* 107–116.

Leggett, E. S. (2009). A creative application of solution-focused counseling: An integration with children's literature and visual arts. *Journal of Creativity in Mental*

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Health, 4, 191–200.
McKergow, M. (2009). In between—neither inside nor outside: The radical simplicity of solution-focused brief therapy. *Journal of Systemic Therapies, 28,* 34–49.
Metcalf, L. (2009). Solution focused therapy: Its applications and opportunities. In C. Elliott & L. Metcalf (Eds.), *The art of solution focused therapy* (pp. 21–43). New York, NY: Springer.
Minuchin, S., & Fishman, C. (1981). *Family therapy techniques.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Myers, S. (2009). Review of solution-focused counseling in schools, second edition. *Child and Family Social Work, 14,* 386–387.
Nims, D. R. (2007). Integrating play therapy techniques into solution-focused brief therapy. *International Journal of Play Therapy, 16,* 54–68.
Paylo, M. (2005). Helping families search for solutions: Working with adolescents. *Family Journal, 13,* 456–458.
Perkins, R. (2006). The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79,* 215–227.
Selekman, M. D. (2005). *Children in therapy: Using the family as a resource.* New York, NY: Norton.
Shapiro, L. (1994). *Short-term therapy with children: A multi-modal approach to helping children with their problems.* King of Prussia, PA: Center for Applied Psychology.
Sklare, G. (2005). *Brief counseling that works: A solution-focused approach for school counselors and administrations* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
Taylor, E. R. (2009). Sandtray and solution-focused therapy. *International Journal of Play Therapy, 18*, 56–68.
Trebing, J. (2000). Short-term solution-oriented play therapy for children of divorced parents. In H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children.* New York: Guilford Press.
Zalter, B. (2005). The state of miracles in relationships. *Journal of Family Psychology, 16,* 115–118.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Apéndice A

Toma de notas de la terapia de juego enfocada en la solución

Cliente _____ Fecha _____

Meta del cliente:

- ¿Qué traes contigo hoy?
- ¿De qué podríamos hablar que te hiciera más feliz?
- Si las cosas mejoraran, ¿qué estarías haciendo?

Pregunta del milagro:

- Si esta noche sucediera un milagro y tu problema estuviera resuelto cuando despertaras por la mañana, ¿cuál sería la primera señal de que el milagro ocurrió?
- ¿Qué harías de manera diferente?
- ¿Qué otra cosa sería diferente después del milagro?

Pregunta de relación:

- ¿Quiénes se darían cuenta del cambio que hubo en ti?
- ¿Qué notarían?
- ¿Cómo te responderían?
- ¿Cómo les responderías?
- (Repita la secuencia entera de tres a cuatro veces,)

Excepciones/Pedazos del milagro:

- ¿Cuándo ha ocurrido ya este milagro, aunque sea un poco?
- ¿Cómo pudiste lograr que eso sucediera?
- (Recuerde los "wow" y los "cómo.)

Escalamiento: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- En una escala del "1" al "10", en que "1" es lo peor y "10" es lo mejor, ¿en qué punto te calificarías hoy?
- ¿Cómo conseguiste un día "#"? (Inserte aquí el número de la escala.)
- ¿Qué te ves haciendo cuando avances a un número mayor?

Señalar los obstáculos:

- Analice cualquier obstáculo potencial para alcanzar su meta.
- Tareas no terminadas:
- ¿Hay algo más que debamos analizar?

Mensaje de solución

- Créditos (3): Poner de manifiesto el éxito actual
- Puente: Conectar la meta del cliente con la tarea del terapeuta
- Tarea: Haga notar las acciones y observaciones elevando la escala 10%

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Apéndice B
Metas de la terapia de juego enfocada en la solución específica del niño

(x): escalamiento ahora (0): escalamiento de la meta *

Nombre: _____ Evaluación: Inicial: _____ 3 meses: _____ 6 meses: _____ 9 meses: _____ Otra: _____ Salida: _____

A. En casa: Si la meta que identificaste en esta área fuese alcanzada, ¿qué estarías haciendo? Sea específico acerca de las conductas y acciones positivas que involucran al niño y a los padres.

1. (Niño): Yo estaría _____
_____
_____
_____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ausencia total de la meta Éxito total de la meta

2. (Padres): Nos gustaría que el niño _____
_____
_____
_____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ausencia total de la meta Éxito total de la meta

B. En la escuela: Si la meta que identificaste en esta área fuera alcanzada, ¿qué estarías haciendo? Sea específico acerca de las conductas y acciones positivas que involucran al niño y el profesor.

3. (Niño): Yo estaría _____
_____
_____
_____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ausencia total de la meta Éxito total de la meta

*En la escala, pon una X en el número en que te encuentras ahora. Encierra en un círculo el número en que te gustaría estar. (*continúa*)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Apéndice B (***continuación)***
3. (Profesor): Me gustaría que el niño _____
_____
_____
_____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ausencia total de la meta Éxito total de la meta

Apéndice C

¿Cómo te sientes hoy?

© ***Editorial El Manual Moderno*** Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 17

Terapia de juego cognitivo-conductual

Susan M. Knell

La terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) surge de la forma en que Aaron Beck (1964, 1976) concebía a la terapia cognitiva (TC). El modelo cognitivo de los trastornos mentales implica la interacción entre cognición, conducta y fisiología (Beck y Emery, 1985), y sostiene que la conducta es mediada por procesos verbales; la manera en que los individuos interpretan el mundo determina en gran medida cómo se comportan, sienten y entienden las situaciones de la vida (Beck, 1967, 1972, 1976). En la teoría cognitiva, las experiencias emocionales son determinadas por cogniciones que se desarrollaron en parte de experiencias más tempranas. En el curso de los últimos 40 años, la terapia cognitiva ha sido aplicada a una variedad cada vez mayor de poblaciones, que incluyen lo mismo a poblaciones psiquiátricas (como los individuos con depresión, ansiedad y trastornos de personalidad) que a poblaciones no psiquiátricas (como prisioneros y personas con problemas de salud) (Beck, 1995).

La terapia cognitiva que se practica con los adultos es inapropiada para emplearse con niños y adolescentes sin ser modificada, ya que se necesita un enfoque más apropiado para el desarrollo. Con el paso del tiempo han surgido adaptaciones de la terapia cognitiva que se utilizan con poblaciones cada vez más jóvenes, por ejemplo, adolescentes (Emery, Bedrosian y Garber, 1983) y niños en edad escolar (Kendall y Braswell, 1985). Sin embargo, muchos creían que la terapia cognitiva no podía ser adaptada para preescolares y escolares muy pequeños. Las tradiciones clínicas sugieren que la terapia con preescolares debe implicar cierto nivel de terapia de juego a fin de involucrar al niño en lo que suele ser una tarea más verbal. Las publicaciones acerca del desarrollo sugieren que los niños en la etapa preoperacional carecen de la complejidad y flexibilidad cognitivas necesarias para beneficiarse de la terapia cognitiva. En el caso de los adultos, esta terapia requiere la capacidad para seguir una secuencia lógica y racional. Supone que los individuos tienen la capacidad para distinguir el pensamiento racional y lógico del pensamiento irracional e ilógico. Un adulto quizá necesite cierta orientación para identificar y etiquetar los pensamientos irracionales e ilógicos, pero una vez que los ha identificado puede entender las incongruencias. Sin embargo, los niños pequeños quizá no entiendan las diferencias y no sean capaces de distinguir entre el pensamiento irracional e ilógico y el pensamiento racional y lógico. Por consiguiente, el uso de la terapia cognitiva con niños pequeños está plagada de dificultades, lo que en buena medida explica por qué la mayoría de las aplicaciones de la terapia cognitiva con los jóvenes se ha concentrado en adolescentes y escolares mayores. El egocentrismo de la etapa preoperacional, los procesos de pensamiento concreto y el pensamiento aparentemente irracional parecen excluir el tipo de capacidades cognitivas necesarias para participar en la terapia cognitiva.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

A muchos les parece que existe incompatibilidad entre la terapia cognitiva, con su énfasis en las intervenciones verbales, y la terapia de juego (TJ), con su acento en el juego. No obstante, a mediados de la década de 1980, Phillips (1985), quien no era clínico sino especialista en desarrollo, propuso la hipótesis de que la inclusión de las técnicas cognitivo-conductuales en intervenciones de juego ofrecía una dirección prometedora en el campo de la terapia de juego. A finales de la década de 1980, otros individuos, como Berg (1982), habían empezado a integrar la terapia cognitiva y las intervenciones de juego, aunque la población a la que Berg se dirigía eran escolares un poco mayores. El primer informe de caso publicado sobre la integración de intervenciones cognitivas y terapia de juego en un niño de edad preescolar fue un trabajo de Knell y Moore (1990) acerca de un niño de cinco años con encopresis.

La adaptación de la terapia cognitiva para preescolares ha recibido una atención cada vez mayor en los últimos 10 años. La terapia de juego cognitivo-conductual, según la idea de Knell (Knell, 1993a, 1993b, 1994, 1997, 1998, 1999, 2000, 2003; Knell y Beck, 2000; Knell y Dasari, 2006, 2009; Knell y Moore, 1990; Knell y Ruma, 1996, 2003), fue desarrollada para usarse con niños de dos y medio a seis años e incorpora las terapias cognitivas, las conductuales y las de juego. La terapia de juego cognitivo-conductual se basa en la teoría cognitiva de los trastornos emocionales y en los principios cognitivos de la terapia, los cuales son adaptados de forma apropiada para el desarrollo; este tipo de terapia es sensible a los problemas del desarrollo de los niños y hace hincapié en la validación empírica de la eficacia de las intervenciones.

Si bien las distorsiones cognitivas en niños muy pequeños pueden ser apropiadas para el desarrollo, aun así son inadaptadas. Por ejemplo, un niño cuyos padres se divorcian poco después de que se portó mal puede creer que él fue la causa de la separación. En la mayoría de los casos los niños incorporan a su pensamiento las experiencias de su vida, y con la ayuda del discurso cotidiano que sostienen con sus padres pueden integrar este aprendizaje en un pensamiento más adaptado ("Mis papás no se estaban llevando bien. Papá no se mudó a causa de mi conducta. Lo hizo porque él y mamá peleaban demasiado."). Dado que los pensamientos inadaptados pueden ser apropiados para el desarrollo, resulta complicado emplear el concepto de distorsiones cognitivas en el caso de los niños pequeños. Por este motivo es más apropiado denominar a esos pensamientos como inadaptados en lugar de distorsionados.

En ocasiones, los niños no vinculan ningún conjunto de creencias o significados con un evento. En esos casos, las cogniciones inadaptadas pueden no estar presentes. Sin embargo, tal vez haya una ausencia de creencias adaptadas que, de estar presentes, facilitarían el afrontamiento. En esos casos el niño puede necesitar ayuda para crear autoafirmaciones funcionales y adaptadas como medio de afrontamiento, no para reemplazar los inadaptados sino para estimular un pensamiento y conducta más adaptados. Por ejemplo, a un niño pequeño puede resultarle difícil afrontar el nacimiento de un hermano. Las creencias inadaptadas (por ejemplo, "Ya no soy el bebé" o "Nadie me quiere") pueden no estar presentes o tal vez no se expresen verbalmente. Ayudar al niño a afrontar al nuevo hermanito proporcionándole afirmaciones de afrontamiento adaptadas y positivas puede facilitar su funcionamiento. Afirmaciones como "Tenemos un nuevo bebé, pero mamá y papá todavía me quieren" pueden brindar al niño una perspectiva positiva de la experiencia.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Por consiguiente, la facilitación del cambio cognitivo en los niños pequeños no sólo es posible sino bastante común. Como se mencionó, la inducción de dicho cambio a menudo tiene lugar en la vida cotidiana normal de las interacciones entre el niño y sus padres. Cuando las situaciones son llevadas a un terapeuta, la evidencia apoya el uso de adaptaciones de la terapia cognitiva, apropiadas para el desarrollo, a fin de facilitar dichos cambios. Bierman (1983) escribió acerca de las técnicas de entrevista, incluyendo el uso de ejemplos concretos y la disminución de preguntas abiertas, como medio para facilitar en el niño pequeño la comprensión de problemas complejos. El cambio cognitivo puede ser comunicado de manera directa mediante el uso del juego (Knell, 1998; Shirk y Russell, 1996). Además, la capacidad del terapeuta para ser flexible, reducir el acento en las verbalizaciones y aumentar el uso de enfoques experienciales puede contribuir a la adaptación exitosa de la terapia cognitiva en niños pequeños.

CONSTRUCTOS BÁSICOS, METAS Y TÉCNICAS

La terapia de juego cognitivo-conductual se basa en las teorías conductuales y cognitivas del desarrollo emocional y la psicopatología, así como en las intervenciones derivadas de ellas. Se consideran esas raíces teóricas en lo que concierne a su influencia sobre la terapia de juego cognitivo-conductual.

Terapia conductual

Las terapias conductuales (TC) para jóvenes fueron desarrolladas en parte para ayudar a los niños y a los padres a trasladar el conocimiento adquirido en la terapia al ambiente natural. Es común enseñar directamente a los padres o a otras personas de importancia en la vida del niño los métodos conductuales para tratarlo. Dichos enfoques han demostrado enorme eficacia en problemas como la desobediencia infantil. Sin embargo, la terapia conductual puede ser puesta en práctica directamente con el niño, y es posible que se requiera una aproximación directa en el caso de los preescolares, en especial si el problema del niño resulta aversivo para los padres (por ejemplo, Knell y Moore, 1990), si la relación del niño con sus padres ha inhibido el desarrollo de su autocontrol (Klonoff, Knell y Janata, 1984; Klonoff y Moore, 1986), o si sobresalen los problemas de control. Si bien la terapia es directa o aplicada mediante otra persona significativa, el terapeuta trata de identificar los factores que refuerzan y mantienen las conductas problemáticas de modo que sea posible modificarlas. Muchas intervenciones se basan en el condicionamiento clásico (por ejemplo, la desensibilización sistemática) y el condicionamiento operante (por ejemplo, el manejo de contingencias). Las intervenciones derivadas de la teoría del aprendizaje social también enfatizan el aprendizaje por observación y los aspectos más cognitivos del comportamiento, lo que proporcionó buena parte del impulso para el desarrollo de la terapia cognitiva.

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva se desarrolló como una aproximación estructurada y dirigida a ayudar a los individuos a transformar su conducta mediante el cambio en el pensamiento y las percepciones que le subyacen. Aunque en principio surgió como una terapia para adultos deprimidos, de corto plazo orientada al presente, el tratamiento se dirigió a la modificación del pensamiento y la conducta disfuncional. Las adaptaciones a poblaciones

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

más jóvenes han cambiado los métodos con que se aplica la terapia cognitiva, pero no sus fundamentos teóricos. Una de las dificultades enfrentadas en el desarrollo de la terapia de juego cognitivo-conductual es encontrar maneras de aplicar la terapia cognitiva sin el énfasis en el lenguaje, que puede resultar demasiado complejo para un niño pequeño.

Terapia de juego cognitivo-conductual

Knell (1993a, 1993b, 1994, 1997, 1998) sostiene que la terapia cognitiva puede ser modificada para emplearse con niños pequeños si se presenta de una forma que les resulte accesible; por ejemplo, mediante el uso de títeres, animales de peluche, libros y otros juguetes para modelar estrategias cognitivas. Con la aproximación de un modelo de afrontamiento, el modelo (por ejemplo, un títere) puede expresar de manera verbal habilidades de solución de problemas o soluciones a problemas análogos a los enfrentados por el niño.

Principios de la terapia de juego cognitivo-conductual

Algunos de los principios de la terapia cognitivo-conductual adaptados del trabajo con adultos (Beck y Emery, 1985) se aplican también con niños pequeños. La terapia de juego cognitivo-conductual se basa en el modelo cognitivo del trastorno emocional y su naturaleza es breve, de tiempo limitado, estructurada, directiva, orientada al problema y psicoeducativa. Una buena relación terapéutica es una condición necesaria para que la terapia de juego cognitivo-conductual sea eficaz. Aunque la relación de colaboración es importante y un enfoque más inductivo o socrático resulta fundamental para la terapia cognitivo-conductual, debe ser modificada cuando se pone en práctica con niños pequeños.

Escenario

La terapia de juego cognitivo-conductual se lleva a cabo en un cuarto de juego o consultorio equipado con materiales de juego apropiados. En condiciones ideales, el cuarto debe tener un surtido de juguetes, artículos de arte, títeres, muñecos y otros materiales. Aunque por lo general es suficiente una selección de juguetes, a veces se necesita un juguete específico para tratar a un niño en particular. En ocasiones es posible adaptar los materiales de juego existentes para satisfacer esas necesidades específicas. Otras veces debe llevarse al cuarto de juego un juguete específico porque el niño no puede "simular" o mostrarse flexible en el uso de los juguetes ya existentes. Un ejemplo de esto sería una niña a la que no le gusta usar gafas; a esta niña se le podría pedir que recortara gafas de papel para una muñeca, o, en caso de que le resultara difícil mostrar flexibilidad en el uso de las gafas recortadas de papel, tal vez podría responder mejor a gafas reales de plástico que puedan ajustarse a la muñeca.

El tratamiento a veces ocurre fuera del escenario del cuarto de juego o del consultorio. Eso es cierto sobre todo en el caso de niños con ansiedades específicas, como las fobias, en cuyo caso es mejor el tratamiento *in vivo*. Para esos niños el tratamiento puede tener lugar en un entorno parecido a la situación temida. Por ejemplo, la desensibilización sistemática de los niños con fobia a los elevadores puede efectuarse en un elevador o cerca del mismo (Knell, 1993a, 2000). De igual modo, un niño con un trastorno obsesivo-compulsivo puede ser tratado en un escenario que provoque las obsesiones y compulsiones (March y Mulle, 1998).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Semejanzas y diferencias

La terapia de juego cognitivo-conductual es diferente a otras formas más tradicionales de terapias de juego, aunque incorpora varias de las suposiciones que les subyacen. La terapia de juego cognitivo-conductual se asemeja a otros tipos de terapia de juego en su dependencia de una relación terapéutica positiva, el uso del juego como medio de comunicación entre el terapeuta y el niño y el mensaje que recibe el niño de que la terapia es un lugar seguro. A pesar de esas semejanzas, hay suposiciones inherentes a la terapia de juego cognitivo-conductual que se oponen a las premisas en que se basan las terapias de juego tradicionales. Algunas áreas importantes de diferencia implican el énfasis de la terapia de juego cognitivo-conductual en las metas, la elección de actividades y materiales de juego, el juego como una forma de educación y la importancia de establecer conexiones entre la conducta y los pensamientos del niño. Mientras que en la terapia de juego no directiva el terapeuta es un observador más neutral, el terapeuta de juego cognitivo-conductual ofrece orientación, establece metas y desarrolla intervenciones adecuadas para facilitar la obtención de esas metas. De igual modo, el terapeuta de juego cognitivo-conductual selecciona junto con el niño los materiales y actividades de juego y proporciona al tratamiento un componente psicoeducativo. Por último, la terapia de juego cognitivo-conductual expresa de manera verbal los conflictos y problemas para el niño y utiliza el tiempo y la relación terapéutica para ayudarlo a hacer conexiones entre palabras y conducta (en el trabajo de Knell [1993a] encontrará más detalles concernientes a las semejanzas y diferencias entre varios tipos de terapias de juego).

Metas

El establecimiento de metas es una parte importante de la terapia de juego cognitivo-conductual; en este caso el terapeuta trabaja con el niño y la familia para establecer metas y ayudar al niño a esforzarse por obtenerlas, además de evaluar de manera continua el avance hacia las metas. Aunque las metas y el avance hacia éstas van en contra de la filosofía básica de la terapia de juego centrada en el cliente (consulte el trabajo de Axline, 1947), son una parte integral de la terapia de juego cognitivo-conductual. La elección que hace el terapeuta cognitivo-conductual de una dirección puede basarse en lo que hace el niño, en el conocimiento de su situación a partir de la entrevista con los padres o de otra fuente. En la terapia de juego cognitivo-conductual, el terapeuta puede introducir temas y ofrecer orientación a partir del conocimiento obtenido de los padres o maestros y no necesariamente del niño. Por ejemplo, el terapeuta de juego cognitivo-conductual puede hacer de manera deliberada y sistemática que un títere se comporte de cierto modo y exprese problemas que, según la información, son exhibidos por el niño.

Métodos

La mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales que se realizan con niños incluyen alguna forma de modelamiento. Esto es cierto sobre todo en el caso de la terapia de juego cognitivo-conductual, en que el modelamiento es un componente crucial. El modelamiento es una manera eficiente y eficaz de aprender, así como de adquirir, fortalecer o debilitar conductas (Bandura, 1977). El modelamiento diseñado para mejorar habilidades a menudo involucra un modelo de afrontamiento. Estos modelos exhiben habilidades que están lejos de ser ideales y luego se vuelven

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

gradualmente más competentes. La eficacia del modelamiento es aumentada por el uso de modelos de afrontamiento (Bandura y Menlove, 1968; Meichenbaum, 1971).

En la terapia de juego cognitivo-conductual se utiliza el modelamiento para mostrarle al niño habilidades de afrontamiento adaptadas. El modelo se comporta de una forma que demuestre el uso de una habilidad positiva de afrontamiento; por ejemplo, puede hablar en voz alta y actuar de manera compatible con la conducta adaptada. En la terapia de juego cognitivo conductual, el modelo suele ser un juguete (un animal de peluche, un títere u otro juguete) que presenta la conducta que el terapeuta desea que el niño aprenda. El modelamiento también puede realizarse de otras formas, por ejemplo, a través de libros, películas o programas de televisión.

Aunque se usa con menos frecuencia en la terapia de juego cognitivo-conductual, un método importante de intervención sigue siendo el juego de roles en que el niño practica habilidades con el terapeuta y recibe realimentación continua. El juego de roles por lo regular es más eficaz con niños de edad escolar, aunque es posible utilizarlo por medio de una técnica de modelamiento. En este caso, los modelos intercambian papeles mientras el niño los observa y aprende cuando los ve practicar ciertas habilidades. Por ejemplo, un niño que teme a la separación puede ver a un títere igualmente temeroso mientras "practica" que deja al padre e interactúa con otros.

Intervenciones

Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual que han obtenido apoyo empírico son incorporadas al juego y adaptadas al nivel de desarrollo del niño. En general, la investigación sugiere que lo que más contribuye al afrontamiento del niño es la combinación de intervenciones cognitivas y conductuales (Compton *et al*., 2004; Velting, Setzer y Albano, 2004). Las publicaciones de los campos conductual y cognitivo dan cuenta de un conjunto amplio de intervenciones. En las siguientes secciones se describen las técnicas más comunes, en el cuadro 17-1 se resumen las intervenciones conductuales junto con algunos ejemplos de cómo se integran dichas técnicas en la terapia de juego, y lo mismo se hace en el cuadro 17-2 con las intervenciones cognitivas.

Cuadro 17-1. Ejemplos de intervenciones conductuales en la terapia de juego cognitivo-conductual

Reforzamiento positivo	Un títere que tiene miedo de hablar obtiene estampas o calcomanías cada vez que intenta hablar con otro títeres.
Moldeamiento y reforzamiento positivo	El títere que tiene miedo de hablar empieza por hacer sonidos del habla, luego palabras y después empieza a hablar de manera gradual (moldeamiento). A medida que se acerca cada vez más al habla, el títere es alentado y recibe realimentación positiva (reforzamiento positivo) del terapeuta.
Desensibilización sistemática	Un títere que tiene miedo de subir al elevador pasa sistemáticamente por una jerarquía (a partir de las situaciones a las que menos teme) al mismo tiempo que se relaja (que es mutuamente excluyente con la ansiedad).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Desvanecimiento del estímulo	Un títere es poco independiente e incapaz de ir a su cama cuando la madre le da las buenas noches, pero se va a la cama sin problemas cuando el padre realiza la rutina de buenas noches. El títere papá se hace cargo de la rutina para ir a la cama a la vez que introduce gradualmente a la mamá en la rutina nocturna.
Extinción o RDO	Un títere que actúa de manera agresiva hacia otros títeres no recibe ninguna atención positiva (extinción), a la vez que se recompensan conductas más adaptadas como jugar de manera adecuada, no molestar a los demás con las manos y usar palabras en lugar de acciones (RDO).
Tiempo fuera	Un títere que lanza los juguetes en el cuarto de juego es puesta en tiempo fuera, lejos de otros títeres amigos
Autosupervisión	El niño marca sentimientos en una escala que va de caras de pocos amigos a caras sonrientes.
Programación de actividades	Se programan eventos y actividades para un niño que tiende a alejarse de los demás.

Cuadro 17-2. Ejemplos de intervenciones cognitivas en la terapia de juego cognitivo-conductual

Registro de pensamientos disfuncionales	El niño hace dibujos en una libreta o registros en una grabadora, tratando de capturar sus pensamientos acerca de situaciones particulares.
Estrategias de cambio cognitivo/Refutar las creencias irracionales	Un títere piensa que a nadie le agrada porque otro se burló de él. El terapeuta hace pasar al títere por el proceso de examinar esta creencia hablando con sus amigos, explorando otras razones por las que le tomaron el pelo y tratando de hacer amistad con otros títeres.
Autoafirmaciones de afrontamiento	Un títere que tiene miedo de meter la cabeza bajo el agua en una piscina dice: "Puedo meter la cabeza", "Me gustará sentir la cabeza mojada"
Biblioterapia	Un niño cuyos padres se están divorciando lee un libro acerca de otro niño en la misma situación

La *desensibilización sistemática* (DS) es el proceso de reducción de la ansiedad mediante la sustitución de una respuesta inadaptada por otra adaptada (Ollendick y King, 1998; Wolpe, 1958, 1982), lo cual se logra rompiendo la asociación entre un estímulo particular y la ansiedad o respuesta de temor que éste suele provocar. Se presenta el estímulo, pero se impide que ocurra la ansiedad. Para lograrlo sueñe enseñarse relajación muscular a fin de suscitar un estado de tranquilidad que es incompatible con la ansiedad (Jacobson, 1938). En el caso de los niños, la desensibilización sistemática puede usarse de manera distinta. A los niños mayores se les puede enseñar una técnica modificada de relajación (por ejemplo, Cautela y Groden, 1978), mientras que en los niños más pequeños puede inducirse la relajación por medio de actividades de juego tranquilizantes o la visualización de escenas relajantes (Knell, 2000). Tanto la desensibilización imaginaria como la desensibilización *in vivo* se utilizan en los niños, aunque puede ser mejor la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

última, en que en realidad se presentan los estímulos que provocan la ansiedad (Emmelkamp, 1982; King y Ollendick, 1997; Ultee, Griffioen y Schellekens, 1982).

Manejo de contingencias es un término general que se refiere a las técnicas que modifican la conducta mediante el control de sus consecuencias. Algunas formas de manejo de contingencias son el reforzamiento positivo, el moldeamiento, el desvanecimiento del estímulo, la extinción y el reforzamiento diferencial de otra conducta. A continuación se hace una breve descripción de esas intervenciones, las cuales pueden emplearse en el escenario de la terapia de juego cognitivo-conductual: *Reforzamiento positivo*. En este importante componente de buena parte de la terapia de juego cognitivo-conductual se identifica una conducta blanco específica y los reforzadores, y el reforzamiento se hace contingente a la ocurrencia de la conducta blanco. Pueden emplearse reforzadores sociales (como los elogios) o reforzadores materiales (como las estampas o calcomanías). El reforzamiento puede ser directo (por ejemplo, elogiar a un niño por realizar conductas específicas) o puede ser más sutil (por ejemplo, en el caso de un niño con ansiedad por la separación, reforzar una conducta como el juego independiente que a la larga llevará a la conducta deseada, la separación de la figura paterna). El reforzamiento puede ser parte de la terapia de juego cognitivo-conductual, y el terapeuta también puede enseñar a los padres y a otras personas importantes para el niño el uso apropiado de los reforzadores en el ambiente natural.

- *Moldeamiento*. El moldeamiento es una forma de ayudar a un niño a acercarse cada vez más a una meta. Se ofrece reforzamiento positivo por aproximaciones o pasos cada vez más cercanos a la respuesta deseada. Por ejemplo, una niña que siente miedo de dormir en su recámara puede ser moldeada por medio del reforzamiento de pequeños pasos hacia la meta final de dormir en su propia habitación (por ejemplo, dormir en el piso al lado de la cama de los padres, dormir en el piso en el corredor cerca de su cuarto, dormir en el piso en su habitación, dormir en su propia cama).
- *Desvanecimiento del estímulo.* El desvanecimiento del estímulo puede emplearse en el caso de un niño que posee algunas de las habilidades para realizar una conducta pero sólo las exhibe en ciertas circunstancias o con algunas personas. El terapeuta lo ayudará a transferir esas habilidades a escenarios distintos o con personas diferentes desvaneciendo gradualmente la situación o persona ante la cual el niño puede realizar la habilidad. Por ejemplo, un niño que se separa de su padre para ir a la escuela pero se muestra incapaz de separarse de su mamá, al principio puede ser llevado a la escuela por el papá mientras que la mamá se introduce gradualmente en la rutina decreciente.
- *Extinción y RDO.* Algunos niños exhiben comportamientos inadaptados porque han sido o siguen siendo reforzados por realizarlos. Para que las conductas inadaptadas disminuyan debe eliminarse el reforzamiento. Un reforzador común es la atención de los padres. A menudo este es el factor causal que contribuye a la conducta del niño. Si el reforzamiento no se entrega (extinción), las conductas tenderán a disminuir o desaparecer. No obstante, la extinción no enseña conductas nuevas, por lo que suele usarse en conjunto con el reforzamiento, de modo que se refuerza una conducta nueva y más adaptada (RDO) mientras que la conducta inadaptada se somete a extinción.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

El tiempo fuera suele utilizarse cuando es necesario alejar al niño de los reforzadores que mantienen las respuestas inadaptadas. Técnicamente, tiempo fuera significa tiempo fuera del reforzamiento, aunque ha llegado a significar que se saca al niño de un ambiente deseable para llevarlo a uno menos atractivo. Aunque se usa con mayor frecuencia en el ambiente natural, el tiempo fuera puede ser empleado en la terapia de juego cuando un niño no sigue las reglas (por ejemplo, cuando viola la regla de "no romper los juguetes") y debe ser sacado de la situación de la terapia de juego para llevarlo a un sitio neutral sin juguetes. Durante el tiempo fuera el niño no debe tener acceso a los aspectos reforzantes de la terapia (por ejemplo, la atención positiva del terapeuta o los materiales de la terapia de juego).

La **autosupervisión** (AS) se refiere a las observaciones y registro de información por parte de un individuo. Esto puede implicar la supervisión de la actividad o el estado de ánimo y puede proporcionar información importante. Sin embargo, la autosupervisión sólo puede ser utilizada con niños pequeños si se ofrece en forma sencilla, por lo general con señales visuales (como las caras sonrientes).

En la **programación de actividades** se planean tareas específicas que luego son puestas en práctica. Aunque en principio se diseñó para trabajar con adultos deprimidos, la programación de actividades puede utilizarse con niños pequeños, por lo general con cierto nivel de participación de los padres. Las actividades planeadas pueden reducir el tiempo que se pasa en actividades meditabundas o pasivas y pueden ser útiles para niños deprimidos, ansiosos o retraídos.

Intervenciones cognitivas. Mientras que el uso de los métodos conductuales en la terapia de juego cognitivo-conductual por lo regular implica una modificación de la actividad, los métodos cognitivos se ocupan de cambios en el pensamiento. Dado que se propone que los pensamientos inadaptados dan lugar a la conducta inadaptada, los cambios en el pensamiento deberían producir cambios en la conducta. El terapeuta ayuda a los niños a identificar, modificar o construir cogniciones. Gracias a este proceso los niños aprenden a identificar pensamientos inadaptados y a sustituirlos por otros más adecuados.

El r**egistro de pensamientos disfuncionales** puede ayudar a los adultos a supervisar sus pensamientos. Puede alentarse a los niños pequeños a utilizar dispositivos simples de registro (por ejemplo, hacer dibujos en una libreta o emplear una grabadora). A menudo, la supervisión no es hecha por el niño sino por los padres.

En el caso de los adultos, las **estrategias de cambio cognitivo** y la **refutación de creencias irracionales** (creencias inadaptadas) abordan el problema desde tres frentes: mira la evidencia, explora las alternativas y examina las consecuencias (creencias inadaptadas). Para refutar los pensamientos irracionales se emplean muchas estrategias, como el examen de la evidencia que apoya la creencia, la consideración de múltiples escenarios (por ejemplo, "¿qué pasaría si?") y el análisis de alternativas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). La prueba de hipótesis que es inherente a esos métodos hace que resulte difícil emplearlos con los niños. Sobre todo con los niños pequeños, el terapeuta necesita orientar al niño en la generación y prueba de explicaciones alternativas, así como en la modificación de las creencias (Emery, Bedrosian y Garber, 1983).

Los individuos de todas las edades pueden usar **autoafirmaciones de afrontamiento (positivo)** para facilitar el afrontamiento positivo. Muchos niños tienen pensamientos más neutrales (no es que tengan pensamientos negativos sino que carecen de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

autoafirmaciones positivas). En el caso de algunos niños que tienen pensamientos negativos, sustituirlos por afirmaciones más neutrales puede ser un paso intermedio (Kendall y Treadwell, 2007). Individuos de todas las edades pueden usar las autoafirmaciones positivas para facilitar el afrontamiento positivo. Convertir los elogios de los padres y otros adultos importantes en autoafirmaciones no es automático. A menudo los niños necesitan aprender cómo tener afirmaciones positivas, de apoyo para el yo que sean lingüística y conceptualmente simples (por ejemplo, "Soy fuerte", "Puedo hacerlo"). Esas afirmaciones son en parte autorreforzantes ("Estoy haciendo un buen trabajo") y pueden implicar un elemento de estrategias de afrontamiento ("Puedo pasar frente a ese bravucón con una sonrisa en el rostro"). Además, pueden ayudar a reducir los sentimientos negativos ("Podré dormir en mi propio cuarto cuando esté listo") y mejorar la prueba de realidad ("No es verdad que haya fantasmas en el ático") (Schroeder y Gordon, 1991).

Si bien técnicamente no es una intervención cognitiva, la **biblioterapia** se usa cada vez más como un complemento de la terapia. Contiene intervenciones cognitivas fuertes, por lo regular mediante el modelamiento. En la mayoría de las historias usadas con los niños pequeños, un modelo afronta una situación similar, muestra reacciones y resuelve el problema de la situación. Los niños muchas veces responden a dichas historias con una mayor comprensión de que otros han pasado por situaciones como las que ellos confrontan y con ideas acerca de cómo aproximarse al problema.

En resumen, las intervenciones cognitivas son utilizadas con niños pequeños para ayudarlos a modificar sus pensamientos y a aprender habilidades de afrontamiento más adaptadas. Para que las intervenciones cognitivas sean de utilidad para los niños pequeños, deben ser relativamente sencillas, concretas y sin complejidad verbal. Con este grupo de edad son particularmente útiles las autoafirmaciones de afrontamiento y la biblioterapia.

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO QUE SUBYACEN AL MODELO

Se ha escrito mucho acerca de los poderes terapéuticos del juego (por ejemplo, Schaefer y Drewes, 2009), y recientemente ha aumentado el interés por las características del juego que lo hacen un agente de cambio (por ejemplo, Russ, 2004). En una revisión de trabajos publicados, Schaefer (1999) identificó 25 factores seleccionados que él creía contribuyen al papel del juego en el cambio. La mayor parte de esos factores parece cumplir una función en la terapia de juego cognitivo-conductual; por ejemplo, la autoexpresión y la abreacción son importantes en los componentes espontáneos, no estructurados de la terapia. Para los componentes más estructurados son particularmente relevantes aquellos factores que son inherentes al componente psicoeducativo de la terapia de juego cognitivo-conductual: enseñanza directa e indirecta, inoculación del estrés, solución creativa de problemas y ensayo conductual.

Rol del terapeuta

El papel del terapeuta de juego cognitivo-conductual es involucrar al niño en el tratamiento por medio del juego. Los problemas del pequeño pueden ser abordados directamente en lugar de hacerlo a través de uno de los padres. La tarea del terapeuta es escuchar, con oídos y ojos, para oír y ver lo que el niño comunica a través de su juego. Además, el terapeuta de juego cognitivo-conductual proporciona estrategias apropiadas para desarrollar pensamientos y conductas más

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

adaptados. Dichas habilidades de afrontamiento son modeladas por medio de juguetes y títeres, lo cual requiere que el terapeuta se sienta cómodo con los juguetes.

Rol de los padres

La inclusión de los padres o de otros adultos importantes en el tratamiento del niño es una consideración fundamental y debe ser determinada caso por caso. La evaluación inicial suele realizarse con los padres a fin de obtener la comprensión más completa posible acerca del niño y sus problemas. Después de entrevistar a los padres, se ve al niño para una evaluación, y una vez que esto se realiza, el terapeuta por lo general se reúne con los padres para presentarles los hallazgos de la evaluación y trabajar en un plan de tratamiento específico. El plan de tratamiento involucra principalmente el uso de la terapia de juego cognitivo-conductual con el niño, el trabajo con los padres o una combinación de ambos. Dichas decisiones por lo regular se toman con base en la evaluación de la naturaleza del problema y el mejor método para intervenir. Las consideraciones incluyen el hecho de si los padres necesitarán ayuda para modificar sus interacciones con el niño y si éste necesitará ayuda para llevar a cabo un programa de tratamiento fuera de la terapia.

Aunque el trabajo principal es con el niño por medio de la terapia de juego cognitivo-conductual, también es importante reunirse de manera periódica con los padres. Durante esas sesiones, el terapeuta obtiene información acerca del niño, continúa la supervisión de la interacción de los padres con el niño, trabaja en áreas de preocupación y ayuda a los padres a poner en práctica estrategias apropiadas de manejo del niño en casa. El terapeuta puede brindar apoyo a los padres, lo cual puede incluir información relacionada con temas específicos (por ejemplo, problemas del desarrollo en diversas edades, información específica de diagnóstico).

CASO ILUSTRATIVO

Caso 1: Kelly

Kelly era una niña de cuatro años que estaba en su casa con su mamá y tres hermanos cuando su casa se incendió; la causa del siniestro fue un calentador eléctrico que emitió ruidos desde las paredes antes de que la familia se percatara de lo que estaba sucediendo. La madre y los niños pudieron salir sanos y salvos, pero la casa se incendió hasta los cimientos antes de que pudiera apagarse el fuego. La familia vio desde el hogar de un vecino que su casa se quemaba y los intentos de los bomberos por salvarla. En los meses siguientes pasaron muchas horas en su casa mientras era reconstruida. Kelly se negaba a hablar y no quiso entrar en la casa hasta que fue reparada. También se negaba a separarse de sus padres, los ruidos le daban miedo y no dormía sola por la noche. Durante la terapia su juego giraba alrededor de personajes en una casa, bomberos y animales que hacían ruidos extraños que nadie podía entender. Cuando los personajes trataban de encontrar la fuente de esos ruidos, los animales se ocultaban. Además, en su juego ocurrían al azar cosas atemorizantes (por ejemplo, podían caer bañeras del cielo). La niña repetía esto de manera continua. Durante el juego, la terapeuta se hizo cargo de los personajes que establecían la conexión entre los ruidos de los animales y los ruidos que ocurrieron antes del incendio en su casa. A petición de la terapeuta, la mamá trajo fotografías de la casa quemada y de la casa reconstruida, las cuales fueron usadas en las sesiones de juego para ayudar a la niña a hablar de lo que

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

había sucedido y de los resultados (por ejemplo, "Ahora tenemos aspersores en todos los cuartos"; "Nuestra casa nueva es más segura que la vieja"). Los personajes también recibieron estampas o calcomanías por sus esfuerzos por dormir en sus camas (como las que los padres de Kelly le daban en su casa), y durante las sesiones, la terapeuta, la mamá y Kelly practicaron las habilidades de separarse de la madre y sentirse segura usando autoafirmaciones positivas y otras técnicas de afrontamiento.

Caso 2: Isabella
Isabella era una niña de seis años que recientemente se había mudado a una nueva comunidad con su familia. Los padres la describían como una niña tímida a quien le resultaba difícil hacer amigos. Poco antes una niña, Ann, se había hecho su amiga, pero era sumamente mandona y con frecuencia le gritaba a Isabella: "Si no haces esto, no seré tu amiga". La terapia de juego cognitivo-conductual con Isabella empezó cuando la terapeuta organizó un grupo de amigos. La terapeuta modeló un grupo de amigos que jugaban y hablaban acerca de la amistad y de lo que eso implicaba. Mientras interactuaban, la terapeuta hacía que un títere (un burro mandón) intentara ordenar lo que harían y quién tomaría el siguiente turno. La terapeuta hizo que otro le dijera al burro que no era justo ser tan mandón. Varios títeres modelaron conducta asertiva, de manera verbal y no verbal. A Isabella le resultó fácil involucrarse en el juego. Sin embargo, en las primeras etapas de la terapia nunca asumió un personaje que se "enfrentara" al burro mandón. La terapeuta modeló conducta asertiva a través de varios títeres mientras Isabella observaba y escuchaba con atención. Conforme avanzó la terapia, Isabella pedía que el terapeuta "le respondiera al burro mandón" (a través de un títere).

APLICACIONES CLÍNICAS

La terapia de juego cognitivo-conductual se ha usado con éxito en diversas poblaciones de pacientes, incluyendo a niños con diagnósticos como mutismo selectivo (Knell, 1993a, 1993b), encopresis (Knell, 1993a; Knell y Moore, 1990), ansiedad de separación (Knell, 1998, 1999) y fobias (Knell, 1993a, 2000). También se ha utilizado en niños que han experimentado eventos traumáticos como el divorcio (Knell, 1993a) y el abuso sexual (Knell y Ruma, 1996; Ruma, 1993). Otras poblaciones que podrían beneficiarse de la terapia de juego cognitivo-conductual incluyen a niños con problemas de control, niños ansiosos y deprimidos y niños que han sufrido eventos traumáticos como el maltrato. Además, la terapia de juego cognitivo-conductual podría ser útil para niños que necesitan aprender habilidades de afrontamiento más adaptadas o para quienes es importante su participación directa en el tratamiento.

Para otros niños puede ser mejor el tratamiento indirecto por medio de los padres. En esos casos, se enseña a los padres las habilidades de manejo infantil que le permitirán adquirir un estilo de crianza más adecuado para ese niño en particular. Los niños con mayor probabilidad de beneficiarse de que sean los padres quienes pongan en práctica este método son aquéllos cuyos progenitores exhiben claras deficiencias en la crianza o los niños que muestran desobediencia o trastornos en los hábitos, por ejemplo, dificultades a la hora de dormir. Además, los niños que provienen de familias con psicopatologías importantes pueden beneficiarse de la combinación de la terapia de juego cognitivo-conductual con terapia familiar o terapia individual para uno o ambos padres.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

APOYO EMPÍRICO

La terapia de juego cognitivo-conductual es un modelo integrado de psicoterapia que se basa en el desarrollo. Incorpora técnicas con apoyo empírico, como el modelamiento. La investigación sugiere que el aprendizaje a través del modelamiento es una forma eficaz de adquirir, fortalecer o debilitar conductas, y por consiguiente una manera eficiente y eficaz de adquirir conductas y habilidades (Bandura, 1977). En la terapia de juego cognitivo-conductual se utilizan también otras intervenciones bien documentadas, como la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958, 1982).

El uso de la terapia cognitiva con adultos está bien establecido y ha recibido apoyo empírico para una variedad de diagnósticos. Estudios controlados han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión mayor (el trabajo de Dobson, 1989, presenta un metaanálisis), trastorno de ansiedad generalizada (Barlow, Craske, Cerney y Klosko, 1989; Beck, Sokol, Clark, Berchick y Wright, 1992; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton y Gelder, 1992), y fobia social (Gelernter *et al*., 1991; Heimberg *et al*., 1990), por mencionar sólo algunos. La terapia de juego cognitivo-conductual adapta técnicas que han recibido apoyo empírico para utilizarlas en niños pequeños por medio del juego adecuado a su nivel de desarrollo. Todavía está por demostrar la eficacia de dichas adaptaciones de la terapia cognitivo-conductual. La validación empírica de la terapia cognitivo-conductual con adultos no necesariamente significa que dicho tratamiento es más eficaz con los niños. Recientemente se sometió a estudio empírico la cuestión de la eficacia de la terapia de juego cognitivo-conductual.

Un estudio realizado por Pearson en 2007 encontró que los profesores informaron de un incremento significativo en la esperanza y la competencia social, así como una disminución en los síntomas de ansiedad y retraimiento en el grupo de intervención de juego cognitivo-conductual que en un grupo control similar de niños preescolares sin juego. Los niños en el grupo de intervención con juego cognitivo-conductual fueron tratados de manera individual durante tres sesiones que incluían intervenciones cognitivo-conductuales, aunque técnicamente eso no era una terapia de juego cognitivo-conductual. Sin embargo, este estudio es el primero que brinda apoyo empírico a las intervenciones con la terapia de juego cognitivo-conductual. Se necesitan más estudios semejantes para establecer la eficacia de esta forma de terapia.

DIFICULTADES PARA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO

El terapeuta de juego cognitivo-conductual enfrenta varias dificultades, de las cuales la mayor puede ser la necesidad de equilibrar los aspectos estructurados y los no estructurados de la terapia de juego cognitivo-conductual. El proceso de cambio tiene lugar en los dos componentes (estructurados y no estructurados) de la sesión (Knell, 1993a, 1999), y se considera fundamental el equilibrio entre ambos. (En los trabajos de Knell [2009], y Knell y Dasari, 2009, encontrará una comparación del juego estructurado y el juego no estructurado en la terapia de juego cognitivo-conductual.) Dada la importancia de ambos, el terapeuta enfrenta el reto de equilibrar la sesión, tratando de obtener el material espontáneo que resulta del juego no estructurado con el modelamiento dirigido a metas de habilidades más adaptadas que es inherente al juego estructurado.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONCLUSIÓN

La terapia de juego cognitivo-conductual es apropiada para niños preescolares y de edad escolar. Hace hincapié en la participación del niño en la terapia y aborda problemas de control, dominio y responsabilidad para la modificación de la propia conducta. Se ayuda al niño a convertirse en un participante activo del cambio (Knell, 1993a). El terapeuta facilita la participación del niño en la terapia mediante la presentación de intervenciones apropiadas para su nivel de desarrollo. En la terapia de juego cognitivo-conductual pueden incorporarse muchas intervenciones conductuales y cognitivas.

La terapia de juego cognitivo-conductual proporciona actividades estructuradas, dirigidas a metas, a la vez que permite que el niño traiga material de manera espontánea a la sesión. El equilibrio entre las actividades generadas espontáneamente y las actividades más estructuradas es una cuestión delicada, ya que ambas son cruciales para el éxito de la terapia de juego cognitivo-conductual. Sin el material espontáneo se pierde una fuente importante de información clínica. De igual modo, si no estuvieran presentes la estructura y dirección de la terapia de juego cognitivo-conductual sería imposible ayudar al niño a desarrollar habilidades de afrontamiento más adaptadas.

REFERENCIAS

Axline, V. (1947) *Play therapy.* New York, NY: Houghton Miffl in.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A., & Menlove, F. L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology, 8*, 99–108.

Barlow, D., Craske, M., Cerney, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 20,* 261–268.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression. Part 2: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10,* 561–571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York, NY: Harper & Row.

Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York, NY: International Universities Press.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York, NY: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York, NY: Guilford Press.

Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick., R. J., & Wright, F. D. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 149,* 778–783.

Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York, NY: Guilford Press. Berg, B. (1982). *The changing family game: A problem-solving program for children of divorce.* Dayton, OH: Cognitive-Behavioral Resources.

Bierman, K. L. (1983). Cognitive development and clinical interviews with children. In B. B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 6, pp. 217–250). New York, NY: Plenum Press.

Cautela, J. R., & Groden, J. (1978). *Relaxation: A comprehensive manual for adults, children, and children with special needs.* Champaign, IL: Research Press.

Clark, D. M, Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., & Gelder, M. (1992).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry, 164,* 759–769.
Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 930–959.
Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the effi cacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 414–419.
Emery, G., Bedrosian, R., & Garber, J. (1983). Cognitive therapy with depressed children and adolescents. In D. P. Cantwell & G. A. Carlson (Eds.), *Affective disorders in childhood and adolescence—an update* (pp. 445–471). New York, NY: Spectrum.
Emmelkamp, P. M. G. (1982). Anxiety and fear. In A. S. Bellack, M. Herzen, & A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modifi cation and therapy* (pp. 349–395). New York, NY: Plenum Press.
Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 48,* 938–945.
Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14,* 1–23.
Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation.* Chicago, IL: University of Chicago Press.
Kendall, P. C., & Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children.* New York, NY: Guilford Press.
Kendall, P. C., & Treadwell, K. R. H. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 380–389.
King, N. J., & Ollendick, T. H. (1997). Annotation: Treatment of childhood phobias. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 38,* 389–400.
Klonoff, E. A., Knell, S. M., & Janata, J. W. (1984). Fear of nausea and vomiting: The interaction among psychosocial stressors, developmental transitions, and adventitious reinforcement. *Journal of Clinical Child Psychology, 13,* 263–267.
Klonoff, E. A., & Moore, D. J. (1986). "Conversion reactions" in adolescents: A biofeedbackbased operant approach. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19,*305–310.
Knell, S. M. (1993a). *Cognitive-behavioral play therapy.* Northvale, NJ: Aronson. Knell, S. M. (1993b). To show and not tell: Cognitive-behavioral play therapy in the treatment of elective mutism. In T. Kottman & C. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action:A casebook for practitioners* (pp. 169–208). Northvale, NJ: Aronson.
Knell, S. M. (1994). Cognitive-behavioral play therapy. In K. O'Connor & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy: Vol. 2. Advances and innovations* (pp. 111–142). New York, NY: Wiley.
Knell, S. M. (1997). Cognitive-behavioral play therapy. In K. O'Connor & L. Mages (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (pp. 79–99). New York, NY: Wiley.
Knell, S. M. (1998). Cognitive-behavioral play therapy. *Journal of Clinical Child Psychology, 27,* 28–33.
Knell, S. M. (1999). Cognitive-behavioral play therapy. In S. W. Russ & T. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp. 385–404). New York, NY: Plenum Press.
Knell, S. M. (2000). Cognitive-behavioral play therapy with children with fears and phobias. In H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short term therapies with children* (pp. 3–27). New York, NY: Guilford Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Knell, S. M. (2003). Cognitive-behavioral play therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 175–191). Hoboken, NJ: Wiley.
Knell, S. M. (2009). Cognitive-behavioral play therapy: Theory and applications. In A. A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidencebased and other effective treatments and techniques* (pp. 117–133). Hoboken, NJ: Wiley.
Knell, S. M., & Beck, K.W. (2000). Puppet sentence completion task. In C. E. Schaefer, K. Gitlin-Weiner, & A. Sandgrund (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (Vol. 2, pp. 704–721). New York, NY: Wiley.
Knell, S. M., & Dasari, M. (2006). Cognitive-behavioral play therapy for children with anxiety and phobias. In H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term therapies with children* (2nd ed., pp. 22–50). New York, NY: Guilford Press.
Knell, S. M., & Dasari, M. (2009). CBPT: Implementing and integrating CBPT into clinical practice. In A. A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques* (pp. 321–352). Hoboken, NJ: Wiley.
Knell, S. M., & Moore, D. J. (1990). Cognitive-behavioral play therapy in the treatment of encopresis. *Journal of Clinical Child Psychology, 19,* 55–60.
Knell, S. M., & Ruma, C. D. (1996). Play therapy with a sexually abused child. In M. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Casebook on cognitive-behavior therapy with children and adolescents* (pp. 367–393). New York, NY: Guilford Press.
March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual.* New York, NY: Guilford Press.
Meichenbaum, D. (1971). Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 17,* 298–307.
Ollendick, T. H., & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27,* 156–167.
Pearson, B. (2007). *Effects of a cognitive behavioral play intervention on children's hope and school adjustment.* Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University.
Phillips, R. D. (1985). Whistling in the dark? A review of play therapy research. *Psychotherapy, 22,* 752–760.
Ruma, C. (1993). Cognitive-behavioral play therapy with sexually abused children. In S. M. Knell (Ed.), *Cognitive-behavioral play therapy* (pp. 199–230). Hillsdale, NJ: Jason Aronson.
Russ, S. W. (2004). *Play in child development and psychotherapy. Toward empirically supported practice.* Mahwah, NJ: Erlbaum.
Schaefer, C. E. (1999). Curative factors in play therapy. *Journal for the Professional Counselor, 14*(1), 7–16.
Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2009). The therapeutic powers of play and play therapy. In A. A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidencebased and other effective treatments and techniques* (pp. 3–15). Hoboken, NJ: Wiley.
Schroeder, C. S., & Gordon, B. N. (1991). *Assessment and treatment of childhood problems.*New York, NY: Guilford Press.
Shirk, S. R., & Russell, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy: Revitalizing treatment and research.* New York, NY: Guilford Press.
Ultee, C. A., Griffi oen, D., & Schellekens, J. (1982). The reduction of anxiety in children: A comparison of the effects of systematic desensitisation in vitro and systematic desensitisation in vivo. *Behaviour Research and Therapy, 20,* 61–67.
Velting, O., Setzer, J., & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology Research and Practice, 35,* 42–54.
Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford, CA: Stanford University Press.
Wolpe, J. (1982). *The practice of behavior therapy* (3rd ed.). New York, NY: Pergamon Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 18
Terapia de juego narrativa

Aideen Taylor de Faoite

INTRODUCCIÓN

Es común que se cuenten cuentos a los niños a la hora de ir a la cama. En nuestra familia había una canción que anunciaba la hora de ir a dormir y que precedía al momento de los cuentos. Esos cuentos eran relatos "narrados" que se inventaban en el momento e incluían temas del día. Cuando participábamos en las niñas exploradoras, éstas solían incluirse como las heroínas del día. Los relatos incorporaban todos los elementos del cuento, el héroe (o héroes), el obstáculo a superar o el problema a ser resuelto, y el resultado exitoso una vez que el héroe enfrentaba o superaba sus mayores temores. Esos cuentos eran solicitados y contados de manera repetida. Los ingredientes principales se mantenían constantes con variaciones estacionales. En nuestros juegos aparecían a menudo temas similares, fuera hacerse amigo del dragón o representar el cuento de Las tres cabras macho Gruff de Billy.

Como educadora y terapeuta de juego entrenada, tenía el deseo de regresar al mundo de los cuentos, la narrativa y el juego de los niños. Como proyecto para el ciclo escolar en el ambiente de la educación inicial se presentaron los cuentos de hadas tradicionales a los niños, quienes quedaron fascinados y pedían que se les volvieran a contar. Se presentaron diferentes versiones y cada niño desarrolló un interés en una versión del cuento. Diferentes cuentos de hadas provocaban respuestas distintas. Un grupo de niños quedó fascinado con el cuento de la Caperucita Roja; sus integrantes desarrollaron un juego de la Caperucita Roja que era sobre todo un juego de persecución. El lobo corría detrás de la Caperucita Roja y el leñador corría detrás del lobo. Aunque la persecución asustó a algunos niños, querían permanecer en el juego. Se identificó un lugar seguro o "guarida" cuyo paradero se mantuvo en secreto para el lobo. Esto permitía que los niños en riesgo de quedar abrumados por sus temores salieran temporalmente del juego y regularan de este modo sus respuestas emocionales. Resultó interesante reflexionar que el grupo central de niños que participaron en el desarrollo de este juego eran pequeños que debían ser transferidos al sistema de escuela primaria (niños que estaban por cumplir los cinco años) al final del ciclo escolar. También se advirtió que los niños a los que más asustaba el juego eran los más pequeños.

En esa época también quedé sorprendida por la fascinación de dos niños con el cuento de los Tres Cerditos. De manera regular pedían que volviera a leerse ese cuento y siempre elegían la versión en que los tres cerditos sobreviven, cada uno mudándose a la casa del siguiente cerdito hasta que los tres terminan en una casa de ladrillos y escapan del gran lobo malo. Ambos niños estaban cautivados con el

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

relato, aunque les resultaba difícil comprender el papel de la madre de los cerditos y sus preguntas sugerían sus esfuerzos por entender sus motivos para echar a los cerditos para que encontraran su propia casa. En ese tiempo ambos niños estaban a cargo del departamento de servicios sociales, por lo que recibían cuidado sustituto o estaban a cargo de vecinos fuera de su hogar.

Los niños también pueden crear relatos para facilitar su comprensión de las situaciones estresantes o las transiciones de la vida. Mai era una pequeña curiosa y preguntona de 30 meses cuando visitó por primera vez la sala de emergencias. Cuando llegó el médico para tomarle una muestra de sangre, se pidió a los padres que la distrajeran para que no advirtiera la aguja. Le explicaron al médico la curiosidad de Mai y le pidieron que le explicara lo que haría "como si" fuera un experimento científico. Se le aplicó crema para adormecer el sitio y el médico le explicó que podría "arder un poquito". Mai elaboró luego la siguiente historia;

La abeja está llegando.
Va a picar.
Luego va a recoger la miel.
"Mamá, mira, la miel va subiendo por el tubo".
La abeja obtuvo un poquito de miel.

Se hicieron cuatro intentos por obtener suficiente sangre para la prueba. Cada vez que llegaba el médico, Mai empezaba la narración de la abeja que venía a recoger la miel y se preguntaba si esta vez habría recogido suficiente miel.

Este capítulo presenta un bosquejo del desarrollo de la narrativa y el juego en los niños, la interacción entre ambos y el papel que cada cual desempeña en el desarrollo del niño. Se considerará la contribución teórica de conceptos del construccionismo social y la terapia narrativa al desarrollo de la terapia de juego narrativa. Luego se identificará un modelo de la terapia de juego narrativa para incluir el papel terapéutico del juego y la narrativa, el papel del terapeuta y el apoyo ofrecido a los padres o cuidadores en la facilitación del cambio. Se presentan varios estudios de caso combinados para ilustrar la práctica de la terapia de juego narrativa.

CONCEPTOS BÁSICOS, METAS Y TÉCNICAS

El desarrollo del juego y la narrativa en los niños

La secuencia del desarrollo del juego puede ser interpretada de diversas formas. El modelo de desarrollo del juego identificado en la terapia narrativa es el modelo PPI (personificación, proyección e intercambio de papeles). Fue propuesta por Sue Jennings (1999) y Ann Cattanach (1994), y se presenta como un constructo útil para la consideración del juego y el desarrollo del juego dentro la terapia.

El juego de personificación se identifica como exploración a través de los sentidos (Cattanach, 1994). A nivel del desarrollo, en el primer año de vida los bebés empiezan a explorar el mundo a través de los sentidos, en particular por medio del gusto, después el tacto y la vista. El niño encuentra sus pies y manos, y el juego con esas partes del sí mismo físico se convierte en una fuente de placer por muchas horas. El juego de personificación refuerza el desarrollo del yo corporal y es un estímulo para la conciencia y la discriminación sensorial (Jennings, 1993).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Aparecen los juegos sociales, como las escondidillas, y ofrecen al bebé oportunidades de explorar "ahí" y "ahí no" en el contexto de una interacción estructurada segura y predecible. El niño mayor explora el juego de personificación cuando se entretiene con plastilina, arena, Play-Doh® y otros materiales sensoriales. Este tipo de juego puede incluir el uso del cuerpo en juegos dramáticos y de intercambio de papeles, por ejemplo, cuando se juega a ser un tronco que rueda cuesta abajo por la colina o un avión que zumba por el patio de juegos.

El juego proyectivo surge al principio del segundo año de vida. A medida que el pequeño empieza a divertirse con juguetes, materiales y objetos, también empieza a proyectar experiencias, sentimientos, pensamientos y deseos en esos juguetes, objetos o materiales (Cattanach, 1994; Jennings, 1999). Por ejemplo, una niña de 18 meses puede abrazar a su muñeca o darle de beber (Stagnitti, 1998). En este juego proyectivo, la niña puede explorar mundos distintos en los que parecería que cobran vida propia la arena que humedece, la muñeca que es invitada a tomar el té o el árbol que dibuja. El juego proyectivo ofrece al niño una forma de "dar sentido" a las imágenes, pensamientos y sentimientos a través de medios no verbales como la pintura con los dedos, la plastilina y el juego en la arena (Jennings, 1993). El juego proyectivo también mejora la imaginación y fomenta el desarrollo de los símbolos, el lenguaje simbólico y la metáfora (Jennings, 1999).

El intercambio de papeles o juego dramático ofrece al niño la oportunidad de representar papeles, reales (como la madre) o imaginarios (como la bruja), y de practicar conductas apropiadas que son necesarias en su universo social. Las conductas incluyen las habilidades sociales que se requieren para negociar papeles, compartir y tomar turnos, lo que es necesario para cada papel dentro de la representación que se desarrollará, así como la negociación y organización de dicha representación. El trabajo del personaje permite al niño encontrar toda una gama de experiencias, reales e imaginarias, positivas y negativas (Cattanach, 1994; Jennings, 1993, 1999).

El desarrollo del juego de simulación puede ser examinado mediante este modelo del juego. Stagnitti y Jellie (2006) definen el juego de simulación como la posesión de cuatro conductas observables, las cuales incluyen:

1. El uso del pensamiento simbólico en el juego (por ejemplo, el cubo se convierte en el teléfono celular).
2. La atribución de propiedades a un objeto (por ejemplo, el Play-Doh® café es un delicioso pastel de chocolate).
3. La referencia a objetos ausentes en el juego (por ejemplo, simular que hay un río cerca).
4. El ordenamiento lógico y secuencial de las acciones del juego para formar una historia.

El juego proyectivo, el intercambio de roles y el juego dramático contienen los elementos importantes del juego de simulación. El juego dramático brinda a los niños oportunidades de ordenar y secuenciar la acción para representar una historia. La representación de roles sociales permite la negociación de atribuciones de propiedades a los objetos, y de motivos y acciones a los personajes. Significados, motivos, acciones y propiedades pueden ser proyectados en los objetos y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

juguetes, y en esta proyección puede hacerse referencia a los objetos ausentes. El juego de personificación apoya la exploración de papeles y el desarrollo del lenguaje sensorial como sentimientos, sensaciones y acciones.

El desarrollo del juego de simulación puede verse durante los primeros seis años de la vida del niño (Stagnitti, 2009). A los 24 meses, los niños pueden representar sucesos de la vida de una manera lógica y secuenciada. Para los tres años, los niños empiezan a introducir personajes ficticios y planificar el juego pensando en sus ideas para la acción y encontrando luego los materiales para llevar a cabo esas ideas. El niño de cuatro años puede participar en el intercambio de papeles por sí solo o con otros. Esto incluye la planeación de las ideas del juego y los objetos que serán necesarios para jugar, así como la negociación con otros de la forma en que se desarrollarán los eventos dramáticos. Los niños de cinco años pueden crear palabras imaginarias usando personajes y eventos ficticios o no, y pueden utilizar el lenguaje simbólico para mediar las ideas y negociar un significado compartido en su juego. Los niños de seis y de siete años pueden inferir los motivos a partir de la historia y dentro del relato representado. En su libro *Learn to Play* (Stagnitti, 1998), Karen Stagnitti presenta un informe detallado de las secuencias del desarrollo del juego de simulación.

Las habilidades narrativas se adquieren en el juego y son apoyadas por los padres y otros adultos que interpretan la conducta de juego de los niños y responden "como si" o construyen una historia alrededor de su acción. Vea el caso del bebé de 12 meses de edad que se lleva un objeto al oído y dice "hoya"; el adulto puede apoyar el juego llevándose la mano al oído y contestando "Hola, ¿cómo estás?", comentando "Vaya, estás hablando por teléfono", o preguntando "¿Con quién estás hablando?", respondiendo de este modo "como si" el bebé acabara de llamarlo. De manera alternativa, el adulto puede responder generando una historia: "Estás llamando a la abuela para ver si va a venir a vernos esta noche". Trevarthen (1995) advirtió que la adquisición de las habilidades narrativas es facilitada por la interacción entre la madre y el bebé cuando se usan música y rimas tradicionales, las cuales ayudan a construir la capacidad de usar la estructura básica de la narración. El bebé aprende introducciones, preparativos, clímax y resolución. Las rimas sencillas como "Choco-late moli-nillo" ofrecen un ejemplo de esta estructura con la preparación para el clímax de "Corre-corre que te-pillo". Bruner y Lucariello (1989), en su investigación sobre las narrativas en la cuna, identificaron el surgimiento de una historia entre los 22 y los 36 meses. Los monólogos grabados revelaron historias claramente identificables, relatos que se volvían más estructurados y complejos con el paso del tiempo y las narrativas usadas para recrear el mundo del niño o para resolver problemas.

Al mismo tiempo que el niño desarrolla sus habilidades de juego y del juego de simulación, también desarrolla sus habilidades narrativas. Nicolopoulou (2006) propuso que el juego y la narración de cuentos son "expresiones complementarias de la imaginación simbólica de los niños, que se basan y reflejan los dominios interrelacionados de la vida emocional, intelectual y social" (p. 249). Engel (2005) identificó tres niveles amplios del lenguaje narrativo, y sugirió que éstos se desarrollan primero en el juego y después en la narrativa. Los tres niveles amplios son los siguientes:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

1. *Episodios de juego que dependen de un marco narrativo.* Éstos aparecen en algún momento durante el segundo año de vida, por ejemplo,como cuando un pequeño juega en una esquina de su casa. En este caso es posible observar el uso del marco narrativo de las mamás, los papás y los bebés. Si está presente un adulto, el pequeño utilizará la narrativa de preparar un refrigerio (una taza de té) para el invitado (el adulto).
2. *Episodios de juego en que el niño narra su recreación y el lenguaje guía y permea el juego.* Esto aparece al final del segundo año y continúa hasta el tercer año. Puede observarse a los niños negociando papeles, personajes y secuencias de acción. "Tú eres la mamá y simulas que me lastimé la pierna, y que cuando llego a casa tú me pones un vendaje". El niño utiliza el lenguaje para dirigir el juego, pero luego necesita actuar en consecuencia antes de poder avanzar en la narrativa.
3. *El niño presenta historias o narrativas puramente verbales.* Esto aparece a los cuatro años de edad. El niño puede hacer un relato, ordenado y secuenciado, de sucesos reales o imaginarios.

Nicolopoulou (2006) propuso que el juego y la narrativa al principio se desarrollan de manera independiente, y que con el paso del tiempo se produce la interacción entre juego y narrativa a través de los temas que surgen, lo que permite la continuidad e intercambio de ideas. En el juego de simulación inicial, el niño concentra su atención en aumentar la riqueza y profundidad de la representación del personaje, mientras que en los cuentos y la narrativa se observa un aumento en la complejidad, coherencia y diversidad de la construcción de la trama (Nicolopoulou, 2006).

El juego ofrece oportunidades para entender y coordinar múltiples perspectivas mentales (Kavanaugh y Engel, 1998), y para la construcción de perspectivas relativamente coherentes para los personajes, a la vez que se coordinan diferentes personajes dentro del juego. El juego fomenta la capacidad de entender las acciones de los personajes en términos de estados mentales como motivos, deseos y creencias. El niño empieza a ver el mundo desde el punto de vista de los personajes. En el juego de simulación de John, su personaje usaba la pretensión de "se me acabó el crédito" para terminar una conversación telefónica no deseada, demostrando de este modo que sabía cómo se sentiría el otro personaje por ser cortado y describiendo a la vez la falta de interés de su personaje por continuar la conversación.

El punto focal de los cuentos y la narrativa está en el desarrollo de la trama, lo cual incluye la construcción, elaboración y extensión de tramas coherentes. En este punto focal sobre la trama, el niño empieza por la creación de listas de personajes, la descripción explícita de sus acciones, y luego empieza a construir una secuencia de acciones y sucesos, los cuales se vuelven más complejos y diversos. Sin embargo, la representación del personaje sigue siendo genérica (por ejemplo, la mamá) con poca descripción de la motivación o profundidad psicológica (Nicolopoulou, 2006).

La interacción entre narrativa, juego y temas del juego empieza a entrar a los cuentos que cuenta el niño y viceversa. Cada uno de ellos empieza luego a influir en el otro y a cambiarlo, lo que permite la coordinación flexible e intercambio de temas (Nicolopoulou, 2005). La riqueza de la interacción entre juego y narrativa sugiere que en combinación tienen un efecto mayor que cualquier elemento individual en la facilitación del desarrollo de tramas complejas con representaciones de personajes que

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tienen profundidad para su ser. Esto permite al niño describir y bosquejar una serie de mundos alternativos por medio del juego narrativo, lo que aumenta de manera exponencial su capacidad para crear y explorar dominios alternativos (Engel, 2005).

En un escenario clínico, Sam, de tres años de edad, empezó por tomar los carros y colocarlos en diferentes lugares sobre el tapete. La acción de colocar los carros parecía ser deliberada, y diferentes carros fueron colocados uno al lado del otro. La terapeuta empezó por apoyar el desarrollo de una narrativa alrededor de las acciones de los carros.

> **Terapeuta:** El carro rojo está estacionado al lado del carro azul.
> **Sam:** "Sí, es el carro de mi tía al lado del carro de Jim."
> **Terapeuta:** "¿Están estacionados afuera de la casa de tu tía?"
> **Sam:** "Sí, tienen que manejar a la playa, y este es el carro de los abuelos (señalando un jeep), y también ellos van a la playa."

A medida que Sam jugaba con los carros en la caja de arena, se desarrolló una larga narrativa acerca de los diferentes pares de carros, que asumieron las características y acciones de las experiencias de sus propietarios en la playa.

Este juego de simulación es precursor de la narración de una historia y actúa como punto de partida del desplazamiento entre "lo que es" y "lo que pasaría si". Para Engel (2005) "lo que es" es lo que "refleja la realidad consensual que se vive cada día", mientras que "lo que pasaría si" explora las alternativas a dicha realidad (p. 515). La narrativa del juego descrita antes apoyó a Sam en su exploración de diferentes "esferas de realidad", por ejemplo, lo "que es" la realidad de ir a la playa con la familia y, por otro lado, el hecho imaginado e impredecible de lo "que pasaría si" uno se quedara atorado en las arenas movedizas y el hecho poco probable de que otro carro pudiera maniobrar para sacar al "carro atorado" de las arenas movedizas. En el juego, el desarrollo de los personajes, acciones, escenario y problema permitió que Sam considerara versiones alternativas de la realidad. La incorporación del lenguaje permitió nuevos niveles de complejidad y poder para crear y explorar diferentes "esferas de experiencia" (Engel, 2005).

Terapia narrativa, construccionismo social y la postura del "desconocimiento"

Los construccionistas sociales suponen que el conocimiento es una construcción social y que existen muchas formas diversas de entendernos y entender a los demás. Consideran que todo el conocimiento, incluyendo el "conocimiento científico", es una cuestión de "perspectiva" (Smith, 1997). Gergen (1991) sugirió que en la perspectiva del conocimiento la gente hace interpretaciones y llega a conclusiones a partir de una "comunidad particular de interpretación" (p. 104). Dentro de la terapia la atención se concentra en el mundo social de la persona y hace énfasis en la intersubjetividad y la curiosidad terapéutica. El terapeuta con orientación narrativa supone que las acciones de los individuos son guiadas por significados y relatos culturalmente diversos que construyen continuamente acerca de sí mismos (Smith, 1997).

Desde la perspectiva construccionista, la visión del sí mismo difiere de la de otras orientaciones. El sí mismo no se percibe como una entidad sino como una

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

construcción social. La "persona" es identificada como un agente activo que realiza actividades intencionales, un ser racional constituido por sus relaciones mutuas con otro (Macmurray, 1961). La persona es situada dentro de una cultura y un entorno social en relación con otras personas. Las historias son los medios por los cuales podemos expresarnos así como nuestra relación. Spence (1982, citado en McLeod, 1997) propuso que

> parte de mi sentido del sí mismo depende de que sea capaz de retroceder y avanzar en el tiempo y tejer una historia acerca de quién soy, cómo llegué a ser de esa manera y a dónde me dirijo, una historia que nutre y preserva al sí mismo de manera continua. Si me quitan eso soy menos significativo. (p. 458)

El "problema" se identifica como tal y se distingue de la persona, por lo que no se ve a la persona como el problema, el cual se considera construido y definido socialmente (McLeod, 1997). El cliente llega a la terapia con una historia saturada del problema; a menudo, esta historia se quedó estancada, lo que provocó la ceguera del cliente a historias alternativas.

Las historias tienen un papel central en las terapias narrativas construccionistas. La meta de la terapia "no es reemplazar una historia con otra" sino "permitir que el cliente participe en el proceso continuo de creación y transformación del significado" (Gergen, 1996, p. 215). El terapeuta pretende obtener un conocimiento "local" del cliente, su historia social y cultural y la reserva de historias que trae consigo. McLeod (1997) propuso que "es a través de las historias que expresamos mejor el sentido que tenemos de nosotros mismos como seres activos y relacionales" (p. 92). La persona es el autor de la historia y la terapia es la oportunidad de reescribir las historias. Esto sucede en el espacio seguro que se abre entre el terapeuta y la persona mientras el terapeuta escucha la historia y la persona se la cuenta al terapeuta como un escucha. Es en este espacio que se desarrolla la relación que permite la construcción conjunta de identidades nuevas o alternativas. McLeod identificó cuatro elementos de la terapia narrativa:

1. *La ambigüedad de las historias.* El terapeuta no sabe a dónde llevará la historia o qué historias alternativas van a aparecer.
2. *La construcción conjunta de la terapia narrativa.* Cuando el terapeuta escucha y cuestiona con habilidad, se construyen en conjunto las narrativas de la terapia.
3. *La historia es un acto deliberado*. La estructura de una historia con un inicio, una parte central y un final apoya la participación en el acto deliberado de reescribir historias.
4. *Se reconoce la existencia de una reserva cultural de historias y su exploración se considera parte del proceso de terapia.*

La postura del desconocimiento es identificada también como un cambio importante respecto a las posturas terapéuticas tradicionales. Es un alejamiento de la interpretación de la historia de la persona dentro de un marco teórico. El desconocimiento pretende comunicar a la persona una curiosidad genuina por lo que ésta tiene que

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

decir y escucharla de una manera que favorezca el desarrollo de su historia. Pretende conocer la interpretación que hace la persona de su historia y brinda primordial importancia a su visión, significado y comprensión del mundo. El terapeuta depende del análisis continuo que hace la persona de sus experiencias a medida que ocurren y en el contexto en que tienen lugar. La tarea del terapeuta es tratar de entender desde la perspectiva cambiante de la persona. Se crean para la persona espacios abiertos para la conversación, aumentando de ese modo la probabilidad de que desarrolle una narrativa que incluya una nueva agencia y libertad personal (Anderson y Goolishian, 1992).

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO QUE SUBYACEN AL MODELO

> El comportamiento del niño en el juego siempre está por arriba de su edad promedio y de su conducta cotidiana; es como si en el juego fuese una cabeza más alto que sí mismo. Como en el foco de una lupa, el juego contiene todas las tendencias del desarrollo de una manera condensada y es en sí mismo una fuente importante de desarrollo. (Vygotsky, 1978, p. 102)

El juego ofrece al niño un sistema simbólico para comunicar sus ideas, pensamientos, creencias y acciones; le permite explorar una variedad de mundos reales e imaginarios con la seguridad de saber que es "sólo aparentar". Ofrece al niño un abanico mayor de posibilidades, por lo que no se ve limitado por la realidad de los objetos o lo que puede ser visto. El juego permite la exploración de diferentes perspectivas y oportunidades para resolver un problema. Ofrece un contexto para desarrollar relaciones y la comprensión social y emocional. La naturaleza creativa del juego permite el desarrollo y exploración de personajes y mundos que pueden estar más allá del mundo habitado por el niño. El juego también es motivador, los niños son naturalmente curiosos cuando se les presenta un ambiente libre de temores. Se ven impulsados a explorar, descubrir y crear. El juego de simulación apoya el surgimiento de la narrativa, y a su vez la narrativa y los cuentos apoyan el desarrollo del juego más complejo, exhaustivo y de simulación.

Lo que se utiliza como herramienta terapéutica en la terapia de juego es el potencial de desarrollo, creativo, exploratorio y simbólico del juego.

Se pone a disposición del niño una variedad de materiales apropiados para el desarrollo. Se eligen materiales y juguetes para abordar el modelo de juego de personificación, proyección e intercambio de papeles (PPI) (Cattanach, 1997). La variedad de materiales sensoriales puede incluir lodo, Play-Doh, materiales para pintar con los dedos, arcilla, pasta (maicena y agua), arena y agua, materiales de diferentes texturas, conchas, piedras, gemas y canicas brillantes, pelotas sensoriales, pelotas para el estrés, una manta suave y bolsas rellenas de cuentas. La variedad sólo es limitada por el espacio disponible. Los niños a menudo se sienten interesados en explorar esos materiales al inicio de la terapia, y más tarde tienden a incluirlos en el juego imaginativo; también pueden regresar al juego de personificación en los momentos de estrés y cuando necesitan tranquilizarse.

Cuando trabajaba en el área de juego de un hospital, sentía curiosidad por el prolongado interés de un grupo de niños en jugar con una pasta. Los niños pasaban

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tiempo agitándola, levantándola y dejándola caer y haciéndola pasar entre los dedos. Esta pasta fue solicitada en varios días consecutivos. Al conversar con los padres se informó que este grupo de niños estaba siendo sometido a pruebas médicas por problemas continuos de encopresis.

Otros niños se ven atraídos por piezas de material como licra y mantas que luego utilizan para construir nidos, capullos y columpios. Julie tenía cuatro años y presentaba dificultades para apegarse a su madre adoptiva luego de una adopción internacional a los 20 meses. Durante varias semanas la niña se dedicó a jugar con arena, la cual desplazaba, amontonaba, mojaba y aplanaba. Un día advirtió las mantas y preguntó si la terapeuta dormía en el cuarto de juego. Cuando se le explicó que las mantas eran para los niños que venían a terapia, Julie sintió curiosidad y preguntó qué hacían los demás con las mantas. Se le hicieron sugerencias de cómo pueden jugar los niños con las mantas. Julie pidió poner a prueba la idea del columpio. Se invitó a su madre al juego para ayudar a la terapeuta a balancear la manta, y se cantaron canciones y rimas para la niña. Esta actividad se convirtió luego en un juego entre Julie y su madre y creó los hilos iniciales de un apego exitoso.

Se pone a la disposición del niño una variedad de personajes en miniatura: muñecos, animales y personas reales, criaturas imaginarias parecidas a animales y personajes de programas infantiles, muebles, vehículos y estructuras arquitectónicas como puertas, vallas, torres en miniatura, castillos, casas, árboles y rocas, todo con el fin de apoyar el juego proyectivo y la creación de mundos imaginarios predecibles e impredecibles, plausibles e inverosímiles. Algunos niños eligen materiales de personificación como lodo o Play-Doh para crear espacios en que se desarrolle la historia. Otros usan la caja de arena como receptáculo de su mundo, algunos usan el tapete y otros crean varios mundos en diferentes espacios alrededor del cuarto. Bridget tenía dos años y medio cuando llegó a terapia luego de la muerte de su padre en un accidente automovilístico. Bridget pasaba el tiempo creando cuartos diferentes en la casa, y utilizando los muebles de la casa de muñecas y el tapete de azulejos como los límites de cada cuarto. La niña creaba, ordenaba y organizaba cuartos de forma que fuesen plausibles y predecibles. La caja de arena se convirtió en el espacio exterior con calles y semáforos, casas, carros, perros y gatos; si bien esto cambiaba de una semana a otra, durante toda la terapia se mantuvo la organización de la casa con un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.

Para facilitar el intercambio de papeles y el juego imaginativo, se cuenta con objetos como teléfonos, micrófonos, sombreros, gafas, zapatos y las diferentes longitudes de los materiales; también se dispone de equipo como jeringas, máscaras para respirar, espadas de espuma, esquineros y títeres de dedo. En el intercambio de papeles, el niño toma el papel de actor y director mientras que el terapeuta funge como actor y busca la dirección del niño. Los niños suelen utilizar los muebles del cuarto para crear el espacio en que sucede el hecho. Jennifer tenía ocho años de edad cuando llegó a terapia por primera vez. Ella y su hermana habían sido adoptadas cuando tenía tres por haber sufrido negligencia. La niña era cuidada por su hermana que era apenas un año mayor. Jennifer preparó la representación de muchas escenas que incluían a la "madre enojada" y la "hermana perezosa". Una butaca grande se convirtió en el trono en el que la madre enojada se sentaría para gritar sus órdenes. La

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

hermana perezosa en realidad no era perezosa, sino que no podía seguir el ritmo de lo que se le exigía. Jennifer incluyó un juego de té de plata como accesorio. El papel de la madre enojada cambió al de la "reina" que tenía derecho a ordenar a sus sirvientes y a esperar que éstos trabajaran dos veces más rápido.

Los juguetes y materiales proporcionados en este marco del desarrollo fomentan la exploración y la expresión creativa y simbólica. Permiten la exploración de mundos reales e imaginarios en el que se generan narrativas e historias con tramas complejas, acciones y personajes que describen pensamientos, motivos y creencias. La facilitación de un ambiente libre de temores permite que surja el potencial de desarrollo del juego y la narrativa en la relación con el terapeuta. Cuando el terapeuta participa y construye el juego de simulación en colaboración con el niño, entra a su mundo y le permite sentirse seguro. En este espacio terapéutico y a través de la relación con el terapeuta, el pequeño puede empezar a probar y definir sus identidades posibles (Cattanach, 1999). El poder terapéutico del juego y la narrativa consiste en actuar como contenedor para que el niño pueda explorar una gama de historias y narrativas, aumentando de este modo el campo al que tiene acceso en el mundo en que vive fuera del cuarto de la terapia de juego.

Rol del terapeuta

El papel del terapeuta consiste en generar un espacio seguro y libre de temores en que el niño pueda jugar y crear historias en relación con otra persona. El juego y las narrativas le permiten explorar una variedad de historias, explicar la diversidad de historias de que dispone y probar las historias e identidades posibles. La historia no tiene que ser verdadera, pero debe ser creíble, y el papel del terapeuta es nutrir al cuentista de modo que el argumento pueda fluir (Cattanach, 1997). Esto se logra mediante la postura de desconocimiento y curiosidad adoptada por el terapeuta mientras entra al mundo de juego e historias del niño. En este mundo, el juego y las historias se construyen de manera conjunta a través de la escucha y el cuestionamiento cuidadoso para llegar a entender cómo comprende e interpreta el niño las historias de su creación.

El proceso empieza cuando se escuchan las historias que cuentan sobre el niño los padres, cuidadores, referentes y otras personas, y se identifica cuál es su interpretación "local" del "problema" en relación con el niño y en el contexto de los sistemas en que éste se desenvuelve. Se explica a las personas relevantes por qué y cómo deben jugar juntos el terapeuta y el niño. En este momento es importante que el terapeuta identifique si existe apoyo suficiente para que el niño explore y amplíe sus historias. En ocasiones no se dispone de apoyo suficiente o de un ambiente lo bastante libre de temores para que el niño progrese con la intervención. En este caso el papel del terapeuta es identificar lo que debe suceder en el ambiente antes de que comience la terapia.

Otro elemento fundamental que se requiere en la creación del espacio abierto es la introducción del niño a la terapia de juego narrativa. El terapeuta puede hablar con el niño acerca de que sabe que algo le sucedió a él o a su familia; por ejemplo, cosas que podrían ser atemorizantes o tristes (o cosas felices) al respecto de las cuales el niño podría experimentar todo tipo de sentimientos. El terapeuta invita al niño a jugar y a inventar historias para resolver algunas de esas cosas. Se

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

presenta al niño la idea de que el juego y las historias no tienen que ser acerca del niño, sino que los temas podrían terminar por ser similares. "El juego y las historias que haremos juntos 'no son acerca de ti, pero apuesto que las mismas cosas que te han sucedido le han pasado también a las personas de las historias'" (Cattanach, 1997, p. 36). Cuando se hace saber a los niños que pueden elegir los juguetes y la manera en que quieren jugar, y que en caso de haber una historia, el terapeuta puede escribirla, se les está permitiendo saber que son ellos quienes dirigen la sesión. En este punto también se les dan a conocer las reglas y límites generales, que incluyen respeto mutuo y por los juguetes, así como algunas restricciones, como el hecho de que los juguetes deben permanecer en el cuarto, y que si el niño sale de la habitación (sin una buena razón para ello) la sesión terminará. Cuando el terapeuta hace del conocimiento del niño esas reglas y límites, funciones y responsabilidades, también le comunica que puede entrar a su mundo y ayudarlo a aclarar las confusiones (Cattanach, 1999).

Durante las sesiones, el papel del terapeuta consiste en jugar con el niño y escribir historias. El terapeuta actúa como mediador del mundo cultural y social que el niño habita cuando plantea preguntas acerca de las historias y narrativas llevadas al espacio terapéutico (vea la historia de Sam ya presentada). Cuando los niños empiezan a jugar y a contar historias, éstas suelen ser confusas. Por ejemplo, al terapeuta no le queda claro quién es el "bueno" y quién es el "malo", o cómo uno llegó a ser el otro. El terapeuta escucha las historias. Mediante el cuestionamiento y la conversación acerca de la historia, terapeuta y niño negocian significados y construyen en conjunto la historia, y la comprensión de la misma por el narrador y el escucha. El terapeuta no interpreta las historias ni el juego, sino que junto con el niño reconcilia algunos significados satisfactorios que son congruentes con el mundo en que vive el niño (Cattanach, 1999). El terapeuta facilita un intercambio de ideas y opiniones acerca de la historia; es un escucha y un escriba de historias. El niño tiene permiso de explorar y experimentar con diferentes historias, mundos reales e imaginarios e identidades posibles. Tiene la libertad de experimentar historias y finales alternativos. Cattanach (2006) narra la historia que contó Mary, de cuatro años, acerca de la bruja malvada y el dragón perverso. En la primera versión, la bruja murió. Al discutir con Mary lo que significa estar muerto, la niña generó otros cuatro finales para la historia: que la bruja estaría muerta para siempre, que podría morir y regresar, ir a prisión o convertirse en una bruja buena. Es posible jugar con elementos de la historia como tiempo y espacio, personajes y papeles.

El terapeuta también puede asumir el papel del narrador, lo cual puede suceder cuando narra la historia que le dictó el niño, o cuando identifica y narra cuentos que pueden apoyar al niño y serle de utilidad. En el estudio de caso de Louise (que se analiza más adelante), la historia de *Bye Bye Baby* de Janet y Allan Ahlberg se convirtió en una narración que la pequeña pedía que se le contara de manera repetida. Se dispone de otras historias publicadas para los niños en el espacio de la terapia de juego, las cuales incluyen cuentos de hadas tradicionales como Los Tres Cerditos y versiones alternativas del cuento como "La verdadera historia de los tres cerditos". Una historia publicada, *Not Now, Bernard,* de Davis McKee (1980), se convirtió en la fascinación de un par de gemelos que asistían a terapia de juego.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La historia trata de un niño que interrumpe a sus ocupados padres y a quien siempre se le dice que el momento no es el correcto. Al final trata de decirles que hay un monstruo en el jardín, pero ni siquiera con eso obtiene su atención. El cuento termina cuando la madre le lleva galletas y leche a Bernard, que está en la cama, pero no se da cuenta que quien está en la cama no es su hijo sino el monstruo que se comió a Bernard. En algún momento de cada sesión de la terapia de juego, ambos niños pedían que se leyera esa historia. Miraban las imágenes con gran atención y hacían preguntas para tratar de entender por qué los padres no tenían tiempo para Bernard. Se construyeron en conjunto diferentes entendimientos alrededor de la historia que reflejaban el mundo social en que vivían los niños, incluyendo significados alrededor de dos padres que trabajan y a quienes les resulta difícil hacer juegos malabares con las exigencias del trabajo y las exigencias de los hijos y la vida familiar. Sin embargo, los niños siguieron fascinados y no podían entender el hecho de que la madre no se había dado cuenta de que Bernard no estaba ahí y que le había dejado la cena al monstruo.

El terapeuta tiene también la función de apoyar los finales. De la misma forma en que las historias generadas y narradas en la terapia tienen un inicio, una parte central y un final, debe señalarse la terminación de la terapia y construirse en conjunto un final acordado. La terapia puede haber terminado de manera natural o puede ser el final de un número acordado de sesiones. El terapeuta usa técnicas similares de cuestionamiento para construir junto con el niño la manera en que le gustaría que terminara la terapia, para lo cual puede incluirse algún ritual o celebración. Puede preguntarse a los niños lo que les gustaría hacer con sus historias; algunos quieren organizarlas en un libro de cuentos; otros piden que el terapeuta se las guarde. Cuando se decide qué hacer con las historias, debe considerarse cómo preparar a las personas del mundo en que vive el niño para escucharlas. Si el niño decide hacer un libro de cuentos, elige con el terapeuta las historias que deben incluirse, juntos deciden si deben añadirse fotografías o dibujos y dónde estará el libro de cuentos cuando se mude al mundo en que vive el niño. Maryann hizo una hermosa portada para su libro con hojas doradas y papel rojo; sólo incluyó la serie de cuentos sobre los árboles y dijo que lo guardaría debajo de su cama, de donde podría sacarlo por la noche y leerlo si hubiera tenido un "mal día" en la escuela.

ROL DE LOS PADRES

El papel de los padres antes de comenzar la terapia es compartir historias del niño que identifiquen el "problema" tal como lo han interpretado ellos y la familia; esto ayuda al terapeuta a entender la comunidad social y cultural de la que proviene el niño y a empezar a construir su banco de conocimiento "local". Por consiguiente, son los padres quienes tienen la función de empezar la historia.

Una vez que se les ha dado a conocer la terapia de juego, así como la forma y la razón por la que el terapeuta y el niño deben jugar juntos, la función de los padres es permanecer ahí para apoyar al niño. Si no se dispone de este apoyo, "la intervención no tendrá sustento emocional y el niño puede ser rechazado en lugar de elevado" (Cattanach, 1997, p. 31). Es posible que en este momento los padres necesiten también recibir apoyo; de otro modo, la atención que recibe el niño en

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

terapia puede convertirse en una fuente de celos o de enojo para ellos, reduciendo así su capacidad para dar apoyo.

Los padres también tienen la tarea de explorar historias alternativas acerca de su hijo. Están muy familiarizados con la historia saturada del problema de su hijo, y es posible que reciban informes de la escuela, de los servicios de atención infantil, de los vecinos o los amigos; de ahí que necesiten compartir esas historias para evitar que se vuelvan abrumadoras y disminuyan su capacidad para apoyar al niño. Para apoyar a los padres, son invaluables las oportunidades de compartir tanto las historias de éxito como las cosas comunes en la vida del niño y la vida familiar.

A medida que se acerca el final de la terapia, la misión de los padres es preparar un espacio para que el niño ponga a prueba nuevas historias. Los padres han compartido con su hijo esta jornada al llevarlo a la terapia cada semana, al reunirse con el terapeuta de manera regular, controlar las conductas que escalaron durante la terapia y empezar a notar que las cosas están cambiando, que el niño se desplaza con mayor facilidad entre diferentes ambientes y que puede aceptar la partida de los padres y mostrarse feliz por su regreso. La historia no puede ser reemplazada por una historia diferente. El niño puede seguir teniendo dificultades de vez en cuando, pero existen más historias y más formas de ver al niño y su conducta. Los padres empiezan a preparar un lugar para las nuevas y diversas historias del niño y para que emerjan identidades posibles. Al principio esto sucederá al interior de la familia, y luego puede extenderse a la comunidad a medida que se comparten historias de éxito acerca del niño y con el niño.

CASO ILUSTRATIVO

Los niños que han sufrido negligencia y maltrato significativos en la niñez temprana no tienen tanto acceso a la naturaleza evolutiva del juego y la narrativa como medios de exploración simbólica de mundos alternativos y experiencias personales como los niños descritos en la introducción. Una vez que esos niños se familiarizan con la función y el propósito de la terapia de juego narrativa y que han tenido la oportunidad de explorar los materiales de que disponen en la terapia, pueden buscar apoyo al iniciar el proceso de la terapia de juego narrativa. Una forma de apoyar el desarrollo de la relación entre el niño, el terapeuta y el proceso de terapia es invitar al niño a dibujar.

Mark es un niño de siete años que vino a terapia luego de sufrir negligencia cuando era bebé y por la preocupación actual acerca de su conducta y su bienestar emocional. Mark había recibido cuidados sustitutos desde que tenía dos años de edad por parte de un cuidador experimentado. Al inicio de la terapia, exploró los materiales, tomó y nombró cada juguete u objeto del cuarto de la terapia de juego, pero parecía incapaz de ir más allá de la exploración. Luego de una serie de sesiones exploratorias y cuando la terapeuta sintió que su relación con el niño le permitiría aceptar o rechazar la invitación para realizar una actividad, se invitó a Mark a hacer el dibujo de un árbol. Cuando el dibujo estuvo hecho, se pidió al niño que contara un cuento sobre un árbol. Se utilizó el cuestionamiento para apoyar la construcción del relato, incluyendo detalles demográficos como la edad del árbol, el lugar en que estaba ubicado y si otros vivían cerca de él; preguntas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de acción como la manera en que llegó ahí; y preguntas de motivación, como la forma en que se sentía el árbol por estar ahí y lo que le gustaba y le desagradaba. Mark dictó la siguiente historia acerca de su árbol:

> **El árbol**
> Fue sembrado en 1969 por una señora llamada Jane Smith. En los viejos tiempos, la gente solía usar algunas de sus ramas para hacer fogatas.
> Fue desenterrado y colocado en un lugar más seguro porque la gente quería construir una carretera.
> El árbol prefería el nuevo lugar porque en el anterior sus raíces estaban a punto de morir.

Cuando Mark tuvo que hacer también el dibujo de una casa, se le pidió que contara una historia de la casa. Esta es la historia que dictó el niño:

> **La casa**
> La casa fue construida en 1649. La persona que la construyó se llamaba Malaquías Browne, el peor y más tonto constructor del mundo. Nadie quería vivir ahí porque sabían quién la había construido.
> Al final alguien se atrevió a habitarla, pero murieron porque la casa les cayó encima.
> La casa estaba cerca de un antiguo castillo Normand llamado el Castillo de O'Grady. La casa se sentía feliz de haber sido construida, pero la entristecía haber sido construida por semejante loco.

Mark continuó la exploración de los materiales en la terapia de juego y dedicaba gran parte de su tiempo a preparar los escenarios de juego, pero agotaba el tiempo para jugar en ellos. Las escenas montadas incluían hornear y preparar la comida y limpiar y organizar el ambiente. Se informó que su autoestima había mejorado de manera significativa, aunque seguía presentando dificultades conductuales.

Cuando se invita a los niños a jugar, al inicio pueden explorar los juguetes y luego empiezan a utilizarlos para crear escenas de un relato. Los juguetes asumen papeles y el niño narra una trama con representaciones de personajes, un evento, un obstáculo o una batalla. El niño puede presentar diferentes escenarios para superar la batalla, y es en este momento que se le invita a dictar su relato.

Jack era un niño de seis años a quien se le diagnosticó cáncer. Se solicitó la terapia de juego para apoyarlo en ese difícil momento. Se llevó a la cabecera del niño una caja portátil con una cantidad limitada de juguetes, entre los cuales se incluían una esferade juego, juguetes suaves como serpientes y ositos de peluche; juguetes en miniatura, como un oso, un tiburón, un cocodrilo y un delfín con bocas que podían ser abiertas para revelar barrigas vacías; títeresque representaban a esos animales y objetos como una caja con tapa, una cuchara y canicas brillantes. Se presentaron los juguetes al niño en una canasta abierta. Después de explorar los materiales disponibles, Jack eligió algunos juguetes suaves, como las serpientes y el osito de peluche, y los títeres del tiburón y el delfín. Los personajes nadaban alrededor y comían objetos que se encontraban en el agua (como las canicas brillantes). Se invitó a la terapeuta a ser una de los títeres. Durante el desarrollo

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

del juego era difícil distinguir a los personajes "buenos" de los "malos", ya que los papeles cambiaban con frecuencia. Los personajes "malos" sometían y mordían a los otros personajes. Los personajes "buenos" aparecían para ayudar a la "víctima" a escapar, fuese atacando al personaje "malo" o brindando a la víctima un pasaje secreto que era demasiado pequeño para que entrara el personaje "malo". Luego de la representación de esta historia en el juego de Jack, se dictó el siguiente relato:

> Hace mucho tiempo, había un mar donde esas cuatro serpientes y el delfín eran amigos, y un tiburón malo no era su amigo. El tiburón se comió a todas las serpientes y el delfín quería salvarlas, pero no pudo hacerlo. Estuvo cerca de ser devorado y llegó un oso a tratar de salvarlo. El delfín fue devorado por completo y el oso fue devorado. Pusieron a la serpiente, al delfín y al oso en la tumba.
> Fin

En el curso de las siguientes sesiones surgieron secuencias similares de juego de simulación. Jack no quería dictar más historias pero en varias ocasiones pidió que le leyeran la primera historia. En una ocasión indicó que quería hacer un dibujo que acompañara a la historia ya dictada, hizo el trazo de una serpiente con la cabeza vuelta hacia la parte izquierda de la página y un "delfín triste" debajo con la cabeza vuelta hacia la parte derecha de la página. El tratamiento no tuvo éxito y Jack regresó a casa.

Maryann tenía 11 años cuando vino por primera vez a terapia. Sus padres la describían como una niña que había dejado de ser una criatura sociable y despreocupada para convertirse en una "muchachita triste y retraída". Dijeron que al parecer esto había coincidido con un cambio de grado. Se presentó la terapia de juego narrativa a la niña, quien quedó embelesada por la narración, elaboración y dictado de historias. Aunque tenía acceso a todos los materiales de juego, a menudo elegía dibujar. Intercaló dibujos con conversaciones acerca de sus dificultades en la escuela y su noción de la inequidad e injusticia observadas en el trato que recibían diferentes niños en el salón de clases. También habló de que había perdido amigos cuando se mudaron de zona o a diferentes escuelas. En ocasiones Maryann dictaba una historia relacionada con el dibujo que había realizado. La siguiente es una de esas historias:

> **El árbol**
> Un día, Jane y Maggie estaban jugando en el parque. Vieron un espacio vacío y plantaron un manzano. Crecieron junto con el árbol y a menudo iban ahí con grupos de niños. Alimentaban a los pájaros con algunas de las manzanas.
> Luego, un día encontraron que uno de los árboles había sido cortado. Protestaron. Ese era el hábitat de los pájaros. No podían cortar los árboles.
> Después de que Jane y Maggie murieron, sus nietos y familiares venían y alimentaban a los pájaros. Los pájaros continúan llegando y la gente todavía los alimenta.

En la penúltima sesión de una intervención corta de terapia de juego, Maryann regresó a esta historia. Llegó a la terapia con un dibujo que había hecho y dijo que quería dictar la siguiente historia:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

El árbol muy especial
Este árbol estaba en la esquina del parque. Era un manzano. Había estado ahí desde que Jane y Maggie lo habían salvado hacía mucho tiempo. Las personas empezaban a pensar que debían salvar muchos más árboles de lo que era usual.
Esa noche llegaron a la reunión del consejo para ver lo que podían hacer acerca de la escasez de árboles porque los pájaros estaban perdiendo su hábitat natural. Algunas aves podían incluso morir. Dijeron que si no se hacía nada protestarían hasta que se hiciera algo acerca de la escasez de árboles. Los miembros del consejo temían perder sus empleos, por lo que de inmediato anotaron lo que podían hacer, para ver si podía hacerse algo acerca de la escasez de árboles.
Las personas se preguntaban si estaban mintiendo o si trataban de hacer algo para salvar sus empleos. Las personas perdieron la fe muy pronto y trataron de hacer algo por sí mismas, por lo que juntaron semillas de los manzanos y las plantas. Llevaron las semillas a un espacio abierto en la ciudad, a lo que iba a ser su hábitat de la vida silvestre.
Muy pronto se acercó el momento de las elecciones. Algunas de las personas que sembraron el hábitat local se presentaron como candidatos para el consejo. Al poco tiempo tuvieron un nuevo consejo que estaba listo para escuchar a la gente y sus problemas con los planes y la flora y fauna.
Las cosas han mejorado para la ciudad. Muy pronto se construyó un parque en la ciudad para los niños durante el verano.
Fin

Aunque Maryann tenía poco poder sobre el ambiente de su escuela, los mundos alternativos que creó en los dibujos y narrativas plantearon problemas y ofrecieron oportunidades para desarrollar soluciones a los problemas, y estas soluciones empoderaban a los personajes de la historia. La naturaleza dirigida por el niño del ambiente de la terapia de juego brindó a Maryann oportunidades de controlar su entorno. Esto fue contenido en la estructura de la narrativa. Con el tiempo Maryann pudo jugar, avanzar a la siguiente generación y abogar por la preservación de los árboles. Otros niños usan la estructura de narrativas ya escritas en su esfuerzo por entender sus experiencias. Louise era una de esas niñas. Tenía tres años y medio cuando vino por primera vez a terapia. Se había identificado que estaba en riesgo de sufrir negligencia después de que la madre la dejó con el padre en una visita para Navidad, cuando la niña tenía dos años.

Louise quedó fascinada con *Bye Bye Baby,* de Janet y Allen Ahlberg (1989), que cuenta la historia de un bebé que tiene que cuidar de sí mismo, alimentarse y cambiar sus pañales. El bebé decide luego que es demasiado esperar que haga todo eso, por lo que sale de viaje para encontrar a su madre. A lo largo del camino conoce a una serie de personajes que no pueden ser su madre, pero que lo ayudarán a encontrar una mamá, con ciertas condiciones adjuntas. Al final encuentra una madre que estaba buscando un bebé, y la historia parece haber terminado hasta que se hizo mención de un padre en un relato leído por un viejo tío (un personaje conocido en el camino). El bebé sale luego para encontrar un padre y la historia tiene un final feliz.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Louise conoció esta historia en la guardería . Durante la terapia de juego la niña inventó una serie de representaciones basadas en los temas de este libro: "Tú eres la mamá. Yo no tengo mamá. Tú tienes que ir ahí. No me hables. Yo tengo que encontrar a la mamá". Esta solía ser la orientación dada por Louise para planear la representación de la historia. Se prepararon varias carreras de obstáculos en el camino, que a menudo incluían una lucha en espacios estrechos y arenas movedizas para llegar a un lugar en el que había una madre esperando un bebé. Luego se alimentaba al bebé, se le contaban historias y se le arropaba en la cama. En ocasiones la mamá y el bebé tenían que nadar juntos de regreso por la carrera de obstáculos antes de poder llegar a la seguridad del hogar. El bebé salía herido en este viaje y la mamá tenía que llevarlo al hospital, donde le aplicaban varios vendajes. En ocasiones esta representación era seguida por la búsqueda del padre. En este caso la representación por lo regular era más sencilla, como ir al centro comercial y encontrarlo ahí. El papel de la madre al inicio se asignó a la terapeuta y la niña indicó los escenarios de la historia. Luego de varias repeticiones con variaciones de esos escenarios, Louise empezó a explorar otros papeles dentro de la historia, en particular el de la madre, y una muñeca se convirtió en el bebé. En esos momentos la terapeuta se convertía en algo como el viejo tío que ayudaba a la madre a crear un ambiente adecuado para el cuidado del bebé. Otros papeles asignados a la terapeuta fueron el de observadora y narradora. Al principio Louise se mostraba renuente a probar diferentes papeles. Esto se construyó en conjunto y la estructura narrativa proporcionada por la historia parecía apoyar cambios de papeles dentro de la representación del relato.

En la reunión de revisión de la terapia, el padre de Louise, que era el guardián principal, habló acerca de su matrimonio reciente y del nacimiento de un medio hermano de Louise. Expresó la esperanza de que con el tiempo su nueva esposa se convirtiera en una madre para la niña. Su propia narrativa alrededor de Louise había tratado de su búsqueda de una madre para ella en el año y medio anterior.

DIFICULTADES PARA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO

La práctica de este modelo conlleva una serie de dificultades para el terapeuta, el niño y los sistemas en que ambos deben trabajar. El terapeuta se ve desafiado a pensar en (y a reconocer) sus propias suposiciones acerca del sí mismo, el "problema" y la función de la terapia. Muchas terapias asumen una postura "objetiva" y de "conocimiento experto" que es cuestionada por este modelo de trabajo. En lugar de ello, se pide al terapeuta que para entender adopte una postura de "desconocimiento" y curiosidad y que utilice el conocimiento "local" del niño, su familia y la relación entre el terapeuta, el niño y los cuidadores. A partir de una postura de desconocimiento se reta al terapeuta a encontrar preguntas y a permitir que éstas surjan, y a que apoye el desarrollo o flujo de la historia sin interrumpir dicho flujo o el juego del niño. Lo anterior requiere que el terapeuta mantenga una posición de apertura e incertidumbre. La interpretación no se basa más en un conocimiento "local" mas que en un marco teórico. El proceso consiste en tener acceso a la interpretación del niño o el cuidador con el propósito de enriquecer su comprensión en lugar de imponerles la opinión de un experto y cerrar la comprensión (Cattanach, 2006).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Para el niño el reto consiste en explorar historias, mundos e identidades posibles y entrar en la relación con el terapeuta por medio de su juego y sus historias. En este espacio abierto, seguro y libre de temores, se desafía a los niños para que empiecen a pensar en inicios, partes centrales y finales, y a que comiencen a ampliar la variedad de opciones de temas, historias y finales a las que pueden tener acceso y explorar en el mundo en que viven.

Una dificultad para los sistemas que rodean al niño, sean los padres o cuidadores, las familias, los profesores o la comunidad mayor, es estar abierto a escuchar nuevas historias y al impacto que estas historias pueden tener en la forma en que el niño es visto. Este modelo de trabajo desafía a los sistemas a mostrar apertura para permitir que el niño pruebe nuevas historias e identidades posibles. Esos sistemas también son desafiados a volverse cada vez más conscientes del lenguaje elegido para contar una historia y del impacto restrictivo que esto puede tener en el niño.

El modelo también plantea un reto para la consideración que hacen los académicos, eruditos y políticos de las herramientas científicas utilizadas para identificar la eficacia de las intervenciones. Para este modelo de trabajo el reto es reconocer modelos de investigación que puedan identificar la eficacia de la terapia de juego narrativa, a la vez que se mantiene la confianza en el carácter central del individuo en relación con los demás y se concluye que conceptos como "conocimiento científico" y "eficacia" no son "verdades" sino constructos.

CONCLUSIÓN

La terapia de juego narrativa es una rama de la terapia de juego que usa el potencial del desarrollo tanto del juego como de la narrativa para apoyar la comprensión del niño de sucesos que han ocurrido en su vida y la manera en que le han impactado. Es dirigida por el niño en tanto es éste quien elige los juguetes y materiales con los que quiere jugar. En su juego se presentan juntos el mundo en que vive y los mundos imaginarios. Pueden utilizarse objetos reales en la imaginación y ésta puede ser empleada para crear mundos reales. Los niños son quienes plantean los puntos de partida para las narrativas construidas en conjunto, para su juego y para las historias que crean. Las narrativas que los niños presentan en su juego son exploradas y el terapeuta facilita un intercambio de ideas y reflexiones acerca de la historia. Es en el contexto de la relación entre el terapeuta y el niño, como escucha y narrador, que la historia se crea y construye en conjunto. La postura de curiosidad y desconocimiento del terapeuta facilita la creación de un espacio abierto, seguro y libre de temor para que el niño explore, juegue e invente historias. La terapia de juego narrativa trata de apoyar al niño a generar finales alternativos para historias y a crear una variedad de historias diferentes dentro de su juego, creando una flexibilidad cognitiva y emocional a la que más tarde puede tener acceso y utilizar en el mundo en que vive.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

REFERENCIAS

Ahlberg, J., & Ahlberg, A. (1991). *Bye bye baby: A sad story with a happy ending.* London, UK: Mammoth.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction.* London, UK: SAGA.

Bruner. J. S., & Lucariello, J. (1989). Monologue as narrative recreation of the world. In K. Nelson (Ed.), *Narratives from the crib* (pp. 73–97). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cattanach, A. (1994). *Play therapy: Where the sky meets the underworld.* London, UK: Kingsley.

Cattanach, A. (1997). *Children's stories in play therapy.* London, UK: Kingsley.

Cattanach, A. (1999). Co-construction in play therapy. In A. Cattanach (Ed.), *Process in the arts therapies* (pp. 79–102). London, UK: Kingsley.

Cattanach, A. (2006). Narrative play therapy. In C. E. Schaefer & H. G Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy: Theory, research and practice.* New York, NY: Guilford Press.

Engel, S. (2005). The narrative worlds of *what is* and *what if. Cognitive Psychology, 20,* 514–525.

Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity in a contemporary life.* New York, NY: Basic Books.

Gergen, K. J. (1996). Beyond life narratives in the therapeutic encounter. In J. E. Birren, G. M. Keyton, J-K. Ruth, J. J. F. Schroots, & T. Svensson (Eds.), *Aging and biography: Explorations in adult development* (pp. 205–230). New York, NY: Springer.

Jennings, S. (1993). *Playtherapy with children: A practitioner's guide.* Oxford, UK: Blackwell Scientifi c.

Jennings, S. (1999). *Introduction to developmental playtherapy.* London, UK: Kingsley. Kavanaugh, R. D., & Engel, S. (1998). The development of pretense and narrative in early childhood. In O. N. Saracho & B. Spodek (Eds.), *Multiple perspectives on play in early childhood education.* Albany: State University of New York Press.

Macmurray, J. (1961). *Persons in relation.* London, UK: Faber. McKee, D. (1980). *Not now, Bernard.* London, UK: Random House Children's Books.

McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy.* London, UK: Sage. Nicolopoulou, A. (2005). Play and narrative in the process of development: Commonalities, differences and interrelations. *Cognitive Psychology, 20,* 495–502.

Nicolopoulou, A. (2006). The interplay of play and narrative in children's development: Theoretical refl ections and concrete examples. In A. Goncu & S. Gaskins (Eds.), *Play and development: Evolutionary, sociocultural and functional perspectives.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Smith, C. (1997). Comparing traditional therapies with narrative approaches. In C. Smith & D. Nylund (Eds.), *Narrative therapies with children and adolescents.* New York, NY: Guilford Press.

Stagnitti, K. (1998). *Learn to play: A programme to develop the imaginative play skills of children.* Melbourne, Australia: Co-ordinates.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Stagnitti, K. (2009). Children and pretend play. In K. Stagnitti & R. Cooper (Eds.), *Play as therapy: Assessment and intervention* (pp. 59–69). London, UK: Kingsley.

Stagnitti, K., & Jellie, L. (2006). *Play to learn: Building literacy in the early years.* Melbourne, Australia: Curriculum.

Trevarthen, C. (1995). The child's need to learn a culture. *Children and Society, 9,* 5–19.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 19
Terapia de juego integrativa

Athena A. Drewes

INTRODUCCIÓN

Desde la década de 1990 ha cobrado importancia la integración de la teoría, la técnica y los factores comunes en la psicoterapia. Lo que antes se conocía como **eclecticismo**, se conoce ahora como **integración**, que es el término preferido para referirse a la armonización de teoría, técnica y factores comunes (Norcross, 2005). Anteriormente, **ecléctico** "sólo significaba que uno elegía entre teorías y técnicas diferentes la estrategia terapéutica que parecía más adecuada para un cliente particular" (Schaefer, 2003, p. 308). Sin embargo, Norcross (1987) llevó el eclecticismo a la **integración** de diversas teorías aplicadas en un medio interactivo y coordinado los recursos del tratamiento.

Dado que los trastornos psicológicos, en especial en los niños y adolescentes, son diversos, complejos y multideterminados, se requiere un método de tratamiento multifacético (Schaefer, 2003). De hecho, muchos clientes no llegan con un diagnóstico claramente definido, sino con varios problemas traslapados debido a la comorbilidad (como en el caso del trauma complejo que resulta en el traslape de problemas de ansiedad y atención, aunados a fobias y conductas sexualizadas). Los clínicos entrenados en un enfoque teórico y de tratamiento encuentran que no hay "una talla única" que se ajuste a todos los problemas a los que se enfrentan en la actualidad. Además, no existe evidencia empírica clara que demuestre que un único enfoque teórico (sea el cognitivo-conductual, el jungiano, el rogeriano, etcétera) puede producir el cambio terapéutico en los diferentes y multidimensionales trastornos psicológicos existentes (Schaefer, 2003; Smith, Glass y Miller, 1980). Debido a este aspecto multidimensional, la terapia de juego infantil exige a sus terapeutas el uso de varios sombreros y la destreza para cambiar entre posturas terapéuticas para satisfacer las necesidades del niño y los diferentes participantes en su vida (Coonerty, 1993). En un momento el terapeuta puede estar plenamente involucrado con el cliente en una terapia de juego profundamente evocadora, a menudo con mucho conflicto. En ese lapso el terapeuta necesita enfrentar las luchas internas del niño, establecer límites y ser para él un educador o mediador, mientras que en el momento siguiente debe entrar en contacto con uno de los padres, el psicólogo escolar o el profesor para evaluar el funcionamiento del niño. Esos roles, a menudo conflictivos y que cambian rápidamente, llevan a muchos terapeutas de juego a adoptar un estilo ecléctico normativo en que las intervenciones terapéuticas son elegidas y luego modificadas de acuerdo con la demanda externa más apremiante (Coonerty, 1993).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Además, en contraste directo con los modelos lineales de la psicopatología, las teorías integradoras asumen que diversos aspectos de la experiencia personal del cliente están entretejidos, lo que lleva a concebir a la psicopatología desde un punto de vista multicausal. Por consiguiente, se asigna el mismo peso a varios aspectos del funcionamiento personal y se les ve como un todo combinado y unificado (Coonerty, 1993). Dicha mezcla implica una circularidad así como la contención de múltiples relaciones observadas entre los aspectos cognitivos, dinámicos, interpersonales y conductuales del individuo (Coonerty, 1993). El terapeuta de juego infantil no se limita a saltar de un tipo de tratamiento a otro, sino que adopta un método integrador de tratamiento que amplíe su idea de lo que es apropiado desde las distintas perspectivas teóricas y le ofrezca un conjunto más amplio de herramientas con las cuales trabajar. Además, la posibilidad de cambio en una esfera de funcionamiento posee el potencial de tener mayor resonancia y producir cambios en todos los aspectos del funcionamiento inadaptado del cliente (Coonerty, 1993).

Otro hecho que empuja hacia los beneficios de un enfoque de tratamiento integrador es que las fuentes de financiamiento (estatales, federales y de las compañías de seguros) exigen que los clínicos y las organizaciones utilicen métodos de tratamiento basados en la evidencia para seguir recibiendo financiamiento. En consecuencia, quieren asegurar que los clientes reciben el mejor y más eficaz tratamiento disponible. De modo que la elección de las intervenciones de tratamiento no debe estar regida por una preferencia personal subjetiva o por el deseo de permanecer en la zona de confortde la manera habitual de trabajar, sino por prácticas basadas en la evidencia más que en la opinión personal (Schaefer, 2003).

Por último, la investigación exhaustiva que se está realizando en relación con el trauma y el abuso sexual infantil ha tenido como resultado prácticas basadas en la evidencia que apoyan un método integrado de tratamiento. Por ejemplo, Stien y Kendall (2004) recomiendan un método integrado desde tres frentes:

> Aunque las intervenciones cognitivo-conductuales tratan conductas problemáticas y ayudan al niño a construir nuevas habilidades, se necesitan intervenciones psicodinámicas para ayudar a integrar las emociones y los recuerdos traumáticos junto con las partes enterradas del sí mismo. Al mismo tiempo, el terapeuta debe prestar mucha atención a las interacciones familiares (secuencias de acción y reacción) para erradicar cualquier interacción que mantenga y refuerce los síntomas (p. 139).

Gil (2006) plantea que:

> La evidencia también sugiere que los recuerdos del trauma están incrustados en el hemisferio cerebral derecho, por lo que pueden estar indicadas las intervenciones que faciliten el acceso al lado derecho del cerebro y la actividad del mismo. El hemisferio cerebral derecho es más receptivo a las estrategias no verbales que utilizan el lenguaje simbólico, la creatividad y el juego de simulación (p. 68).

Por consiguiente, se ha encontrado que el uso de artes expresivas, juego y actividades placenteras dentro de la terapia es útil y necesario para ayudar a los niños

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

que han sufrido abuso y trauma a crear sus narrativas acerca de éste (Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer, 2004; Gil, 2006; van der Kolk, 2005).

Por ende, no resulta sorprendente que los terapeutas, y en particular los terapeutas de juego, deban ser más flexibles en sus métodos de tratamiento. La necesidad de flexibilidad tiene como resultado la modificación del estilo de trabajo, la expansión de la orientación y la búsqueda de enfoques que aborden mejor las necesidades o intereses de un cliente en particular.

A lo largo de los últimos 20 años, la integración de teoría y tratamiento se ha convertido en un área de interés claramente definida para los clínicos (Norcross, 2005). En una encuesta aplicada a 423 profesionales de la salud mental, Jensen, Bergin y Greaves (1990) hallaron que la mayoría de ellos utiliza una forma ecléctica de terapia. Una encuesta reciente de Norcross, Hedges y Castle (2002) encontró que 36% de los psicólogos participantes afirmaron que su orientación es ecléctica o integradora. Entre los terapeutas de juego, Phillips y Landreth (1995) encontraron que el enfoque reportado con mayor frecuencia por los participantes es una orientación ecléctica y multiteórica. Semejante cambio puede obedecer a la insatisfacción cada vez mayor con un método de tratamiento único o correspondiente a una sola escuela. No existe un solo método que parezca ser clínicamente eficaz para todos los clientes y situaciones. Además, en el campo de la psicoterapia es cada vez mayor el deseo de averiguar lo que puede aprenderse de otras teorías. Todos esos factores han hecho necesario un enfoque integrativo. Por último, Norcross (2005) destaca ocho razones posibles del rápido incremento de las psicoterapias integradoras, entre las cuales están las siguientes:

1. Un incremento considerable en las terapias
2. La falta de una única teoría o tratamiento adecuados
3. El aumento en los tratamientos de corto plazo enfocados en el problema
4. El aumento en los tratamientos basados en la evidencia que resultan de la identificación de efectos específicos de la terapia
5. El reconocimiento de que existen factores terapéuticos comunes con una contribución considerable en el resultado

CONCEPTOS BÁSICOS, METAS Y TÉCNICAS

Existen diferentes caminos a la creación de un método de tratamiento integrador. Norcross (2005) los identifica como eclecticismo técnico, integración teórica, factores comunes e integración asimilativa.

El eclecticismo técnico es un método normativo que selecciona el mejor tratamiento para la persona y el problema. Esta decisión es guiada por la investigación de lo que en el pasado funcionó mejor para otras personas con problemas y características similares (Norcross, 2005).

La **integración teórica** toma los mejores elementos de dos o más enfoques terapéuticos y los combina con la expectativa de que el resultado será mayor que la suma de las dos terapias separadas. Se enfatiza la integración de las teorías subyacentes junto con la integración de las técnicas terapéuticas. Los resultados dan lugar a una nueva dirección para la práctica y la investigación (Norcross, 2005).

El enfoque de los **factores comunes** identifica los ingredientes centrales subyacentes que comparten las distintas terapias. La meta es encontrar el tratamiento más

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

sencillo y eficaz basado en esos aspectos comunes. Grencavage y Norcross (1990) revisaron 50 publicaciones para identificar los elementos compartidos por los factores terapéuticos comunes propuestos. El número de factores por publicación iba de 1 a 20, con un total de 89 diferentes factores comunes identificados. Sus análisis revelaron que 41% de los aspectos comunes propuestos tenían que ver con el cambio de procesos, mientras que sólo 6% de dichos aspectos comunes fueron atribuidos a las características del cliente. Entre las categorías se encontró consenso entre el desarrollo de una alianza terapéutica, la oportunidad de catarsis, la adquisición y práctica de nuevas conductas y las expectativas positivas del cliente (Grencavage y Norcross).

En la **integración asimilativa** se pide que el clínico tenga una base sólida en un sistema teórico, pero que a la vez esté dispuesto a la incorporación o asimilación selectiva de prácticas y puntos de vista de otros sistemas (Messer, 1992; Norcross, 2005). Por consiguiente, la integración asimilativa "combina las ventajas de un único sistema teórico coherente con la flexibilidad de una gama mayor de intervenciones técnicas provenientes de múltiples sistemas" (Norcross, 2005, p. 10). La mayoría de los clínicos han sido entrenados (y continúan siéndolo) en un solo enfoque. En lugar de descartar esa base a medida que descubren las restricciones de su aproximación original, muchos la adaptan mediante la incorporación gradual de partes y métodos de otros enfoques para dar lugar a una forma nueva (Norcross, 2005).

Los terapeutas de juego están muy rezagados de la psicoterapia dominante en lo que respecta a un enfoque de tratamiento integrador. Aunque se han publicado algunos artículos y capítulos concernientes a un método integrador de la terapia de juego, sobre todo de estudios de caso, hasta la fecha es poca la investigación empírica realizada. Se han efectuado algunos trabajos prometedores para encontrar nuevas aproximaciones y conceptualizaciones de un método de tratamiento integrativo que pueden incluirse en varias de las categorías de Norcross.

Kenny y Winick (2000) hicieron referencia al **eclecticismo técnico**, que utiliza un enfoque normativo, en un estudio de caso realizado con una niña autista de 11 años con problemas de conducta. Kenny y Winick utilizaron un enfoque secuenciado en su elección de métodos de tratamiento, los cuales no fueron combinados en una sola sesión sino que acumulaban de manera gradual. Este caso resulta particularmente excepcional por el hecho de que menos de 20% de los terapeutas de juego encuestados (Phillips y Landreth, 1998) creen que la terapia de juego sería útil en el tratamiento de los problemas asociados con los trastornos generalizados del desarrollo debido, según su razonamiento, a que la restricción en las habilidades cognitivas o de juego del niño impediría la terapia. Por lo general, el tratamiento de los niños autistas incluye medicamentos para disminuir las conductas agresivas y de autolesión, aumentar el lapso de atención y controlar los ataques; disminuir la agitación, los comportamientos estereotipados y otras conductas inadaptadas (Dawson y Castelloe, 1992). A menudo se emplean técnicas conductuales para disminuir las conductas de autoestimulación y no se emplea en absoluto un tratamiento no directivo y centrado en el niño.

Kenny y Winick utilizaron el juego no directivo para la formación del rapport y lo combinaron con técnicas directivas para tratar la conducta inadaptada y ofrecer educación a los padres. La decisión de utilizar un método integrativo flexible se basó

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

en los aspectos multidimensionales de las conductas del niño aunados a sus demoras en el desarrollo. Kenny y Winick combinaron varios métodos de tratamiento en una secuencia coherente de intervención (Shirk, 1999). Mezclaron la terapia de juego no directiva con intervenciones directivas enfocadas en la higiene personal y las habilidades sociales del niño y en la educación y apoyo para los padres.

En las etapas iniciales (sesiones 1-7) se utilizó la terapia de juego centrada en el niño como único método de tratamiento para construir el rapport y establecer los límites mínimos. Esta secuencia incluyó sesiones no directivas que permitían que el niño empezara a expresar sentimientos y le ofrecían la sensación que necesitaba de constancia del terapeuta y el cuarto. A la mitad del tratamiento las sesiones dejaron de ser no directivas y se convirtieron en directivas, y el terapeuta se enfocaba en problemas conductuales específicos presentados por el niño, como la negativa a cepillarse los dientes y la falta de higiene personal. Aunque se empleó un enfoque basado en el juego, las sesiones eran estrictamente directivas y basadas en habilidades. A medida que avanzaba el tratamiento, el terapeuta inició el entrenamiento y la educación de los padres para ayudarlos a mantener en el hogar los componentes de formación de habilidades y a disminuir su nivel de frustración y de conflictos con su hijo.

Mediante el uso de este enfoque integrativo, secuencial y normativo, la terapia breve pudo disminuir con éxito la irritabilidad y las conductas desobedientes del niño autista en el hogar e incrementar a la vez las habilidades básicas para la vida, la conducta social y la obediencia.

Un ejemplo de **integración teórica** en la terapia de juego es la terapia de juego ecosistémica (TJE), desarrollada por Kevin O'Connor, la cual requiere que el clínico considere al niño, sus problemas y el proceso de terapia en el marco del ecosistema del niño (O'Connor, 2001). La terapia de juego ecosistémica tiene bases firmes en la teoría y hace énfasis en la flexibilidad de la misma, lo que permite que el terapeuta de juego trabaje con los niños de cualquier nivel de desarrollo usando una variedad de contextos. O'Connor (2001) afirma:

> La terapia de juego ecosistémica es un modelo integrativo de la terapia de juego que incorpora elementos centrales de diferentes modelos de la terapia de juego como el analítico (Freud, 1928; Klein, 1932), centrado en el niño (Axline, 1947; Landreth, 1991), cognitivo-conductual (Knell, 1993), del terajuego (Jernberg, 1979; Jernberg y Booth, 2010) y de la terapia de realidad (Glaser, 1975). (p. 33)

La teoría de juego ecosistémica depende más de la teoría que de la técnica. La teoría se utiliza para combinar una gran variedad de técnicas, actividades creativas e intervenciones a fin de utilizarlas en clientes específicos y sus problemas luego de un plan de tratamiento bien desarrollado. La terapia de juego ecosistémica fue descrita formalmente en 1994 por O'Connor (O'Connor, 1997) y se concentra sobre todo en ayudar al cliente a obtener un funcionamiento óptimo en los contextos en que habita. En este enfoque se combinan conceptos de personalidad, psicopatología, de los ambientes anidados en que se encuentra el cliente, de las metas de tratamiento y del papel del juego y las técnicas (O'Connor, 1997). El terapeuta de juego tiene en consideración

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

la interacción de esos sistemas múltiples cuando conceptúa los problemas presentados por el niño y plantea el mejor método de tratamiento (O'Connor, 1997). La terapia de juego ecosistémica se considera como una modalidad de tratamiento que puede "adaptarse fácilmente al trabajo con cualquier niño o problema debido a que se basa en el desarrollo y a su aproximación sistémica a la conceptualización de los problemas" (O'Connor, 1997, p. 245). En consecuencia, el resultado de la combinación de los diferentes componentes es un método y marco teórico cuya suma es mucho mayor que sus partes. El terapeuta que utiliza la terapia de juego ecosistémica puede desarrollar metas de tratamiento bien definidas y diseñar intervenciones creativas orientadas a la obtención de esas metas (O'Connor, 2001).

Otro ejemplo es el de Paris Goodyear-Brown (2010), quien recientemente desarrolló el modelo de tratamiento de la terapia de juego con flexibilidad de la secuencia (TJFS) para niños con traumas. Al inicio toma una variedad de técnicas de tratamiento para dar al niño el espacio para la revelación y para ajustar su exposición cuando comparte el contenido del trauma (continuo de revelación), así como para devolverle el sentido de empoderamiento que perdió debido al abuso (plan de dominio experiencial, o PDE). Esos dos procesos entrelazados se fundamentan en el juego y en medios expresivos y se entretejen con el trabajo basado en la habilidad. "El modelo de la terapia de juego con flexibilidad de la secuencia define metas específicas de tratamiento, que se cumplen por medio de una variedad de tecnologías específicas basadas en el juego y apoyadas por la comprensión de los poderes facilitadores del juego y el uso que hace el terapeuta del sí mismo en el espacio del juego" (Goodyear-Brown, p. 3). Este modelo requiere que el terapeuta sea flexible a fin de poder integrar métodos directivos y no directivos.

Para utilizar la terapia de juego con flexibilidad de la secuencia, el terapeuta debe poseer el conocimiento y la delicadeza que le permitan utilizar diversas tecnologías de tratamiento. El afrontamiento, el conocimiento emocional y la reestructuración cognitiva requieren conocimiento de la teoría y la terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes. Para poder aliviar la psicología del niño con trauma, se necesita también conocimiento del trauma, respuesta fisiológica al estrés y los componentes teóricos de las terapias somáticas y las prácticas de conciencia plena. A fin de trabajar de manera eficaz con los padres, el terapeuta de juego también debe poseer buena comprensión de la teoría de los sistemas familiares y de la teoría del apego, además de estar familiarizado con las intervenciones diádicas más recientes, como la terapia de interacción entre el niño y los padres, el terajuego, la psicoterapia para el niño y los padres, la terapia de la relación entre el niño y los padres y el proyecto del círculo de seguridad (Goodyear-Brown, 2010).

Aunque no se requiere que el terapeuta sea experto en todos y cada uno de esos modelos, para trabajar con los padres necesita poseer un conocimiento básico de su enfoque y de cómo llevar a cabo intervenciones diádicas y emplear los componentes psicoeducativos.

Goodyear-Brown (2010) afirma que la terapia de juego con flexibilidad de la secuencia depende en gran medida de los poderes terapéuticos y facilitadores del juego para poner en práctica un plan de tratamiento sensible al desarrollo. Define la manera en que cada uno de los factores curativos del juego facilita el proceso de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tratamiento. En particular, advierte que el contracondicionamiento del afecto negativo y el restablecimiento del sentido de poder y control del niño operan juntos para disminuir el impacto tóxico que tienen en el niño el contenido y los eventos del trauma. Plantea también que "el juego se convierte en la enzima digestiva a través de la cual el niño puede ingerir por completo el contenido terapéutico que le es transmitido. El juego asegura la absorción más potente de la información conceptual por parte de los niños" (Goodyear-Brown, p. 11).

Según la visión de la terapia de juego, Weir (2008) empleó los **factores comunes** en su trabajo con una familia adoptiva y su hijo con un trastorno reactivo del apego (TAR). Utilizó los componentes esenciales de la terapia familiar estructural, el terajuego y otros modelos seleccionados de terapia de juego familiar para satisfacer las necesidades de las familias y los hijos adoptivos con el trastorno reactivo del apego. Existen numerosos métodos de tratamiento para abordar los trastornos del apego. La terapia filial (Van Fleet, 1994), el terajuego (Booth y Lindaman, 2000), así como la terapia familiar estructural y el trabajo de Daniel Hughes (1997), alientan el uso de un modelo integrativo que utilice un método basado en la terapia de juego en los casos de trastornos del apego en hijos adoptivos. Los elementos comunes en cada uno de esos tratamientos son el uso de las técnicas de la terapia de juego dentro de las sesiones y en casa con los padres y el niño, junto con los principios psicoeducativos de la crianza. En consecuencia, se extrapolaron los componentes clave de las teorías y modelos de la terapia familiar y de las modalidades de la terapia de juego para utilizarlos en el tratamiento de una familia en que se diagnosticó trastorno reactivo del apego de un hijo adoptivo. En lugar de utilizar cualquier método de tratamiento en su forma más pura, se emplearon los componentes más simples de cada teoría y técnica (Weir, 2008). Se utilizó una amalgama de juego, cuentos, dibujo, trabajo con títeres, asignaciones de tarea para casa y técnicas que fomentan el equilibrio de las dimensiones de estructura, participación, calidez y desafío dentro del contexto terapéutico del juego que fomentó el desarrollo de la relación entre el niño y la familia. La asignación como tarea para casa de "tiempo especial" permitió que se practicara en el hogar lo que se había aprendido en la sesión y dio la oportunidad para que los padres y el niño disfrutasen juntos de un tiempo designado para el juego incondicional y mejoraran todavía más las interacciones positivas. En su estudio de caso, Weir reportó que tuvo éxito con el uso de este modelo integrativo basado en el apego.

Es posible apreciar un buen ejemplo de **integración asimilativa** en un estudio de caso realizado en un escenario escolar por Fall (2001), quien utilizó como terapia de juego integrativo la combinación de dos o más fundamentos teóricos en un método unificado de tratamiento dirigido por las necesidades y problemas del niño o la familia. De manera normativa, las necesidades y problemas del niño contribuyeron a decidir qué teoría emplear y ayudaron al terapeuta de juego a enfrentar los problemas académicos, personales y sociales en cualquier momento particular (Fall, 2001). Cada teoría llegó con sus técnicas correspondientes. Existe cierta investigación de la terapia de juego que corrobora la utilidad de diferentes intervenciones para satisfacer las necesidades de tratamiento de los niños y las familias (Landreth, Homeyer, Glover y Sweeney, 1996).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fall (2001) hizo hincapié en que el método integrativo en un escenario de consejería escolar debe ser guiado por el problema del niño, lo que constituye un enfoque normativo (Baker, 2000). Además, plantea que "el enfoque integrativo de la terapia de juego es a la vez proactivo y reactivo, dos componentes de la descripción del trabajo de un consejero escolar" (p. 325). Como resultado, se combinaron el método y el fundamento de la teoría de la terapia de juego centrada en el niño con los enfoques y teorías de la terapia de juego adleriana y cognitivo-conductual. Fall encontró que dicha integración funciona bien para abordar la variedad de problemas que enfrenta un consejero escolar.

Por ejemplo, para ayudar a un niño a enfrentar los sentimientos de enojo, el terapeuta de juego puede utilizar las técnicas directivas cognitivo-conductuales para tratar las conductas y ofrecer estrategias alternativas que tengan impacto en las interacciones con los compañeros (componente reactivo) al mismo tiempo que se emplea un método adleriano o centrado en el niño, que es no directivo y está orientado por el juego, para brindarle la oportunidad de dominar su intenso afecto. Los métodos de tratamiento pueden combinarse dentro de una sesión de tratamiento o presentarse independientemente de manera secuenciada a lo largo de una serie de sesiones.

Otro buen ejemplo de la integración asimilativa es la terapia de juego de las relaciones objetales, originada y utilizada por Helen Benedict (2006). La terapia de juego de las relaciones objetales se basa principalmente en técnicas de terapia que invitan, son sensibles y están sintonizadas con el niño, con metas y técnicas específicas que es fácil ajustar de manera normativa para satisfacer las necesidades específicas y las relaciones interpersonales de cada niño (Benedict, 2006). Este método de tratamiento se basa en la teoría de las relaciones objetales basadas en el apego, que es un conjunto de modelos organizados de manera poco rigurosa y unidos por tres ideas básicas. La primera y más importante es la creencia imperante de que las relaciones interpersonales son la fuente principal que impulsa y motiva el desarrollo humano (Benedict, 2006). Esto es respaldado por la investigación de la neurociencia que ha podido demostrar que el desarrollo inicial del cerebro requiere de sucesos sintonizados e interactivos que dependen de la experiencia (Schore, 2003). El segundo componente es el desarrollo de una estructura cognitivo-afectiva a través de la relación con otros en los dos o tres primeros años de vida; esta estructura no trata sólo del sí mismo sino también de los otros, lo que se convierte en las relaciones objetales. Esas plantillas sirven como una guía interna para comprender y responderse a uno mismo y a los demás en las relaciones (Benedict, 2006; Bowlby, 1988). La tercera suposición es que las relaciones objetales comienzan a desarrollarse desde la infancia mediante las relaciones iniciales entre el infante y la figura principal de apego. Esas relaciones objetales, que tienen una base neurológica y experiencial, ejercen una influencia significativa en las relaciones interpersonales del niño (y más tarde del adulto). Pero esas plantillas pueden recibir el impacto de las relaciones en curso.

Como resultado, la relación entre el terapeuta y el niño se convierte en el crisol en el cual pueden modificarse los modelos inadaptados de trabajo interno del niño para transformarse en una relación objetal más adaptada.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

El componente principal de la terapia de juego de las relaciones objetales es la relación entre el terapeuta y el niño (Benedict, 2006). Una parte importante del tratamiento es el desarrollo de una relación que sea una base segura para el niño, quien se muestra lento en confiar, tiene modelos internos negativos de sí mismo y de los demás, y se resiste a las conexiones interpersonales debido al trauma relacional pasado. La terapia con esos niños suele ser difícil y prolongada. Para lograrlo, el terapeuta se muestra normativo en la elección de su propio nivel de actividad y en el grado en que es directivo en su respuesta directa a los indicios del niño (Benedict, 2006; Gil, 1991). La terapia es iniciada por el niño, en lugar de ser directiva o no directiva, por lo que el terapeuta crea un espacio seguro y protegido (a nivel emocional y físico), y demuestra afinidad, calidez, aceptación, constancia, adecuación al desarrollo y sensibilidad hacia el niño (Benedict, 2006). El terapeuta adopta un enfoque de "invitación" cuando observa las señales del niño y muestra afinidad antes de avanzar a cualquier trabajo directivo, que el niño tiene la libertad de aceptar o rechazar.

La meta de la terapia es modificar los modelos de trabajo interno o las relaciones objetales del niño. El juego temático se vuelve fundamental para la curación de las experiencias traumáticas y para cuestionar, una por una, las relaciones objetales del niño (Benedict, 2006):

> El juego, en especial el juego temático, es una vía importante para corregir la distorsión de los entendimientos cognitivos y para resolver las reacciones afectivas y las memorias traumáticas… En el juego temático, el niño imagina papeles, relaciones y eventos, y los representa a través del uso lúdico de objetos, intercambio de papeles y acciones… El juego temático funge como medio de comunicación para transmitir sus preocupaciones, sentimientos e ideas… Lo que facilita el cambio terapéutico suele ser la comprensión y la respuesta del terapeuta al juego del niño. (pp. 7-8)

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO QUE SUBYACEN AL MODELO

Como ya se mencionó, el aspecto de los factores comunes de la psicoterapia integrativa fue evaluado por Grencavage y Norcross (1990). En su revisión, estos autores encontraron que casi la mitad de los factores comunes propuestos tenían que ver específicamente con el cambio de los procesos característicos del cliente. Se encontró consenso entre categorías para el desarrollo de la alianza terapéutica, la oportunidad de catarsis, la adquisición y práctica de nuevas conductas y las expectativas positivas de los clientes (Grencavage y Norcross, 1990).

Al examinar la variedad de enfoques integrativos en la terapia de juego, los poderes curativos del juego se convierten en el mecanismo de cambio dentro del juego que puede ayudar a los clientes, niños y adolescentes, a superar los problemas psicosociales, conductuales y emocionales (Drewes, 2009). En consecuencia, el enfoque integrativo y normativo apoya la necesidad de que el terapeuta de juego se vuelva diestro en numerosos poderes terapéuticos y los aplique de manera diferencial para satisfacer las necesidades individuales de los clientes. "Este enfoque se basa en la igualación individualizada, diferencial y enfocada de los poderes curativos con las fuerzas causales específicas que subyacen al problema del cliente" (Drewes, 2009, p. 1).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dependiendo de los marcos teóricos utilizados dentro del enfoque integrativo, pueden variar los poderes terapéuticos del juego que subyacen a los modelos. Además de los ya mencionados (según los términos de Schaefer [1999]: catarsis, formación del rapport, ensayo conductual y sentido del sí mismo), también pueden considerarse como agentes de cambio cualesquiera de los siguientes factores: autoexpresión, acceso al inconsciente, enseñanza directa e indirecta, abreacción, inoculación del estrés, contracondicionamiento del afecto negativo, afecto positivo, sublimación, mejoramiento del apego y la relación, juicio moral, empatía, poder / control, competencia y autocontrol, aceleración del desarrollo, solución creativa de problemas, fantasía de compensación y prueba de realidad (Schaefer y Drewes, 2009).

Se requiere de mayor investigación para esclarecer específicamente qué poderes terapéuticos del juego son más eficaces para problemas particulares y dentro de la combinación de diferentes modelos y métodos de tratamiento. Será de primordial importancia que los terapeutas de juego entiendan qué "fuerzas poderosas invisibles resultantes de las interacciones de juego entre el terapeuta y el cliente logran ayudar a éste a superar y curar las dificultades psicosociales" (Schaefer y Drewes, 2009, pp. 4-5). Entre mayor sea nuestra comprensión de esos factores curativos y mecanismos de cambio, más eficaz será el uso que haga de ellos el terapeuta de juego para satisfacer las necesidades particulares de sus clientes (Schaefer, 1999).

ROL DEL TERAPEUTA Y ROL DE LOS PADRES

El papel del terapeuta de juego puede cambiar en función de las variaciones de cada modelo de tratamiento. Habrá ocasiones en que sea necesario que el terapeuta de juego se comporte de manera no directiva y permita que sea el niño o adolescente quien inicie el proceso. Otras veces el terapeuta deberá adoptar una postura mucho más directiva y comprometida en que ofrezca entrenamiento para los padres o introduzca componentes y tareas al tratamiento. Dichos cambios de enfoque pueden ocurrir al interior de una sesión o presentarse de manera secuenciada en el tratamiento. En consecuencia, el terapeuta de juego debe ser flexible tanto en su pensamiento como en su método de tratamiento.

Lo mismo puede decirse del rol de los padres, el cual puede variar dependiendo de las teorías y del estilo del tratamiento utilizado. Algunos enfoques de la terapia de juego integrativa (por ejemplo, la terapia filial o la terapia de la relación padre-hijo) requieren que los padres observen al terapeuta mientras conduce las sesiones con el niño y por ende aprendan y repasen los métodos antes de trabajar con su hijo en una díada. En otros métodos, los padres sólo participan en las sesiones hasta el final, cuando su hijo les "enseña" lo que aprendió, lo que permite la solidificación y la generalización del desarrollo de la habilidad. Otros métodos implican que el terapeuta trabaje exclusivamente con el cliente y sólo establece contacto con los padres para obtener información concerniente al progreso del tratamiento y los cambios sistémicos.

APLICACIONES CLÍNICAS

El modelo de la terapia de juego integrativa puede utilizarse con todos los trastornos y niveles de desarrollo. Debido a que reúne diversas teorías y métodos de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tratamiento, es posible que ocurra el mejor "ajuste". Por su naturaleza, la terapia de juego integrativa también es un método normativo, toda vez que busca el mejor tratamiento para los problemas que presenta el niño en este momento y a que es flexible en el cumplimiento del plan de tratamiento dentro y entre sesiones. Como resultado, la aplicabilidad del modelo de la terapia de juego integrativa es mayor que la de los enfoques teóricos y de tratamiento aislados.

CASO ILUSTRATIVO

El siguiente es un caso ilustrativo en que se utilizaron diversos enfoques teóricos y las diversas técnicas relacionadas, lo cual se ajusta a la integración asimilativa.

JT era un niño de ocho años de edad que recibía cuidados sustitutos y que, además de presentar problemas conductuales en la escuela por falta de regulación del estado de ánimo, enfrentaba dificultades relacionadas con la muerte de su padre ocurrida tres años antes y con el deseo actual de su madre de renunciar a sus derechos parentales para que pudiera ser adoptado debido a la reaparición de su cáncer. Las metas del tratamiento consistían en ayudar a JT a utilizar *a*) una terapia de juego dirigida por el niño para ayudar a la construcción del rapport y la alianza terapéutica, ofrecerle control en la elección de los materiales y tareas, y ayudarle en la liberación del material traumático y estresante; *b*) el uso de técnicas directivas de la terapia cognitivo-conductual para controlar y reducir su fuerte afecto emocional (enojo, depresión), tomar conciencia de los desencadenantes emocionales y desarrollar habilidades alternativas de afrontamiento; y *c*) trabajo de duelo enfocado en ayudar a JT a manejar el dolor no resuelto por la pérdida de su padre y la pérdida inminente de su madre. También se utilizó la terapia diádica entre padre e hijo para ayudar a JT y a su madre a hablar sobre los eventos pasados de la muerte de su padre y a entender mejor los deseos de su madre de darlo en adopción. Además, la autora se mantuvo en contacto con su entorno escolar y con los padres sustitutos para obtener información concerniente al progreso y a problemas sistémicos. Los diferentes marcos teóricos y técnicas concomitantes utilizadas incluyeron la terapia de juego psicodinámica, la terapia en la caja de arena, la terapia de juego cognitivo-conductual, la terapia familiar y la teoría de sistemas.

Durante dos años se atendió semanalmente a JT en sesiones individuales de terapia de juego para un total de 75 sesiones. Las sesiones de 45 minutos fueron estructuradas y divididas en componentes que permitían el uso integrativo de varios métodos de tratamiento. Antes de que JT entrara al cuarto de terapia, me reunía de cinco a diez minutos con los padres sustitutos para enterarme de cómo le iba al niño en el hogar, la escuela y en las visitas a su madre. La sesión con JT se iniciaba después de que los padres sustitutos salían. Los primeros 10 a 15 minutos eran de "información inicial", lo cual daba tiempo para hablar de cómo había sido su semana, compartir la información pertinente que había obtenido de sus padres sustitutos y hacer el seguimiento de las "tareas para casa" que se le hubieran asignado. El periodo inicial también nos permitía trabajar con técnicas directivas específicas. Los siguientes 25 a 30 minutos eran dirigidos por el niño, lo que le permitía elegir qué quería jugar, con qué y cómo, así como el material emocional que deseaba transmitir. Los últimos cinco a diez minutos correspondían al ritual

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de limpieza y cierre en el que se utilizaban burbujas o respiración profunda para la regulación del afecto y la transición de la sesión.

En la sesión inicial compartí con JT lo que conocía de su historia y la razón por la que me veía, así como la forma en que compartiríamos el tiempo de las sesiones. Mediante el uso de un globo en el que soplaba todo su enojo y sentimientos de malestar, se ayudó al niño a ver que el globo era como su cabeza y su corazón, que contenían tantos malos sentimientos que podrían llevarlo a "estallar". Luego dejamos escapar un poco del aire y JT pudo apreciar que el tamaño del globo disminuía; así pudo entender que eso era similar al tiempo que pasábamos juntos porque con mi ayuda podía deshacerse de sus sentimientos de enojo de manera lenta y segura. Luego revisamos las dificultades que el niño sentía que necesitaba resolver y creamos juntos un plan de tratamiento. Utilizamos tiras de papel y trabajamos juntos para elegir tres problemas relacionados con su casa, la escuela y su familia, hasta llegar a un total de nueve elementos en los que trabajaríamos en la terapia. Dejamos un papel en blanco para permitirle abordar de manera espontánea algo que no hubiésemos abarcado. JT escribió en cada tira la meta elegida y decoró un sobre en el que se guardaron las tiras de papel. En cada sesión, cuando el niño entraba sacábamos el sobre y él elegía una de las piezas de papel en la que nos concentraríamos. Podía regresar el papel al sobre y elegir uno diferente sólo una vez antes de haber trabajado en él. Luego, después de haber hablado del problema o de haber utilizado una técnica directiva, arrancábamos un pedacito del papel y lo regresábamos. De esta manera, JT podía ver que aunque estábamos progresando hacia la meta, todavía no habíamos terminado con ella. En esta primera sesión, JT utilizó luego el tiempo no directivo, dirigido por el niño, para crear una caja de arena que me mostraba cómo era su mundo. En las otras sesiones, JT usaba a menudo los juguetes, los materiales de arte y la plastilina para expresar sentimientos, pero por lo general prefería usar la caja de arena cuando se trataba de sentimientos profundos que experimentaba alrededor de la muerte de su padre y las preocupaciones por su madre.

En las primeras cuatro sesiones pude hacerme una buena idea del nivel de desarrollo y los problemas emocionales de JT, y también pude establecer rapport y facilitar la creación de una relación terapéutica.

A lo largo del tratamiento, JT empezó a ahondar más profundamente en sus sentimientos y recuerdos concernientes a la muerte de su padre cuando apenas tenía cuatro años y medio de edad. En su narrativa de la muerte de su padre faltaban detalles e información de lo que sucede cuando alguien muere e incluso del lugar en que su padre había sido sepultado. En este punto, la madre de JT empezó a participar una vez al mes en la terapia diádica familiar. La madre pudo hablar con el niño del lugar en que su padre estaba enterrado y darle detalles acerca de su enfermedad y su muerte. Los padres sustitutos se mostraron dispuestos a llevar a JT a la tumba, donde el niño pudo dejar una carta para su padre (en la que trabajamos durante las sesiones) en la que le hablaba de sus sentimientos y le decía que lo extrañaba. La participación en las sesiones de la madre de JT le permitió explicarle por qué deseaba darlo en adopción, hablarle del hecho que ella tenía únicamente un familiar que no gozaba de estabilidad mental y de que ella quería

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

saber que estaba en un buen hogar adoptivo. Estaba enfrentando un segundo episodio de cáncer, y aunque entrara de nuevo en remisión, no estaba segura de que no moriría de cáncer en un futuro cercano, dejándolo en la orfandad y sin un lugar a donde ir. La madre pudo compartir también el hecho desconocido de que en su niñez también había estado en un hogar sustituto y había sido adoptada. La experiencia fue buena para ella y quería que JT estuviera en un hogar cariñoso. Buscamos una adopción abierta en Nueva York, lo que permitiría que JT y su madre mantuvieran el contacto durante los cumpleaños y las fiestas con el permiso de la familia adoptiva.

Gracias a los poderes curativos del juego y al método de tratamiento integrativo, JT pudo aprender y aplicar mejores estrategias de afrontamiento; tener acceso a problemas inconscientes relacionados con la muerte de su padre que no había explorado antes; permitir la catarsis para sacar su enojo e ira por sentirse abandonado; obtener poder y control, así como competencia, autocontrol y un mayor sentido de sí mismo; y, por medio de las técnicas de la terapia cognitivo-conductual, solucionar problemas de manera creativa, utilizar el repaso conductual y el contracondicionamiento del afecto negativo.

Al finalizar el tratamiento se encontró una familia adoptiva y fue posible concretar con éxito la adopción. El niño permanece con su familia adoptiva y se mantiene en contacto periódico con su madre biológica. Sus conductas impulsivas en la escuela disminuyeron considerablemente y ahora puede manejar mejor su tristeza y su enojo.

DIFICULTADES PARA PONER EN PRÁCTICA EL MODELO

Aunque la integración está ganando apoyo en la psicoterapia, existen dificultades que obstaculizan su crecimiento en el ámbito del tratamiento. El mayor obstáculo proviene de la territorialidad de los "puristas", quienes defienden la idea de que la teoría única es lo mejor. El resultado es que en los entornos universitarios el entrenamiento en la terapia ecléctica o integrativa es inadecuado (Norcross, 2005). Ocasionalmente puede enseñarse a los estudiantes de posgrado a considerar el tratamiento a través de las lentes de uno o dos marcos teóricos, por lo que estos estudiantes pueden denominarse **eclécticos**, aunque lo que en realidad están diciendo es que les enseñaron dos métodos diferentes (por lo general el cognitivo-conductual y el rogeriano). En consecuencia, no pueden pensar con fluidez en las dos teorías y métodos y no se sienten bien asentados en ningún enfoque, lo que resulta en la incapacidad para integrarlos realmente. Por consiguiente, se carece del empuje hacia un método de tratamiento verdaderamente integrativo.

En el campo de la terapia de juego se dispone de pocos cursos, artículos, libros y talleres que contribuyan a aumentar la flexibilidad e integración de los terapeutas de juego. Todavía existen "puristas" que creen que basta con tener bases firmes en un método de tratamiento y marco teórico para ayudar a la mayoría de los clientes. Sin embargo, en los años recientes se ha observado un aumento en el interés, los libros y el entrenamiento para combinar la terapia de juego con la terapia cognitivo-conductual, lo que ha ayudado a los terapeutas de juego a avanzar en una dirección más integrativa.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Por último, la falta de un lenguaje común y las suposiciones contradictorias acerca del desarrollo de la personalidad, la naturaleza humana y los orígenes de la psicopatología (Messer, 1992) añaden más obstáculos al progreso de la terapia de juego integrativa (Norcross, 2005). A pesar de las dificultades, en los años recientes se ha observado un aumento considerable en las publicaciones referentes a resultados empíricos en la psicoterapia dominante (Schottenbauer, Glass y Arnkoff, 2005). Es poca la investigación realizada por terapeutas de juego que buscan de manera específica los beneficios de un método de tratamiento integrativo. Es tiempo de que los terapeutas de juego añadan a las investigaciones el estudio sobre la eficacia de los enfoques de tratamiento integrativo. Se necesita más investigación de los procesos para identificar qué mediadores o factores terapéuticos producen el cambio deseado en las conductas y los problemas presentados por el cliente. La investigación debe identificar qué agentes específicos de cambio del juego pueden combinarse para optimizar la eficacia del tratamiento (Schaefer y Drewes, 2009). Dicho conocimiento no sólo permitiría al terapeuta la flexibilidad de tomar elementos de las posturas teóricas disponibles para adaptar el tratamiento a un niño particular con base en su plan de tratamiento, sino que también tendría como resultado intervenciones de juego más redituables.

CONCLUSIÓN

La terapia de juego integrativa es un método de trabajo con niños y adolescentes relativamente reciente. Resulta prometedor su uso flexible de la integración de teoría y técnicas para ofrecer al cliente el mejor tratamiento para los problemas que presenta. Se necesita mucho trabajo para crear el entrenamiento de este enfoque en los entornos universitarios así como en el campo de la terapia de juego por medio de talleres, presentaciones en conferencias y publicaciones a fin de ayudar a los terapeutas de juego a ser más flexibles en su pensamiento y aproximación.

REFERENCIAS

Axline, V. (1947). *Play therapy.* Boston, MA: Houghton Miffl in.

Baker, S. (2000). *School counseling for the twenty-fi rst century* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Benedict, H. (2006). Object relations play therapy. Applications to attachment problems and relational trauma. In C. E. Schaefer & H. G. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy: Theory, research, and practice* (pp. 3–27). New York, NY: Guilford Press.

Booth, P. B., & Lindaman, S. (2000). Theraplay for enhancing attachment in adopted children. In C. E. Schaefer & H. G. Kaduson (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 194–227). New York, NY: Guilford Press.

Bowlby, J. (1988). *A secure-base: Parent–child attachment and healthy human development.* New York, NY: Basic Books.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multi-site, randomized controlled trial for sexually abused children with PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 393–402.

Coonerty, S. (1993). Integrative child therapy. In G. Stricker & J. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 413–426). New York, NY: Plenum Press.

Dawson, G., & Castelloe, P. (1992). Autism. In C. E. Walker & M. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed., pp. 375–398). New York, NY: Wiley.

Drewes, A. A. (2009). Rationale for integrating play therapy and CBT. In A. A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques* (pp. 1–2). Hoboken, NJ: Wiley.

Fall, M. (2001). An integrative play therapy approach to working with children. In A. A. Drewes, L. J. Carey, & C. E. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (pp. 315–328). New York, NY: Wiley.

Freud, A. (1928). *Introduction to the technique of child analysis* (L. P. Clark, Trans.). New York, NY: Nervous and Mental Disease Publishing.

Gil, E. (1991). *The healing power of play.* New York, NY: Guilford Press.

Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches.* New York, NY: Guilford Press.

Glasser, W. (1975). *Reality therapy.* New York, NY: Harper & Row.

Goodyear-Brown, P. (2010). *Play therapy with traumatized children: A prescriptive approach.* Hoboken, NJ: Wiley.

Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(5), 372–378.

Hughes, D. (1997). *Facilitating developmental attachment: The road to emotional recovery and behavioral change in foster and adopted children.* Northvale, NJ: Aronson.

Jensen, J. P., Bergin, A. E., & Greaves, D. W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(2), 124–130.

Jernberg, A. (1979). *Theraplay.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Jernberg, A., & Booth, P. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment based play* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Kenny, M. C., & Winick, C. B. (2000). An integrative approach to play therapy with an autistic girl. *International Journal of Play Therapy, 9*(1), 11–33.

Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children.* London, UK: Hogarth Press.

Knell, S. (1993). *Cognitive behavioral play therapy.* Northvale, NJ: Aronson.

Landreth, G. (1991). *Play therapy: The art of the relationship.* Muncie, IN: Accelerated Development.

Landreth, G., Homeyer, L., Glover, G., & Sweeney, D. (1996). *Play therapy interventions with children's problems.* Northvale, NJ: Aronson.

Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 130–168). New York, NY: Oxford University Press.

Norcross, J. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 10–23). New York, NY: Oxford University Press.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Norcross, J. C. (1987). *Casebook of eclectic psychotherapy.* New York, NY: Brunner/Mazel.

Norcross, J. C., Hedges, M., & Castle, P. H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of the Division 29 membership. *Psychotherapy, 39,* 97–102.

O'Connor, K. (1997). Ecosystemic play therapy. In K. O'Connor & M. K. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (pp. 234–284). New York, NY: Wiley.

O'Connor, K. (2001). Ecosystemic play therapy. *International Journal of Play Therapy, 10*(2), 33–44.

Phillips, R. D., & Landreth, G. (1995). Play therapists on play therapy: A report of methods, demographics, and professional/practice issues. *International Journal of Play Therapy, 4,* 1–26.

Phillips, R. D., & Landreth, G. (1998). Play therapists on play therapy: II. Clinical issues in play therapy. *International Journal of Play Therapy, 7*(1), 1–20.

Schaefer, C. E. (1999). Curative factors in play therapy. *Journal for the Professional Counselor, 14*(1), 7–16.

Schaefer, C. E. (2003). Prescriptive play therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 306–320). Hoboken, NJ: Wiley.

Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2009). The therapeutic powers of play. In A. A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques* (pp. 3–15). Hoboken, NJ: Wiley.

Schore, A. N. (2003). Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence. In M. F. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (pp. 107–167). New York, NY: Norton.

Scottenbauer, M. A., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2005). Outcome research on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 459–493). New York, NY: Oxford University Press.

Shirk, S. (1999). Integrated child psychotherapy: Treatment ingredients in search of a receipe. In S. Russ & T. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp. 369–384). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefi ts of psychotherapy.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Stien, P. T., & Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain: Neurologically based interventions for troubled children.* New York, NY: Haworth Press.

van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401–408.

Van Fleet, R. (1994). Filial therapy for adoptive children and parents. In K. J. O'Connor & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy, Volume 2: Advances and innovations.* New York, NY: Wiley.

Weir, K. N. (2008). Using integrative play therapy with adoptive families to treat reactive attachment disorder: A case study. *Journal of Family Psychotherapy, 18*(4), 1–16.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Capítulo 20
Terapia de juego normativa

Charles E. Schaefer

El término **psicoterapia normativa** se utiliza para referirse a los enfoques que pretenden adaptar la aplicación de las intervenciones psicológicas a clientes individuales (Beutler, 1979; Beutler y Clarkin, 1990). Los psicoterapeutas normativos tratan de responder la antigua pregunta: ¿Qué procedimientos aplicados por qué terapeuta, a cuál cliente, con qué problemas específicos puede predecirse que arrojarán los mejores resultados (Paul, 1967)? Esta visión de la psicoterapia eficaz en función de la interacción cliente x terapeuta x tratamiento es el corazón del enfoque normativo.

La tarea del terapeuta normativo es colaborar con el cliente en el desarrollo de un conjunto de metas que se aspira obtener, un planteamiento coherente del problema (una explicación de por qué existe el problema presentado o de qué lo ocasiona) y un plan de tratamiento adaptado al problema y situación específica del cliente.

El enfoque de la psicoterapia normativa no es nuevo (Dimond, Havens y Jones, 1978; Goldstein y Stein, 1976), pero su popularidad se ha multiplicado en el curso de los últimos 30 años (Beutler y Harwood, 1995), y es probable que siga creciendo en los años por venir.

CREENCIAS FUNDAMENTALES

Cada escuela de psicoterapia se fundamenta en un conjunto de proposiciones o creencias centrales que son las piedras angulares de la aproximación. En las secciones siguientes se describen los cuatro principios básicos de la terapia de juego normativo.

Principio 1: Terapéutica diferencial

En la mayor parte de sus 100 años de historia, la terapia de juego se ha desarrollado con base en la suposición de "una luz verdadera". Esta es en esencia una postura no normativa que sostiene, sin evidencia que la apoye, que el método de tratamiento que uno prefiere puede aplicarse por igual a la mayoría o a todo tipo de problemas del cliente. Desde este punto de vista, el planteamiento del tratamiento es esencialmente independiente de la información diagnóstica. La dificultad con esta suposición de una "talla única" es que no existe una escuela teórica (como la rogeriana, adleriana o jungiana) que haya demostrado ser lo bastante sólida para producir un cambio óptimo en los diferentes y complejos trastornos psicológicos que han sido identificados (Smith, Glass y Miller, 1980).

La aproximación normativa a la terapia de juego (Kaduson, Cangelosi y Schaefer, 1997) se basa en la premisa central de la **terapéutica diferencial** (Francis, Clarkin y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Perry, 1984), que sostiene que algunas intervenciones de juego son más eficaces que otras para ciertos trastornos y que un cliente al que le va mal con un tipo de terapia de juego puede obtener un mejor resultado con otra (Beutler, 1979; Beutler y Clarkin, 1990). Rechaza el veredicto del pájaro dodo de que todas las formas importantes de psicoterapia son igualmente eficaces para trastornos específicos (Beutler, 1991; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Norcross, 1995). En lugar de obligar a los clientes a adaptarse a una modalidad terapéutica, los terapeutas normativos modifican sus recursos para satisfacer las diferentes necesidades de tratamiento de los clientes.

A pesar de los elementos "comunes" o "no específicos" que caracterizan a las terapias eficaces de todo tipo, cada vez es más la evidencia que demuestra que intervenciones específicas funcionan mejor con trastornos o síndromes particulares (Chambless y Ollendick, 2001). Los hallazgos de estudios

metaanalíticos sobre los resultados de la psicoterapia indican que el tamaño promedio del efecto de factores específicos sobrepasa de manera sistemática al de los factores comunes, lo cual constituye un apoyo a la fortaleza de los efectos de tratamientos específicos (Lambert y Bergin, 1994; Stevens, Hyman y Allen, 2000).

Principio 2: Eclecticismo

La selectividad es necesaria para hacer una buena adaptación de una intervención a las necesidades de un cliente. Los psicoterapeutas eclécticos eligen de entre diferentes teorías y técnicas la intervención terapéutica que consideran mejor para un cliente particular (Norcross, 1986). Rechazan la adhesión estricta a cualquier escuela o sistema, y en lugar de ello eligen lo que es más válido o útil de un amplio espectro terapéutico. Los terapeutas normativos afirman que entre más recursos y conocimiento de cómo aplicarlos de manera diferencial tenga el terapeuta en su repertorio, más eficaz será para tratar la multitud de problemas que se encuentran en la práctica clínica (Goldstein y Stein, 1976). El uso de más de una modalidad terapéutica ayuda al terapeuta a evitar la trampa a la que Abraham Maslow se refirió de la siguiente manera: "Si la única herramienta que tienes es un martillo, cada problema empezará a parecerse a un clavo".

De acuerdo con Norcross (1987), el "eclecticismo sintético" implica la combinación de varias teorías en una intervención coordinada de tratamiento. Esto es distinto del "eclecticismo del fregadero", que, en opinión de Norcross, es un enfoque de tratamiento ateórico en que los profesionales aplican técnicas de varias escuelas de pensamiento de forma tal que ignora la teoría que les subyace. Dicha aproximación, advierte Norcross, en el mejor de los casos, es caprichosa e ineficaz y puede llegar a ser perjudicial para algunos clientes.

Encuestas aplicadas a clínicos han indicado que muchos se identifican como ecléctico, siendo el enfoque ecléctico "metateórico" la orientación teórica modal entre disciplinas (Brabeck y Welfel, 1985; Norcross, 2005; Prochaska y Norcross, 1983). Una encuesta aplicada a terapeutas de juego (Phillips y Landreth, 1995) encontró que la orientación ecléctica multiteórica era por mucho la aproximación reportada más a menudo por los participantes. Aunque todavía no es común que se enseñe la psicoterapia ecléctica en las escuelas de posgrado, es probable que se mantenga como el tratamiento de elección de la mayoría de los profesionales de EUA(Norcross, 2005).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Como observara Goldfried (2001):

> A la larga, la mayoría de los terapeutas aprenden que no podemos tener un desempeño eficaz si no salimos del modelo teórico en el que fuimos entrenados originalmente y reconocemos que la fuerza de otra orientación en ocasiones puede complementar de manera sinérgica las limitaciones de nuestro propio enfoque. (p. 45)

La generalización del movimiento ecléctico refleja un alejamiento decisivo de la mencionada ortodoxia "purista" así como una disposición mucho mayor de los psicoterapeutas a adaptarse a diferentes contextos de la vida del cliente, y, en consecuencia, a ajustar sus estrategias a las circunstancias y necesidades de los clientes.

Principio 3: Psicoterapia integrativa
Dado que los terapeutas de juego normativos no se restringen a teorías de una sola escuela, suelen combinar diferentes teorías y técnicas para fortalecer una intervención y ampliar al ámbito de su práctica. El término **psicoterapia integrativa** se utiliza para describir cualquier enfoque multimodal que combina teorías. Por consiguiente, para tratar un caso particular es posible integrar estrategias de juego individuales, grupales y familiares o teorías psicodinámicas y humanistas. Una intervención integrativa de componentes múltiples refleja el hecho de que la mayor parte de los trastornos psicológicos son complejos y multidimensionales; es decir, son ocasionados por una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Debido a que la mayoría de los trastornos tienen determinantes múltiples, requieren una solución integrada y multifacética. El hecho de que exista una elevada comorbilidad entre muchos trastornos psicológicos, como el trastorno conductual y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, también señala la necesidad de un enfoque de tratamiento integrativo.

Es claro que los terapeutas normativos necesitan ser integrativos y eclécticos; sin embargo, la mayoría prefiere denominarse integrativos más que eclécticos (Norcross y Prochaska, 1988). El tipo de psicoterapia integrativa practicada por la mayoría de los terapeutas de juego normativos es "asimilativa e integrativa"; eso significa que empiezan su formación con una base firme en una orientación primaria, por lo general centrada en el niño, para luego incorporar o asimilar gradualmente durante su carrera una serie de prácticas de otras escuelas (Messer, 1992).

Principio 4: Correspondencia normativa
Debido a que se encuentran tasas diferenciales de mejoría entre diferentes procedimientos de tratamiento, los terapeutas de juego normativos tratan de hacer "corresponder" la intervención de juego más eficaz con un trastorno específico (Norcross, 1991). A primera vista, prácticamente todos los terapeutas aprueban la premisa de que el tratamiento debe ser adaptado o adecuado a las necesidades del caso. Aunque a nivel intuitivo esto tiene sentido, la correspondencia normativa al nivel óptimo va más allá de este simple reconocimiento y presenta las siguientes diferencias en relación con la base típica.

La base típica de la correspondencia es una teoría de la psicoterapia en lugar de –en su nivel más elevado– la correspondencia directa de un agente de cambio con la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

causa del trastorno. De manera óptima, cuando el clínico plantea un plan de tratamiento elige un agente de cambio terapéutico diseñado para disminuir o eliminar la causa del problema. Por consiguiente, dado que no sólo se tratan los síntomas sino las causas subyacentes, será menos probable que el problema vuelva a presentarse en el futuro. Por ejemplo, el terajuego (una intervención de juego orientada al apego) sería la elección lógica para un niño que presenta un trastorno del apego. De igual modo, la terapia de juego de abreacción y recreación es una intervención enfocada en el trauma dirigida a niños que han experimentado un trauma o estresor reciente. La terapia de juego cognitiva está dirigida a modificar los pensamientos disfuncionales que desencadenan la ansiedad y depresión en los niños.

Una de las metas de hacer una evaluación exhaustiva antes de la elección del tratamiento es establecer con precisión la causa que subyace al trastorno, de modo que el terapeuta pueda elegir luego el agente de cambio (un poder terapéutico del juego) que tenga mayor probabilidad de resolver el factor determinante o causal.

Aunque la "terapia causal" (es decir, la terapia que elimina la causa del problema) sería la forma más elevada de correspondencia normativa, no siempre es posible identificar el proceso patológico que subyace al problema o es factible que la causa precipitante ya no esté operando. En tales casos, el terapeuta de juego normativo recurre a otras bases para igualar el tratamiento con el cliente, como la correspondencia "basada en la evidencia" y la correspondencia "entre cliente y terapeuta".

La correspondencia basada en la evidencia (Bohart, 2005) adapta la intervención al cliente tomando en consideración tres factores principales: los tratamientos con apoyo empírico para un trastorno específico, las necesidades y preferencias del cliente, y variables del terapeuta como la pericia clínica y la experiencia práctica.

La correspondencia "entre cliente y terapeuta" implica igualar las cualidades personales de los clientes con las cualidades personales de los terapeutas (por ejemplo, similitudes en las personalidades, valores, antecedentes, género, niveles conceptuales).

En caso de que un terapeuta de juego normativo no se sienta cómodo llevando a cabo una intervención que claramente es la que mejor se adecua al problema de un cliente, deberá referir el caso a profesionales que puedan proporcionar dicho tratamiento.

Por consiguiente, para un terapeuta de juego normativo la elección del tratamiento no es un procedimiento azaroso, intuitivo o centrado en el terapeuta sino un procedimiento sistemático, reflexivo y centrado en el cliente.

PRÁCTICAS CENTRALES

A la luz de las creencias básicas descritas antes, los terapeutas de juego normativos tratan de llevar a cabo las siguientes prácticas.

Tratamientos con apoyo empírico

En el pasado, el campo de la psicoterapia ha recurrido en gran medida a prácticas con poco apoyo de la evidencia o, lo que es peor, con malos resultados. La terapia se basaba en "lo que siempre se ha hecho" más que en la evidencia de "lo que funciona". La investigación de la eficacia de las intervenciones de la terapia de juego para niños sigue aumentando a un ritmo rápido (Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005), pero todavía hay una brecha importante entre los tratamientos apoyados por la evidencia

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

y lo que se practica en el campo. Uno de los criterios principales empleados por los terapeutas de juego normativos para igualar una intervención con un trastorno es la **evidencia científica** de lo que funciona mejor para ese trastorno. Este es un enfoque "bottom-up" en que se aplican intervenciones cuya eficacia ha sido apoyada empíricamente y se someten a una validación científica más a fondo.

En caso de que no se haya informado de tratamientos con apoyo empírico para un trastorno particular, los terapeutas buscan en experiencias clínicas de terapeutas del sí mismo o de otros terapeutas lo que ha funcionado mejor en la práctica real para la disfunción. Si la investigación y la práctica no ofrecen mucha información, los terapeutas recurren a la teoría que relaciona de manera más convincente los mecanismos de cambio con el trastorno.

Mecanismos de cambio terapéutico

En años recientes se ha observado un alejamiento del desarrollo de teorías formales y complejas de la psicoterapia para enfocarse en la identificación de los mecanismos básicos del cambio terapéutico, es decir, las fuerzas de curación que no están ligadas a una teoría o modelo específico (Beutler y Harwood, 2000). Los mecanismos de cambio no son teorías sino descripciones de las relaciones observadas; son más generales que las técnicas y más específicos que las teorías.

Es posible que la pregunta más fundamental que enfrentan hoy los terapeutas de juego se relacione con los mecanismos de cambio de dicha terapia, es decir, con las fuerzas terapéuticas que en realidad producen el cambio deseado en la conducta del cliente (Schaefer, 1993)?. Una vez que se han identificado los ingredientes activos de una intervención de juego es posible eliminar los factores inertes y desarrollarse una intervención más eficiente y redituable (Goldfried, 1980).

Por consiguiente, además de la investigación de los resultados, los terapeutas de juego normativos buscan la investigación del proceso o de **análisis de componentes** (Hunsley y Rumstein-McKean, 1999) para identificar los mecanismos del cambio terapéutico que subyacen a los resultados exitosos. Además, están en una búsqueda continua de las variables mediadoras o moderadoras que pueden ayudarlos a entender las relaciones entre un tratamiento de juego específico y el resultado (Shadish y Sweeney, 1991).

En el cuadro 20-1 se presentan los principales poderes terapéuticos del juego (Schaefer, 1993). Los poderes del juego mejor conocidos son sus poderes de comunicación (por ejemplo, los niños pequeños se expresan mejor mediante actividades de juego que con palabras), su poder de enseñanza (por ejemplo, los niños aprenden y recuerdan mejor cuando la instrucción es divertida y puede disfrutarse), sus poderes para dar realce al yo (por ejemplo, los niños adquieren una sensación de poder, control y competencia a través del juego), y su poder de autorrealización (por ejemplo, en el juego los niños, adolescentes y adultos tienen la libertad de ser ellos mismos).

Los terapeutas de juego normativos tratan de obtener de manera continua una mayor comprensión de todos los poderes terapéuticos del juego e intentan determinar a qué trastornos se aplica mejor cada uno de esos mecanismos de cambio. Con base en su comprensión de los poderes terapéuticos del juego, buscan una correspondencia normativa de esas soluciones terapéuticas con las causas

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 20-1. Poderes terapéuticos del juego

I. Comunicación
Autoexpresión y autocomprensión
1. Pensamientos y sentimientos conscientes
2. Acceso al inconsciente
3. Enseñanza directa
4. Enseñanza indirecta

II. Regulación emocional
5. Contracondicionamiento del afecto negativo
6. Abreacción
7. Catarsis
8. Sublimación

III. Mejora de las relaciones
9. Alianza
10. Apego
11. Amistad con los pares
12. Amistad con los adultos

IV. 13. Juicio moral

V. Afrontamiento del estrés
14. Inoculación del estrés
15. Control del estrés
VI. Realce del yo
16. Poder
17. Competencia
18. Autocontrol
19. Solución creativa de problemas
20. Fantasía de compensación
21. Prueba de realidad

VII. Preparación para la vida
22. Juego de roles
23. Repaso conductual
24. Desarrollo acelerado

VIII. 25. Autorrealización

o determinantes de un trastorno. Por ejemplo, es probable que la terapia de juego orientada al apego sea el tratamiento de elección para un niño que exhibe indicios de un apego inseguro (Benedict y Mongoven, 1997). Con base en un análisis funcional, Kearney y Silverman (1999) identificaron cuatro causas principales de la negativa a ir a la escuela en la niñez: 1) la evitación de estímulos que provocan una sensación general de afecto negativo, 2) el escape de situaciones sociales y de evaluación aversivas, 3) búsqueda de atención, 4) o reforzamiento positivo. Encontraron que los niños que recibían un tratamiento normativo (que igualaba el remedio específico con la causa particular del trastorno) mostraban una

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

mejoría sustancial. Sin embargo, quienes recibían un tratamiento no normativo mostraban un empeoramiento de sus síntomas. Mediante la incorporación en su repertorio de la mayoría o la totalidad de esos poderes curativos del juego, los terapeutas de juego normativos pueden ofrecer un tratamiento específico para una gran variedad de trastornos psicológicos.

PRAGMÁTICA

Un principio general que orienta a los terapeutas de juego normativos es "si funciona, úsalo". Esta actitud pragmática se basa en los trabajos filosóficos de William James, John Dewey y Charles Pierce. La idea central es que la verdad de una teoría o el valor de una técnica se demuestra en sus consecuencias prácticas, es decir, su **utilidad** (Fishman, 1998). La mejor intervención terapéutica es la que funciona en menos tiempo y de manera más económica en un caso individual. Los pragmáticos no dejan que la alianza teórica, la elegancia o los sesgos los cieguen a lo que funciona y lo que no funciona para un trastorno en el mundo real.

Los pragmáticos alientan la experimentación continua para mejorar la base de conocimientos.

EVALUACIÓN EXHAUSTIVA

La aproximación normativa a la planeación del tratamiento empieza con una evaluación exhaustiva de los síntomas y los determinantes (internos y externos) del problema del cliente. Es frecuente el uso de fuentes y métodos múltiples de evaluación (entrevistas, escalas de calificación, técnicas proyectivas) para recabar los datos a partir de los cuales se realiza el planteamiento individualizado del caso antes de iniciar la terapia. El planteamiento del caso es un resumen descriptivo y explicativo de los problemas más importantes del cliente (así como de sus fortalezas) y de los probables factores causales o contribuyentes. El planteamiento del caso también incluye las metas y estrategias del tratamiento, los obstáculos anticipados y los medios para la evaluación del progreso.

El objetivo de esta evaluación y planteamiento del caso es una intervención adaptada al individuo. A medida que el tratamiento avanza, el terapeuta de juego normativo recoge más datos para evaluar el progreso del tratamiento y modificar la intervención según sea necesario.

DIRECTRICES PARA LA PRÁCTICA

La premisa básica detrás de las directrices de la buena práctica es que se ha acumulado suficiente evidencia empírica para orientar las intervenciones de modo que éstas tengan los mejores resultados con trastornos específicos. Las directrices para el tratamiento ayudan a los profesionales a actualizar su entrenamiento para incluir los hallazgos más recientes, los cuales no sólo deben mejorar la eficacia de su tratamiento sino también dar a los clientes la confianza de que los profesionales se basan en el conocimiento que está a la vanguardia científica. A su vez, esto animará a los clientes a buscar y continuar el tratamiento.

En el cuadro 20-2 se presenta una lista preparada por este autor que incluye una serie de directrices para el tratamiento y las intervenciones terapéuticas con el

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 20-2. Directrices para la práctica

Trastorno / condición de la niñez	Intervención de juego con investigación
Reacción de ajuste	Terapia de liberación (Brown, Curry y Tittnich, 1971; Burstein y Meichenbaum, 1979; Rae, Werchel y Sanner, 1989)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Terapia grupal de juego cognitiva-conductual (Kaduson y Finnerty, 1995; Hansen, Meissler y Ovens, 2000)
Agresión	Terapia de juego centrada en el niño (Ray, Scholekorb y Tsai, 2007)
Enojo	Terapia de juego grupal (Bay-Hinitz, Peterson y Qualitch, 1994; Dubow, Huesmann y Eron, 1987; Orlick, 1981)
Ansiedad	Terapia cognitivo-conductual (Lochman, Fitzgerald y Whidby, 1999)
Autismo	Terapia de juego cognitivo-conductual (Barrett, 1999; Barrett y Sonderegger, 2001)
Duelo	Terapia de juego conductual (Rogers, 1991); Grupo integrado de juego (Wolfberg y Schuler, 1993)
Divorcio de los padres	Terapia de juego grupal (Netel-Gilman, Siegner y Gilman, 2000; Zambelli y DeRosa, 1992)
Enfermedad crónica	Terapia de juego filial / familiar (Van Fleet, 2000)
Trastorno de conducta	Programa de los años increíbles (Webster-Stratton y Reid, 2003, 2009)
Miedos y fobias	Desensibilización sistemática (Knell, 2000; Méndez y García, 1996); imaginería emotiva (King, Molloy y Ollendick, 1998)
Hogares sustitutos o adoptivos	Terapia filial / familiar (Van Fleet, 1994)
Obesidad	Terapia de juego grupal (White y Gauvin, 1999)
Trastorno obsesivo-compulsivo	Terapia de juego cognitivo-conductual (March y Mulle, 1995)
Trastorno negativista-desafiante	Terapia de interacción entre el niño y sus padres (Eyberg *et al.*, 2001)
Problemas en la relación con los pares	Terapia de juego grupal (Schaefer, Jacobson y Ghahramanlou, 2000)
Trastorno de estrés postraumático	Terapia de liberación (Galante y Foa, 1986)
Trastorno reactivo del apego	Terajuego (Booth y Koller, 1998)
Abuso sexual	Terapia de juego específica para el abuso (Fenkelhor y Berliner, 1995; Corder, 2000)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

mayor apoyo empírico para un conjunto de trastornos de la niñez. Por lo general, las directrices para la buena práctica como estas son promulgadas por una fuerza de tarea convocada por una organización profesional. La fuerza de tarea recopila la lista de la buena práctica a partir de la revisión de la investigación actual de resultados, lo que constituye una forma importante de vincular la práctica clínica con la investigación científica (Hayes y Gregg, 2001).

La División de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana creó una fuerza de tarea especial con el propósito expreso de promover la divulgación de los tratamientos psicológicos con validación empírica (Chambless, 1995). La fuerza de tarea inicialmente identificó y publicó 22 tratamientos "bien establecidos" para 21 síndromes diferentes. Es de esperar que la Asociación para la Terapia de Juego establezca muy pronto una fuerza de tarea multidisciplinaria con la tarea de desarrollar y publicar una lista consensuada de intervenciones de juego basadas en la evidencia.

EL ROL DEL TERAPEUTA

El terapeuta que desee practicar la terapia de juego normativa debe familiarizarse con las teorías más importantes del juego y la terapia de juego; debe desarrollar una comprensión clara del juego y la manera en que éste ha sido integrado a la terapia de juego, la forma en que la conducta de juego cambia con el desarrollo, los diferentes materiales y técnicas de juego de que ahora se dispone y las diversas formas en que esos materiales y técnicas necesitan ser modificados para tratar a poblaciones específicas.

El papel del terapeuta en el enfoque normativo varía dependiendo del enfoque particular de juego que se adapte para un caso. Por ejemplo, el terapeuta es directivo y estructurado cuando lleva a cabo una estrategia conductual, pero es no directivo cuando sigue una orientación centrada en el niño. El grado en que se ofrece apoyo, insight o instrucción depende del enfoque elegido. En ocasiones el terapeuta entrena a los padres del niño para que participen en el tratamiento, mientras que en otros casos dicho entrenamiento puede estar contraindicado. El enfoque de la terapia de juego normativa es más conveniente para los terapeutas que son abiertos, flexibles y hábiles para adaptar un protocolo particular de tratamiento a su estilo personal.

DIFICULTADES

Se ha sugerido que una debilidad de la psicoterapia normativa es su poca inversión en la generación de la teoría. De hecho, el interés principal de los terapeutas normativos no es el desarrollo de teorías aisladas, sino más bien la identificación de los mecanismos de cambio que son la base de la psicoterapia exitosa de todo tipo y el desarrollo de una correspondencia normativa de los mecanismos de cambio con los determinantes subyacentes de un trastorno. En esencia, es una megateoría que trasciende a las teorías aisladas del cambio terapéutico al mismo tiempo que utiliza las fuerzas curativas de múltiples teorías.

La necesidad de que los terapeutas normativos sean competentes en más de una orientación terapéutica conlleva una segunda dificultad, que es la mayor necesidad de entrenamiento que está implícita en este enfoque. Como parte de su formación de posgrado, los terapeutas de juego normativos reciben instrucción y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

supervisión exhaustiva en una o dos de las principales escuelas de psicoterapia, y luego extienden gradualmente sus áreas de competencia mediante la supervisión e inscripción en talleres e institutos de educación continua. En la creencia de que el aprendizaje es un proceso permanente, adquieren poco a poco el conocimiento y las habilidades de varias escuelas de la terapia de juego, como la humanista, la psicodinámica y la cognitivo-conductual, así como en las tres modalidades principales (terapia de juego individual, grupal y familiar).

Una tercera dificultad de la aproximación normativa es que la flexibilidad puede deteriorarse para convertirse en una combinación mecánica de enfoques. De acuerdo con Hans Eysenck (1981), "El eclecticismo puede convertirse en poco más que una mezcolanza de teorías, de procedimientos y una mezcla desordenada de terapias" (p. 2). Sin embargo, cuando se sigue un procedimiento sistemático y racional para la correspondencia normativa del remedio con el trastorno, esta crítica puede ser evitada.

CONCLUSIÓN

Este capítulo contiene una perspectiva general de las premisas básicas y las prácticas esenciales del enfoque normativo de la terapia de juego. Los terapeutas de juego normativos se basan en varios enfoques terapéuticos para tener a su disposición una gran cantidad de agentes de cambio. Luego adaptan sus intervenciones terapéuticas a las necesidades del cliente utilizando cuatro fuentes de información: causas subyacentes del problema presentado, evidencia empírica, experiencia y pericia clínica, y las preferencias y el contexto del cliente.

En la actualidad, la práctica profesional de la mayoría de los terapeutas de juego es más (N mayúscula) o menos (n minúscula) normativa. Esto significa que son pocos, si acaso, los "puristas" que se apegan de manera estricta y dogmática a una sola orientación teórica (Kazdin, Siegel y Bass, 1990). De continuar en el siglo XXI el impresionante crecimiento y desarrollo experimentado por la terapia de juego en el siglo XX, es probable que se deba a que los profesionales de todo el mundo pongan en práctica de manera más completa y general el enfoque normativo (ecléctico, integrativo y basado en la evidencia).

REFERENCIAS

Bay-Hinitz, A., Peterson, R. F., & Quqlitch, H. R., (1994). Cooperative games: A way to modify aggressive and cooperative behaviors in young children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27,* 435–446.

Barrett, P. M. (1999). Child anxiety disorders. In C. E. Schaefer (Ed.), *Short-term psychotherapy groups for children* (pp. 249–276). Northvale, NJ: Aronson.

Barrett, P.M., & Sonderegger, R. (2001). Evaluation of an anxiety-prevention and positive-coping program (Friends) for children and adolescents. *Behavior Change*, *18* (2), 78–91.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Benedict, H. E., & Mongoven, L. (1997). Thematic play therapy: An approach to treatment of attachment disorders in young children. In H. D. Kaduson, D. Cangelosi, & C. E. Schaefer (Eds.), *The playing cure: Individualized play therapy for specifi c childhood problems* (pp. 277–315). Northvale, NJ: Aronson.

Beutler, L. E. (1979). Toward specifi c psychological therapies for specifi c conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 882–897.

Beutler, L. E. (1991). Have we all won and must all have prizes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 226–232.

Beutler, L. E., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection. Toward targeted therapeutic intervention*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (1995). Prescriptive psychotherapies. *Applied and Preventive Psychology, 4,* 89–100.

Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection.* New York, NY: Oxford University Press.

Bohart, H. C. (2005). Evidence-based psychotherapy means evidence informed, not evidence driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 35*(1), 39–53.

Booth, P. B., & Koller, T. J. (1998). Training parents of failure-to-attach children. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training* (2nd ed.). New York, N Y: Wiley.

Brabeck, M. M., & Welfel, E.R. (1985). Counseling theory: Understanding the trend toward eclecticism from a developmental perspective. *Journal of Counseling and Development, 63,* 343–349.

Bratton, S. E. (1998). Training parents to facilitate their child's adjustment to divorce using the fi lial/family play therapy approach. In J. M. Briesmeister, & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training* (2nd ed., pp. 549–572). New York, NY: Wiley.

Brown, N. S., Curry, N. E., & Tittnich, E. (1971). How groups of children deal with common stress through play. In N. E. Curry & S. Arnaud (Eds.), *Play*: *The child strives toward self-realization.* Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Burstein, S., & Meichenbaum, D. (1979). The work of worrying in children undergoing surgery. *Journal of Abnormal Child Psychology, 7,* 121–132.

Chambless, D. L. (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48*(1), 3–24.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological intervention: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685–716.

Corder, B. F. (2000). Using games and game play in group therapy with sexually abused children and adolescents. In C. E. Schaefer & S. E. Reid (Eds.), *Game play* (2nd ed., pp. 263–280). New York, NY: Wiley.

Dimond, R., Havens, R., & Jones, A. (1978). A conceptual framework for the practice of prescriptive eclecticism in psychotherapy. *American Psychologist, 33,* 239–248.

Dubow, E. J., Huesmann, L. R., & Eron, L. D. (1987). Mitigating aggression and promoting prosocial behavior in aggressive elementary school boys. *Behavior Research and Therapy, 25,* 525–531.

Eyberg, S. M., Funderbuck, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C., Querido, J. G., & Hood, K. (2001). Parent–child interaction therapy with behavior problem children:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy, 23,* 1–20.
Eysenck, H. J. (Ed.). (1981). *A model for personality.* Berlin, Germany: Springer.
Fenkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children. A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34,* 1408–1420.
Fishman, D. B. (1998). *The case for a pragmatic psychology.* New York, NY: New York University Press.
Francis, A., Clarkin, J., & Perry, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry.* New York, NY: Brunner/Mazel.
Galante, R., & Foa, E. (1986). An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness of children after a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25,* 357–363.
Goldfried, M. R. (1980). Toward a delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35,* 991–999.
Goldfried, M. R. (2001). *How therapists change: Personal and professional refl ections.* Washington, DC: American Psychological Association.
Goldstein, A. P., & Stein, N. (1976). *Prescriptive psychotherapies.* New York, NY: Pergamon Press.
Hansen, S., Meissler, K., & Ovens, R. (2000). Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomatology. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 10*(4), 191–211.
Hayes, S. C., & Gregg, J. (2001). Factors promoting and inhibiting the development and use of clinical practice guidelines. *Behavior Therapy, 32,* 211–217.
Hunsley, J., & Rumstein-McKean, O. (1999). Improving psychotherapeutic services via a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology, 55,* 507–517.
Kaduson, H. G., Cangelosi, D., & Schaefer, C. E. (Eds.). (1997). *The playing cure: Individualized play therapy for specifi c childhood problems.* Northvale, NJ: Aronson.
Kaduson, H. G., & Finnerty, K. (1995). Self-control game interventions for attention deficit-hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy, 4,* 15–29.
Kazdin, A. A., Siegel, T. C., & Bass, D. (1990). Drawing on clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: Survey of practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(3), 189–198.
Kearney, C., & Silverman, W. (1999). Functionally based prescriptive and non prescriptive treatment for children and adolescents with school refusal behavior. *Behavior Therapy, 30,* 673–695.
King, N. J., Mallory, G., & Ollendick, T. M. (1998). Emotive imagery treatment for children's phobias: A credible and empirically validated intervention. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 26,* 103–115.
Knell, S. M. (2000). Cognitive-behavioral play therapy for childhood fears and phobias. In H. Kaduson, & C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 3–27). New York, NY: Guilford Press.
Lambert, M. J., & Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143–189). New York, NY: Wiley.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Lochman, J. E., Fitzgerald, D. R., & Whidby, J. M. (1999). Anger-management with aggressive children. In C. E. Schaefer, (Ed.), *Short-term psychotherapy groups for children* (pp. 301–350). Northvale, NJ: Aronson.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, E. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes?" *Archives of Abnormal Psychiatry, 32,* 995–1008.

March, J. S., & Mulle, K. (1995). Manualized cognitive-behavioral psycho-therapy for obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders, 9,* 175–184.

Mendez, F. J., & Garcia, M. J. (1996). Emotional performances: A treatment package for childhood phobias. *Child and Family Behavior Therapy, 18,* 19–34.

Messer, S. B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration.* New York, NY: Basic Books.

Netel-Gilman, E., Siegner, S., & Gilman, R. (2000). The use of the "goodbye game" with bereaved children. In C. E. Schaefer & S. E. Reid (Eds.), *Game play* (2nd ed., pp. 213–232). New York, NY: Wiley.

Norcross, J. C. (Ed.). (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy.* New York, NY: Brunner/Mazel.

Norcross, J. C. (1987). *Casebook of eclectic psychotherapy.* New York, NY: Brunner/Mazel.

Norcross, J. C. (1991). Prescriptive matching in psychotherapy: An introduction. *Psychology, 28,* 439–443.

Norcross, J. C. (1995). Dispelling the dodo bird verdict and the exclusivity myth in psychotherapy. *Psychotherapy, 32,* 500–504.

Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1988). A study of eclectic (and integrative) views revisited. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*(2), 170–174.

Orlick, T. (1981). Positive socialization via cooperative games. *Developmental Psychology, 17,* 426–429.

Paul, G. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31,* 109–119.

Pedro-Carroll, J. L., & Cowen, E. (1985). The children of divorce intervention project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 603–611.

Phillips, R. D., & Landreth, G. L. (1995). Play therapists on play therapy: A report of methods, demographics and professional practice issues. *International Journal of Play Therapy, 4,* 1–26.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 20,* 161–173.

Rae, W. A., Werchel, F., & Sanner, J. H. (1989). The psychosocial impact of play on hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology, 14,* 611–627.

Ray, D. C., Schollelkorb, A., & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

symptoms of attention defi cit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy, 16*(2), 95–111.
Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (2005). *Empirically based play interventions for children.* Washington, DC: American Psychological Association.
Rogers, S. J. (1991). A psychotherapeutic approach for young children with pervasive developmental disorders. *Comprehensive Mental Health Care, 1,* 91–108.
Schaefer, C. E. (1993). *The therapeutic powers of play.* Northvale, NJ: Aronson. Schaefer, C. E., Jacobson, A. E., & Ghahramanlou, M. (2000). Play group therapy for social skills defi cits in children. In H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 296–334). New York, NY: Guilford Press.
Shadish, W. R., & Sweeney, R. B. (1991). Mediators and moderators in meta-analysis: There's a reason we don't let dodo birds tell us what psychotherapies should have prizes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 883–893.
Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefi ts of psychotherapy.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
Stevens, S. E., Hyman, M. T., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common and specific treatment effects across the outcome domain of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7,* 275–290.
Van Fleet, R. (1994). Filial therapy for adoptive children and parents. In K. O'Connor & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy* (Vol. 2, pp. 371–387). New York, NY: Wiley.
Van Fleet, R. (2000). Short-term play therapy for families with chronic illness. In H. Kaduson & C. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children.* New York, NY: Wiley.
Webster-Stratton, C., & Reid, M. (2003). Treating conduct problems and strengthening social and emotional competence in young children. The Dina Dinosaur Treatment Program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 11*(3), 130–143.
Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2009). Parents, teachers, and therapists using childcentered play therapy and coaching skills to promote children's social and emotional competence and build positive relationships. In C. E. Schaefer (Ed.), *Play therapy for preschool children* (pp. 245–273). Washington, DC: American Psychological Association.
White, D. R., & Gauvin, L. (1999). Mildly to moderately overweight children and adolescents. In C. E. Schaefer (Ed.), *Short term psychotherapy groups for children.* (pp. 351–378). Northvale, NJ: Aronson.
Wolfberg, P. J., & Schuler, A. L. (1993). Integrated play groups: A model for promoting the social and cognitive dimensions of play in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 23,* 467–489.
Zambelli, G., & DeRosa, A. (1992). Bereavement support groups for school-age children: Theory, intervention and case example. *American Journal of Orthopsychiatry, 62,* 484–493.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Índice de autores

A

Abidin, R., 282, 292, 293
Aborn, A. I., 18, 23
Achenbach, T., 291, 293
Adler, A., 82–88, 102, 104
Ahlberg, A., 339, 344, 347
Ahlberg, J., 347
Albano, A. M., 318, 327, 328
Alexander, J., 97, 103
Allan, J., 60–63, 67, 68, 73, 74, 81,83
Allen, M., 366, 378
Alpert, J., 198, 204
Altman, N., 46, 56
American Psychiatric Association (APA), 187, 203
Ammen, S., 254, 257, 266–267, 271, 272, 291, 293
Amplo, J., 246, 247
Anderson, H., 336, 347
Ansbacher, H., 90, 102
Ansbacher, R., 90, 102
Anscombe, E., 243, 252
Arden, J., 199, 203
Arnkoff, D. B., 327, 362, 364
Aron, L., 49, 52, 56
Arrendondo, P., 38
Ashby, J., 95, 97, 102, 103
Association for Play Therapy, 4, 12, 83, 102, 203, 294. 210
Astor, J., 62, 81
Atkinson, N., 290, 293
Audage, N. C., 19, 24
Axline, V. M., 3, 5, 8, 12, 16, 20, 23, 107, 126, 129, 135, 137, 147, 149, 159, 169, 208, 225, 317, 326, 353, 362
Azoulay, D., 289, 293

B

Badau, K., 243, 248
Baggerly, J., 6, 12, 78, 83, 103, 147, 148, 150, 152, 204, 243, 246, 247, 248
Baker, S., 356, 362
Baker, W., 187, 204
Bandura, A., 317, 318, 325, 326
Barish, K., 46, 49, 56
Barlow, D., 325, 326
Barlow, K., 147, 150, 243, 248
Barrett, P. M., 372, 374
Bartko, J. J., 327
Bass, D., 374, 376
Bateson, G., 48, 56
Baumrind, D., 155, 156, 169
Bayat, M., 148, 150
Bay-Hinitz, A., 372, 374
Beck, A. T., 313, 316, 321, 325, 326
Beck, J., 313, 326
Beck, K. W., 314, 328
Becker, R. E., 324
Bedrosian, R., 313, 321, 327
Beebe, B., 46, 51, 56
Benedict, H., 356, 362
Benedict, H. E., 375, 357, 370
Benjamin, J., 46, 47, 56
Berchick, R. J., 325, 326
Berg, B., 314, 326
Berg, I. K., 298–301, 305, 308
Berg, R., 228, 248
Berger, L., 169, 291, 295
Bergin, A., 366, 376
Bergin, A. E., 16, 23, 351, 363
Berk, L. S., 19, 23
Berliner, L., 372, 376
Berlyn, D. E., 115, 126
Berman, J., 11, 12
Bermudez, D., 247, 249
Berndt, C., 289, 293
Berry, P., 73, 81
Bertoia, J., 73, 74, 81, 236, 249
Bettendorf, C., 290, 294
Bettner, B. L., 89, 103
Beutler, L. E., 365, 366, 369, 375
Bierma n, K. L., 315, 326
Bills, R., 147, 150
Blakely, T., 187, 204
Blanchard, S., 290, 293
Blitz, J., 243, 248
Blundon, J., 243, 248
Boada, M., 289, 294
Bohart, H. C., 368, 375
Boik, B. L., 73, 81
Bojanowski, J., 291, 293
Bonovitz, C., 46, 47, 56
Bonsi, E., 297, 308
Booth, P., 257, 272, 276, 277, 285, 289, 293, 294, 295, 353
Booth, P. B., 355, 362, 372, 375
Boston Change Process Study Group (BCPSG), 50, 56
Botkin, D., 73, 81
Bouillion, K., 248
Bowlby, J., 276, 293, 356, 362
Brabeck, M. M., 366, 375
Braswell, L., 313, 327
Bratton, S., 19, 25, 121, 126, 139, 147–148, 150, 151, 158, 163, 198, 208
Bratton, S. C., 6, 9, 11, 12, 139, 147, 154, 158, 164, 208, 210, 225, 248, 251, 375
Braverman, L. M., 81, 82, 102, 152, 169, 170, 225, 252, 267, 272, 364
Bremner, J., 192, 203
Brent, D., 327
Breuer, J., 290, 293
Briere, J., 76, 81
Briggs, R., 46, 56
Brinkmeyer, M. Y., 19, 23
Bromberg, P. M., 49, 56
Bronfenbrenner, U., 253, 271
Brown, A., 246
Brown, A. G., 6, 13, 249
Brown, C., 148, 150
Brown, N. S., 372, 375
Brown, S., 156, 169
Bruner, J. S., 332, 347
Bruschweiler-Stern, N., 57
Bryant, J., 97, 103
Buber, M., 171, 186
Buckley, M. R., 97, 103
Buckwalter, K., 289, 293
Bundy-Myrow, S., 289, 293
Burns, R., 93, 102
Burstein, S., 372, 375

C

Caldwell, C., 244, 248
Callanan, P., 27, 38, 232, 248
Cangelosi, D., 22, 24, 81, 102, 103, 211, 226, 272, 365, 375, 376
Caplin, W., 154, 158
Carey, L., 23, 74, 81, 83, 226, 249
Carey, L. J., 23, 26, 81, 226, 363
Carlson, J., 86–88, 90, 91, 102, 104, 327
Carter, E., 209, 225
Casey, R., 11, 12
Castelloe, P., 352, 363
Castle, P. H., 351, 364
Cattanach, A., 330, 331, 336, 338–340, 345, 347
Cautela, J. R., 319, 326

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cavedo, C., 154, 156, 169
Ceballos, P., 149, 150, 234, 248
Cerney, J. A., 325, 326
Chaloner, W. B., 15, 23, 289, 290, 293
Chambless, D. L., 366, 373, 375
Chasin, R., 207, 212, 225
Chau, I., 148, 150
Chodorow, J., 81
Christiano, B., 21, 23
Cimbolic, P., 327
Clark, D. A., 325, 326
Clark, D. M., 324, 326
Clarkin, J., 365, 366, 375, 376
Claus, R. E., 31, 38
Clement, P., 245, 248
Coburn, W. J., 51, 56
Cochran, J., 158, 169
Cochran, N., 158, 169
Cohen, J., 11, 12, 57, 58
Cohen, J. A., 351, 363
Colonna, A. B., 41, 57
Compton, S. N., 318, 327
Connolly, J. A., 20, 23
Connolly, M., 73, 82
Coonerty, S., 349, 350, 363
Cooper, S., 243, 248, 347
Corcoran, J., 305
Corder, B. F., 372, 375
Corey, G., 27, 28, 38, 232, 248
Corey, M., 27, 38
Corey, M. S., 231, 244, 248
Costas, M., 148, 150
Cottone, R. R., 27, 31, 38
Cowden, S., 243, 248
Cowen, E., 245, 248, 377
Crane, J., 139, 150, 238, 248
Craske, M., 325, 326
Cross, D., 292, 293
Crow, J., 147, 150
Cruickshank, W., 245, 248
Curry, J., 327
Curry, N. E., 372, 375

D

Danger, S., 147, 150, 243, 245, 248
Daniel, C., 18, 25
Daniel, S., 129, 227
Dansky, J., 21, 23
Dasari, M., 314, 325, 328
Davies, M., 6, 81, 82, 83
Dawson, G., 352, 363
Deblinger, E., 351, 353
DeJong, P., 298, 300, 301, 305, 308
DeMaria, M., 243, 248
Dermer, S., 212, 225
DeRosa, A., 372, 378
de Shazer, S., 298, 308
Dimond, R., 365, 375
Dinkmeyer, D., 89, 102
Di Pasquale, L., 278, 282, 289, 293
Dobson, K. S., 325, 327
Dodge, C. S., 327
Doidge, N., 275, 293
Doubrava, D., 246, 248
Doyle, A., 20, 23
Draper, K., 244, 249
Dreikurs, R., 88, 89, 102, 258, 271
Drewes, A., 15, 16, 19, 23, 24, 26, 83, 95, 103, 170, 249, 250, 251
Drewes, A. A., 23, 24, 322, 328, 357, 363, 364
Dripchak, V. L., 6, 12
Dubow, E. J., 372, 375
Dunn, L., 243, 250

E

Eaker, B., 211, 225
Eckstein, D., 86, 90, 93, 102
Elkind, D., 156, 169
Elliott, C., 308, 309
Elliott, R., 271
Emery, G., 313, 316, 321, 326, 327
Emmelkamp, P. M. G., 320, 327
Engel, S., 332–334, 337
Engels, D. W., 28, 38
Erickson, M., 298, 308
Eron, L. D., 372, 375
Erwin, E., 5, 12
Esquivel, G., 243, 248
Estrada, A. U., 207, 225
Eyberg, S. M., 19, 23, 24, 372, 375
Eyles, S., 289, 294
Eysenck, H. J., 374, 376

F

Fall, K., 228, 248
Fall, M., 147, 151, 355, 363
Fehr, S., 244, 249
Feitelson, D., 21, 24
Feldman, B., 73, 82
Fenkelhor, D., 372, 376
Ferebee, K., 234, 244, 248
Ferguson, K., 246, 249
Ferriegel, M., 191, 193, 203, 204
Ferrigno, J., 243, 249
Field, T., 290, 294
Files-Hall, T., 11, 170, 368
Files-Hall, T. M., 13, 378
Findlay, A., 289, 293
Fine, R., 19, 24
Finnell, N., 289, 294
Finnerty, K., 372, 376
Fischer, L., 28, 38
Fischetti, B., 243, 249
Fishman, C., 298, 309
Fishman, D. B., 376
Fitzgerald, D. R., 372, 377
Fjordbak, B., 291, 296
Flahive, M. W., 6, 12, 244, 249
Fleming, L., 245, 249
Flynt, J., 243, 252
Foa, E., 372, 376
Fonagy, P., 41, 47, 51, 56
Fordham, M., 59–62, 64, 72, 73, 82
Fosshage, J. L., 51, 57
Francis, A., 170, 226, 365, 376
Frank, M. J., 57
Franke, U., 290, 291, 294, 296
Frankel, J., 46–49, 56
Freud, A., 5, 12, 16, 43, 44, 57, 363
Freud, S., 4, 12, 41, 57, 61
Frey, D., 17, 24
Friedman, H. S., 73, 83
Funderbuck, B. W., 375
Furth, G. M., 67, 82

G

Gabriellini, G., 82
Gaensbauer, T., 200, 203
Gaines, R., 48, 49, 57
Galante, R., 372, 376
Gallagher, M., 243, 250
Gallo-Lopez, L., 6, 12, 243, 248, 249
Garber, J., 313, 321, 327
Garcia, M. J., 372, 377
Gardiner, B., 289, 294
Gardner, R., 17, 24
Gardner, S., 243, 250
Garza, Y., 148, 150
Gauvin, L., 372, 378
Gelder, M., 325, 326
Gelernter, C. S., 325, 327
Gensler, D., 46, 56
Gergely, G., 41, 47, 56
Gergen, K. J., 334, 335, 347
Gerhardt, S., 257, 272, 275, 278, 290, 294
Ghahramanlou, M., 243, 251, 372, 378
Gibbs, J., 245, 249
Gibbs, K., 66, 73, 82
Gil, E., 24, 75, 82, 91, 102, 207, 210, 211, 217, 225, 249, 250, 350, 351, 357, 363
Gilman, R., 372, 377
Ginns-Gruenberg, D., 95, 103
Ginott, H., 9, 12, 136, 150, 231–233, 249
Ginsberg, B. G., 18, 24, 154, 169

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ginsburg, K. R., 156, 169
Giordano, M., 147, 151, 152, 235, 246, 252
Giorgi, A., 255, 272
Glaser, K., 31, 38, 353
Glass, C. R., 362
Glass, G., 11, 13
Glass, G. V., 349, 362, 364, 365, 378
Glasser, W., 363
Glover, G., 149, 150, 355, 363
Gold, J. R., 210, 226, 363
Goldberg, S., 276, 290, 294
Goldfried, M. R., 363, 364, 367, 369, 376, 377
Goldstein, A. B., 21, 24
Goldstein, A. P., 365, 366, 376
Gomory, T., 13
Goodman, P., 171, 186
Goodwin, E. A., 73, 81
Goodyear-Brown, P., 354, 355, 363
Goolishian, H., 336, 347
Gordon, B. N., 322, 328
Gottleib, M. C., 29, 38
Gould, M., 246, 249
Greaves, D. W., 351, 363
Green, E., 82
Green, E. J., 59, 60–63, 65–67, 70, 72–75, 82
Greencavage, L. M., 116, 126
Gregg, J., 373, 376
Grencavage, L. M., 352, 357, 363
Grey, L., 258, 271
Griffioen, D., 320
Groden, J., 319, 326
Guerney, B., 225
Guerney, B. G., 169
Guerney, B. G., Jr., 153, 169
Guerney, L., 6, 12, 19, 25, 53–154, 156, 163, 169, 170, 208
Guerney, L. F., 153, 154, 158, 169

H

Hackmann, A., 325, 326
Haley, T., 299, 308
Hamilton, C., 290, 296
Hammond, M., 9, 13
Hansen, S., 243, 249, 372, 376
Harden, J., 31, 38
Harr, B., 243, 250
Harris, T. E., 10, 13
Harris, Z., 148, 150
Harrison, A. M., 57
Hartzell, M., 276, 296
Harvill, R., 244, 250
Harwood, T. M., 365, 369, 375
Havens, R., 365, 375
Haworth, M. R., 16, 24
Hayes, S. C., 373, 376
Hebert, B., 67, 82
Hecker, L., 244, 252
Hedges, M., 351, 364
Hefferline, R., 171, 186
Heidt, H. M., 98, 103
Heimberg, R. G., 325, 327
Helker, W., 148, 150
Hembree-Kigin, T. L., 375
Henderson, D., 88, 104
Henson, R. K., 6, 13
Herlihy, B., 27, 28, 38
Herrick, J., 255, 272
Hightower, D., 18, 26
Hill, M., 31, 38
Hogan, D., 298, 308
Hollingsworth, R., 289, 296
Homeyer, D., 6, 227, 230, 235, 243, 252
Homeyer, L. E., 13, 81, 132, 150, 151, 248, 249, 250, 263
Hong, J., 291, 294
Hood, K., 375
Hood, K. K., 19, 24
Hope, D. A., 327
Hopkins, S., 247, 249
Horak, R. A., 98, 103
Horn-Wingerd, D. M., 21, 25
House, R., 245, 249
Howard, A., 292, 293
Huesmann, L. R., 372, 375
Hug-Hellmuth, H., 16, 41, 57
Hughes, D., 294, 355, 363
Hughes, S., 244, 249
Huici, V., 247, 249
Huizinga, J., 15, 24
Hunsley, J., 369, 376
Hunt, K., 148, 150
Hunter, L., 244, 249
Huth-Bocks, A., 243, 249
Hyman, M. T., 366, 378

I

Iannotti, R., 20, 24
Irwin, E. C., 211, 217, 219, 225

J

Jackson, Y., 246, 249
Jacobs, E., 244, 250
Jacobsen, H., 243, 251
Jacobson, A. E., 372, 378
Jacobson, E., 319, 327
Janata, J. W., 315, 327
Janet, P., 20, 203, 339, 344
Jang, M., 148, 150
Jellie, L., 331, 348
Jenkins, W. W., 6, 12
Jennings, S., 330, 331, 347
Jensen, D., 291, 295
Jensen, J. P., 351, 363
Jernberg, A., 257, 272, 276, 277, 285, 289, 293, 294, 295, 353, 363
Johanson-Maddox, A., 290, 294
Johnson, J., 15, 25
Johnson, L., 147, 151
Johnson, L. M., 208, 225
Johnson, M., 243, 250
Joiner, K., 148, 152
Jones, A., 365
Jones, E., 147
Jones, K. D., 243
Jones, L., 6, 9–11, 19, 120, 148, 163
Jones, R. T., 21
Jung, C. G., 59, 61–68, 81–83
Jurist, E., 41, 47, 56

K

Kaduson, H., 22, 24, 81, 102, 126, 170, 211, 226, 248, 249, 250, 251, 293, 366
Kaduson, H. G., 105, 113, 114, 126, 296, 309, 327, 328, 366, 372, 375, 376, 378
Kagan, S., 148, 151
Kale, A., 148, 151
Kalff, D., 16, 24, 60, 66, 69, 73, 83
Kalsched, D., 63, 79, 83
Kao, S., 247, 250
Kaplan, D., 103
Kaplewicz, N., 243, 250
Kast, V., 70, 83
Kaufman, S., 93, 102
Kavanaugh, R. D., 333, 347
Kazdin, A. A., 326, 327, 374, 376
Kearney, C., 370, 376
Kefir, N., 87
Keith, D. V., 209, 211, 226, 239
Kelly-Zion, S., 6, 13
Kendall, J., 250, 350, 364
Kendall, P. C., 327
Kennedy, C. R., 327
Kenny, M. C., 352, 363
Kern, R., 86, 90, 93, 102
Kernberg, P., 243, 250
Kestley, T., 73, 83
Kestly, T., 245, 250
Kidron, M., 149, 151
Kim, J. S., 308
Kim, Y., 291, 294
King, N. J., 319, 320, 327, 328, 372, 376
Kitchener, K. S., 27, 31, 38

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Klein, M., 5, 13, 17, 24, 43, 57, 62, 353, 363
Kline, M., 190, 191, 198
Klonoff, E. A., 315, 327
Klorer, P. G., 243, 250
Klosko, J. S., 325, 326
Knell, S., 16, 24, 353
Knell, S. M., 16, 313–317, 319, 324, 325, 372
Knoblach, S., 46, 56
Knoff, H., 93, 102
Knudsen, W., 243, 250
Kohut, H., 276, 294
Koller, T. J., 372, 375
Kot, S., 147, 151
Kottler, J., 28, 38
Kottman, T., 7, 87–90, 92–100, 235
Kratochwill, T., 244, 252
Kroger, S., 97, 103
Kwon, 292, 294

L

Lacasse, J. R., 13
Lachmann, F., 46, 56
Lachmann, F. M., 51, 57
Lambert, M. J., 366, 376
Lambert, S., 97, 103
Lamon, K. E., 198, 203
Landreth, G., 24, 25, 129–130, 132–139, 147–148, 150–152, 154, 158, 163, 198, 208, 228, 229, 234–235, 237, 239, 241, 243, 246, 263, 351–353, 355
Landreth, G. L., 4, 7, 8, 10, 13, 16, 17, 19, 22, 24, 83, 129–139, 146–149, 154, 157–158, 170, 226, 229, 234, 235, 237, 239, 241, 243, 246, 263, 351–353, 355, 366
Lassenius-Panula, L., 291, 294
Latner, J., 171, 186
Leavitt, K., 243, 250
LeBlanc, M., 11, 13, 103
Lee, M-K., 151
Leggett, E. S., 297, 309
Leland, H., 245, 250
Lender, D., 289, 290, 292, 294, 295
Leszcz, M., 236, 252
Levenson, E., 47–49, 57
LeVieux, J., 147, 151, 243, 250
Levine, P., 190–192, 199, 203
Levy, A. J., 48, 50–53
Levy, C. S., 27
Levy, D. M., 105, 106, 109, 120
Lew, A., 89, 103
Li, H. C., 6, 13
Lichtenberg, J. D., 51, 57
Lilly, J. P., 60, 83
Lindaman, S., 289, 292–295, 355, 362
Linford, L., 199, 203
Lingnell, L., 243, 250
Lobaugh, A., 148, 151
Lochman, J. E., 372, 377
Lockwood, J., 243, 250
Lopez, V., 6, 13
Lowenfeld, M., 5, 13, 16, 24
Luborsky, E., 366, 377
Luborsky, L., 366, 377
Lucariello, J., 332, 347
Ludlow, W., 243, 250
Lyons-Ruth, K., 49, 57

M

Macmurray, J., 335, 347
Maddux, C., 244, 251
Mahon, M., 291, 294
Main, S., 59, 83
Makela, J., 291, 294
Malchiodi, C., 93, 95, 103, 250
Mallory, G., 376
Manery, G., 290, 295
Maniacci, M., 86–88, 90, 91, 102, 103
Mannarino, A. P., 351, 363
Mappes, D. C., 28, 38
Marans, S., 41, 45, 57
March, J. S., 327, 328, 372, 377
Marschak, M., 282, 292, 295
Martin, D., 289, 295
Martin, J., 97, 102
Masson, R., 244, 250
Matthews, C., 289, 296
Mayes, L. C., 41, 57
McCann, S., 154, 170
McCormick, J., 6, 13
McDavis, R. J., 27, 38
McGoldrick, M., 209, 225
McGuire, D., 246, 251
McKay, G., 89, 102
McKee, D., 339, 347
McKergow, M., 297, 309
McLeod, E., 147, 151
McLeod, J., 335, 347
McNeil, C., 375
McNulty, W., 73, 83
Meany-Whalen, K., 97–99, 103
Meares, R., 20, 24
Mehlman, B., 245, 251
Meichenbaum, D., 318, 328, 372, 375
Meissler, K., 243, 249, 372, 376
Mendez, F. J., 372, 377
Menlove, F. L., 318, 326
Messer, S. B., 352, 362, 363, 367, 377
Metcalf, L., 298, 308, 309
Meyer, L., 291, 295
Middlebrooks, J. S., 19, 24
Middleton, H., 325, 326
Miller, J., 243, 251
Miller, T. I., 349, 364 365, 378
Miller, W., 209, 226
Miller-Mroz, J., 289, 295
Milne, D. C., 245, 248
Minton, K., 192, 204
Minuchin, S., 298, 306
Mitchell, R. R., 73, 83
Mitchell, S., 49, 51, 57, 58
Mongoven, L., 370, 375
Moore, D. J., 314, 315, 324, 327, 328
Morgan, A. C., 57
Morgan, C., 295
Morrison, J., 243, 250
Morrison, M., 97, 103
Mosak, H., 86, 88, 90, 103
Moustakas, C., 132, 135, 151, 193, 203, 227, 251
Mroz, P., 290, 295
Mulle, K., 316, 328, 372, 377
Mullen, J., 103
Munns, C., 294
Munns, E., 275-277, 289, 291, 293-296
Muro, J., 6, 13
Myers, D., 245, 251
Myers, S., 305, 309

N

Nahum, J. P., 57
Nalavany, B. A., 10, 13
Netel-Gilman, E., 372, 377
New, D., 263
New Freedom Commission on Mental Health, 80, 83
Nicholas, M., 243, 251
Nickelson, B., 290, 295
Nicol, A., 243, 251
Nicolopoulou, A., 332, 333, 347
Nims, D. R., 297, 300, 309
Nissim, S., 73, 82
Norcross, J., 349, 351
Norcross, J. C., 22, 24, 116, 126, 349, 351, 352, 357, 363, 364, 377
Nordling, W., 158, 169
Norton, B., 191, 192, 194, 195, 197, 198
Norton, B. E., 188, 190, 193
Norton, C., 191, 192, 194, 195, 197, 198

O

Oaklander, V., 93, 103, 171, 173, 181, 182, 186, 236, 251

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

O'Connor, K., 102, 126, 152, 252, 353, 354, 378
O'Connor, K. J., 24, 81, 82, 169, 170, 225, 226, 254, 256, 259, 261–264
Oe, E., 243, 251
Ogawa, Y., 148, 151
Ogden, P., 192, 193, 204
Ohnogi, A., 6, 13
Ollendick, T. H., 22, 24, 320, 327, 328, 364, 366
Ollendick, T. M., 375, 376
Olund, D., 212, 225
Orgun, I. N., 211, 226
Orlick, T., 372, 377
Oualline, V., 147, 151
Ovens, R., 243, 249, 372, 376
P
Packman, J., 148, 152, 244, 251
Pain, C., 192, 204
Paley, J., 198, 204
Pantone, P., 46, 56
Paone, T., 244, 246, 251
Parker, J., 243, 247
Parker, L., 290, 295
Parker, M., 248
Paul, G., 365, 377
Paylo, M., 305, 309
Pearson, B., 325, 328
Pearson, M., 38, 73, 83, 244, 251
Peery, J. C., 61, 83
Pennebaker, J. W., 17, 25
Perez, C., 246, 251
Perkins, R., 305, 309
Perls, F., 171, 174, 186
Perls, F. S., 186
Pernet, K., 154, 158, 169
Perry, B., 187, 190, 195, 198, 204, 277
Perry, B. D., 25
Perry, L., 295
Perry, S., 376
Peterson, R. F., 372, 374
Phillips, R. D., 314, 328, 351, 352, 364, 366, 377
Piaget, J., 19, 25, 106, 107, 109, 114, 115, 126, 172
Pinsof, W. M., 207, 225
Pizer, S. A., 47, 49, 52, 58
Pollard, R., 187, 204
Pope, K. S., 31, 38
Porges, S., 199, 204
Prochaska, J. O., 366, 367, 377
Pulaski, M. A., 5, 13
Q
Qualitch, H. R., 372
Querido, J. G., 375
Quirk, C., 261, 272
R
Rae, W. A., 25, 372, 377
Randolph, E., 291, 295
Raskin, N., 134, 146, 151
Ray, D., 6, 12, 19, 25, 103, 121, 126, 147, 148, 150-152, 164, 169, 198, 204, 208, 210, 225
Ray, D. C., 6, 13, 372, 377
Rea, W., 18
Reddy, L., 11, 13, 170, 243, 251
Reddy, L. A., 368, 378
Reichert, E., 243, 251
Reid, M., 372, 378
Reid, M. J., 372, 378
Remley, T. P., 27, 38
Rennie, R., 19, 25
Rhine, T., 6, 12, 19, 25, 121, 126, 148, 151, 164, 169, 208, 210, 225
Ritchie, M., 11, 13
Ritter, K., 244, 249
Robb, G. P, 28, 38
Roberts, W., 20, 25, 363
Robinson, E. S., 21, 25
Robinson, J., 148, 152
Rogers, C., 129–131, 134, 146, 151, 152
Rogers, S. J., 372, 378
Roopnarine, J., 15, 25
Rosenberg, J., 243, 250
Ross, G., 21, 24
Rossi, E., 298, 308
Rothman, T., 244, 251
Rotter, J. C., 98, 103
Rubin, L., 83, 95, 103
Rubin, P., 289, 295
Ruma, C., 324, 328
Ruma, C. D., 314, 324, 328
Rump, B., 246, 249
Rumstein-McKean, O., 369, 376
Rush, A. J., 321, 326
Russ, S., 15, 16, 21, 23, 25, 364
Russ, S. W., 24, 25, 322, 327, 328
Russell, J. M., 232, 248
Russell, R., 272
Russell, R. L., 328
Rustin, J., 46, 56
Rutter, M., 290, 295
Ryan, S., 170
Ryan, S. D., 13
Ryan, V., 170
Ryan, V. M., 164, 169
S
Saari, C., 52, 58
Sagi, A., 290, 296
Salavitz, M., 277, 295
Salkovskis, P. M., 325, 326
Samuels, A., 69, 70, 83
Sander, L., 57
Sanner, J., 18, 25
Sanner, J. H., 372, 377
Sawyers, J. K., 21, 25
Schaefer, C., 96, 243, 264
Schaefer, C. E., 6, 10, 16–22, 93, 109, 110, 113–116, 124, 209–211, 263, 264, 322, 349–350, 357, 361, 366, 369, 372
Schellekens, J., 320, 328
Schettini, A., 243, 249
Schiffer, A., 245, 251
Schiffer, M., 243, 251
Schlanger, R., 289, 296
Schore, A., 191, 198, 204, 257, 272, 275, 290
Schore, A. N., 356
Schore, J., 265, 278, 290
Schottelkorb, A., 147, 152
Schottelkorb, A. A., 6, 13
Schottenbauer, M. A., 362
Schroeder, C. S., 322, 328
Schuler, A. L., 372, 378
Scott, C., 76, 81
Selekman, M. D., 305, 309
Seligman, M., 277, 296
Setzer, J., 318, 328
Shadish, W. R., 369, 378
Shapiro, L., 298, 309
Shaw, B. F., 321, 326
Shaw, J., 91, 102, 211, 225
Shebroe, V., 243, 249
Shedler, J., 74, 83
Sheely, A., 149, 152
Shen, Y-J., 148, 152, 243, 247, 251
Shenskl, F., 22, 24
Sherman, J., 289, 296
Shirk, S., 263, 267, 353, 364
Shirk, S. R., 263, 315, 328
Sidoli, M., 60, 81-83
Siegel, D., 191, 199, 204, 276
Siegel, D. J., 257, 272
Siegel, T. C., 374
Silverman, W., 370, 376
Singer, B., 366, 377
Singer, D. G., 21, 25
Singer, J. L., 21, 25
Siu, A., 290, 291, 296
Sklare, G., 298, 301, 303, 309
Slade, A., 47, 58
Slochower, J. A., 49, 58
Smillie, G., 290, 296

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Smith, C., 334
Smith, D. M., 148, 244
Smith, M., 10
Smith, M. L., 349, 365
Smith, N., 148, 244
Smith, S., 163
Sniscak, C. C., 108, 126, 154, 158–159, 163, 170
Snow, M. S., 97, 103
Snyder, W., 245, 249
Sokol, L., 325, 326
Solnit, A. J., 41, 57, 58
Solomon, M., 200, 204, 364
Solt, M., 148, 152
Soltz, V., 88, 89, 102
Sonderegger, R., 372, 374
Sorenson, G. P., 28, 38
Sori, C., 225, 226
Sori, C. F., 207, 208, 244, 252
Sorter, D., 46, 56
Spence, S. H., 6, 13, 335
Spickelmier, M., 289, 294
Spiegel, S., 47, 58
Sprenkle, D. H., 207, 208, 226
Stagnitti, K., 331, 332, 347, 348
Statton, J., 98, 103
Steer, R. A., 351, 363
Stein, M., 64, 83
Stein, N., 365, 366, 376
Steiner, T., 298, 305, 308
Stephenson, M., 305, 308
Stern, 276, 296
Stevens, S. E., 366, 378
Stien, P. T., 350, 364
Stiles, K., 97, 103
Stoiber, K., 244, 252
Strayer, J., 20, 25
Stricker, G., 210, 224, 226, 363
Strother, J., 147, 150, 243, 248
Strupp, H. H., 16, 23
Sue, D. W., 27, 38
Sunderland, M., 275, 277, 290, 296
Sutherland, P., 290, 295
Sutton-Smith, B., 15, 25, 48, 49, 50, 58, 156, 170
Sweeney, D., 129–130, 132, 134–136, 138, 139, 227, 230, 235, 237–239, 243–244, 247, 355
Sweeney, D. S., 6, 227, 230, 235, 243, 247
Sweeney, R. B., 369
Sweeney, T., 89, 92
Swindle, F., 261, 272
Sywulak, A. E., 108, 126, 158, 159, 170

T

Taboada, A., 245, 250
Talen, M., 289, 296
Tancer, M. E., 327
Target, M., 41, 47, 56
Tarvydas, V. M., 27, 38
Taylor, E. R., 170, 226, 298, 309, 329
Terr, L., 18, 25, 108, 118, 124, 126, 210, 226
Tew, K., 148, 152
Thayer, T., 290, 296
Thompson, C., 88, 104
Tittnich, E., 372, 375
Tondow Smith, L., 246, 252
Treadwell, K. R. H., 322, 327
Trebing, J., 298, 309
Tregay, J., 289, 295
Trevarthen, C., 332, 348
Troester, J., 243, 252
Tronick, E., 46, 51
Tronick, E. Z., 57
Trostle, S., 246, 252
Tsai, M., 377
Tsai, M-H., 147, 152
Tyndall-Lind, A., 78, 83, 147, 152, 235, 246, 252
Tyson, P., 46, 58

U

U. S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 83, 99, 104
Uhde, T. W., 327
Ultee, C. A., 320, 328
United Nations Convention on the Rights of the Child, 25
Upchurch, J., 18, 25
Utay, J., 246, 252

V

Van de Putte, S., 243, 252
van der Kolk, B., 197, 204
van der Kolk, B. A., 364
van der Kolk, C., 251, 252
VanFleet, R., 19, 108, 109, 126, 153, 154, 156–159, 162, 163, 355, 372
VanHoose, W. H., 28, 38
van Ijzendoorn, M., 290, 296
Vasquez, M. J., 31, 38
Vaughan, C., 156, 169
Velting, O., 318, 328
Vierikko, I., 291, 294
Viers, D., 244, 252
Vigilante, D., 187, 204
Vittone, B. J., 327
Vygotsky, L. S., 21, 26, 51, 58, 336, 348

W

Waelder, R., 18, 26, 42, 58
Wakaba, Y., 246, 252
Walker, J., 154, 158, 170, 250, 363
Walsh, D., 73, 83
Wardrop, J., 291, 295
Waters, E., 290, 296
Watts, R., 86–88, 90, 91, 102, 104
Webb, P., 82, 147, 151, 152
Webster-Stratton, C., 9, 13, 372, 378
Weersing, V. R., 327
Weinfield, N., 290
Weir, K. N., 355, 364
Weiss, D., 290, 296
Welfel, E. R., 28, 36, 38, 366, 375
Werchel, F., 372, 377
Wettig, H., 296
Whidby, J. M., 372, 377
Whitaker, C. A., 209, 211, 226
White, D. R., 372, 378
White, J., 103, 243, 252
White, T. B., 207, 225
Willemsen, H., 243, 252
Williams, M., 243, 250
Williams, S. C., 97, 103
Willingham, E., 244, 249
Wilson, H., 73, 83, 244, 251
Wilson, K., 158, 170
Winick, C. B., 352, 353, 363
Winnicott, C., 47
Winnicott, D., 64, 191, 195, 276
Winnicott, D. W., 20, 45, 47, 48, 52, 53
Wohl, N., 18, 26
Wolfberg, P. J., 372, 378
Wolpe, J., 319, 325, 328
Wood, M., 261, 272
Worchel, R., 18, 25
Wright, C., 154, 158, 170
Wright, F. D., 325, 326

Y

Yalom, I., 236, 252
Yalom, I. D., 16, 26
Yuen, T., 148

Z

Zalter, B., 302, 309
Zambelli, G., 372, 378
Zanetti, J., 289, 296
Zeanah, C., 290, 296
Zeanah, P., 290, 296
Zilbach, J. J., 226
Zollo, L. J., 327
Zuchelli, P., 243, 252

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Índice analítico

A
Abandono, 50
Abreacción, 5, 17, 115, 161
Absolutismo ético, 27
Abuso sexual, 246, **372**
  infantil, 75, 77, 79, 350
  Aceptación, 16, 28, 133, 191
  incondicional, 10
  total del niño, 229
Acting-out+, 109
Actividad(es)
  de autoayuda, 181
  lúdicas, 15
  recreativas, 15
Adaptación, 134
Adivinanza
  con la bola de algodón, 279
  lucha y halagar con una bola de algodón, 279
Adopción, 268
Afecto
  emocional, 359
  negativo, 18
  positivo, 18
Afrontamiento, 354
Agenda para una sola sesión, 283
Agresión, 107, **372**
  física, 9
Aislamiento injusto, 227
Alegría, 181, 275
Alianza terapéutica, 52
Alimentación, 284
Alivio terapéutico, 116
Alquimistas, 70
Altruismo, 16, 27
Ambiente
  seguro, 88
  terapéutico, 3
Amenaza nuclear global, 214
American Psychiatric Association+, 187
Amor, 50
Análisis
  de componentes, 369
  de varianza, 98
  infantil, 44
Angustian, 262
Ansiedad, 16, 19, 105, 119, 221, 269, 313, **372**
  anticipatoria, 18
  generalizada, 245, 325
  traumática, 63
  extrema, 63
APA *(American Psychiatric Association)*, 187
Apego
  exitoso, 237
  formación del, 162
  mejora de la relación, 19
Apoyo
  empírico, 74
  social, 110
Aprendizaje, 158
  cognitivo, 16
  interpersonal, 16
  problemas de, 197
  proceso de, 160
  vicario, 16, 230
Arqueología, 42
  de la mente, 42
Arquetipo, 59, 61
  de autocuración, 61, 79
Asertividad, 64
Asesinato, 50
Asimilación mental, 18
Asma, 200
Asociación para la Terapia de Juego, 210
Asombro, 275
Ataque sexual, 79
Atmósfera
  de permisividad y aceptación, 131
  familiar, 86
Atrapar burbujas, 281
Autismo, 197, **372**
  grave, 286
Autoafirmaciones
  de afrontamiento, **319**, 321
  positivas, 322
Autocomprensión, 16
Autoconcepto, 131, 246
  más positivo, 133
Autoconfianza, 89
Autoconsciencia, 28
Autocontrol, 20, 95, 291
Autocuidado, 30, 181, 185
Autocuración, 78
Autodescubrimiento, 132
Autodeterminado, 132
Autodominio, 246
Autoeficacia, 20
Autoestima, 275, 291
  baja, 97
  positiva, 74
Autoexploración, 132, 230
Autoexpresión, 17, 132, 358
Autoimagen positiva, 277
Autonomía, 27, 60, 175
  respeto a la, 36
Autoorganización del niño, 52
Autorrealización, 4, 133, 134
Autorrealizado, 132
Autorregulación organísmica, 174
Autorrevelación, 16
Autosupervisión, **319**, 321
B
Beneficencia, 28, 37
Berrinches, 175
Biblioterapia, 95, **319**, 322
Boda, 194
Bolsa de juguetes, 137
Bondad, 255
Buen humor, 19
Buena conducta del niño, 119
C
Caja de arena jungiana, miniaturas de, *71*
Campo fenomenológico, 130, 131
Canción
  de bienvenida, 283
  de despedida, 284
Carga emocional, 17
Carreras, 279
Castigo, 16
Catarsis, 5, 16, 18, 95, 116, 161, 230, 358, 361
CHA (cuentos de hadas en la arena), 66
Cheerios sentarse, 284
Ciclo de vida, 210, 275
Ciencia cognitiva, 55
Circuitos cerebrales, 15
Circunstancia emocional, 194
Civilizaciones, 15
Códigos éticos, 28
Cofre del tesoro, 194
Cognición, 313
Comodidad, 87
Competencia, 20, 95
Complejo arquetípico, 70
Comportamiento, 131
  hiriente, 89
  inapropiado, 89
Comprensión, 133
Comunicación, 4, 114, 161
  humana, 48

NOTA: Los números de página en negritas indican cuadros y en cursivas corresponden a figuras

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

metafórica, 198
privilegiada, 30
verbal, 94, 207
Comunidad, 227
interdependencia con, 28
Conducta(s), 86, 117, 313
aberrante, 202
cotidiana, 21
de juego, 16
desafiante, 52, 75, 121
descontrolada, 234
destructiva, 229
disruptivas, 9
errática, 191
estrafalaria, 276
inapropiada, 9, 175
negativa, 298
negativista, 109, 110, 121
orientada al poder, 88
positiva, 89
potencialmente peligrosas, 190
problemas de, 3
problemática, 255
prosocial, 77
relativamente inocua, 255
simbólica, 229
Confianza, 15, 275
en sí mismos, 291
Confidencialidad, 27, 30, 239
Confusión emocional, 190
Conocimiento
científico, 234
emocional, 354
ético, 36
experto, 245
local, 245
Consejería, 27
escolar, 27, 356
individual, 283
Consejero escolar, 77
Consentimiento informado, 139, 239
Constelación familiar, 86
Construcción del rapport, 22
Construccionismo social, 234
Constructos básicos, 86
Contacto, 173, 183
físico, 31, 290
Contracondicionamiento, 16
del afecto negativo, 18
Control, 87
Correspondencia normativa, 367
Corteza orbitofrontal, 277
Coterapeutas, 6, 11
Crea tu Mandala, 65
Creatividad, 69
Crecimiento psicológico, 61
Credibilidad, 202
Creencia(s), 238
autodestructivas, 94
equivocadas, 90
falsas, 177
inadaptadas, 321
irracionales, 321
negativas, 94
Crianza, 280
autoritativa, 156
Cuarto de juego, 3, 7, 188
jungiano, *71*
materiales sugeridos, 7
Cubrir, cantar y alimentar, 281
Cuentos de hadas en la arena, 66
Cuerpo, 178
Cuidadores, *72*
Cultura, 15, 256
Curación psíquica, 78
Curiosidad, 245
D
Danza, 15
Decisión, delibere y tome una, 37
Déficits de apego, 268
Deontología, 27
Depresión, 19, 313, 359
mayor, 325
severa, 176
Deprimido, 35
Derechos
de la infancia, 15
del niño, 15
Desadaptación, 134
Desafío, 281
Desarrollo
cerebral, 277
de relaciones seguras, 228
del cerebro, 275
del juego, 230
del niño, 266
emocional del niño, 276
humano, 55
infantil, 52, 116, 156
sano, 171
motriz, 290
personal, 60
psicológico, 81
sensorial, 290
Desconocimiento, 234, 245
Desensibilización, 116
imaginaria, 319
in vivo, 319
sistemática, 319, **372**
Deseo, 47
Desordenada, 75
Dibujos
kinéticos, 100
de la escuela, 93
de la familia, 93, 100
seriales, 67
etapa final, **68**
etapa Inicial, **68**
etapa intermedia, **68**
etapas en, **68**
Diencéfalo, 277
Dilemas éticos, 30
aplicación de posturas a un, 35
aprecio la complejidad de, 30
tolerancia a la ambigüedad, 30
Dinámica familiar, 52, 86
Directrices éticas, 28
Discernimiento, 28
Disfrute, 162
Divorcio, 31, 35, 298, 324
de los padres, **372**
Dolor emocional, 79
Dominio, 115, 179
Drama apasionado, 50
DS (desensibilización sistemática), 319
DTORF *(Developmental Therapy Objective Rating Form)*, 261
Dualidad, 50
Duelo, **372**
E
Eclecticismo, 349, 366, 374
del fregadero, 366
sintético, 366
técnico, 352
Ecléctico, 349, 361
EDA *(Extended Developmental Assessment)+*, 75
Edad
cronológica, 260
preescolar, 314
Educación inicial, 229
Egocentrismo, 313
Egoísmo, 27
Eje
hipotético yo-sí mismo, 63
yo-sí mismo, 63
El cachorro, 32
El lobo, 34
El sabueso, 33
Elecciones, 179
Emoción(es), 28, 81, 171, 275
humanas, 181
incómodas, 187
positiva, 95
incapacidad de expresar, 3
negativas, 5
Empatía, 16, 19, 275
Empoderamiento del niño, 191
Encontrar letras o números, 281
Encopresis, 314
Energía
agresiva, 180, 184
creativa, 207

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Enfermedad crónica, **372**
Enfoque(s)
bottom-up+, 369
deontológico, 27
psicoanalítico, 41
contemporáneos, 45
tradicionales, 45
utilitarista, 27
Enojo, 107, 181, 359, **372**
nota acerca del, 181
Ensayo
conductual, 21, 358
del pensamiento, 41
Enseñanza
directa, 17
indirecta, 17
Entretenimiento, 15
Entrevista familiar con títeres, 211, 217
Entumecimiento emocional, 79
Epinefrina, 292
Episodios de juego
en que el niño narra su recreación, 233
que dependen de un marco narrativo, 233
Escalamiento, 301, 307
Escenario, 316
Escucha empática, 159
Escuchar, 178
Escuela
para mamis, 167
para papis, 167
Esferas de realidad, 234
Espacio
protegido, 69
transicional, 63
Espectador inocente, 223
Espirituales, 67
Espontaneidad, 60, 275
Estado
de aislamiento, 184
de ánimo, 19
de ánimo deprimido, 197
del yo, 47
propicio, 44
mental, 266
Estatus social, 246
Estilo de vida del niño, 97
Estimulación sensorial, 15
Estrés, 4
inoculación del, 18
posturas de carácter predecibles bajo, 32
postraumático, 110
Estructuración, 159
Estructuras patológicas de temor, 76
Ética, 27
de la virtud, 27
Evaluación
cognitivo-conductual, 75
conductual, 233
familiar integral, 165
prolongada del desarrollo, 75
Evidencia científica, 369
Excepciones, 301
Existencialismo, 171
Exosistema, 253
Experiencia(s)
de juego autodirigida, 149
estresantes, 15
personal, 61
Expresión emocional, 115, 180
Extinción, 16
o RDO, **319**
Extraterrestre, 194
F
Familia adoptiva, 361
Fantasía, 15, 54
de compensación, 21, 358
Fenómeno transicional, 45, 47
Fenomenología, 171, 255, 256
Fermentatio, 70
Fidelidad, 28, 37
Filial, 153
Filosofía, 15
Fobias, **372**
Frustración, 4, 234, 260
extrema, 88
G
Golpes
con plumas, 282
de ping-pong, 282
Gran día, 301
Gratificación, 87
Gritos, 117
Groseras, 53
Grupo(s)
integrado de juego, **372**
terapéuticos, 230
H
Habilidades
cognitivas, 196
narrativas, 232
prosociales, 87
sociales, 246
Habla, 6, 277
Halagar con una bola de algodón, 280
Hambre social, 232
Hermana mística, 70
Hiperactividad, 291
Historia
ambigüedad de, 235
es un acto deliberado, 235
Hogar(es)
adoptivo, 361
sustitutos o adoptivos, **372**
Homeostasis, 174
Hormona del estrés, 19
Huesos tontos, 284
Humanismo, 256
I
Identidad primaria, 62
Ilustración mental, 63
Imagen
metafórica, 59
por resonancia magnética, 117
Imaginación, 15, 43, 69, 246
activa, 61, 66
Imaginería emotiva, **372**
Imitación del aplauso, 279
Impulsividad, 291
Inconsciente, 17, 61
colectivo, 61
Índice de estrés parental, 282
Individuación, 59, 60, 64, 66
Individuo psicológico, 59
Infeliz, 262
Inframundo arquetípico, 80
Infusión de esperanza, 16
Inocente espectador, 218
Insight+, 210
Integración, 349
asimilativa, 355
teórica, 353
Integridad, 28
Intelecto, 171
Inteligencia, 156
Interés genuino, 10
International Journal of Play Therapy+, 235
Interpretación, 179
Intervención psicoeducativa, 154
Introyecciones, 62
Intrusión, 50
Investigación
del terajuego, 290
empírica, 98
futura, 22
metaanalítica de resultados, 10
transcultural, 148
Ira, 120
manejo de la, 120
IRM (imagen por resonancia magnética), 117
J
Juego, 3, 202
adleriano, 89
apreciar el valor y uso del poder del, 156
aspectos agresivos del, 166
cognitivo-conductual, 317
como medio natural de comunicación, 228
competitivos de mesa, 54

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

concepciones psicoanalíticas contemporáneas, 46
de abreacción, 110
de construcción, 109
de fantasía, 109, 190, 194, 202
de los buenos sentimientos, 266
de los malos sentimientos, 266
de personificación, 230
de práctica, 109
de roles, 95, 210
fantasía y metáfora, 162
de simulación, 106, 109
dominio clínico y del desarrollo, 161
dramático, 231
durante el, 41
ecosistémico, 263
eficaces, 10
en la arena, 60
jungiano, 65
escenario de, 228
experiencial, 187, 194
exploratorio, 234
expresivo, 234
factores curativos del, 16
fortalecimiento de relaciones familiares, 153
Freud afirmaba que el, 42
gestalt, 171
grupal, 227
imaginario centrado en el niño, 159
imaginativo, 106, 107, 237
individual, 165
jungiano, 64
lenguaje y, 48
libre, 156
materiales de, 16
normativo, 91
orientado al apego, 368
poderes terapéuticos, 15, 95, 114, 161, **370**
postraumático, 210
propiedades curativas del, 223
proyectivo, 231
repetitivo, 5
retraumatizante, 118, 125
sensoriomotor, 109
simbólico, 47, 60, 63, 196
sociales, 231
temas de, 160
temático, 357
terapéutico, 4, 210, 239
tradicionales, 317
tranquilizantes, 319
Juego
altruista, 27
de contenido, 189
de fantasía, 18
de mesa, 19
de simulación, 21
postraumático, 18
seguro, 27
simbólico, 15
Juguete(s), 4, 85, 137, 202
resistentes, 234
Juicio moral, 4, 19
Justicia, 28, 37

L

La abeja, 34
La gallina, 33
La serpiente, 33
La tortuga, 32
Lanzamiento del globo, 284
Lenguaje, 277, 297
colectivo, 115
del niño, 4, 16, 114
expresivo, 17
guía, 233
hablado, 48
individual, 115
receptivo, 17, 291
simbólico, 211
verbal, 4
Leyes y regulaciones, 36
Liberación
de sentimientos, 105
emocional, 111
específica, 105
simple, 105
situacional, 105
Libertad, 120, 181
Libro de buena conducta, 119
Límites, establecimiento de, 159
terapéutico de, 135
Lista de Cotejo de la conducta infantil de Achenba, 282, 291
Llantos, 117
Lluvia de ideas, 95
Lógica privada, 87
Logro, 15
Lucha con la bola de algodón, 280
Lugar oculto, 69
Luz roja, luz verde, 279

M

Madre adoptiva, 268
Maduración
psicológica, 60
social, 245
Mal
comportamiento, 120
día, 240
Mala conducta, 91
de niños, 88
metas de la, 94
Maldad, 255
Maleficencia, 36
Maltrato, 297
físico, 111
Mandala, 65
Manejo de contingencias, 320
Mantequilla de cacahuate y mermelada, 283
Marco
psicoanalítico, 5
psicológico, 48
Materiales, 137
de juego limitados, 234
Memoria
emocional, 275
explícita, 199
factual, 199
implícita, 191, 199
Mensaje
conductual, 242
de solución, 299, 302
emocional, 242
Mente inconsciente, 41
Mentoría para la lectura, 98
Metacomunicación, 94, 101
Metáfora(s), 193, 202
familiar, 212
terapéuticas, 95
valorar, 207
Método
de interacción de Marschak, 282, 285
de trabajo con niños y adolescentes, 362
Microcosmos, 230
Microsistema, 254
Miedo(s), 107, **372**
MIM (método de interacción de Marschak), 282
Modelamiento, 95, 318
Modelo(s)
constructivistas sociales, 31
de la mente desarrollado, 42
de personalidad, 259
de psicopatología, 63
de terapia filial, 154
de toma de decisiones éticas, 31
del desarrollo infantil, 172
ecosistémico, 256
feministas, 31
teórico, 4
Moldeamiento, 320
Mortificato, 70
Motivación, 275, 233
Muerte
fingida, 199
horrenda, 192
imitación de la, 199
metafórica, 191

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Mundo
fenomenológico del niño, 202
real, 4, 157
Música, 15
Mutismo selectivo, 147
N
Narración de cuentos, 17
Narrativas de juego, 17
Necesidades
afectivas, 263
emocionales, 258, 263
pragmáticas, 258
Negación, 49
Negligencia, 297
Neurobiología, 52
Neurocientíficos, 277
Neuronas, 15
Neurosis, 44
del niño, 62
Nigredo, 70, 79
Niñez, 15
desarrollo en, 15
Niño(s), 129
atribulados, 178
creación y recreación de sus historias, 51
del caos, 60
desarrollo acelerado, 20
divino, 60
en edad,
escolar, 74
preescolar, 20
esencia del, 193
espejo del adulto, 279
eterno, 60
lastimados emocionalmente, 228
retroflectan, 174
sexualmente impulsivos, 233
sociopáticos, 233
sumamente agresivos, 233
No maleficencia, 28
Normas profesionales, 36
Numinosa, 80
Numinosos, 67
O
Obesidad, **372**
Odio, 50
Olfatear, 178
Optimismo, 32, 275
Orfandad, 361
Orientación, 16
ecléctica, 351
multiteórica., 351
psicoterapéutica, 224
Oscurecimiento, 79
P
Padre(s)
malo, 63
papel de los, *72*
suficientemente buenos, 63
Pataletas, 88
Patología, 259
Pensamiento(s), 15, 18, 76, 85, 117
abstracto, 277
colectivo, 60
creativo, 161
de atmósfera familiar, 94
ilógico, 313
irracional, 313, 321
multisistémica, 271
negativos, 322
racional, 313
simbólico en el juego, 231
Perpetrador, 201
temido, 198
Persona, 130
Personajes
buenos, 243
malos, 243
Personal médico, 78
Personalidad, 61, 131, 231, 256
autónoma del niño, 63
de los niños, 210
del individuo, 87
egocéntrica, 261
prioridades de, 87, 94
psicopática, 261
Personas
integradas socialmente, 86
orientadas a metas, 88
son seres creativos, 90
Persuasión, 16
Perturbaciones, 174
Placebo, 292
Plan
de tratamiento, 77
metas y procedimientos, 77
para el niño, 85
terapéutico, 229
Planteamiento del caso, 371
Poder y control, 20, 180
Poesía, 15
PPI (personificación, proyección e intercambio de papeles), 230
Predictibilidad, 7
Pregunta del milagro, 300
Primeros recuerdos, interpretación de, 93
Principio(s)
de abstinencia analítica, 45
de exteriorización, 109
éticos, 27
Problema(s)
de socialización, 239
educativos, 245
ético, 29, 30
interpersonales, 230
intrapsíquicos, 230
neurológicos, 260
psicosociales, 4
Procesamiento
intrínseco, 76
no verbal, 49
Proceso
de afrontamiento, 133
de autorregulación organísmica, 174
de curación, 198
de terapia, 139
homeostático, 174
Profesional de la salud mental, 37
Programación neurosecuencial, 277
Proyección(es), 175
reconocer las, 179
Prueba
de confianza, amor y ayuda, 43
de hipótesis, 321
de realidad, 21, 358
Psicoanálisis, 44, 55
Psicoanalista infantil, 60
Psicobiólogo, 275
Psicología, 27, 271
comunitaria, 154
del niño, 59
con trauma, 354
erudita del adulto, 59
Gestalt, 65
individual, 85, 90, 235
social, 55
Psicopatología, 254, 350
de los padres, 59
infantil, 171
Psicoterapeuta, 107
Psicoterapia, 4, 16, 46, 207, 325, 349, 361
de grupo, 16
individual, 79
infantil, 74
jungiana, 60
integrativa, 357, 367
normativa, 365, 373
para adultos, 78
psicodinámica, 210, 224
pura, 105
Psique+, 61
durante la niñez, 60
Puristas, 361
R
Razonamiento, 61
RDO (palabras en lugar de acciones), **319**
Reacciones emocionales del niño, 51
Realidad

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

psíquica,
externa, 45
interna, 45
subjetiva, 90
Realimentación, 286
Recompensa, 16
Reconocimiento, 46
Recuerdos reprimidos, 5
Rechazo, 50
Reeducación, 236
Reestructuración cognitiva, 354
Reexperimentación emocional, 196
Reflejar, 279, 283
Reforzamiento
conductual, 245
positivo, 174, **318**, 320
Registro de pensamientos disfuncionales, **319**
Regulación emocional, 4
Relación, 132, 183
interpersonal dinámica, 228
maestro-estudiante, 98
terapéutica, 136, 237
yo-tú, 171, 183
Relativismo ético, 27
Relatos narrados, 229
Reorientación, 236
Resiliencia, 74
Resistencias, 174
Respuestas terapéuticas, 237
Retardo mental, 245
moderado, 286
Retraído, 35
Revisión o inventario, 283
Risa, 19
S
Saborear, 178
Salud
emocional, 146
mental, 28, 31, 37, 74, 78, 126
del niño, 269
Saludos, 283
Seducción, 50
Seguir al líder, 279
Seguridad
emocional, 197
interpersonal, 50
Self, 61, 62, 130, 131
apoyo del, 173
crítico, 182
de la niña, 181
definición del, 178
diferenciado del, 131
enriquecimiento del, 183
experiencias para fortalecer el, 178
fortalecimiento del, 177, 183
proteger el, 173
Sensibilidad
ética, 36
hacia el niño, 10
Sensibilización, 106
Sentido(s), 171, 177
de sí mismo, 20
Sentimientos, 76, 85, 112, 238
agobiantes, 189
ambivalentes, 78
del niño, 62
desagradables, 18
expresión de, 184
Sesiones de terapia, 208
Sexualidad, 50
Simbolismo, 202
Simón dice, 278
Síndrome de Asperger, 51, 117, 197
Sistema
arquetípico de autocuidado, 63
de salud mental, 297
familiar, 207, 266
inmunológico, 19
límbico, 277
nervioso,
central, 199
del niño, 199
simbólico, 236
Situación resbaladiza, 281
Sobreestimulación, 275
Solución(es), 297
creativa de problemas, 21
de problemas, 263
del habla, 297, 307
del pensamiento, 297, 307
positivas, 298
Sombra, 70, 79
Sonidos de las partes del cuerpo, 280
Soporte emocional, 16
Sublimación, 19
Suceso traumático, 76
Sueños
de la niñez, 59
enviados por Dios, 59
Superación de la resistencia, 114, 161
Superioridad, 87
Suposición terapéutica, 303
T
Tallo cerebral, 277
TAR (trastorno reactivo del apego), 355
TBES (terapia breve enfocada en la solución), 298
TC (terapia cognitiva), 313
TCC (terapia cognitivo-conductual), 74
TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), 62, 147, 196, 278
TE (tamaño del efecto), 74
Técnica(s)
creativas, expresivas y proyectivas, 181
de entrevista, 315
de escalamiento, 299
de escupir en la sopa, 94, 101
de la pistola de dardos, 111
del Mundo, 5
modificada de relajación, 319
no verbal de dibujos espontáneos, 78
Temor, 47
Tenis con globo, 282
Tensión psicológica, 134
Teoría
adleriana, 97
centrada en el niño, 129
cognitiva, 313
de Jung, 59
de la terapia familiar, 209
de Piaget, 107
del apego, 275, 290
del desarrollo del apego, 154
del trauma divulgada, 76
ecosistémica, 253
esotérica de Jung, 59
freudiana del inconsciente personal, 61
hidráulica, 5
jungiana, 16
psicoanalítica, 3, 41
contemporánea, 49
TEPT (trastorno de estrés postraumático), 106
Terajuego, 7, 275, **372**
agenda para una sola sesión, 283
antecedentes históricos, 276
aplicaciones clínicas, 289
apoyo empírico, 290
caso ilustrativo, 286
compromiso, 279
constructos básicos, metas y técnicas, 276
cuarta sesión, 288
dimensiones y técnicas, 278
ejemplos de actividades de estructuración, 278
estructura, 278
investigación del, 290
metas del, 292
nocturno, 285
novena sesión, 288
planeación y proceso del tratamiento, 282
poner crema o talco en partes adoloridas, 280
primera sesión de, 286

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

revisiones, 288
rol de los padres, 285
rol del terapeuta, 284
segunda sesión, 287
sesiones quinta a octava, 288
teoría de, 276
tercera sesión, 287
Terapeuta(s)
adleriano, 88
de juego, 5, 8, 16
adleriano, 86, 89
centrado en el niño, 137
ecosistémico, 262
experiencial, 196, 198
infantil, 350
jungianos, 69
filiales, 6
Gestalt, 176
infantil, 20, 48
papel del, 70
permisivo, 79
psicoanalíticos de juego contemporáneos, 45
Terapéutica diferencial, 365
Terapia
breve enfocada en la solución, 298, 299
causal, 368
cognitiva, 313, 315
cognitivo-conductual, 53, 74, **372**
conductual, 315
corporal reichiana, 171
de acción, 244
de interacción entre el niño y sus padres, **372**
Terapia de juego, 3, 153, 188, 314
adleriana, 85, 236
aplicaciones clínicas, 97
apoyo empírico, 97
constructos básicos, metas y técnicas, 85
construir una relación igualitaria, 91
cuarta fase, 95
exploración del estilo de vida del niño, 92
metas y técnicas de, 91
obtener insight sobre su estilo de vida, 94
papel de los padres, 97
papel del terapeuta, 96
primera fase, 91
reorientación o reeducación, 95
seguimiento, 91
segunda fase, 92
tercera fase, 94
analítica, 59
jungiana, 60, 64
aplicaciones de, 6
breve historia de, 4
centrada en el niño, 129, **372**
aplicación clínica, 146
apoyo empírico, 146
campo fenomenológico, 130
constructos bás icos, metas y técnicas, 129
función del terapeuta, 137
juguetes y materiales, 137
metas de, 132
modelo de, 129
rol de los padres, 138
cognitiva, 368
cognitivo-conductual, 6, 16, 313, 314, 316, 359, **372**
aplicaciones clínicas, 324
apoyo empírico, 325
constructos básicos, metas y técnicas, 315
desensibilización sistemática, **318**
desvanecimiento del estímulo, **319**, 320
dificultades para poner en práctica el modelo, 325
ejemplos de intervenciones conductuales, **318**
estrategias de cambio cognitivo, 321
extinción y RDO, 320
intervenciones, 318
intervenciones cognitivas, 321
metas, 317
métodos, 317
moldeamiento y reforzamiento positivo, **318**
principios de, 316
programación de actividades, **319**, 321
registro de pensamientos disfuncionales, **319**, 321
rol de los padres, 323
rol del terapeuta, 322
semejanzas y diferencias, 317
cómo empezar y terminar una sesión, 8
con adolescentes y adultos, 6
con bebés y niños pequeños, 6
con flexibilidad de la secuencia, 354
conductual, **372**
cuestiones éticas en, 27
de abreacción y recreación, 368
de actividad grupal, 244
de liberación, 105
aplicaciones clínicas, 119
apoyo empírico, 121
conceptos básicos, metas y técnicas, 107
criterios para usar, 108
dificultades para implementar el modelo, 124
específica (TJLE), 108
general (TJLG), 108
metas para los niños, 108
papel de los padres, 118
definición, 4
ecosistémica, 253, 353
aplicaciones clínicas, 266, 358
apoyo empírico, 267
caso ilustrativo, 359
conceptos básicos, metas y técnicas, 254
conceptualización de la meta y la cura, 261
dificultades para poner en práctica el modelo, 270, 361
filosofía subyacente, 254
grupal, 269
implementación de procesos de cambio, **264**
patología, 259
rol de los cuidadores, 265
rol de los padres, 358
rol del terapeuta, 262, 358
uso de poderes terapéuticos, 262
eficacia de, 10
en una escuela primaria, 239
enfocada en la solución, 297
aplicaciones clínicas, 304
apoyo empírico, 305
ayudar a niños y a familias a encontrar soluciones, 297
dificultades para poner en práctica el modelo, 307
escalamiento, 301
establecimiento de metas, 299
excepciones, 301
metas del niño, 299
poderes terapéuticos del juego, 299
rol de los padres, 304
rol del terapeuta, 303
sesiones de seguimiento, 303
sesiones subsecuentes, 303
técnicas expresivas de, 300
enfoque psicoanalítico, 41
específica para el abuso, **372**
establecimiento de límites, 8
etapa,
de construcción del rapport+, 9
de terminación, 10
de trabajo, 10
principal, 9

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

experiencial, 187
aplicaciones clínicas, 196
del arte, 308
dificultades para poner en práctica, 201
ejemplo ilustrativo de, 199
etapa de crecimiento terapéutico, 192
etapa de dependencia, 190
etapa de prueba de protección, 189
etapa exploratoria, 188
evidencia a favor de, 198
papel del terapeuta, 187
participación de los padres, 195
poderes terapéuticos del juego, 193
terminación, 192
familiar, 6, 78, 207
aplicaciones clínicas, 213
apoyo empírico, 213
conceptos básicos, metas y técnicas, 207
dificultades para poner en práctica, 223
historia y su interpretación, 223
modelo teórico para, 210
papel de los padres, 213
poderes terapéuticos del juego, 210
propiedades curativas del juego, 223
rol del terapeuta, 211
filial, **372**
formas de llevar a la práctica, 6
gestalt, 171
autorregulación organísmica, 174
constructos básicos, metas y técnicas, 171
contacto y resistencia, 173
evaluación y plan de tratamiento, 172
plan de tratamiento, 172
resistencias o perturbaciones, 174
rol de los padres, 182
rol del terapeuta, 182
trabajo con niños y adultos, 176
uso de la proyección, 175
grupal, 6, 227, **372**
aplicaciones clínicas, 243
aplicaciones transculturales, 246, 247
apoyo empírico, 245
bases de, 230
centrada en el niño, 235, 245
con niños, 230
con reforzamiento conductual, 245
consideraciones legales y éticas, 239
constructos básicos, metas y técnicas, 230
duración y frecuencia de las sesiones, 235
escenario de, 231
establecimiento de límites, 237
establecimiento del grupo y materiales, 234
Gestalt, 236
jungiana, 236
materiales seleccionados de juego, 228
mediante el uso de fichas, 245
metas, 231
no directiva, 245
procedimientos de grupo, 228
proceso de la, 231
respuestas terapéuticas, 237
rol de los padres, 238
rol del terapeuta, 236
selección y tamaño del grupo, 232
técnicas específicas, 243
teoría y técnicas, 235
importancia, 4
inclusión de padres y cuidadores, 9
individual, 8, 246
integrativa, 349, 362
conceptos básicos, metas y técnicas, 351
factores comunes, 351, 355
integración asimilativa, 352
integración teórica, 351
poderes terapéuticos del juego, 357
jungiana, metas, 63
narrativa, 229
conceptos básicos, metas y técnicas, 230
dificultades para poner en práctica el modelo, 245
poderes terapéuticos del juego que subyacen al +, 236
rol de los padres, 240
rol del terapeuta, 238
normativa, 22, 365
correspondencia normativa, 367
creencias fundamentales, 365
dificultades, 373
directrices para la práctica, 371, **372**
eclecticismo, 366
evaluación exhaustiva, 371
mecanismos de cambio terapéutico, 369
premisa básica, 371
psicoterapia integrativa, 367
rol del terapeuta, 373
terapéutica diferencial, 365
tratamiento con apoyo empírico, 368
para fortalecer el apego, 275
poderes terapéuticos, 15
proceso de, 69
psicoanalítica, 46, 55
psicodinámica, 359
Terapia
de la relación,
entre el niño y los padres, 154, 164
padre-hijo, 358
de liberación, 105, **372**
del habla, 292
diádica familiar, 360
en la caja de arena, 359
familiar, 27, 305
de juego, 4
filial, 6, 78, 139, 153, 355
a toda la familia, 157
apoyo empírico, 164
conceptos básicos, metas y técnicas, 154
dificultades, 167
empodera a los niños, los padres y las familias, 155
enfoque orientado al proceso, 155
metas de la, 156
padres como verdaderos compañeros en proceso, 155
rol de los padres, 162
rol del terapeuta, 162
técnicas, 157
Gestalt, 171, 175
grupal,
de juego cognitiva-conductual, **372**
en la caja de arena, 244
individual, 139, 236
infantil, 5
contemporánea, 47
enfoques psicoanalíticos de, 43
jungiana, 59
matrimonial, 27, 283
narrativa, 234, 235
construccionista, 235
por actividad, 244
psicoanalítica, 4
moderna, 55
tradicional, 6
Terminación, 192

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

TF (terapia filial), 153
Tiempo fuera, **319**
Títere, **318**
TJ (terapia de juego), 314
TJCC (terapia de juego cognitivo-conductual), 313
TJCN (terapia de juego centrada en el niño), 147
TJE (terapia de juego experiencial), 187, 353
TJES (terapia de juego enfocada en la solución), 297
TJL (terapia de juego de liberación), 105
Tocar, 178
Toma de decisiones, 133, 277
Trabajo
  artístico, 7
  de Winnicott, 46
  del *self*+, 177
  emocional, 177
  en la transferencia, 62
  metafórico, 211, 212
  proyectivo, 176
  psicológico, 121
  social, 27
Transferencia, 62
Trastorno(s)
  bipolar, 304
  conductual(es), 291, 367
  de ansiedad por la separación, 197
  de conducta, 245, **372**
  de desarrollo atípico, 52
  de estrés postraumático, 106, 110, 120, **372**
    al trastorno bipolar, 304
  de la eliminación, 197
  de mala conducta, 197
  de personalidad, 313
  del apego, 197, 291
  disociativo de la personalidad, 197
  fóbicos, 197
  mentales, 313
  negativista desafiante, 107, 197, **372**
  obsesivo-compulsivo, 197, 304, **372**
  por déficit de atención con hiperactividad, 62, 147, 196, 278, 304, **372**
  psicológicos, 349
  reactivos, 196
    del apego, 355, **372**
Tratamiento
  con apoyo empírico, 368
  de Niños en Crisis de Filadelfia, 154
Trauma
  infantil, 79
  médico, 200
  psíquico, 210
Tricotilomanía, 147
TRNP (terapia de la relación entre el niño y los padres), 154

U
Unidades de educación continua apropiadas (UEC), 29
Universalidad, 16
Utilidad, 371
Utilitarismo, 27

V
Venganza, 88
Ver, 178
Veracidad, 28, 37
Verbalización, 44
Verdugo, 50
Vértigo, 80
Víctima(s), 50
Victoria espiritual para el niño, 192
Vida
  cotidiana, 106
  cultural, 15
  emocional del niño, 188
  real, 229, 230
Violación legal, 31
Violencia doméstica, 111, 290
Visión fenomenológica del mundo, 90

Y
Yo, 61
  confiabilidad basada en, 66
  fortalecimiento del, 4
  insustancial, 63
  sano, 81

Z
Zorro, 195

© **Editorial El Manual Moderno** Fotocopiar sin autorización es un delito.

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos de la
segunda edición el 30 de marzo de 2012
en los talleres de Grafiscanner, S.A. de C.V.,
Bolívar 455- L, Col. Obrera,
Del. Cuauhtémoc, C.P. 06800,
México, D.F.

2ª edición, 2012

•