

2ª edición

Manual de terapia de juego

Kevin J. O'Connor
Charles E. Schaefer
Lisa D. Braverman

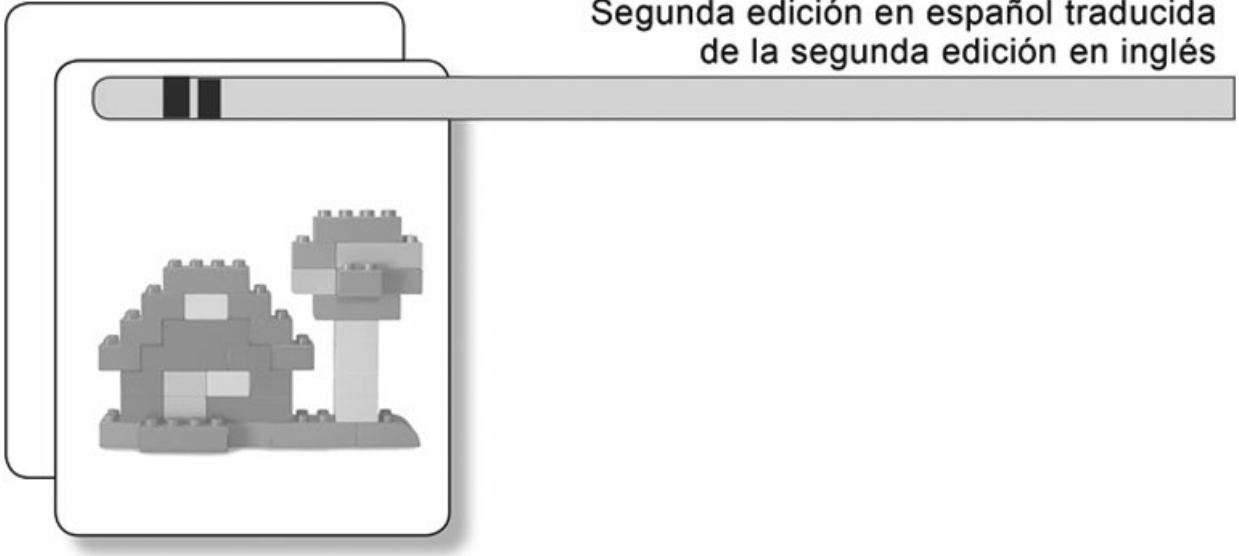


Manual Moderno

Manual de terapia de juego

2a. edición

Segunda edición en español traducida
de la segunda edición en inglés



Manual de terapia de juego

Kevin J. O'Connor, PhD, ABPP, RPT-S

Charles E. Schaefer, PhD, RPT-S

Lisa D. Braverman, PhD

Traducción:

Mtro. Jesús Cisneros Herrera

Universidad Nacional Autónoma de México

Revisión técnica:

Dra. Nancy Constantina Mazón Parra

Doctora en Psicología educativa

Universidad Nacional Autónoma de México

Editora responsable:

Lic. Georgina Moreno Zarco

Editorial El Manual Moderno



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 Ciudad de México

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.

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 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 Ciudad de México, México

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

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

Título original de la obra:

Handbook of play therapy, second edition.

Copyright © 2016 by John Wiley & Sons, Inc.

“All Rights reserved. This translation published under license with the original publisher John Wiley & Sons, Inc.”

“Todos los derechos reservados. Esta traducción es publicada bajo licencia con John Wiley & Sons, Inc.”

ISBN: ***_***_***_***_*

Manual de terapia de juego, 2a ed.

D.R. © 2017 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-625-4 (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 o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto

Novedades

Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Manual de terapia de juego / [coordinadores y autores] Kevin J. O'Connor, Charles E. Schaefer, Lisa D. Braverman ; traducción Jesús Cisneros Herrera. -- 2ª. edición. -- Ciudad de México : Editorial El Manual Moderno, 2017.

xxi, 624 páginas : ilustraciones ; 28 cm.

Traducción de: Handbook of play therapy -- Second edition. Incluye índice

ISBN: 978-607-448-625-4 (versión electrónica)

1. Terapia de juego. 2. Psicoterapia infantil. 3. Terapia recreativa. I. O'Connor, Kevin J. II. Schaefer, Charles E. III. Braverman, Lisa D. IV. Cisneros Herrera, Jesús, traductor.
618.92891653scdd21 Biblioteca Nacional de México

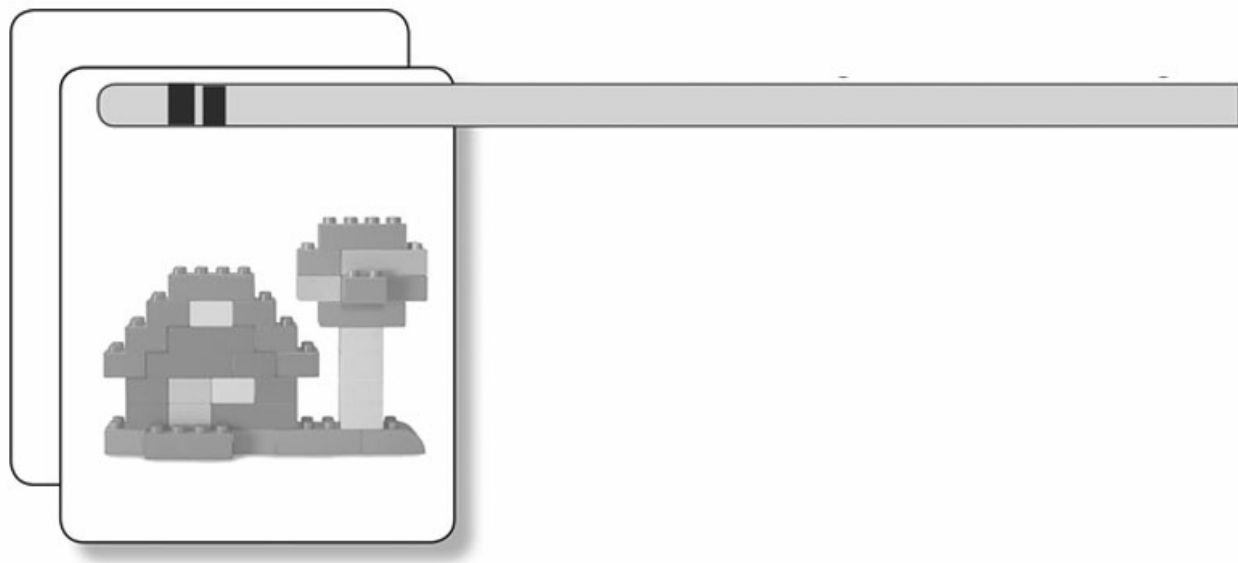
Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora de desarrollo:
Tania Flor García San Juan

Diseño de portada:
LCS. Adriana Durán Arce



Agradezco a los niños, familias, estudiantes y profesionales que han contribuido al entendimiento del valor del juego y al crecimiento del campo de la terapia de juego.



Contenido

[Prefacio](#)

[Acerca de los autores](#)

[Colaboradores](#)

[PARTE 1. INTRODUCCIÓN](#)

[Capítulo 1. Introducción al campo de la terapia de juego](#)

John W. Seymour

[Desafíos para la psicoterapia y la terapia de juego](#)

[Surgimiento del campo de la terapia de juego](#)

[Avance hacia el futuro de la práctica e investigación en la terapia de juego](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 2. Historia de la terapia de juego](#)

Jane L. Johnson

[Historia preliminar: el camino a la terapia de juego](#)

[Expansión de los modelos de terapia de juego](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 3. Poderes terapéuticos del juego](#)

Athena A. Drewes y Charles E. Schafer

[Factores terapéuticos](#)

[Antecedentes históricos](#)

[Poderes terapéuticos del juego](#)

[Modelos transteóricos de la terapia de juego](#)

[Principales poderes terapéuticos del juego](#)

[Perspectivas futuras](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

PARTE 2. TEORÍAS ESENCIALES

Capítulo 4. Terapia de juego psicoanalítica y jungiana

Audrey f. Punnett

[Teoría](#)

[Investigación](#)

[Procedimiento/técnica](#)

[Comentarios finales sobre el caso](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 5. Terapia de juego centrada en el niño

Geri Glover y Garry L. Landreth

[Teoría](#)

[Procedimiento](#)

[Investigación](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 6. Terapia de juego cognitivo-conductual

Susan M. Knell

[Teoría](#)

[Procedimiento y técnica](#)

[Investigación](#)

[Conclusión](#)

[Apéndice: materiales de juego](#)

[Referencias](#)

Capítulo 7. Terapia filial

Risë VanFleet y Glade L. Topham

[Teoría](#)

[Sustento empírico de la Terapia filial](#)

[Procedimiento](#)

[Ejemplo de caso](#)

[Referencias](#)

Capítulo 8. Theraplay[®]: Creación de relaciones de apego seguras y felices

Phyllis B. Booth y Marlo L.-R. Winstead

[Teoría](#)

[Procedimientos y técnicas](#)

[Resultados de la investigación sobre Theraplay](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 9. Terapia de juego ecosistémica

Kevin J. O'Connor

[Teoría](#)

[Procedimiento](#)

[Características del cliente, indicaciones y contraindicaciones](#)

[Procesos y etapas del tratamiento](#)

[Ejemplo de un caso complicado](#)

[Investigación](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 10. Terapia de juego prescriptiva

Charles E. Schaefer y Athena A. Drewes

[Principios básicos](#)

[Prácticas medulares](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

PARTE 3. TÉCNICAS ESENCIALES

Capítulo 11. Terapia de juego con arena/arenero

Linda E. Homeyer

[Teoría](#)

[Procedimiento](#)

[Logística](#)

[Etapas y estrategias del tratamiento](#)
[Consideraciones neurobiológicas](#)
[Investigación](#)
[Referencias](#)

Capítulo 12. Metáforas e historias en la terapia de juego

Pat Pernicano

[Introducción](#)
[Teoría](#)
[Investigación](#)
[Procedimiento/técnica](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

Capítulo 13. Artes expresivas en la terapia de juego

Julia Gentleman Byers

[Teoría](#)
[Investigación](#)
[Técnica](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

Capítulo 14. El drama en la terapia de juego

Steve Harvey

[Justificación teórica](#)
[Procedimiento y técnicas](#)
[Etapas del tratamiento](#)
[Actividades de evaluación](#)
[Requisitos y características del terapeuta](#)
[Características del cliente](#)
[Disposición del cuarto de juego](#)
[Evaluación previa a la intervención](#)
[Investigación](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

Capítulo 15. Juegos mesa en la terapia de juego

Jessica Stone

[Investigación](#)

[Teoría](#)

[Procedimiento/técnica](#)

[Áreas de evaluación en la TJJT](#)

[Conclusión](#)

[Hoja de trabajo de la TJJT](#)

[Referencias](#)

PARTE 4. APLICACIONES EN POBLACIONES ESPECIALES

Capítulo 16. Terapia de juego a lo largo del ciclo vital: niños, adolescentes y adultos

Heidi Gerard Kaduson

[Por qué la terapia de juego es adecuada](#)

[Teorías más adecuadas para trabajar con distintos grupos de edades](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 17. Terapia de la interacción padres-hijos con niños con trastornos de conducta disruptiva

Lauren Borduin Quetsch, Nancy Wallace, Meredith Norman, Ria Travers y
Cheryl McNeil

[Fundamentos teóricos](#)

[Modelo para brindar servicios](#)

[Componentes de la TIPH](#)

[Implementación exitosa de la TIPH](#)

[Fundamentos empíricos](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 18. DIR®/Floortime™: Enfoque de desarrollo/relacional de la terapia de juego para el tratamiento de niños con retrasos en el desarrollo, incluyendo el trastorno del espectro autista (TEA) y las

dificultades del procesamiento sensorial

Esther B. Hess

[Población a la que se dirige](#)

[Por qué el juego es adecuado](#)

[Teorías idóneas para trabajar con esta población](#)

[Modelo Floortime](#)

[Técnicas/estrategias específicas para el trastorno del espectro autista](#)

[Evidencias del enfoque DIR/Floortime](#)

[Discusión: integración y aplicación de DIR/Floortime](#)

[Referencias](#)

Capítulo 19. Terapia de juego con niños con problemas de apego

Sarah C. Patton y Helen E. Benedict

[Definición de la población](#)

[Consideraciones especiales](#)

[Fundamentos teóricos](#)

[Por qué es adecuada la terapia de juego](#)

[Estrategias terapéuticas](#)

[Evidencia empírica](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 20. Terapia de juego con niños con discapacidad

Karla D. Carmichael

[Definir la población](#)

[Modalidades de la terapia de juego](#)

[Modificaciones al procedimiento](#)

[Investigación/evidencia base](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 21. Terapia de juego con sobrevivientes de trauma interpersonal: superar el abuso y el crimen

Charles Edwin Myers

[Definición de la población](#)

[Teorías más aptas para trabajar con esta población](#)

[Modificaciones al procedimiento](#)
[Técnicas y estrategias específicas para esta población](#)
[Investigación/evidencia](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

Capítulo 22. Terapia de juego con niños que experimentan enfermedad médica y trauma

Laura Nabors y Jessica Kichler

[Población](#)
[Características y necesidades especiales](#)
[Por qué la terapia de juego es apropiada](#)
[Teorías más apropiadas para trabajar con esta población](#)
[Modificaciones al procedimiento](#)
[Técnicas y estrategias específicas para esta población](#)
[Investigación empírica](#)
[Directrices para la investigación futura](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

Capítulo 23. Terapia de juego e intervención en crisis con niños víctimas de desastres

Jennifer N. Baggerly

[Población](#)
[Por qué la terapia de juego es adecuada](#)
[Teorías de la terapia de juego](#)
[Técnicas y estrategias específicas para esta población](#)
[Investigación/evidencias](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

PARTE 5. TERAPIA DE JUEGO EN ESCENARIOS NO TRADICIONALES

Capítulo 24. Terapia de juego en escenarios médicos

Kristin S. Bemis

[Definición del escenario](#)

[Población](#)

[Orientaciones teóricas más adecuadas para el escenario médico](#)

[Modificaciones al procedimiento](#)

[Técnicas y estrategias en escenarios médicos](#)

[Investigación e intervenciones sobre tratamientos con sustento empírico en escenarios médicos](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 25. Terapia de juego en escuelas

Kristi L. Perryman

[¿Por qué usar la terapia de juego en las escuelas?](#)

[Obstáculos potenciales para implementar la terapia de juego en escuelas](#)

[Modificaciones al procedimiento](#)

[Técnicas y estrategias para usar la terapia de juego en las escuelas](#)

[Investigación/evidencias](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 26. Terapia de juego y el sistema legal

Daniel S. Sweeney

[Competencia y consentimiento: superposición entre la ética y la ley](#)

[Registro de la información](#)

[Abuso infantil y denuncia](#)

[¿Ser terapeuta o investigador?](#)

[Qué hacer con las citas](#)

[Testificar en el tribunal](#)

[Asuntos relacionados con la custodia del niño](#)

[Ser un abogado defensor](#)

[Modelo de toma de decisiones éticas y legales](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

PARTE 6. ASPECTOS PROFESIONALES

Capítulo 27. Ética en terapia de juego

Cynthia A. Reynolds

[Diferencias entre ley y ética](#)

[Consideraciones legales](#)

[Dicotomías éticas](#)

[Modelos de toma de decisiones éticas](#)

[Disposición y aptitud personal ética](#)

[Terminología común de la ética en el trabajo con niños](#)

[Buscar asesoría](#)

[Ofrecer asesoría](#)

[Integrar la ética en la práctica cotidiana](#)

[Referencias](#)

Capítulo 28. Establecimiento de límites en terapia de juego

Allan M. Gonsher

[Delimitaciones](#)

[Establecimiento de límites y delimitaciones con niños](#)

[El cuarto de juego](#)

[Estrategias para establecer límites](#)

[Establecimiento de límites en terapia de juego](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 29. Supervisión en terapia de juego

Jodi Ann Mullen

[Introducción a la supervisión](#)

[Fundamentos de la supervisión](#)

[¿Cómo se lleva a cabo la supervisión?](#)

[Revisión clínica](#)

[Formatos de supervisión](#)

[¿Quiénes deben participar en la supervisión en terapia de juego?](#)

[¿Cómo aprenden los supervisores a supervisar?](#)

[Supervisión de la supervisión](#)

[Supervisión lúdica](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

PARTE 7. TEMAS CONTEMPORÁNEOS

Capítulo 30. Investigación en terapia de juego: temas para el progreso en el siglo XXI

Janine Shelby, Ruth Ellingsen y Charles E. Schaefer

[Investigación y preguntas sobre la eficacia de la terapia de juego: una amplia red](#)

[Estado de la investigación sobre la terapia de juego: ¿en la mirada del espectador?](#)

[¿Hay evidencias que sustenten el uso de la terapia de juego?](#)

[¿Dónde se encuentra la terapia de juego y cómo puede seguir avanzando?](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 31. Terapia de juego y neurociencia: el terapeuta con dominio de la neurobiología

Edward F. Hudspeth y Kimberly Matthews

[Neurociencia de crecimiento y desarrollo óptimos](#)

[Comprender el proceso interpersonal mediante la neurociencia](#)

[La influencia de la neurociencia en los poderes terapéuticos del juego](#)

[Futuro de los principios de la neurociencia en la práctica de la terapia de juego](#)

[Influencias actuales de la neurociencia en los modelos terapéuticos y diagnósticos](#)

[Aplicación de la investigación neurobiológica en la práctica de la terapia de juego](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#)

Capítulo 32. Temas de cultura y diversidad en terapia de juego

Eliana Gil y Lexie Pfeifer

[Sensibilidad cultural en los escenarios clínicos: un campo de estudio en evolución](#)

[Historia del interés en temas culturales en la práctica clínica](#)

[Temas culturales en terapia de juego](#)

[Trabajar con niños y sus cuidadores: un contexto sistémico cultural](#)

[Establecer un consultorio incluyente en términos culturales](#)

[Cuando los niños presentan actitudes racistas o prejuiciales](#)
[El futuro de la terapia de juego competente a nivel cultural](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

Capítulo 33. Tecnología en la terapia de juego

Kevin B. Hull

[Consideraciones clínicas](#)
[Usos y beneficios de la tecnología en el cuarto de juego](#)
[Futuro de la terapia de juego y la tecnología: implicaciones para la investigación](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

PARTE 8. INVESTIGACIÓN

Capítulo 34. Métodos apropiados para el estudio de la terapia de juego

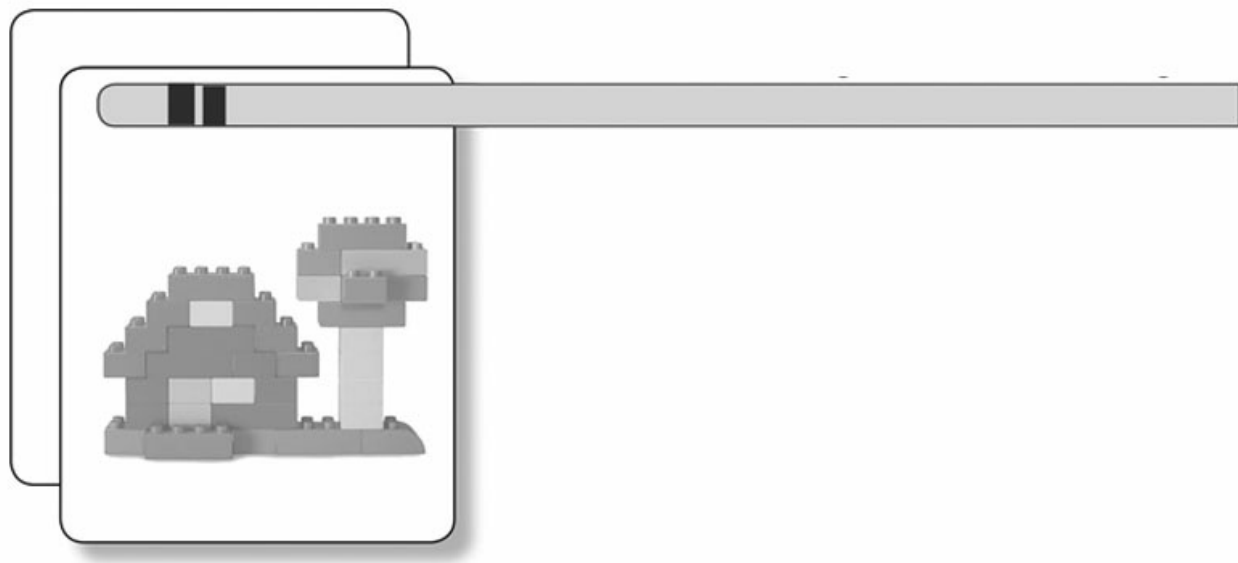
Dee C. Ray y Hayley L. Stulmaker

[Requisitos del investigador en terapia de juego](#)
[Base de evidencias del tratamiento en salud mental](#)
[Diseños de investigación cuantitativa](#)
[Diseños de investigación cualitativa](#)
[Implicaciones para el clínico y el investigador tradicional](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

Capítulo 35. Sustento empírico de la terapia de juego: fortalezas y limitaciones

Sue C. Bratton

[Panorama histórico](#)
[Estatus actual de la investigación en terapia de juego](#)
[Resumen de las fortalezas y limitaciones](#)
[Conclusión](#)
[Referencias](#)

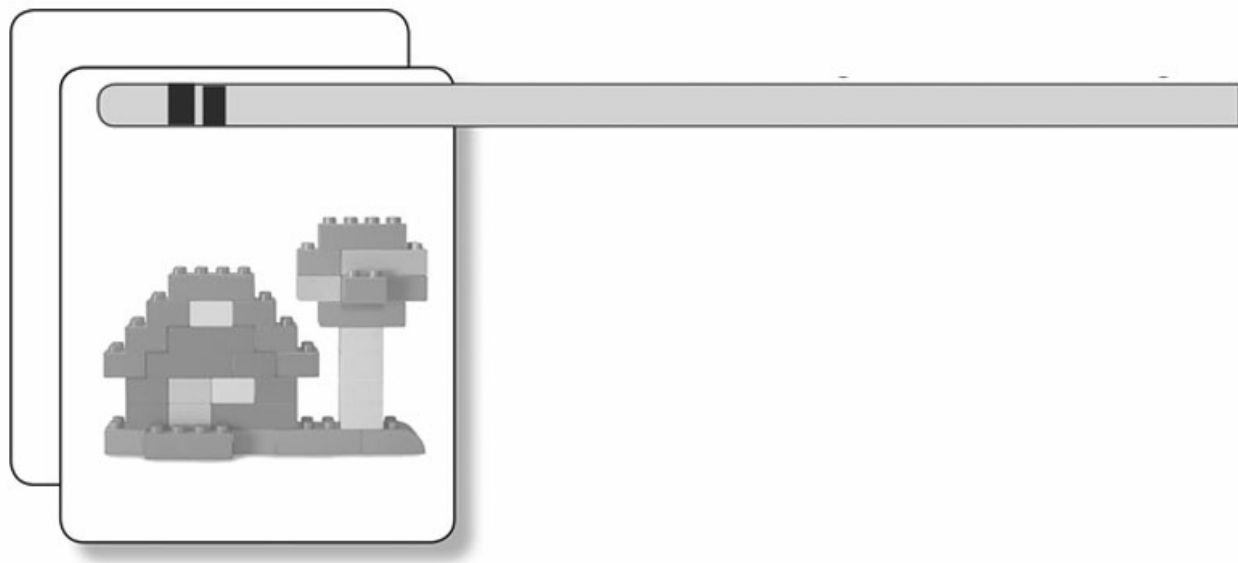


Prefacio

El *Manual de terapia de juego*, publicado en 1983, ha sido considerado como el principal punto de referencia por clínicos, maestros y estudiantes relacionados con el estudio y la práctica de la terapia de juego. El *Manual de terapia de juego, vol. 2: avances e innovaciones*, publicado en 1994, constituyó una notable ampliación del primer volumen. Después de poco más de dos décadas, el *Manual de terapia de juego, 2a ed.*, presenta una revisión importante de aquellos dos hitos de la literatura. Incluye una cobertura exhaustiva de los avances teóricos, técnicos, metodológicos y de investigación en el campo de la terapia de juego, siempre en crecimiento.

Con el fin de estar a la altura de los estándares establecidos por los dos primeros volúmenes, hicimos tres cosas. Primero, invitamos otra vez a las máximas autoridades en los diversos aspectos de la terapia de juego para que escribieran capítulos originales sobre los desarrollos alcanzados en el campo desde 1994. Segundo, incluimos material que presenta enfoques interdisciplinarios, teorías eclécticas, y tiene amplio alcance. Por último, intentamos reflejar la creciente tendencia a implementar tratamientos con sustento empírico incorporando las nuevas evidencias que apoyan las intervenciones basadas en el juego siempre y donde fue posible.

El *Manual de terapia de juego, 2a ed.*, comienza presentando un panorama y la historia del campo de la terapia de juego, así como una discusión de los poderes generales del juego. En la segunda sección, aparecen los principales enfoques teóricos de la terapia de juego, como la psicoanalítica, centrada en el cliente, cognitivo-conductual y filial. También se habla de los enfoques de Theraplay, ecosistémico y prescriptivo. La tercera sección está integrada por capítulos sobre las técnicas esenciales de terapia de juego. La cuarta sección aborda el uso de la terapia de juego con poblaciones cuyas necesidades de servicios de salud mental, a veces, pasan desapercibidos. En la quinta sección, se habla del uso de la terapia de juego en escenarios distintos de los tradicionales para ofrecer servicios de salud mental, como los escenarios médicos, legales y educativos. En la sexta sección, se tratan temas de ética en la práctica de la terapia de juego, como el establecimiento de límites y la supervisión. La séptima sección incluye capítulos sobre temas contemporáneos en el campo de la terapia de juego, como el uso de tratamientos con sustento empírico, y la diversidad cultural, las neurociencias y la tecnología en la práctica clínica. Al final, la última sección presenta capítulos sobre el estado actual de la investigación en terapia de juego y sobre ideas para ampliar el sustento científico para esta importante modalidad terapéutica. Psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y consejeros de todos los niveles de entrenamiento y experiencia encontrarán el *Manual de terapia de juego, 2a ed.*, informativo, inspirador y de gran utilidad clínica.

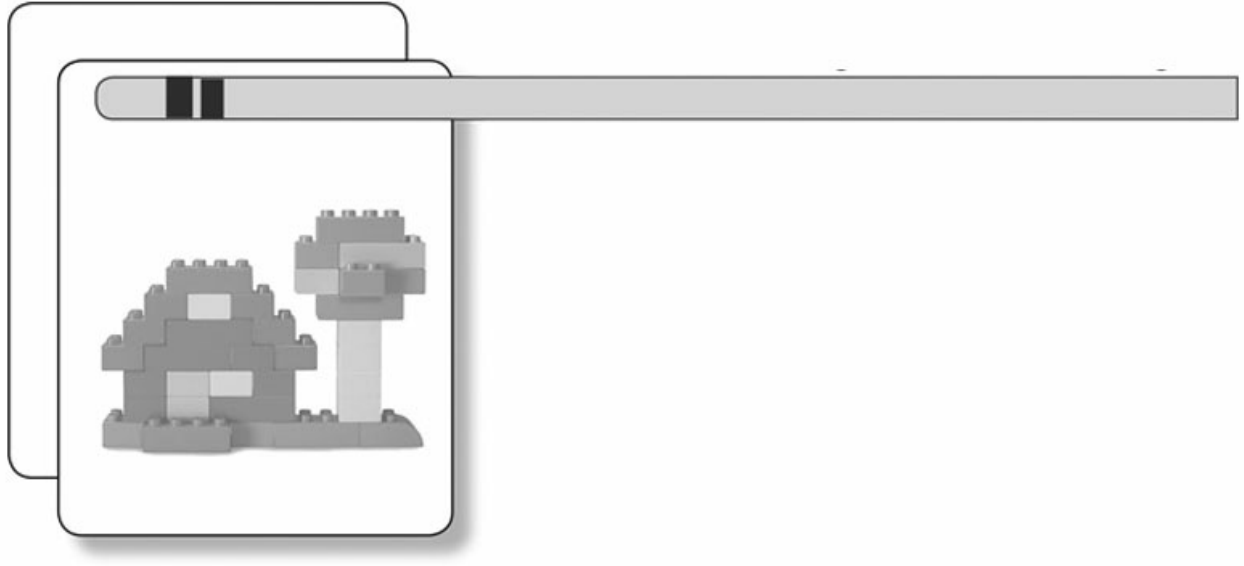


Acerca de los autores

Kevin J. O'Connor, PhD, ABPP, RPT-S, es psicólogo clínico. Profesor Distinguido, coordinador de Ecosystemic Clinical Child Emphasis y director de Ecosystemic Play Therapy Center en la Alliant International University de Fresno, California. Es cofundador y Director Emérito de la Association for Play Therapy. Es autor de numerosos libros, como *The Play Therapy Primer, Second Edition*, coautor de *Play Therapy Treatment Planning and Interventions, Second Edition*, y coeditor de *Play Therapy Theory and Practice, Second Edition*. Imparte talleres con regularidad por todo el territorio de EUA y en otros países, como Canadá, Israel, Italia, Japón, Corea, Kuwait, Holanda, México, Portugal, Singapur y Sudáfrica. Por último, el Dr. O'Connor es psicólogo certificado de niños y adolescentes, y miembro del consejo de la American Psychological Association, además dedica parte de su tiempo al tratamiento de niños y adolescentes.

Charles E. Schaefer, PhD, RPT-S, es Profesor Emérito de Psicología en la Fairleigh Dickinson University de Teaneck, Nueva Jersey. Es cofundador y Director Emérito de la Association for Play Therapy. Imparte con frecuencia conferencias nacionales e internacionales sobre terapia de juego. El Dr. Schaefer es autor/coautor de más de 100 artículos de investigación y autor/editor de más de 60 libros profesionales, como *Foundations of Play Therapy, Second Edition*; *Short Term Play Therapy, Third Edition*; *Play Therapy for Preschoolers*; *Play Diagnosis and Assessment*; y *The Therapeutic Powers of Play, Second Edition*. Se dedica a la práctica privada con niños en Hackensack, Nueva Jersey.

Lisa D. Braverman, PhD, es psicóloga clínica especializada en las áreas de la oncología pediátrica, abuso infantil y trauma. Trata a niños y sus familias, y es tutora *ad litem* de ProKids en Cincinnati. Fue coeditora de la primera y segunda edición de *Play Therapy Theory and Practice*.



Colaboradores

Jennifer N. Baggerly, PhD, LPC-S, RPTES

University of North Texas at
Dallas Dallas, Texas.

Kristin S. Bemis, MEd, LPC, RPT

Therapy Dallas
Dallas, Texas

Helen E. Benedict, PhD, RPTES

Baylor University
Waco, Texas

Phyllis B. Booth, MA, LCPC, LMFT, RPTES

The Theraplay Institute
Evanston, Illinois

Sue C. Bratton, PhD, LPC-S, RPTES

University of North Texas
Denton, Texas

Julia Gentleman Byers, EdD, ATR-BC, LMHC

Lesley University
Cambridge, Massachusetts

Karla D. Carmichael, PhD, LPC, NCC, RPTES

Capella University
Minneapolis, Minnesota

Athena A. Drewes, PsyD, RPTES

Astor Services for Children and Families
Washingtonville, New York

Ruth Ellingsen, MA, C Phil

University of California at Los Angeles
Los Angeles, California

Eliana Gil, PhD, LMFT, ATR, RPTES

Gil Institute for Trauma Recovery and Education
Fairfax, Virginia

Geri Glover, PhD, RPTES

New Mexico Highlands University
Las Vegas, New Mexico

Allan M. Gonsher, LCSW, RPTES

Kids-Incorporated

Overland Park, Kansas, and Omaha, Nebraska

Steve Harvey, PhD, BC-DMY, RPTS

Infant, Child, and Adolescent Mental Health Service, Taranaki District Health Board
New Plymouth, New Zealand

Esther B. Hess, PhD, RPTS

Center for the Developing Mind
Los Angeles, California

Linda E. Homeyer, PhD, LPC-S, RPTS

Texas State University
San Marcos, Texas

Edward F. Hudspeth, PhD, NCC, LPC, RPh, ACS, RPTS

Henderson State University
Arkadelphia, Arizona

Kevin B. Hull, PhD, LMHC

Hull and Associates, PA
Lakeland, Florida

Jane L. Johnson, LCSW, RPTS

The Play Therapist's Workshop
Fort Collins, Colorado

Heidi Gerard Kaduson, PhD, RPTS

The Play Therapy Training Institute, Inc.
Monroe Township, New Jersey

Jessica Kichler, PhD

Cincinnati Children's Hospital Medical Center
Cincinnati, Ohio

Susan M. Knell, PhD

CaseWestern Reserve University
Cleveland, Ohio

Garry L. Landreth, EdD, RPTS

University of North Texas
Denton, Texas

Kimberly M. Matthews, MEd, NCC

The University of Mississippi
University Mississippi

Cheryl McNeil, PhD

West Virginia University
Morgantown, West Virginia

Jodi Ann Mullen, PhD, LMHC, RPTES
State University of New York
Oswego, New York

Charles Edwin Myers, PhD, LCC, NCC, NCSC, ACS, RPTES
Northern Illinois University
DeKalb, Illinois

Laura Nabors, PhD
University of Cincinnati
Cincinnati, Ohio

Meredith Norman, MS
West Virginia University
Morgantown, West Virginia

Kevin J. O'Connor, PhD, ABPP, RPTES
California School of Professional Psychology at Alliant International University
Fresno, California

Sarah C. Patton, PsyD
North Florida/South Georgia Veterans Health System
Gainesville, Florida

Pat Pernicano, PsyD
Spalding University
Louisville, Kentucky
Personal Counseling Service, Inc.
Clarksville, Indiana

Kristi L. Perryman, PhD, LPC, RPTES
University of Arkansas
Fayetteville, Arkansas

Lexie Pfeifer, PhD, LMFT
House of Hope
Salt Lake City, Utah

Audrey E. Punnett, PhD, JA, CSET, RPTES
Private Practice
Fresno, California

Lauren Borduin Quetsch, MS
West Virginia University
Morgantown, West Virginia

Dee C. Ray, PhD, RPTES
University of North Texas

Denton, Texas

Cynthia A. Reynolds, PhD, LPCC-S, CSC, RPT-S

University of Akron

Akron, Ohio

Charles E. Schaefer, PhD, RPT-S

Farleigh Dickinson University

Teaneck, New Jersey

John W. Seymour, PhD, LMFT, RPT-S

Minnesota State University

Mankato, Minnesota

Janine Shelby, PhD, RPT-S

David Geffen School of Medicine, University of California at Los Angeles

Los Angeles, California

Division of Child and Adolescent Psychiatry, Harbor-UCLA Medical Center

Torrance, California

Jessica Stone, PhD, RPT-S

Private Practice

Fruita, Colorado

Hayley L. Stulmaker, PhD, LPC, NCC, RPT

Sam Houston State University

Huntsville, Texas

Daniel S. Sweeney, PhD, LMFT, LPC, RPT-S

George Fox University

Portland, Oregon

Glade L. Topham, PhD, LMFT

Oklahoma State University

Stillwater, Oklahoma

Ria Travers, MS

West Virginia University

Morgantown, West Virginia

Risë VanFleet, PhD, CDBC, RPT-S

Family Enhancement and Play Therapy Center and its Playful Pooch Program

International Institute for Animal Assisted Play Therapy

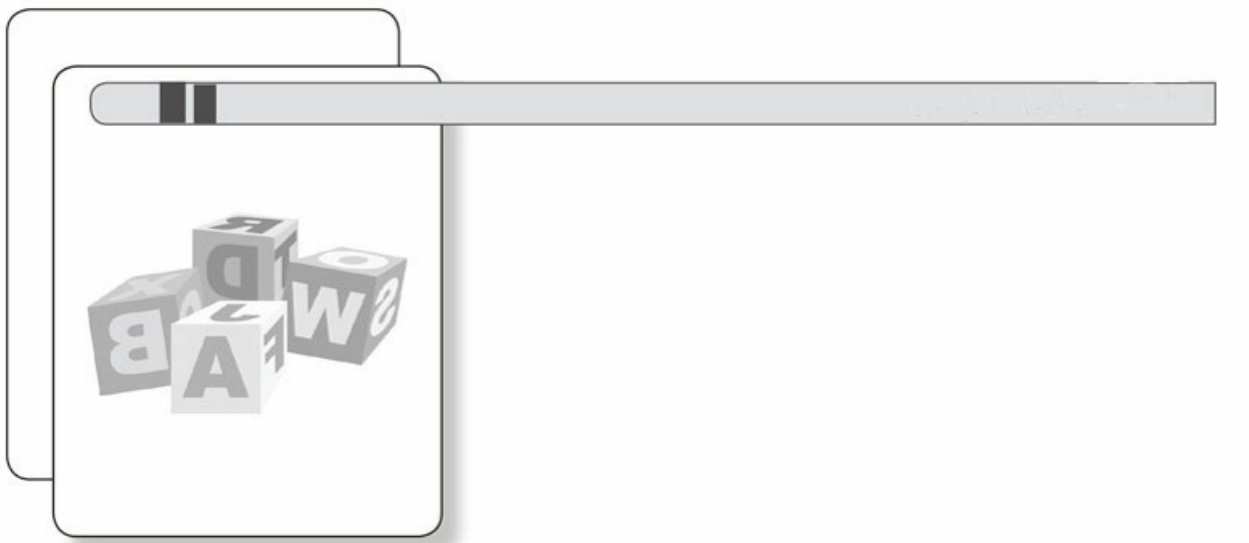
Boiling Springs, Pennsylvania

Nancy Wallace, MS

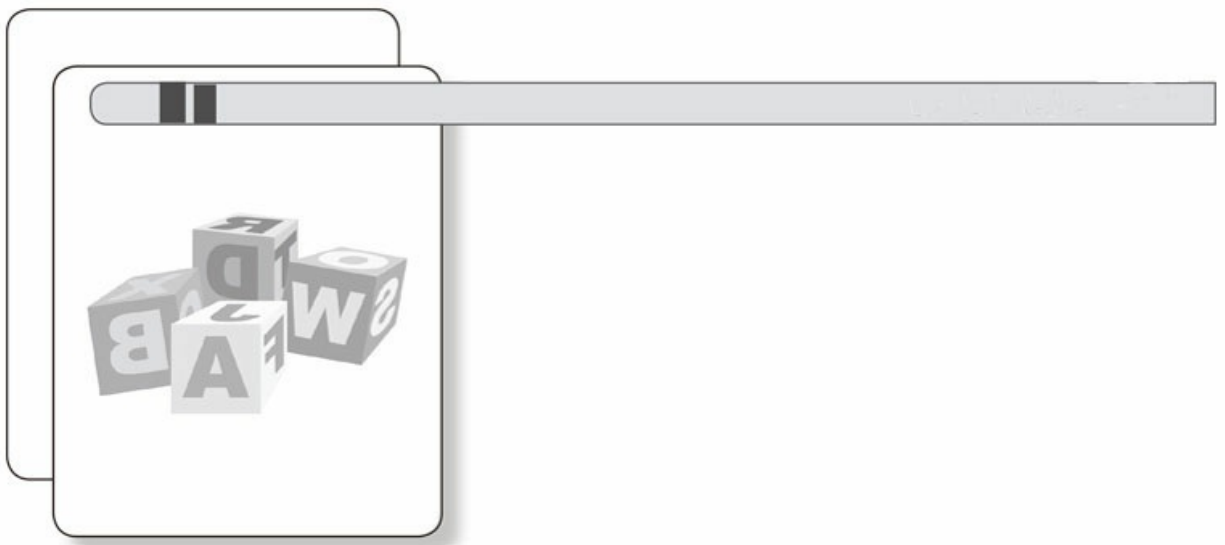
West Virginia University

Morgantown, West Virginia

Marlo L. R. Winstead, MSW, LCSW, LSCSW, RPTES, Theraplay[®] Trainer and Supervisor
Enriching Families, LLC
Tallahassee, Florida
University of Kansas
Lawrence, Kansas



Parte 1
Introducción



Capítulo 1

Introducción al campo de la terapia de juego

John W. Seymour

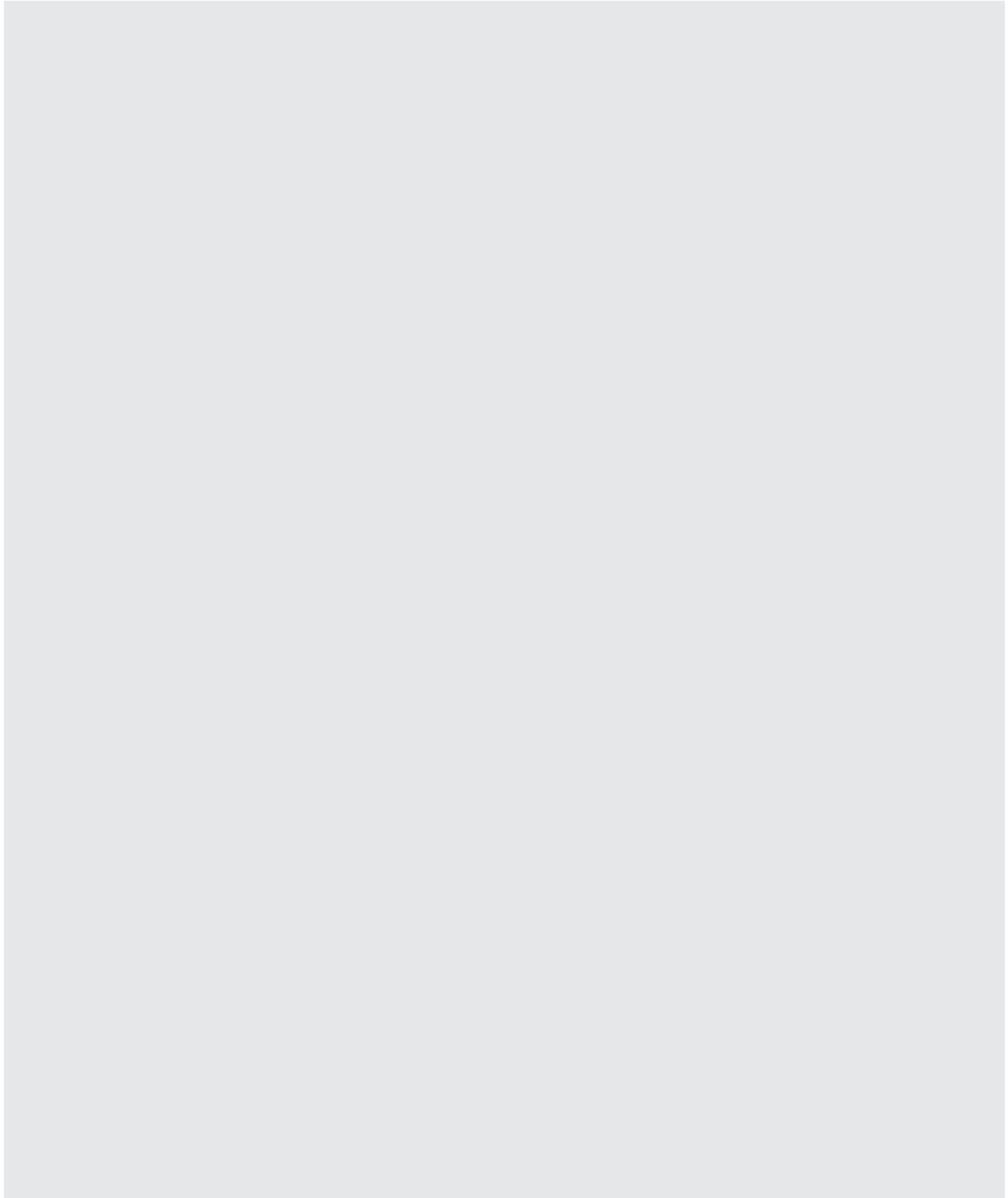
En la tradición occidental, el campo de la terapia de juego se inauguró cuando los pioneros de la psicoterapia empezaron a aplicar y adaptar los nuevos métodos psicoterapéuticos para adultos a las necesidades de la salud mental infantil. Desde el principio, se reconoció que el juego es una manera natural en que el niño establece relaciones, se comunica y resuelve problemas. Sigmund Freud vio en el juego la forma infantil de la libre asociación y, por ello, pensó que podría ofrecer una ventana al funcionamiento interno de la mente infantil (D'Angelo y Koocher, 2011; Ellenberger, 1981). Hermione Hug-Hellmuth (1921) publicó y presentó el primer artículo profesional en el que se usó el término **terapia de juego**. Anna Freud (1936/1966) y Melanie Klein (1932) se dedicaron a extender y aplicar el tratamiento psicoanalítico con niños, y cada una escribió acerca del papel del juego en su trabajo clínico (Donaldson, 1996). El juego en la terapia era considerado, en términos de desarrollo, apropiado para interactuar con niños y esencial como parte del proceso psicoterapéutico (Carmichael, 2006; O'Connor, 2000). Sin embargo, al principio el juego no se consideraba una modalidad separada del análisis, sino una extensión del proceso terapéutico. Como Donald Winnicott (1971) describió:

La psicoterapia tiene lugar en la superposición de dos áreas de juego, la del paciente y la del terapeuta, tiene que ver con dos personas jugando juntas. El corolario de esto es que, cuando el juego no es posible, el trabajo del terapeuta está dirigido a llevar al paciente de un estado de no ser capaz de jugar a un estado de ser capaz de jugar. (p. 53)

Desde los inicios, diversos modelos clínicos de la psicoterapia de adultos (Conductual, Centrado en el cliente, Cognitivo, Gestalt), aunque empezaron a desarrollarse sobre esta base, desafiaron los supuestos de los primeros modelos analíticos (Prochaska y Norcross, 2010). Muchos de estos nuevos modelos fueron adaptados después para emplearse con niños utilizando el juego como el medio para llamar su atención, evaluarlos, comunicarse y tener un impacto positivo en ellos (Carmichael, 2006; Kottman, 2011; Landreth, 2012; O'Connor, 2000).

A lo largo de su historia, la terapia de juego ha sido empleada por numerosas profesiones de la salud mental infantil, cada una de las cuales la adaptó de acuerdo con el

enfoque de su disciplina en evolución respondiendo a las necesidades de los niños en distintos momentos históricos y creando aplicaciones para sus contextos. La terapia de juego no se veía tanto como un campo profesional independiente del de la psicoterapia, sino como una vía particular de extender la psicoterapia a los niños de un modo más adecuado a su desarrollo emocional, cognitivo y relacional.



DESAFÍOS PARA LA PSICOTERAPIA Y LA TERAPIA DE JUEGO

Los profesionales de la salud mental siguieron desarrollando varios modelos psicoterapéuticos, y para la década de 1970 había casi 100 de ellos (Saltzman y Norcross, 1990) que competían entre sí en términos de aplicabilidad, eficacia y primacía. Los hallazgos de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia variaron ampliamente, desde los que mostraban poco o ningún beneficio de cualquier tipo de psicoterapia hasta los que mostraban beneficios sustanciales de muchos tipos de ella (Prochaska y Norcross, 2010; Saltzman y Norcross, 1990). Al mismo tiempo, la investigación del desarrollo infantil había ido en aumento desde la década de 1950 y se fue incorporando a la práctica de la psicoterapia infantil. Los modelos conductuales se fueron empleando cada vez más. Estos hacían énfasis en un método más psicoeducativo de la práctica clínica, restando importancia a los procesos relacionales y dinámicos que habían caracterizado a la terapia de juego hasta ese momento. La proliferación de modelos y sus postulados hicieron necesario llamar al diálogo entre investigadores y clínicos, proponer la integración de modelos, rendir cuentas en relación con los resultados terapéuticos y desarrollar adaptaciones a una psicoterapia prescriptiva con base en la investigación (Duncan, Miller, Wampold y Hubble, 2010; Norcross, VandenBos y Freedheim, 2011; Wampold, 2001).

De la década de 1960 a la de 1980 (en realidad, hasta el día de hoy), los profesionales de la salud mental infantil de diversas disciplinas han seguido practicando la terapia de juego en todas las modalidades psicoterapéuticas disponibles. La combinación de la práctica interdisciplinaria y la diversidad de modelos terapéuticos han creado una rica tradición de la terapia de juego. No obstante, estas mismas cualidades hicieron difícil que este campo ofreciera una respuesta unificada a las tendencias rivales que cuestionaron el empleo y la eficacia de la terapia de juego como modalidad de la psicoterapia infantil. Louise Guerney y Charles Schaefer, defensores activos de la terapia de juego durante este periodo, han reflexionado sobre los desafíos que ésta enfrenta (Association for Play Therapy, 2010b, 2010d). Hubo pocos libros o artículos sobre la terapia de juego, por no decir ninguno, que se publicaran, las oportunidades de entrenamiento eran muy limitadas y no había un grupo profesional específicamente identificado que la promoviera. Era, como Guerney la describió, “la era oscura de la terapia de juego” (Association for Play Therapy, 2010b).

SURGIMIENTO DEL CAMPO DE LA TERAPIA DE JUEGO

De aquellos desafíos vino la propuesta de Charles Schaefer de formar una organización para revitalizar el campo de la terapia de juego. En 1982, reclutó a Kevin O'Connor, con quien fundó y creó la *Association for Play Therapy* (Asociación pro Terapia de Juego), que en sus inicios reunió un grupo de profesionales de la terapia de juego para intercambiar información, establecer un plan de formación de terapeutas y crear redes de colaboración de investigadores, educadores y clínicos (Association for Play Therapy, 2010d). O'Connor se hizo cargo de crear la primera revista de la asociación, y Schaefer coordinó los primeros congresos nacionales. Además de Schaefer y O'Connor, entre los directores originales se encontraron Louis Guerney, Eleanor Irwin, Ann Jernberg, Garry Landreth, Henry Maier, Borislava Mandich y Eileen Nickerson (Association for Play Therapy, 2014).

Dos años después, las oficinas de la asociación se trasladaron a California y se instalaron en la Escuela de California de Psicología Profesional, donde O'Connor había sido nombrado profesor. La asociación empezó a crecer, y con el tiempo cobró realidad lo que sus fundadores habían imaginado.

Desarrollo de una organización profesional sólida

El primer grupo de la red de terapeutas, profesores e investigadores requería de la fortaleza y los recursos de una organización más grande. Al ver la necesidad de incluir una base más amplia de terapeutas de juego, el consejo de directores nombró a Lessie Perry como presidenta de la primera campaña de afiliación en 1988 para dirigir esta misión (Association for Play Therapy, 2010c). En 1991, la asociación creó una organización hermana para recaudar fondos, la *Foundation for Play Therapy*, con el objetivo de obtener fondos para la investigación y lanzar campañas para que el público conociera la terapia de juego. En 1992, se aprobó la creación de dos sucursales estatales en Oregon y Texas (Association for Play Therapy, 2014) con la idea de satisfacer las necesidades de la red de colaboración y de la formación de terapeutas de juego a un nivel más regional.

La asociación llevó a cabo su primer congreso anual en 1984, con la participación de más de 50 profesionales de la salud mental comprometidos con el naciente campo de la terapia de juego. Los tres primeros congresos se realizaron en Nueva York, y el cuarto fue albergado por la Universidad del Norte de Texas en 1987, bajo la dirección de Garry Landreth. Desde entonces, la sede del congreso ha rotado en las distintas áreas geográficas de EUA y Canadá para aumentar el alcance de la organización y su misión. En el décimo congreso, que tuvo lugar en Atlanta en 1993, hubo más de 1 100 asistentes, mientras que el número total de afiliados ascendía a 3 000. El décimo congreso ofreció un foro para que numerosos líderes de este campo expusieran su conocimiento sobre los

desarrollos de la últimos 10 años y los desafíos que habrían de enfrentar (Berner, Duke, Guillory y Oe, 1994). John Allan identificó las oportunidades de crecimiento para la terapia de juego, entre las que se incluye la necesidad de supervisores calificados, la creación de cuartos de juego bien equipados en escuelas, organismos y hospitales, mayor colaboración con la terapia familiar, y mayor investigación. Kevin O'Connor amplió los desafíos para la investigación al pedir que se identifiquen mejor los procesos básicos de la terapia de juego y que se desarrolle un modelo teórico integral. Charles Schaefer pidió que se investigue para identificar si hay tipos específicos de terapia de juego que produzcan beneficios especiales en ciertos trastornos. Estos temas han dado forma a la misión de la asociación desde entonces y están presentes en muchos de los programas e iniciativas actuales.

En la misma época, Phillips y Landreth (1995, 1998) realizaron una amplia encuesta entre profesionales de la salud mental que practican la terapia de juego, incluyendo muchos miembros de la asociación y numerosos profesionales que se identificaron mediante intereses en común y organizaciones relacionadas. Encontraron que el mayor número de terapeutas de juego posee una orientación teórica ecléctica; en segundo lugar se encuentran los adeptos a la terapia centrada en el cliente. La mayoría de los encuestados había recibido su formación mediante la educación continua más que en programas de posgrado. La mayoría dijo tener una formación mínima en el área del desarrollo infantil, que en su mayor parte obtuvieron mediante la educación continua. Phillips y Landreth sugirieron que las oportunidades de los programas de posgrado tanto en terapia de juego, como en desarrollo infantil deberían extenderse para apoyar la práctica y la investigación, necesarias para definir mejor el campo. También era necesario ofrecer más oportunidades para que los nuevos terapeutas tengan acceso a supervisión y apoyo para garantizar que se apeguen a los estándares más altos de la práctica clínica.

Kevin O'Connor continuó como director ejecutivo hasta 1998, llevando la asociación de un grupo de trabajo en red, como fue en sus primeros días, a una organización profesional multifacética. La asociación había crecido al punto de ser necesario un ejecutivo profesional de tiempo completo, y en 1999 William Burns fue nombrado director ejecutivo (que después se convirtió en presidente y director ejecutivo).

La asociación ha mantenido sus oficinas en el área de Fresno, California, durante toda su historia; en la actualidad se encuentra cerca de Clovis. Tres de los primeros miembros del equipo, Kathryn Leiby, Diane Leon y Carol Muñoz Guerrero, han sido parte de la organización desde la década de 1990. La asociación ha transitado de un consejo de directores designado a uno elegido por los afiliados, mientras que el presidente es elegido por los propios miembros del consejo. Durante los primeros 20 años, la organización avanzó en su propósito de cultivar un nuevo liderazgo, modificar la forma de gobierno y crear una base financiera más estable para dar apoyo a la misión de la asociación, que se encuentra en constante evolución.

Cuando la asociación se acercaba a su vigésimo aniversario, Ryan, Gomory y Lacasse (2002) encuestaron a los afiliados, que en ese momento ascendían a más de 4 000. Con base en los resultados de la encuesta, hubo un nuevo llamado para reforzar la calidad de

la educación continua y fomentar el desarrollo de mayor entrenamiento teórico y práctico en los programas de posgrado en el campo de la terapia de juego. Aunque los servicios de terapia de juego se ofrecían a un rango más amplio de clientes, las terapeutas en su mayoría eran mujeres anglo- o euroamericanas, es decir, de una población demográfica más circunscrita que la de los clientes. Se recomendó que la asociación impulsara la tarea de afiliar a profesionales de mayor diversidad racial para promover una formación que considerara la diversidad cultural y para mejorar el acceso a los servicios de terapia de juego.

Al reflexionar sobre sus años en la asociación, Burns (Association for Play Therapy, 2013), señaló dos logros de los que siente un orgullo especial. Uno de ellos fue la inauguración de la *Leadership Academy* en 2005. En ella se empleó una plataforma de aprendizaje en línea para entrenar dirigentes actuales y futuros de asociaciones en la misión organizacional y el modelo de gobierno. Desde entonces, la academia ha graduado generaciones cada año, de donde han egresado más de 200 dirigentes mejor preparados para servir a su asociación en el campo de la terapia de juego. El otro logro fue la transformación del boletín informativo en una revista trimestral a color, *Play Therapy*, en 2006. La nueva revista fue diseñada para resaltar las principales iniciativas de la organización y presentar artículos sobre los temas y tendencias de interés actual en el campo de la terapia de juego.

Al paso de los años se han generado otros cambios. El número de afiliados ha seguido creciendo de aquellos 50 que comenzaron en 1982 a la cifra de 6 074 al momento de escribir esta obra (K. Leiby, comunicación personal, 27 de julio, 2014). No sólo hay más afiliados, sino que estos provienen de una extensión geográfica que, además de EUA y toda Norteamérica, incluye más de 20 países de todo el mundo. William Burns se retiró como presidente y director ejecutivo en marzo de 2014, mientras que Katheryn Leiby, la primera empleada de la asociación, contratada originalmente en 1992, fue nombrada presidente y directora ejecutiva.

Construcción de bases sólidas para la práctica e investigación en terapia de juego

La atención de los primeros dirigentes y de los cada vez más numerosos miembros de la asociación pasó de la organización y la creación de redes de colaboración al desarrollo del campo de la terapia de juego por medio de una sólida base teórica, técnica y de investigación. Hubo una renovación de la escritura profesional para estimular discusiones sobre teoría, práctica e investigación. Se ampliaron y mejoraron las oportunidades de estudiar en programas de posgrado y de entrenamiento y supervisión. Se puso en marcha un proceso de acreditación de terapeutas y supervisores para contribuir a definir el área de especialidad para otros profesionales de la salud mental y para el público general que podía acceder a estos servicios. En 1985, en una revisión de la investigación disponible

sobre terapia de juego, Roger Phillips señaló que “sorprendentemente se sabe poco de la terapia de juego desde el punto de vista experimental” (p. 752). La mayor parte de lo que se había escrito hasta entonces, provenía del trabajo clínico más que de la investigación. Mucho de lo que se había publicado era de carácter anecdótico y se presentaba para ilustrar un modelo específico de terapia, en vez de estudiar de manera rigurosa el impacto del juego en los resultados terapéuticos. Para que la investigación avance, el juego y sus componentes terapéuticos, así como la terapia de juego, tendrían que definirse en términos operacionales para poder medir los resultados de manera empírica.

Definición de terapia de juego

Poco después de que el juego se incorporara en el trabajo clínico con niños, se desarrollaron múltiples definiciones del juego, la psicoterapia y el juego en psicoterapia. Muchas personas también reconocían que el juego, en sus diversas formas, era beneficioso y podía usarse en la interacción con niños para promover su bienestar. ¿Pero qué convirtió al juego en terapéutico? ¿Qué era la terapia de juego? Una de las primeras iniciativas de la asociación fue elaborar una definición operacional compartida de la terapia de juego que sirviera como punto de partida para desarrollar teorías integrales, investigaciones rigurosas y esfuerzos unificados para promover este campo frente a otros profesionales y al público general. Después de muchas revisiones y discusiones, el consejo de directores adoptó esta definición en 1997:

La terapia de juego es el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que un terapeuta entrenado usa las propiedades terapéuticas del juego para ayudar a sus clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos. (Association for Play Therapy, 1997)

Nuevas publicaciones sobre terapia de juego

A partir de la aparición del *Manual de terapia de juego* (Schaefer y O'Connor, 1983), que incluyó contribuciones de varios de los primeros miembros de la asociación, comenzó una nueva generación de publicaciones. Después, apareció un segundo volumen del manual (O'Connor y Schaefer, 1994) con actualizaciones de las tendencias recientes en el campo. Estos volúmenes son los predecesores de este libro. Los primeros 10 años de este nuevo énfasis en las publicaciones profesionales incluyeron libros de autores como John Allan (1988), Eliana Gil (1991) y Garry Landreth (1991).

En respuesta a la necesidad de nuevas investigaciones, la Asociación pro Terapia de Juego publicó por primera vez en 1992 el *International Journal of Play Therapy*, bajo la dirección del entonces director ejecutivo Kevin O'Connor y la editora en jefe invitada Cynthia K. Bromberg. Después del primer número, la revista se publicó semestralmente y, a partir de 2009, cada tres meses. Ahora, la asociación contrata a la *American Psychological Association* para la distribución de la revista, que incluye archivos electrónicos de todos los números, disponibles para los investigadores de todo el mundo.

Desarrollo de programas específicos para posgrado en terapia de juego

Garry Landreth estableció el *Center for Play Therapy* en 1980 en la Universidad del Norte de Texas, en Denton, EUA. El centro se ha convertido en el programa de formación en terapia de juego más grande del mundo; ofrece entrenamiento de posgrado a nivel de maestría y doctorado, así como educación continua para profesionales y funciona como un lugar de investigación y formación en terapia de juego. El centro cuenta con una extensa biblioteca con materiales para la práctica y la investigación, y financia un Instituto de Verano de Terapia de Juego y un Congreso de Otoño de Terapia de Juego (Landreth, 2012). Cuando se creó el centro, había aproximadamente 40 universidades en EUA que ofrecían al menos un curso sobre terapia de juego. Para 2013, 177 universidades informaron que ofrecen cursos así como cada vez mayores oportunidades de tener experiencias clínicas prácticas (Burns, 2014).

En 2009, la asociación adoptó los estándares de los Centros Aprobados de Educación en Terapia de Juego para continuar impulsando la formación de clínicos e investigadores.

Tomando como modelo al Centro pro Terapia de Juego de la Universidad del Norte de Texas, el propósito de estos estándares era impulsar la formación de clínicos e investigadores altamente calificados que pudieran producir nuevas publicaciones, arbitradas por pares, y generar investigaciones para el progreso de la terapia de juego entre la comunidad profesional y el público general. En junio de 2009, el Centro pro Terapia de Juego se convirtió en el primer centro aprobado, y al momento de escribir esto, había 23 centros aprobados en EUA que apoyan la práctica, teoría e investigación de la terapia de juego (K. Leiby, comunicación personal, 27 de julio, 2014).

Acreditación y estándares para la práctica

A principio de la década de 1990, Diane Frey (Association for Play Therapy, 2010a) y otros dirigentes empezaron un proceso de acreditación de terapeutas de juego para contribuir a identificar el conocimiento y habilidades esenciales que debía poseer cualquier profesional de la salud mental de cualquier disciplina que practicara la terapia de juego. Se consideró que este registro era una manera importante para impulsar estándares altos en la formación y práctica de la terapia de juego para proteger a los clientes y conscientizar a los profesionales y al público acerca de qué es la terapia de juego. En 1993, se otorgaron las primeras acreditaciones como Terapeuta de Juego Registrado (RTP, del inglés *Registered Play Therapist*) y el Supervisor-Terapeuta de Juego Registrado (RPT-S, del inglés *Registered Play Therapist-Supervisor*), a finales de 2013 había 1 184 terapeutas y 1 785 supervisores-terapeutas reconocidos en todo el mundo.

Para asegurar que los terapeutas de juego pudieran tener acceso a educación continua de alta calidad, la asociación estableció estándares para los Proveedores Aprobados de Educación Continua en Terapia de Juego (Association for Play Therapy, 2010a). Cada año, estos proveedores ofrecen miles de horas de educación continua en todo EUA. En

2001, la asociación inauguró su primer programa de educación continua en línea para que todo aquél que contara con internet pudiera continuar su formación. En 2008, el *E-Learning Center* de la asociación comenzó sus labores, que consisten en ofrecer una amplia variedad de educación continua para terapeutas de juego principiantes o experimentados (Association for Play Therapy, 2014).

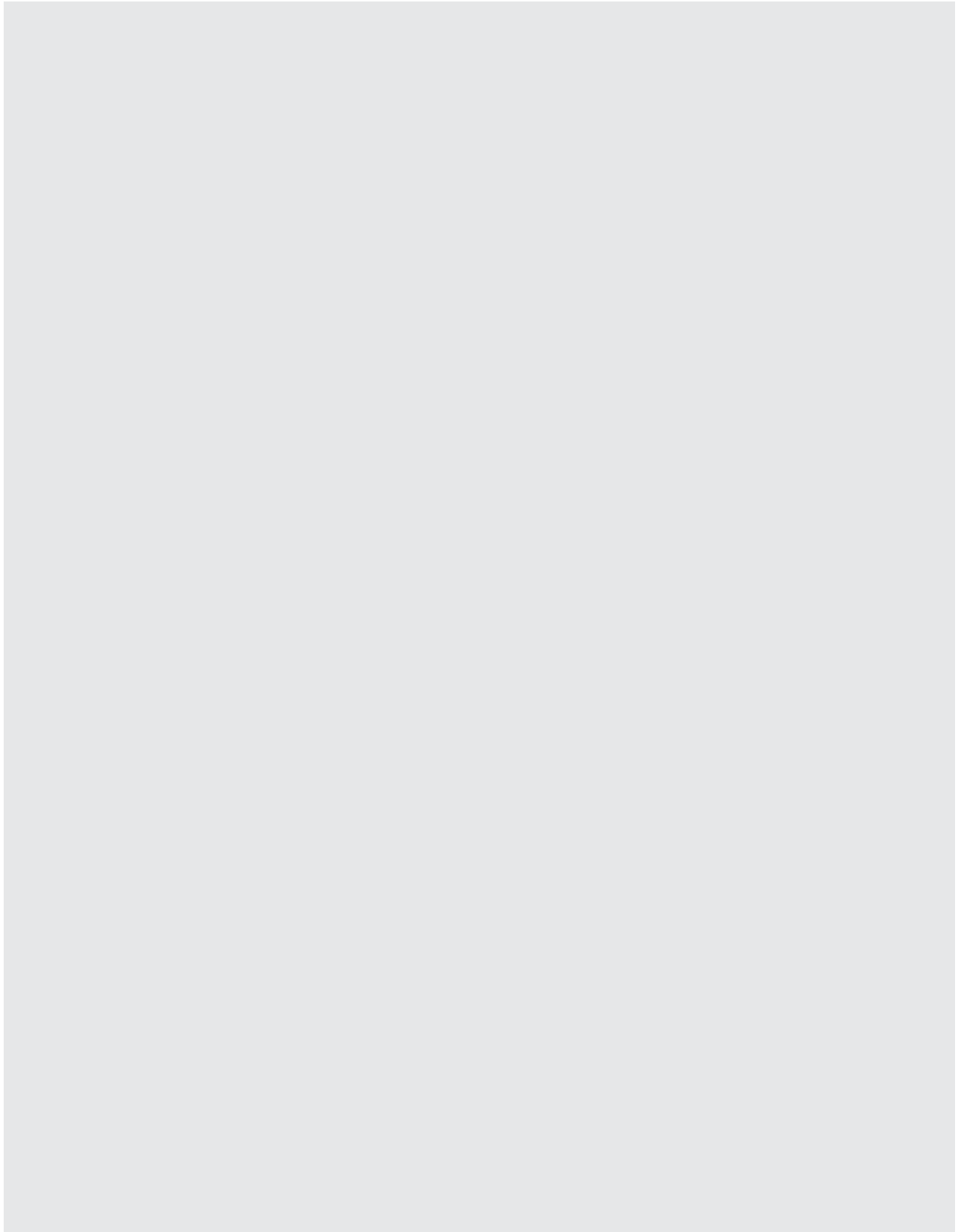
Los terapeutas de juego conforman un grupo multidisciplinario integrado por psicólogos, consejeros, terapeutas familiares, trabajadores sociales, enfermeras clínicas especializadas y otros profesionales. Cada una de estas disciplinas de la salud mental tiene sus propios estándares de práctica, códigos éticos y regulaciones para otorgar licencias. Para complementar estas directrices, regulaciones y códigos éticos, la Asociación pro Terapia de Juego desarrolló directrices específicas para la práctica de la terapia de juego, que se refieren a situaciones muy comunes en el trabajo clínico con niños. Las Directrices de la Práctica Voluntaria de la Terapia de Juego, elaboradas en 2003, se actualizaron en 2009 y 2012 y se convirtieron en las Mejores Prácticas de la Terapia de Juego (Association for Play Therapy, 2012c). Además, “Paper on Touch: Clinical, Professional, and Ethical Issues” (Association for Play Therapy, 2’12b) aborda temas específicos del uso del contacto en la terapia de juego.

Establecimiento de una base de investigación

Los debates históricos sobre el valor de la psicoterapia tuvieron lugar, al principio, en el interior de la comunidad de clínicos e investigadores en relación con la validez de los modelos teóricos específicos. En la actualidad, los debates involucran a un público interesado más amplio, como accionistas externos, encargados de las políticas públicas en salud y usuarios, quienes hacen hincapié en los resultados con clientes y problemas específicos. Desarrollada a partir de métodos de investigación empírica en el campo médico (Norcross, Beutler y Levant, 2006), la investigación en terapia de juego ha seguido la tendencia que lleva a la práctica basada en evidencias, y ha pasado de los estudios que casi siempre comparaban la eficacia de distintos modelos de terapia de juego a la investigación centrada en la relación terapéutica, la idoneidad de un método terapéutico para cada cliente y la identificación de los mecanismos terapéuticos en distintos modelos de terapia de juego (Drewes, 2011a, 2011b).

Baggerly y Bratton (2010) resumieron la evolución de los estudios controlados de los resultados de la terapia de juego, desde que los primeros dirigentes de la asociación empezaron a establecer un conjunto sustancial de investigaciones. Diversos metaanálisis de las investigaciones han demostrado que la terapia de juego puede ser un eficaz tratamiento para numerosos problemas (Bratton y Ray, 2000; Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005; LeBlanc y Ritchie, 2001; Ray, Bratton, Rhine y Jones, 2001). La Fundación pro Terapia de Juego, asociación hermana para recaudar fondos, ha financiado foros de investigación durante varios años, y hace tiempo hizo donaciones monetarias sustanciales para que se llevaran a cabo proyectos de investigación sobre terapia de juego, los cuales auguraban que se cumplirían los estándares de la práctica basada en evidencias. Los libros editados por Reddy, Files-Hall y Schaefer (2005) y por

Drewes (2009) ofrecieron ejemplos de que los investigadores respondían al llamado de crear una base de evidencias para la práctica de la terapia de juego.



AVANCE HACIA EL FUTURO DE LA PRÁCTICA E INVESTIGACIÓN EN LA TERAPIA DE JUEGO

Kazdin (2009) ha señalado que, aunque hay una gran riqueza en la literatura de investigaciones sobre psicoterapia infantil, nuestra comprensión empírica del proceso y sus resultados aún es muy limitada. En una entrevista de 2010, Charles Schaefer afirmó que la investigación en terapia de juego se encuentra todavía “en su primera infancia” (Association for Play Therapy, 2010d), e hizo un llamado para realizar estudios con buenos diseños y controles, mejores que los actuales, para crear una base de evidencias para otras formas de psicoterapia. Para contar con una práctica de la terapia de juego basada en evidencias, se requiere mayor investigación rigurosa sobre la eficacia, mecanismos y resultados terapéuticos. En su revisión de la literatura actual, D’Angelo y Koocher (2011) señalaron que, en los últimos 10 años, ha habido un notable aumento de publicaciones en este campo, así como un cambio de enfoques más específicos de una teoría a “una versión más pragmática y ecléctica de la terapia de juego, a menudo combinada con tratamientos más directivos” (p. 442).

En 2010, el *International Journal of Play Therapy* publicó una actualización del estado de la investigación, que, sin duda, ha aumentado tanto en cantidad como en calidad con respecto a la revisión de Phillips (1985) de hace 25 años (Baggerly y Bratton, 2010). Urquiza (2010) describió una división en el campo de la terapia de juego concerniente a la investigación. Algunos impulsan los esfuerzos para demostrar de manera empírica el valor de esta terapia para el campo general de la salud mental y para quienes pagan por sus servicios y esperan resultados. Otros han hecho fuertes críticas al uso del modelo médico de investigación y a la aplicabilidad de ellos en el campo de la psicoterapia. Aunque estos grupos difieren en la metodología de investigación, ambos comparten la meta de que los terapeutas tengan conocimientos suficientes y sean conscientes de su labor y responsables de los resultados terapéuticos. Urquiza hizo varias recomendaciones para impulsar el trabajo de investigación, tales como llevar a cabo investigaciones más específicas que examinen los mejores tipos de intervención para ciertos problemas, crear manuales de tratamiento que puedan ser replicados con facilidad, y hacer mejores evaluaciones previas y posteriores a la intervención para tener una idea más clara de las posibles relaciones entre los tratamientos y los resultados. También resumió los pasos que la investigación empírica debería seguir para ir de esta fase preliminar a las pruebas aleatorias controladas con resultados que demuestren la validez empírica “confirmada” o la “probable eficacia” de los enfoques terapéuticos tomando como referencia los estándares basados en evidencias.

En 2010, Phillips actualizó la revisión de la investigación en terapia de juego que había realizado en 1987. Aunque reconoció el auge de la investigación y las publicaciones, llegó a la conclusión de que “aún no existe un conjunto de evidencias científicas digno de crédito en la mayor parte de la terapia de juego” (p. 13).

Señaló que parte del problema tiene que ver con la incapacidad de los investigadores para hacer definiciones operacionales del juego y de la terapia de juego, de tal modo que pueda confirmarse de manera coherente que lo que se hace en las sesiones es terapia de juego y que los resultados atribuidos a estas acciones son producto de lo que se denomina terapia de juego. Abogó por que se lleven a cabo más investigaciones centradas en “los mecanismos terapéuticos” (p. 22). En contraste con las conclusiones de Phillips, Baggerly y Bratton (2010) revisaron las investigaciones recientes y llegaron a anteriores conclusiones notablemente más positivas; afirman que los investigadores “han hecho un progreso continuo en la realización de investigaciones con suficiente rigor para consolidar la terapia de juego como un tratamiento basado en evidencias” (p. 36).

Investigación del juego y neurobiología interpersonal

D’Angelo y Koocher (2011) observaron que la investigación sobre el desarrollo infantil tiene un impacto significativo en la investigación y práctica actuales de la terapia de juego. Las primeras teorías psicoanalíticas de juego se enraizaban en la idea del siglo XIX de que la imaginación era primordialmente la actividad interna de un individuo a título propio. Sin embargo, la investigación reciente sobre el papel del juego natural ha ampliado y cuestionado esas ideas. El **juego natural**, como se define en la actualidad, no es cuestión sólo de imaginación personal y autoexpresión, sino también de conectar con los otros y dar significado a las experiencias en el contexto social y cultural. El juego es interactivo e impacta tanto el desarrollo como el ambiente del niño. Sutton-Smith (2008) describió el juego natural como el primer intento del niño para regular sus respuestas ante conflictos reales, y el juego sigue siendo el mayor intento para manejar los conflictos a lo largo de la vida (Brown, 2009; Russ, 2004). Cuando se toma en cuenta el contexto del desarrollo humano general, el juego es precursor de las capacidades para ser padres empáticos, fomentar las amistades, tener relaciones íntimas con los compañeros y ejercer ocupaciones adultas con entusiasmo (Slade y Wolf, 1994). Eberle (2014) lo formula del siguiente modo: “El juego es un proceso antiguo, voluntario, ‘emergente’ motivado por un placer que fortalece nuestros músculos, instruye nuestras habilidades sociales, temple y profundiza nuestras emociones positivas y posibilita un estado de equilibrio que nos serena para jugar un poco más” (p. 231).

Schore (2012) y Siegel (2012) describen cómo los avances tecnológicos de la imagenología nos han brindado nuevos medios de comprender la interacción cerebro-cuerpo cuando los seres humanos interactúan entre sí y con su ambiente. Estos hallazgos nos han dado nueva información acerca del papel del juego en el desarrollo infantil, han moldeado nuestra comprensión de cómo el juego media la relación terapéutica y se convierte en fuente de numerosos mecanismos terapéuticos subyacentes en el trabajo entre terapeuta y cliente. Hace años, Bateson (1972) señaló que “la semejanza entre el proceso terapéutico y el fenómeno del juego es, en verdad, profundo” (p. 191). Los

futuros enfoques terapéuticos de la terapia de juego tendrán que incorporar estos conocimientos del desarrollo del juego para conceptualizar la alianza terapéutica y desarrollar nuevas intervenciones (Russ, 2004).

Con base en estos hallazgos, Perry y colaboradores (Barfield, Dobson, Gaskill y Perry, 2012; Perry, 2006; Perry y Hanbrick, 2008; Perry, Pollard, Blakley, Baker y Vigilante, 1995) desarrollaron un Modelo Neurosecuencial de la Terapéutica. Este modelo describe un proceso progresivo de la intervención terapéutica (incluyendo las que emplean el juego) organizadas en una secuencia que corresponda al orden del desarrollo cerebral. Estas intervenciones varían desde las que buscan remediar la función del tallo cerebral hasta las que buscan remediar las funciones superiores de la corteza frontal. Entonces, las intervenciones terapéuticas iniciales deben dirigirse a la integración sensorial y la autorregulación y, después, al trabajo afectivo, cognitivo y relacional más complejo.

Integración de la terapia de juego y propiedades terapéuticas del juego

De la misma manera que el vasto campo de la psicoterapia, el de la terapia de juego se ha alejado de manera gradual de los tratamientos de modelo específico para adoptar modelos más integrados y prescriptivos (Drewes, 2011a, 2011b; Drewes, Bratton y Scheafer, 2011; Scheafer y Drewes, 2010, 2011, 2014). Estos modelos se centran más en métodos multimodales para evaluar las necesidades del niño, ajustar la intervención a éstas con base en la comprensión de los mecanismos terapéuticos comunes en la mayoría de los modelos de terapia infantil y de los factores que establecen y mantienen la relación terapéutica. O'Connor (1991) elaboró uno de los primeros modelos integrativos de la terapia de juego, la Terapia de Juego Ecosistémica. Empleando un enfoque teórico integrativo (Drewes, 2011a, 2011b), O'Connor combinó diversos elementos de las terapias psicoanalítica, centrada en el niño, del desarrollo, cognitivo-conductual, Theraplay®¹ y Terapia de realidad (Glasser, 1975) para conformar un modelo de evaluación y tratamiento mediante la terapia de juego (O'Connor, 1991, 2000, 2001, 2011; O'Connor y Ammen, 1997, 2013).

Schaefer ha propuesto enfoques integrativos haciendo hincapié en los factores comunes de la terapia de juego y los métodos prescriptivos, y adaptando las intervenciones a los clientes y las condiciones específicas (Drewes, 2011a, 2011b). En *The Therapeutic Powers of Play* (Las propiedades terapéuticas del juego), Schaefer (1993) identificó 14 mecanismos de cambio comunes a todos los modelos terapéuticos, y recientemente extendió la lista a 20 en *The Therapeutic Powers of Play: 20 Core Agents of Change*. Kazdin (2009), en una revisión de las investigaciones sobre procesos terapéuticos con niños, observó que el foco de atención tiene que estar en los mecanismos del cambio, para que un continuo esfuerzo para describir las propiedades terapéuticas del juego pueda guiar los estudios focalizados en cómo y por qué estas propiedades funcionan. Schaefer ve en esto una línea prometedora para la investigación futura de la terapia de juego

(Association of Play Therapy, 2010d).

La investigación de modelos integrativos y factores en común en el campo de la psicoterapia también ha reforzado la importancia de la relación terapéutica y la necesidad de comprender mejor cómo ésta es terapéutica por sí misma (Duncan et al., 2010). El juego se incorporó en un principio a la psicoterapia infantil como un medio para desarrollar y mejorar la relación terapéutica (Carmichael, 2006; O'Connor, 2000). Ginott (1959), Guerny (2001), Landreth (2012) y otros (Cochran, Nordling y Cochran, 2010; Van Fleet, Sywulak, Sniscak y Guerny, 2010; Wilson y Ryan, 2006) han ampliado en gran medida nuestra comprensión de la dinámica de la relación terapéutica en la terapia de juego. Este acento sobre la relación terapéutica también ha recibido apoyo de la investigación en neurobiología interpersonal. Schore (2012) sugirió que el trabajo de la psicoterapia “no se define por lo que el terapeuta hace por el paciente, o por lo que le dice (hemisferio cerebral izquierdo), sino que el mecanismo clave es cómo ser con el paciente, sobre todo durante los momentos de tensión afectiva (hemisferio cerebral derecho)” (p. 44)

Terapia de juego y poblaciones especiales

Los enfoques de la terapia de juego han comenzado a extenderse más allá de la dinámica del individuo y del mundo de los niños pequeños. Los padres y otros miembros de la familia empezaron a incluirse en las sesiones terapéuticas. Los aspectos no verbales y experienciales de la terapia empezaron a incluirse en las aplicaciones terapéuticas con un mayor rango de edades, que va de adolescentes a adultos.

Participación de los padres y la familia en la terapia de juego

Louise Guerny explicó que cuando ella y su esposo/coinvestigador Bernard Guerny empezaron a incluir a los padres en la terapia de juego, “los padres no eran considerados como agentes de cambio” (Association for Play Therapy, 2010b). En la actualidad, Landreth se refiere a la Terapia filial creada por Guerny como “el desarrollo más importante en terapia de juego de los últimos 50 años” (Association for Play Therapy, 2012a). Desde el punto de vista de Landreth, involucrar a los padres crea un “proceso intergeneracional – un puente para tocar temas de nivel societal” que impacta en las vidas de los niños de una manera que trasciende el cuarto de juego. Los metaanálisis de los resultados de la terapia de juego han encontrado que la participación de los padres es uno de los factores clave del éxito terapéutico (Bratton et al., 2005; Le Blanc y Ritchie, 2001).

La terapia de juego en el ciclo vital

Frey (Association for Play Therapy, 2010a), Landreth (Association for Play Therapy, 2012a) y Schaefer (Association for Play Therapy, 2010d) señalan que el futuro de la terapia de juego está en incluir clientes de todas las edades. La investigación contemporánea del juego natural hace hincapié en las funciones del juego a lo largo del ciclo vital para mantener el equilibrio emocional y la conexión con los otros. Los terapeutas de juego están encontrando nuevas maneras de aplicar las propiedades del juego con adolescentes, adultos y adultos mayores.

Competencia en temas culturales en la terapia de juego

O'Connor (1991, 2000) y O'Connor y Ammen (1997, 2013) dedicaron capítulos enteros de sus libros a la importancia de la diversidad en todos los aspectos de la práctica de la terapia de juego. O'Connor también escribió un extenso artículo sobre este tema que se publicó en la revista especializada *Professional Psychology: Research and Practice* (2005). Gil y Drewes (2005) editaron el primer libro importante sobre la dimensión cultural en la terapia de juego para estimular la discusión en torno a la cultura y la diversidad en el cuarto de juego. Posteriormente, la Asociación pro Terapia de Juego adoptó como política el reconocimiento, la incorporación y la preservación de la diversidad en el juego y la terapia (Association for Play Therapy, 2014). En uno de los congresos recientes de la asociación, el tema principal fue la diversidad, y muchas de las sucursales de la asociación han tenido iniciativas semejantes. Ahora, todas las propuestas de educación continua profesional aprobadas por la asociación deben incluir detalles de cómo la diversidad impacta en el tópico de los cursos.

El futuro de la terapia de juego es ahora

La investigación reciente del juego natural y la neurobiología interpersonal han brindado al campo de la terapia de juego una mirada fresca de cómo comprender la experiencia del juego y de la terapia. Sin embargo, con esta nueva verdad continúa una vieja verdad: el juego es parte integral de cómo nos conectamos con nuestras personas amadas y con nosotros mismos. En el juego ensayamos para enfrentar los desafíos de la vida y nos refrescamos después de afrontarlos. Las propiedades terapéuticas del juego son las propiedades terapéuticas de la vida y la renovación.

■ REFERENCIAS

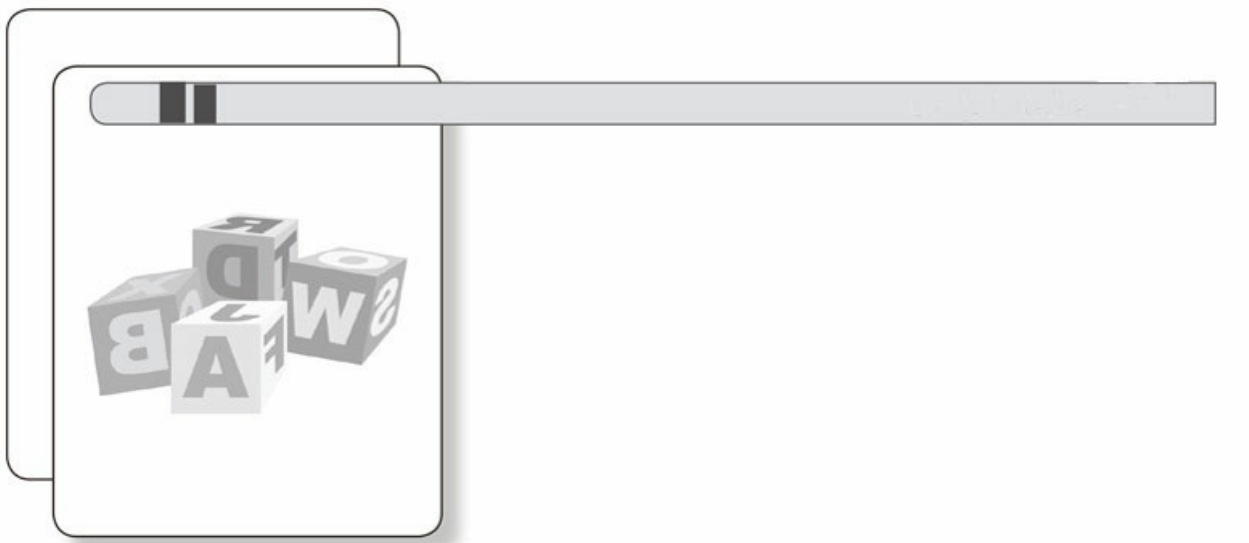
- Allan, J. (1988). *Inscapes of the child's world*. Dallas, TX: Spring.
- Association for Play Therapy. (1997). A definition of play therapy. *The Association for Play Therapy Newsletter*, 16(1), 7.
- Association for Play Therapy. (2010a). *History speaks: Frey interview*. Retrieved from <http://youtu.be/6cxO0UQZFuo>
- Association for Play Therapy. (2010b). *History speaks: Guerney interview*. Recuperado de: http://www.youtube.com/watch?v=ZU6Yhta_igc&feature=share&list=PLBABA1DBEEF2AC85E&index=3
- Association for Play Therapy. (2010c). *History speaks: Perry interview*. Recuperado de: <http://www.youtube.com/watch?v=CjodXCi1xUI&list=PLBABA1DBEEF2AC85E&feature=share&index=2>
- Association for Play Therapy. (2010d). *History speaks: Schaefer interview*. Recuperado de: <http://www.youtube.com/watch?v=uWSUkUsWeZI&list=PLBABA1DBEEF2AC85E&feature=share>
- Association for Play Therapy. (2012a). *History speaks: Landreth interview*. Recuperado de: <http://www.youtube.com/watch?v=SOYhs593-kE&list=PLBABA1DBEEF2AC85E&feature=share&index=6>
- Association for Play Therapy. (2012b). *Paper on touch: Clinical, professional, and ethical issues*. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=28052>
- Association for Play Therapy. (2012c). *Play therapy best practices*. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=28051>
- Association for Play Therapy. (2013). *History speaks: Burns interview*. Recuperado de: http://www.youtube.com/watch?v=PT8hJil_JPQ&feature=share&list=UU0DXBcxC-d631ZDtMzzFotA&index=2
- Association for Play Therapy. (2014). *Historical milestones*. Recuperado de: http://www.a4pt.org/ps_index.cfm?ID=2385
- Baggerly, J. N., & Bratton, S. C. (2010). Building a firm foundation in play therapy research: Response to Phillips. *International Journal of Play Therapy*, 19, 26–38.
- Barfield, S., Dobson, C., Gaskill, R., & Perry, B. D. (2012). Neurosequential Model of Therapeutics in a therapeutic preschool: Implications for work with children with complex neuropsychiatric problems. *International Journal of Play Therapy*, 21, 30–44.
- Bateson, G. (1972). A theory of play and fantasy. En G. Bateson (Ed.), *Steps to an ecology of mind* (pp. 177–193). New York, NY: Chandler.
- Berner, J. B., Duke, A. V., Guillory, N. S., & Oe, E. N. (1994). Association for Play Therapy: A decade in retrospect. *International Journal of Play Therapy*, 3, 63–71.
- Bratton, S. C., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9, 47–88.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376–390.
- Brown, S. (2009). *Play: How it shapes the brain, opens the imagination, and invigorates the soul*. New York, NY: Avery/Penguin.
- Burns, W. M. (2014, February). *APT annual growth report by CEO*. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=31007>
- Carmichael, K. D. (2006). *Play therapy: An Introduction*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Cochran, N. H., Nordling, W. J., & Cochran, J. L. (2010). *Child-centered play therapy: A practical guide to developing therapeutic relationships with children*. Hoboken, NJ: Wiley.
- D'Angelo, E. J., & Koocher, G. P. (2011). Psychotherapy patients: Children. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed., pp. 430–448). Washington, DC: American Psychological Association.
- Donaldson, G. (1996). Between practice and theory: Melanie Klein, Anna Freud, and the development of child analysis. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 32, 160–176.

- Drewes, A. A. (2009). *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques*. Hoboken, NJ:Wiley.
- Drewes, A. A. (2011a). Integrating play therapy theories into practice. In A. A. Drewes, S. C. Bratton, & C. E. Schaefer (Eds.), *Integrative play therapy* (pp. 21–35). Hoboken, NJ:Wiley.
- Drewes, A. A. (2011b). Integrative play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 349–364). Hoboken, NJ:Wiley.
- Drewes, A. A., Bratton, S. C., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2011). *Integrative play therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eberle, S. G. (2014). The elements of play: Toward a philosophy and a definition of play. *American Journal of Play*, 6, 214–233.
- Ellenberger, H. F. (1981). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
- Freud, A. (1966). *The ego and the mechanisms of defense* (Rev. ed.). New York, NY: International Universities Press. (Original work published 1936)
- Gil, E. (1991). *The healing power of play*. New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E., & Drewes, A. A. (Eds.). (2005). *Cultural issues in play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Ginott, H. (1959). The theory and practice of therapeutic intervention in child treatment. *Journal of Consulting Psychology*, 23, 160–166.
- Glasser, W. (1975). *Reality therapy*. New York, NY: Harper & Row.
- Guernsey, L. (1991). Parents as partners in treating behavior problems in early childhood settings. *Topics in Early Childhood (Special Ed.)*, 11, 74–90.
- Guernsey, L. (2001). Child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10, 13–32.
- Hug-Hellmuth, H. (1921). On the technique of child-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 2, 287–305.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418–428.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. London, England: Hogarth Press.
- Kottman, T. (2011). *Play therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Landreth, G. L. (1991). *Play therapy: The art of relationship*. Muncie, IN: Accelerated Development.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of relationship* (3rd ed.). New York, NY: Taylor & Francis.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14, 149–163.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., VandenBos, G. R., & Freedheim, D. K. (Eds.). (2011). *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- O'Connor, K. J. (1991). *Play therapy primer: An integration of theories and techniques*. New York, NY:Wiley.
- O'Connor, K. J. (2000). *Play therapy primer* (2nd ed.). New York, NY:Wiley.
- O'Connor, K. J. (2001). Ecosystemic play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10, 33–44.
- O'Connor, K. J. (2005). Addressing diversity issues in play therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 566–573.
- O'Connor, K. J. (2011). Ecosystemic play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 253–272). Hoboken, NJ:Wiley.
- O'Connor, K. J., & Ammen, S. (1997). *Play therapy treatment planning and interventions: The ecosystemic approach*. Philadelphia, PA: Elsevier.
- O'Connor, K. J., & Ammen, S. (2013). *Play therapy treatment planning and interventions: The ecosystemic model and workbook* (2nd ed.). Waltham, PA: Elsevier.
- O'Connor, K. J., & Schaefer, C. E. (1994). *Handbook of play therapy: Volume two: Advances and innovations*. New York, NY:Wiley.

- Perry, B. D. (2006). The neurosequential model of therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. En N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). New York, NY: Guilford Press.
- Perry, B. D., & Hanbrick, E. P. (2008). The neurosequential model of therapeutics. *Reclaiming Children and Youth, 17*, 38–43.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & 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*, 271–291.
- Phillips, R. D. (1985). Whistling in the dark? A review of play therapy research. *Psychotherapy, 22*, 752–760.
- Phillips, R. D. (2010). How firm is our foundation? Current play therapy research. *International Journal of Play Therapy, 19*, 13–25.
- Phillips, R. D., & Landreth, G. L. (1995). Play therapists on play therapy: I. A report of methods, demographics, and professional practices. *International Journal of Play Therapy, 4*, 1–26.
- Phillips, R. D., & Landreth, G. L. (1998). Play therapists on play therapy: II. Clinical issues in play therapy. *International Journal of Play Therapy, 6*, 1–24.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Ray, D., Bratton, S. C., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy, 10*, 85–108.
- Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2005). *Empirically based play interventions for children*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Russ, S.W. (2004). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ryan, S. D., Gomory, T., & Lacasse, J. R. (2002). Who are we? Examining the results of the Association for Play Therapy membership survey. *International Journal of Play Therapy, 11*, 11–41.
- Saltzman, N., & Norcross, J. C. (1990). *Therapy wars: Contention and convergence in differing clinical approaches*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Schaefer, C. E. (Ed.). (1993). *The therapeutic powers of play*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2010). The therapeutic powers of play and play therapy. En A. A. Drewes & C. E. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (2nd ed., pp. 3–16). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2011). The therapeutic powers of play and play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 15–26). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (Eds.). (2014). *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schaefer, C. E., & O'Connor, K. J. (Eds.). (1983). *Handbook of play therapy*. New York, NY: Wiley.
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York, NY: W.W. Norton.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Slade, A., & Wolf, D. E. (Eds.). (1994). *Children at play: Clinical and developmental approaches to meaning and representation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Sutton-Smith, B. (2008). Play theory: A personal journey and new thoughts. *American Journal of Play, 1*, 82–125.
- Urquiza, A. J. (2010). The future of play therapy: Elevating credibility through play therapy research. *International Journal of Play Therapy, 19*, 4–12.
- VanFleet, R., Sywulak, A. E., Sniscak, C. C., & Guerney, L. F. (Eds.). (2010). *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wilson, K., & Ryan, V. (2006). *Play therapy, second edition: A non-directive approach for children and adolescents*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London, England: Tavistock.

NOTA

¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.

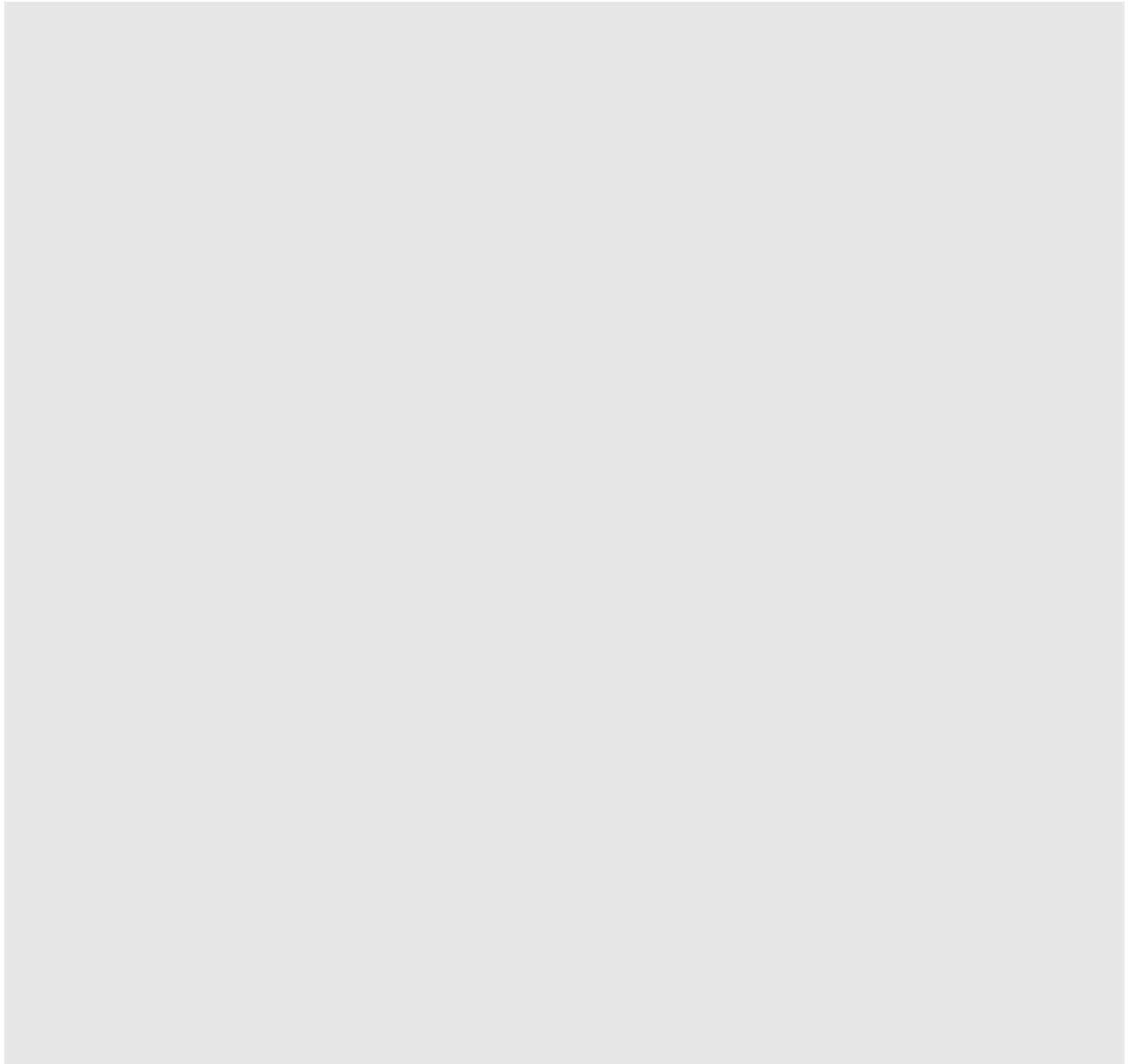


Capítulo 2

Historia de la terapia de juego

Jane L. Johnson

El juego es algo natural en los niños. A lo largo de la historia, se ha observado que los niños juegan si el ambiente y la situación lo permiten. Conocer la historia de la terapia de juego permite que tengamos una comprensión más profunda de las raíces teóricas de los modelos y técnicas que empleamos, permite también ampliar nuestro panorama sobre la totalidad del campo de la terapia de juego.



HISTORIA PRELIMINAR: EL CAMINO A LA TERAPIA DE JUEGO

Antes del siglo XX, los niños eran pertenencias, mano de obra, fuente de ingresos y un medio para la supervivencia de la especie, o al menos del apellido de la familia. En el siglo XVIII y a principios del XIX, el estatus socioeconómico con frecuencia determinaba las actividades del niño durante el día: recibir la instrucción de un tutor o ir a la escuela, trabajar en el campo o en una fábrica, ser aprendiz de algún oficio o sobrevivir en las calles. Con la industrialización y el crecimiento de las comunidades asentadas en un lugar fijo, la supervivencia de muchas familias estuvo asegurada. A finales del siglo XIX más personas podían ocuparse por sí mismos de su calidad de vida y de las de otros en su comunidad. La infancia empezó a verse como una etapa distinta de la vida.

Los movimientos sociales, reformas e iniciativas humanitarias sacaron a la luz las necesidades conductuales y emocionales de los niños, y con ello la necesidad de servicios de salud mental. En 1909, dos sucesos importantes contribuyeron de manera significativa al desarrollo de la psicoterapia infantil y, por consecuencia, de la terapia de juego.

El *National Committee for Mental Hygiene* (NCMH, Comité Nacional para la Higiene Mental) fue fundado gracias a la labor de Clifford Beers, quien convenció a Adolf Meyer, psiquiatra destacado, y al psicólogo de Harvard, William James, además de otros profesionales, de que era necesario prevenir la enfermedad mental y reformar el cuidado de los dementes. La investigación que autorizó este comité se enfocó en comprender la conducta y la personalidad del niño, en tanto que el tratamiento de la enfermedad mental en adultos dependía de comprender los factores causales que se remontaban a la infancia (Horn, 1989; Jones, 1999). El trabajo del NCMH llevó a desarrollar programas de higiene mental en escuelas y al establecimiento de clínicas de orientación infantil.

En 1909, Stanley Hall, quien había inaugurado el movimiento de estudio del niño en la década de 1890, invitó a Sigmund Freud y a Carl Gustav Jung a la Universidad de Clark para impartir un ciclo de conferencias y recibir un título honorario (Jones, 1999; Peery, 2003). Freud presentó el caso del pequeño Hans, que había publicado recientemente, mientras que Jung expuso el caso de Anna, una niña de 4 años de edad. Ambas presentaciones se publicaron en inglés, y este hecho se considera como el punto de partida de la psicoterapia infantil en EUA. Las teorías psicoanalíticas del desarrollo infantil, los métodos de tratamiento y el juego predominaron en los primeros trabajos de orientación.

Raíces teóricas y conceptuales: precursores de las teorías de la terapia de juego

Debido a que encontró que los síntomas y conflictos de sus pacientes adultos se originaban sin excepción en la temprana infancia, Freud dirigió su atención a los niños. Pasó muchas horas haciendo observación directa de los niños y encomendó a sus colegas y seguidores a hacer lo mismo (Lebo, 1955). Freud observó que los niños creaban un mundo propio en su juego, disponiendo las cosas a su conveniencia (Mannoni, 1970). Para 1920, se había interesado en las tendencias infantiles a repetir en su juego experiencias desagradables y abrumadoras. Por medio de la repetición, los niños dominaban la experiencia para recobrar la sensación de control. El lugar central de la infancia en las teorías psicoanalíticas abrió la puerta al análisis infantil, el cual, creía Freud, confirmaría sus teorías (Mannoni, 1970). En vista de que la libre asociación y hablar acerca del pasado no era atractivo para los niños, era claro que requerirían una técnica más adecuada. Hermine von Hug-Hellmuth y Melanie Klein, seguidoras de Freud, junto con su hija, Anna Freud, comprendieron que la inclinación del niño a jugar era un componente indispensable del análisis infantil (Lebo, 1955).

En 1904, Freud fundó la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Alfred Adler fue su primer presidente, pero después éste fundó la Sociedad de Psicología Individual con base en sus propias teorías de la psicología individual. El modelo de Adler concede la misma importancia a las conexiones sociales y comunitarias que a la experiencia interna. Adler se centró en la dinámica familiar e influyó en el trabajo de sus seguidores Rudolf Dreikurs y Don Dinkmeyer sobre los padres. Su contribución a la terapia de juego se puede apreciar en la teoría adleriana de la terapia de Juego, formulada por Terry Kottman (1995).

Carl Gustav Jung también fue presidente de la Sociedad Psicoanalítica, pero después fue censurado por Freud cuando las ideas de Jung sobre los niños no concordaron con su teoría de la sexualidad infantil. Uno de los primeros seguidores de Jung, Michael Fordham, aplicó los principios de Jung en su trabajo con niños (Peery, 2003). Los símbolos que aparecían en las expresiones del inconsciente individual y el colectivo, incluyendo los arquetipos, habían cobrado vida en las observaciones de muchos terapeutas de juego que tenían un arenero en sus consultorios. Aunque se considera que Margaret Lowenfeld fue quien introdujo el arenero con miniaturas en el cuarto de juego, ella no era propiamente seguidora de Jung. En realidad fue Dora Kalff quien combinó la técnica de los mundos de Lowenfeld y los principios de Jung para desarrollar la terapia de juego con arena (Turner, 2004).

Otto Rank, uno de los miembros más jóvenes de la Sociedad Psicoanalítica, siguió trabajando con Freud hasta 1924. Su libro, *The Trauma of Birth* (El trauma del nacimiento), discordaba de la teoría de Freud acerca del trauma temprano en la vida del niño. Rank se centró en la relación emocional entre el terapeuta y el cliente en el “aquí y ahora”, y consideró la individuación y la conexión como un proceso que dura toda la vida. A diferencia de los psicoanalistas, él creía que la expresión emocional debía ser parte de la terapia. Carl Rogers adoptó las ideas de Rank y reconoció su influencia en el desarrollo de la terapia centrada en el cliente. Rank también influyó en otros teóricos, como Frederick Allen y Clark Moustakas, quienes eran partidarios de la filosofía

existencial y desarrollaron variantes de la terapia relacional (James, 1997).

Las raíces teóricas de la mayoría de los modelos actuales de terapia de juego pueden encontrarse en el trabajo de Freud, Adler, Jung y Rank. Además de estudiar las experiencias de la infancia como factor etiológico de las perturbaciones adultas, estos teóricos centraron su atención en el análisis de niños y en temas del desarrollo infantil.

Para aplicar estos modelos es necesario desarrollar una relación terapéutica, traducir la teoría al proceso de juego y operar dentro de los límites de la etapa de desarrollo del niño. Los primeros analistas que intentaron emplear los métodos del psicoanálisis para adultos encontraron que no podían hacer que el niño practicara la asociación o discurso libre acerca de su pasado, aun cuando podían establecer una relación cálida con ellos (Lebo, 1955). El juego es el elemento clave para adaptar las teorías sobre los adultos al trabajo con niños (Freud, 1927/1974; Hug-Hellmuth, 1921; Klein, 1932).

Pioneros de la terapia de juego

Hermine Hug-Hellmuth fue la primera psicoanalista que desarrolló técnicas distintas para el psicoanálisis infantil de los métodos para adultos (Geissmann y Geissmann, 1998). Hug-Hellmuth hizo observaciones directas de niños, incluyendo su juego, y presentó su primer artículo a la Sociedad Psicoanalítica en 1913. Después publicó una monografía en la que integraba la teoría freudiana de la sexualidad infantil (Hug-Hellmuth, 1919). Aunque se suele citar como el primer registro de la terapia de juego, en realidad sólo describe sus observaciones de niños y sus conclusiones teóricas acerca de su juego (Geissmann y Geissmann, 1998).

En un artículo posterior, “On the Technique of Child Analysis”, publicado en 1921, Hug-Hellmuth describió cómo el juego se podía emplear para comprender mejor los síntomas del niño y establecer una relación, se dio cuenta del carácter simbólico del juego, lo que permite al niño comunicarse sin palabras (Geissmann y Geissman, 1998). Aunque Hug-Hellmuth no inventó la terapia de juego, su trabajo sin duda representa el prototipo que guió a Melanie Klein y Anna Freud para desarrollar sus modelos de terapia de juego.

La obra de Melanie Klein sobre psicoanálisis de niños estuvo inspirada, al principio, en los escritos de Freud y, después, en su analista, Sandor Ferenczi (Grosskurth, 1986). A diferencia de otros analistas, Klein pensaba que los niños pequeños tenían la capacidad de introspección. En su modelo, que llamó **técnica de juego psicoanalítico** o **análisis del juego**, es esencial la interpretación del juego y el significado simbólico de los juguetes (Klein, 1955). Los juguetes que encontró más adecuados para el análisis eran pequeños, sencillos y no mecánicos, pues permitían que el niño proyectara sus propios sentidos en ellos. Ella trabajaba en sesiones de 50 minutos exactos, a una razón de cinco sesiones por semana (Geissmann y Geissmann, 1998). Empezaba a hacer interpretaciones desde la primera sesión y observaba que los niños respondían con expresiones de alivio, las cuales

indicaban una reducción de la ansiedad de ese momento. En ocasiones, los niños que habían mejorado al principio empezaban a tener más actuaciones conforme el análisis continuaba y elaboraban conflictos más difíciles. Cuando compartía sus interpretaciones con los niños, Klein usaba expresiones o símbolos de los propios niños en el contexto de lo que jugaban. Pensaba que el juego proporciona un desahogo en la medida en que en él se expresen deseos y sentimientos inaceptables.

Klein se sentía cómoda analizando tanto la transferencia positiva como la negativa. Permitía que los niños le asignaran el papel de niño y la castigaran mientras ellos asumían el papel de figura de autoridad. Para mantener su integridad, ella ponía límites a la agresión, pero aceptaba los impulsos agresivos e interpretaba la motivación subyacente en la transferencia negativa. Explorar tan profundamente el inconsciente del niño, dado que el superyó aún no estaba desarrollado por completo, causaba cierta preocupación. Basada en sus observaciones con niños muy pequeños y bebés, Klein argumentaba que el superyó surgía desde mucho antes de lo que se pensaba (Geissmann y Geissmann, 1998). Desde muy temprano, el bebé introyecta un objeto bueno y un objeto malo. En este último se proyecta un superyó intimidante y severo, que con frecuencia se observa en el juego agresivo y punitivo de los niños pequeños. Klein contó con el apoyo de sus alumnos y seguidores en Inglaterra, entre los que se encontraba Donald Winnicott, quien se unió a la escuela de las relaciones objetales, punto intermedio entre las teorías de Freud y Klein (Mitchell y Black, 1995).

La técnica de Klein apareció en *The Psychoanalysis of Children* (El psicoanálisis de niños) (Klein, 1932). Aunque la escuela kleiniana no es de gran relevancia en la terapia de juego actual, Melanie Klein hizo contribuciones muy importantes para comprender el juego como un lenguaje simbólico del niño y para elegir los juguetes y materiales de trabajo.

Anna Freud fue la tercera pionera cuyo trabajo llevó al desarrollo de la terapia de juego. Mientras Melanie Klein determinó que el juego infantil podía emplearse como equivalente de la libre asociación, Anna Freud argumentaba que el método pierde su eficacia cuando se hacen demasiadas modificaciones a la teoría subyacente (Freud, 1965). Al igual que con adultos, la meta con niños es liberar material inconsciente y ayudarlos a hacer conscientes sus luchas internas. Freud empleó el juego para establecer el *rapport* con los niños, pero hacía interpretaciones con muy poca frecuencia. El gran desafío técnico del análisis infantil era la incapacidad o renuencia de los niños para producir asociaciones verbales libres para acceder al inconsciente (Freud, 1965).

Después de la fase introductoria en que se construye la relación y se motiva al niño a participar en etapas más verbales, Freud comenzaba el análisis de los sueños y los sueños diurnos. Por último, llevaba al niño a la libre asociación impulsándolo a crear imágenes en su fantasía y describírselas (Freud, 1965). En años posteriores, hizo más breve la primera fase del análisis, en la que buscaba asegurar la participación del niño y, en cambio, se centró más en la transferencia positiva. También cambió su posición respecto de que el psicoanálisis no podía ayudar a los niños pequeños debido a que el superyó aún no se había desarrollado por completo (Geissmann y Geissmann, 1998). Aunque

utilizaba poco el juego, la explicación de Anna Freud acerca de las dificultades técnicas del análisis de niños es instructiva para todos los terapeutas de juego. Ella tuvo muchos seguidores, sobre todo en EUA; entre ellos se encontraba Margaret Mahler, mejor conocida por su trabajo sobre el proceso de separación-individuación del niño (Geissmann y Geissmann, 1998).

La cuarta pionera de la terapia de juego fue Margaret Lowenfeld, quien comenzó su carrera en la pediatría antes de dedicarse a la práctica privada y establecer una clínica en Londres (Urwin y Hood-Williams, 1988). Sus influencias en relación con la importancia del juego fueron Piaget, los educadores progresistas Froebel y Montessori, y los teóricos del desarrollo infantil. Cuando inauguró su clínica en 1928, Lowenfeld se inspiró en el libro de H. G. Wells *Floor Games*, en el que el autor describe sus juegos con sus dos hijos, en los que creaban diferentes escenas con miniaturas y otros materiales pequeños en el piso de su sala de estar; comenzó a reunir pequeños juguetes y materiales de juego para sus sesiones con niños y los guardaba en lo que llegó a conocerse como la “caja mágica” (Turner, 2004).

Después de instalarse en una clínica más grande, agregó a sus materiales dos contenedores, uno con agua y otro con arena, y contó con un armario más grande para guardar sus miniaturas. Los niños pronto tomaban miniaturas del armario y las colocaban en el arenero, y llamaban “mundos” a sus construcciones. Este ambiente creado por los niños se denominó “la técnica de los mundos” (Thompson, 1990). Cuando los niños llegaban a la clínica, se les decía que podían jugar con cualquier material del consultorio y que lo que decidieran decir o jugar no se les comunicaría a sus padres. Lowenfeld pensaba que los niños encontrarían la manera de dar sentido a su mundo y experiencias personales proporcionándoles los juguetes y materiales adecuados. El papel del profesional era observar y seguir el juego del niño, incluyendo la creación de mundos, sin entrometerse, dar instrucciones ni hacer interpretaciones (Urwin y Hood-Williams, 1988). En esta técnica era más importante el proceso cognitivo del niño que la relación con él.

Aunque la técnica de los mundos es central en su trabajo y su uso se generalizó, Lowenfeld también publicó investigaciones que contribuyeron al estudio del desarrollo y el juego infantil. La clínica creció y cambió su nombre a *Institute of Child Psychology*, donde se ofrecen oportunidades de aprendizaje para muchos estudiantes, una de ellos fue Dora Kalff (Turner, 2004).

La terapia de juego llega a EUA

En la década de 1920, el conductismo, cuyo objetivo central era la disciplina y el entrenamiento de hábitos, se encontró que era útil si se empleaba con familias en crisis (Horn, 1989). El enfoque psicodinámico y su interés en los factores emocionales subyacentes como causantes de los problemas infantiles fueron reemplazados por el enfoque conductual, que es más rígido. El desafío para desarrollar métodos eficaces de

psicoterapia infantil traducía el conocimiento teórico en técnicas prácticas, adecuadas para los niños.

El interés de la higiene mental infantil impulsó a la Fundación de la Comunidad Británica de Naciones a financiar la creación de clínicas de apoyo a los niños. En 1927, el *Institute of Child Guidance* recibió fondos para brindar entrenamiento y servicios a las familias. Para mejorar la calidad del tratamiento clínico y las habilidades de los terapeutas, la misión del instituto incluyó investigar y dar servicios de consultoría a la red de clínicas de orientación infantil (Horn, 1989). David Levy (1933), el director de investigaciones, llevó a cabo una serie de estudios durante los seis años que trabajó en el instituto. Uno de sus proyectos de investigación empleó una situación estandarizada de juego para medir la expresión de sentimientos hostiles relacionados a la rivalidad entre hermanos. Este experimento incluyó una situación prescrita de juego en la que se utilizaban figuras de los miembros de una familia. Durante la sesión, el terapeuta impulsaba al niño a completar el escenario con dos hermanos y la madre, y con frecuencia se incluía el juego espontáneo para trabajar los sentimientos del niño. Levy (1933) afirmó que estas situaciones de juego iniciadas por el terapeuta podían usarse como herramienta terapéutica en una amplia gama de problemas.

Levy siguió usando esta técnica de juego, a la que después se denominó **terapia de liberación** (Levy, 1938, 1939), propuso emplear estas técnicas con niños que presentaban síntomas específicos después de una experiencia estresante o trauma. En esencia, el terapeuta recrea la situación traumática, empieza a reproducir lo que ocurrió e impulsa al niño a reconstruir el evento y revivir la experiencia emocional. De acuerdo con Levy, una vez que se completa la liberación de las emociones, o **abreacción**, los síntomas y las conductas problemáticas se disiparían con rapidez. Como una extensión de la obra de Levy, Gove Hambridge (1955) desarrolló técnicas de liberación y rebautizó este tratamiento como **terapia de juego estructurado**. Con el respaldo y la orientación de Levy, Hambridge propuso indicaciones de cuándo y cómo utilizar las situaciones de juego en procesos terapéuticos más largos. Hizo hincapié en establecer la relación con el niño y, luego, centrarse en los problemas específicos por los cuales acudió a terapia.

En la década de 1930, muchos profesionales de la orientación infantil experimentaron con técnicas de juego espontáneo y libre, y controlado y estandarizado (Newell, 1941). Jacob Conn (1939, 1997) describió la entrevista con juego, técnica desarrollada para que los niños se expresen utilizando juguetes de figuras de una familia. El terapeuta organiza el juego para describir algún aspecto de la situación actual del niño. Por medio de esta reconstrucción, se promueve que el niño proyecte pensamientos y sentimientos en los juguetes. Conn asumía una actitud de aceptación, no crítica, para mitigar el miedo en el niño a ser juzgado por liberar sus frustraciones. Los niños podían asumir la responsabilidad que les correspondía en sus circunstancias y dejar de necesitar la actuación de sus conflictos. Conn usó este tipo de entrevista como herramienta diagnóstica y como parte de un tratamiento más extenso.

Joseph Solomon, un colega cercano de Conn, empleó las ideas de éste para desarrollar un método de tratamiento al que llamó **terapia de juego activo** (Solomon, 1938). El

adjetivo **activo** distingue este tipo de terapia de los enfoques pasivos donde el terapeuta sigue al niño mediante técnicas de juego libre (Solomon, 1938). En este modelo, el terapeuta asume un papel activo al utilizar los juguetes y materiales para representar en el juego los problemas del niño. Valiéndose de preguntas y respuestas, el terapeuta propicia que el niño diga y muestre lo que pasa y cómo se sienten los “muñecos” en una situación muy parecida a la suya. El juego crea un vínculo que el niño puede reconocer entre los síntomas, la conducta y los conflictos emocionales. En el contexto del juego, el terapeuta puede hacer algunas sugerencias y el niño puede ver su situación desde una nueva perspectiva.

Después, Solomon hizo mayor hincapié en las respuestas emocionales durante el juego que en sus aspectos dramáticos (Solomon, 1948).

A diferencia del psicoanálisis, que requería ver al niño varias veces a la semana y por periodos largos, la orientación infantil era un tratamiento directo, eficaz y de corto plazo. Así como la terapia de liberación de Levy, la de juego activo surgió como respuesta a esta necesidad (Solomon, 1938). Ninguna de estas técnicas pretendía trabajar con niños que hubieran experimentado problemas por largo tiempo o graves conflictos padres-hijo (Conn, 1939; Levy, 1938; Solomon, 1938).

Jessie Taft empezó a trabajar como terapeuta bajo la supervisión de Otto Rank y, después, publicó un libro titulado *The Dynamics of Play Therapy*, donde plantea la necesidad de establecer límites en la relación terapéutica. Ella brindó orientación a una nueva profesión al discutir en qué consiste la conducta profesional en la práctica de la terapia infantil. El análisis de casos demostró la calidad del aquí-y-ahora de la interacción, de enfocarse en los pensamientos y sentimientos que surgían en el juego y el impacto del tiempo como parte del proceso terapéutico. Los clientes se deben adaptar al tiempo de cada sesión y al número de sesiones hasta el final de la terapia (Taft, 1933). En contraste con otros tipos de terapia, ella explicó que la meta no es reformar al niño, sino hacer que el crecimiento y el desarrollo sea posible. El papel pasivo del terapeuta es necesario para permitir que el deseo del niño se asimile al yo.

Frederick Allen desarrolló la aplicación de las teorías de Otto Rank a la terapia con niños (Allen, 1942). Como director del *Philadelphia Child Guidance Center*, promovió un enfoque con base en la relación terapéutica centrado en el presente. Allen pensaba que los niños podían usar la relación misma para comprenderse y elaborar sus luchas internas. Basó su enfoque en dos principios, aceptar al niño tal como es y aceptar sus propias limitaciones (Allen, 1934). Permitir que el niño sea él mismo, sin expectativas específicas, lo alivia de la necesidad de defenderse y negarse a recibir ayuda. Allen no creía tener el poder de curar a los niños, pues si así fuera, impediría que ellos asumieran la responsabilidad de hacer cambios en sí mismos. Allen consideraba que los juguetes y materiales eran herramientas para que los niños se relacionaran consigo mismos. Los juguetes eran elegidos con base en su utilidad para que el niño expresara sus emociones y se relacionara con el terapeuta (Allen, 1934). Allen también identificó un patrón de etapas en el proceso terapéutico. Al principio, notó que los niños descubrían que el terapeuta no trataba de cambiarlos, sino que le ofrecía una nueva clase de relación. Utilizando la

relación tal y como la experimentaban en las sesiones, representaban en el juego lo que les causaba molestia o preocupación para lograr un cambio. Al final de la terapia, las nuevas capacidades del niño para aceptar su responsabilidad y relacionarse con las personas cercanas eran la señal para comenzar la separación y poner fin a la terapia. Allen escribió numerosos artículos, además del libro *Psychotherapy with Children* (1942), para compartir su enfoque terapéutico con niños.

El legado de Virginia Axline

A pesar de que los primeros psicoanalistas y psiquiatras habían empleado el juego, se considera a Virginia Axline la madre de la terapia de juego. Sus libros *Play Therapy: The Inner Dynamics of Childhood* (1947) y *Dibs: In Search of Self (Dibs: en busca del yo)* (1964) han sido leídos en todo el mundo y en la actualidad se siguen publicando. Su modelo, originalmente llamado terapia de juego no directivo, también se conoce como **terapia de juego centrada en el cliente** (Dorfman, 1951) y **terapia de juego centrada en el niño** (Ginnot, 1959).

Como alumna de la Universidad del Estado de Ohio, Axline estudió con Carl Rogers y fue coautora de un artículo que describe el uso de técnicas no directivas con niños (Axline y Rogers, 1945). En 1945, Rogers se fue a la Universidad de Chicago y Virginia Axline trabajó ahí como investigadora asociada. Algunos de los casos que aparecen en *Play Therapy: The Inner Dynamics of Childhood* (1947) provienen de un grupo de terapia de juego con el que trabajó en el Centro de Consejería de la Universidad de Chicago (Rogers, 1951).

Algunas de las cuestiones prácticas con los métodos no directivos de la terapia de juego incluían el establecimiento de límites, los criterios para elegir juguetes y las diferencias de edad. Los límites y la permisividad fueron temas centrales en la práctica de la terapia de juego no directiva (Axline, 1979; Bixler, 1949; Ginott, 1959; Ginott y Lebo, 1963). ¿Hasta qué punto los límites son importantes para la relación terapéutica y el proceso de la terapia de juego? Si el terapeuta debe ser permisivo, ¿hasta dónde permitir que los niños hagan lo que quieran? No sólo los terapeutas se hacían estas preguntas, sino también otros estaban preocupados por esta idea radical de la permisividad. Bixler (1949) propuso pautas para establecer límites y puso en claro cómo los límites debían estar bien definidos y plantearse sólo cuando fuera necesario. Después, Ginott (1959) regresó a una discusión más detallada acerca del tiempo y los límites que, según su parecer, eran los más beneficiosos. Ginott (1982) y Lebo (1979) recomendaron que los juguetes y el equipo de los cuartos de juego se eligieran de manera cuidadosa para facilitar la comunicación, la relación, la catarsis y la introspección. Debido a que los juguetes son una variable importante del proceso de la terapia de juego, Lebo (1979) recomendó que la selección sea más objetiva y tome en cuenta las diferentes edades.

Haim Ginott (1961) aplicó en grupos la terapia de juego no directiva de Axline. Encontró que la interacción grupal ofrece oportunidades para el aprendizaje social que no son posibles en la terapia individual. En la terapia de juego grupal no directiva no hay metas grupales, y el foco de atención del terapeuta sigue siendo el niño de manera individual. Ginott también describió su estilo particular del modelo de Axline y lo rebautizó como **terapia de juego centrada en el niño** en su libro *Group Psychotherapy with Children: The Theory and Practice of Play Therapy* (1961).

A veces se incluye a Clark Moustakas en la lista de los seguidores de Virginia Axline porque hay algunas semejanzas en sus antecedentes teóricos y en sus técnicas. Él fue alumno de ella y siguió el método no directivo durante sus primeros dos años en el Instituto Merrill-Palmer. Con el tiempo, se dio cuenta de que “sentarse en una silla” haciendo grandes reflexiones no se ajustaba a su modo de ser con los niños (Moustakas, 1997). Gradualmente, Moustakas desarrolló su propio enfoque de la terapia de juego retomando las teorías de Otto Rank y las ideas terapéuticas de Jessie Taft (Moustakas, 1953, 1997). Algunos de los principios de Axline tuvieron cabida en su propio marco teórico, como la permisividad, aceptar a los niños tal como son, establecer límites y creer en todo momento en el niño. Al igual que Axline, pensaba que los niños tienen la capacidad de resolver sus problemas por sí mismos y los impulsaba a asumir la responsabilidad de sus decisiones en el cuarto de juego (Axline, 1947; Moustakas, 1959). Lo que separa a Moustakas de Axline es el nivel de participación y comunicación interactiva con el niño. Para Axline (1947), la curación se debía más al ambiente –“una buena tierra fértil” (p. 16)–, mientras que para Moustakas (1953, 1959), era más importante la relación.

Además de su investigación, Moustakas publicó cuatro libros sobre terapia de juego, entre los que se encuentra *Existential Child Therapy: The Child's Discovery of Himself* (1966). En términos teóricos, Moustakas puede identificarse con los existencialistas, pero su obra también refleja un poco del modo centrado en el cliente (James, 1997). Dado que Carl Rogers tomó algunas de sus ideas sobre la técnica de Otto Rank y Jessie Taft, el entrelazamiento de teorías, evidente en los enfoques de Moustakas y Axline, permite considerarlos a ambos como humanistas. Junto con Abraham Maslow y Carl Rogers, Moustakas tuvo un papel importante en la fundación de la psicología humanista. En 1997, Moustakas escribió *Relationship Play Therapy* y grabó una sesión y sus reflexiones sobre la terapia de juego relacional para el *Center for Play Therapy* en la Universidad del Norte de Texas.

Auge y declive de la terapia de juego: décadas de 1960 y 1970

A principios de la década de 1960, las clínicas de orientación infantil seguían siendo los principales proveedores de servicios para niños y familias en muchas comunidades. Debido a que se pensaba que los problemas de los padres constituían factores causales

de los problemas del niño, el trabajador social trabajaba con los padres, casi siempre con la madre (Guerney, 2003; Tulchin, 1964).

Al buscar un mejor medio para fortalecer la relación padres-hijo, Bernard Guerney creó y desarrolló la terapia filial con ayuda de su esposa, Louise Guerney (Guerney, 2003). Se dio cuenta de que, con frecuencia, los padres carecían de habilidades más que presentar alguna psicopatología. La terapia de juego centrada en el niño funcionaba bien con el apoyo de los padres, así que parecía lógico que fuera eficaz si los padres recibían entrenamiento como proveedores primarios de la terapia de juego centrada en el niño con sus propios hijos (Guerney, 2003). Debido a que la obra de Axline no brindaba una metodología detallada, los Guerney pusieron mucha atención en traducir su modelo para asegurarse de que las habilidades que practicaban fueran teóricamente consistentes con Axline (1947) y Rogers (1951). Entonces pudieron desarrollar habilidades específicas que dividieron en módulos de enseñanza del modelo de terapia filial (Guerney, 2003; Van Fleet, Sywulak y Sniscak, 2010).

La meta principal de la terapia filial era que los padres se relacionen de una manera más positiva con sus hijos. La segunda meta era eliminar la amenaza que un terapeuta supone para el vínculo padres-hijo. Esta terapia proponía que los padres aprendieran a responder de modo apropiado a la conducta inmediata y a las expresiones verbales de sus hijos enseñándoles y supervisándolos en el uso de la terapia de juego centrada en el niño. Los estudios piloto y la investigación mostraron que los padres podían aprender estas habilidades y alcanzar un nivel de desempeño equiparable al del terapeuta. La investigación tenía un buen diseño; los Guerney pudieron desarrollar un método de entrenamiento de habilidades replicable por cualquier otro clínico y ha demostrado ser una intervención eficaz. A pesar de ello, la terapia filial no tuvo mucha aceptación en ese momento.

Cuando se acercaba la década de 1970, entraron en escena otros factores que hicieron que el interés de los profesionales se alejara de la terapia de juego centrada en el niño, en realidad, de la terapia de juego en general. Los psicólogos clínicos y psiquiatras dedicados a la orientación infantil buscaban modalidades más convenientes, como la medicación, la terapia familiar y la modificación conductual. Métodos como el condicionamiento operante tuvieron un impacto significativo en los trastornos de la conducta y el aprendizaje, y pronto se volvieron populares en los planes de tratamiento de los programas de distintos organismos. Como resultado, los enfoques no conductuales de la terapia de juego fueron abandonados por muchos clínicos. El tratamiento conductual podía ofrecer intervenciones de corto plazo que eran mejores en términos de costo-beneficio que las psicoterapias tradicionales, como la terapia de juego.

En este mismo periodo, se sembraron algunas semillas importantes que, con el tiempo, habrían de contribuir a revalorar la terapia de juego. Donald Winnicott fue miembro de un grupo de psicoanalistas de Gran Bretaña, conocido como la escuela de las relaciones objetales, intermedio entre las escuelas freudiana y kleiniana (Mitchell y Black, 1995). Alumno de Melanie Klein, Winnicott recibió la influencia de sus primeras ideas acerca de las relaciones objetales y su creencia en la “programación del bebé para la interacción

humana” (Mitchell y Black, 1995, p. 113). Es mejor conocido por su explicación de los objetos transicionales. De acuerdo con Winnicott, los niños a veces insisten en que estos objetos vayan con ellos a todos lados, porque no sólo son un sustituto de la madre, sino también porque es una extensión de su yo (Mitchell y Black, 1995). Su extenso trabajo con madres, bebés y niños pequeños lo llevó a desarrollar conceptos como madre suficientemente buena, el ambiente de sostén y el falso *self*. Todos estos conceptos contribuyeron al fundamento teórico de su enfoque de la terapia de juego. En su libro *Playing and Reality (Realidad y juego)* (1971), Winnicott comparte casos para ilustrar cómo sus conceptos se aplican en la terapia. Sus constructos han tenido una influencia importante en el área de las relaciones de objeto y el apego.

John Bowlby, otro integrante de la escuela de las relaciones objetales, teorizó que el niño tiene una motivación instintiva para apegarse a su madre y que ésta responde también de manera instintiva a las necesidades del niño. Gracias a su estudio del apego y la pérdida, comprendimos la importancia del apego para el desarrollo psicológico del niño. Cuando la figura primaria de apego está disponible y responde de modo consistente, el niño se desarrolla con confianza y seguridad emocional (Mitchell y Black, 1995). Cuando el cuidador primario no está disponible ni responde o, por el contrario, es hostil, el niño desarrolla problemas para relacionarse con las personas, aceptar los cuidados y hacer transiciones.

Los niños pueden vivir frustraciones y enojarse con facilidad, y tienen dificultades para calmarse solos cuando se encuentran bajo tensión (Jernberg y Booth, 2001).

En la investigación del apego, una de las características observadas en las relaciones de apego seguro es que los padres se sintonizan afectivamente con el juego del niño (Jernberg y Booth, 2001). Inspirada en la obra de John Bowlby y Donald Winnicott sobre el apego y las relaciones objetales, Ann Jernberg y Phyllis Booth crearon Theraplay[®]¹, un modelo de tratamiento diseñado para replicar las interacciones positivas observadas en las relaciones saludables padres-hijo (Jernberg y Booth, 2001). Thereaplay aborda la alteración del vínculo padres-hijo y emplea el contacto visual focalizado, el contacto nutricional y las interacciones lúdicas. Este enfoque ha demostrado ser eficaz en niños con trastornos del apego y con graves trastornos de la conducta y el desarrollo.

Retomando la teoría del apego como punto de partida, Viola Brody creó la terapia de juego del desarrollo inspirada en su supervisor Austin Des Lauriers, Janet Adler, una terapeuta del movimiento, y el concepto de Martin Buber de la relación Yo-Tú (Brody, 1997). Este concepto se centra en la idea de que el contacto es esencial para el desarrollo de un niño saludable. Brody mostró preocupación porque los niños no reciben el contacto suficiente de maneras sanas para facilitar los vínculos en nuestra sociedad. Cuando los vínculos no tienen lugar, los niños no pueden pasar a la siguiente etapa del desarrollo. En la terapia de juego del desarrollo, Brody empezaba en la etapa de desarrollo en que se encontraban los niños, y su meta era ayudarlos a pasar a la siguiente. Ella tenía sesiones separadas con los padres para entrenarlos en el contacto y el establecimiento de límites. En el cuarto de juego no había juguetes, porque ella pensaba que distraían al niño de la relación con el terapeuta; en cambio, incluía una alfombra,

una mecedora, una mesa y sillas, papel, lápices de colores, lápices y una botella de loción. Después, los enfoques de terapia de juego, incluyendo el de las relaciones objetales, desarrollado por Benedict (2003), la terapia filial para los niños con trastornos y alteraciones del apego (Van Fleet y Sniscak, 2003) y la inclusión de intervenciones basadas en el apego de Whelan y Stewart (2013), demostraron el valor de la terapia de juego para tratar los trastornos del apego y construir vínculos saludables entre los niños y sus cuidadores. El origen de estos distintos enfoques puede rastrearse en las propuestas teóricas de Winnicott y Bowlby acerca del apego y las relaciones objetales.

En la década de 1970, Violeta Oaklander (1978) desarrolló la terapia de juego Gestalt basándose en la terapia Gestalt creada por Fritz y Laura Perls, así como en sus propias experiencias en la enseñanza y la educación especial. Esta terapia es humanista, orientada al proceso, basada en la relación y con el organismo completo como foco de atención. Como otros modelos humanistas (Allen, 1942; Moustakas, 1959), hace hincapié en el valor terapéutico de la relación entre el niño y el terapeuta (Oaklander, 2003). El terapeuta Gestalt asume un papel activo en relación con las metas y planes para el niño, a quien propone actividades para satisfacer sus necesidades. Sin embargo, si el niño tiene otras ideas y toma la batuta en la sesión, el terapeuta lo sigue. Oaklander creó diversas técnicas expresivas, creativas y proyectivas empleando el arte, el arenero, representaciones con títeres o disfraces, música, respiración y actividades corporales (Oaklander, 1978, 2007). La meta principal de Oaklander era ayudar a los niños a descubrir y expresar emociones que habían bloqueado. La energía agresiva se emplea para actuar, sacar emociones enterradas y ayudar al niño a aprender modos saludables de expresar esos sentimientos (Oaklander, 2003). Ella pensaba que el autocuidado es una meta necesaria para los niños para resolver creencias negativas, deshacerse de las partes odiosas de sí mismos y alcanzar la autoaceptación (Oaklander, 2003). En 2007, se publicó su segundo libro, *Hidden Treasure: A Map to the Child's Inner Self*, donde plasma 30 años de experiencia. Violeta Oaklander se jubiló en 2008, pero su obra continúa a través de la Fundación Violeta Solomon Oaklander.

El regreso de la terapia de juego

Aunque figuras como Bernard y Louise Guerney, Garry Landreth, Ann Jernberg y Phyllis Booth enseñaron y practicaron la terapia en la década de 1970, estaban esparcidos y trabajaban en aislamiento. Se publicaban pocas investigaciones y casi no había educación continua para la terapia de juego. En 1982, Charles Schaefer y Kevin O'Connor fundaron la *Association for Play Therapy (APT)* para promover la terapia de juego como un tratamiento viable para los niños. Durante los siguientes 15 años, se creó un consejo de directores para la asociación, se organizaron congresos anuales nacionales en distintos lugares del país, se lanzó una campaña nacional de afiliación y se aprobaron los estatutos para crear sucursales estatales. La APT también empezó el proceso de

ganar credibilidad para la terapia de juego mediante varios proyectos importantes, incluyendo la publicación del *International Journal of Play Therapy*, la creación de un programa de acreditación para Terapeutas de Juego Registrados y Supervisores-Terapeutas de Juego Registrados, y la publicación de una lista de proveedores aprobados por la APT para la educación continua en terapia de juego.

A lo largo de la historia, la educación de los terapeutas de juego se ha llevado a cabo a través de un proceso psicoanalítico (Geissmann y Geissmann, 1998) y del estudio bajo la guía o supervisión de un maestro psicoanalista (Taft, 1933). En EUA, las universidades y las escuelas de medicina ofrecían algunos cursos y experiencias durante el internado, como el entrenamiento de Moustakas con Virginia Axline. Estas oportunidades empezaron a declinar en la década de 1970 en muchas universidades. Los cursos de Landreth en la Universidad del Norte de Texas fueron una notable excepción. Para 1988, Garry Landreth pudo establecer el *Center for Play Therapy* en el departamento de consejería. Además de las clases y un programa de posgrado en terapia de juego, este centro empezó a ofrecer talleres de entrenamiento y a llevar a cabo investigaciones (Landreth, 2002). Este programa continúa formando y actualizando terapeutas de juego. Muchos profesionales han realizado su formación mediante la educación continua, seminarios intensivos, congresos e institutos de entrenamiento.

El esfuerzo de Charles Schaefer para educar a otros en el campo de la terapia de juego en realidad comenzó en la década de 1970. Su primer libro sobre este tema, *The Therapeutic Use of Child's Play* (1979), incorpora la obra de las principales figuras del campo de la terapia de juego, como Virginia Axline, Melanie Klein, Anna Freud y David Levy. Desde entonces ha editado y coeditado libros que cubren toda la gama de teorías y técnicas de la terapia de juego. En un libro anterior, *Therapies for Children* (1977), Schaefer, junto con Howard Millman, afirma que se debe elegir un método prescriptivo cuando se tratara de un tratamiento para un niño. En terapia de juego, esto implica elaborar el plan de tratamiento basado en la evaluación que mejores resultados pueda tener con un niño en particular. Schaefer cuestiona la lealtad a una teoría de la terapia de juego y, en cambio, sugiere que los terapeutas deberían ser pragmáticos y realistas, y elegir el método que funcione mejor tomando en cuenta las necesidades del niño, y no las preferencias personales del terapeuta (Schaefer, 2003).

En 1967, Garry Landreth dio su primera clase de terapia de juego en la Universidad del Norte de Texas. Landreth editó y publicó su primer libro de texto, *Play Therapy: Dynamics of the Process of Counseling with Children*. Dirigido principalmente a los estudiantes de terapia de juego, este texto brindó sugerencias prácticas y pautas para el trabajo clínico con diversos problemas infantiles. Después, Landreth desarrolló y refinó la terapia de juego centrada en el niño de Axline (1947). Haim Ginott y Clark Moustakas también participaron en este refinamiento (Landreth, 2002). Junto con Sue Bratton, Landreth también desarrolló y promovió un modelo de 10 sesiones de terapia filial, denominado **Terapia Relacional Padres-Hijo** (2006). En la Universidad del Norte de Texas, se han hecho numerosas investigaciones sobre terapia filial y terapia relacional padres-hijo (Landreth y Bratton, 2006). La contribución de Landreth a la terapia de

juego en la consejería en educación básica se remonta a la década de 1960, y su influencia aún se puede apreciar en la investigación sobre la terapia de juego en la escuela (Drewes, Carey y Schaefer, 2001).

Con base en sus experiencias como maestro y consejero escolar, Landreth (1983, 2002) ha promovido la importancia de la terapia de juego en la escuela para ayudar a los niños a trabajar cuestiones que pueden interferir en su desempeño escolar y, así, restituir una buena disposición para aprender.

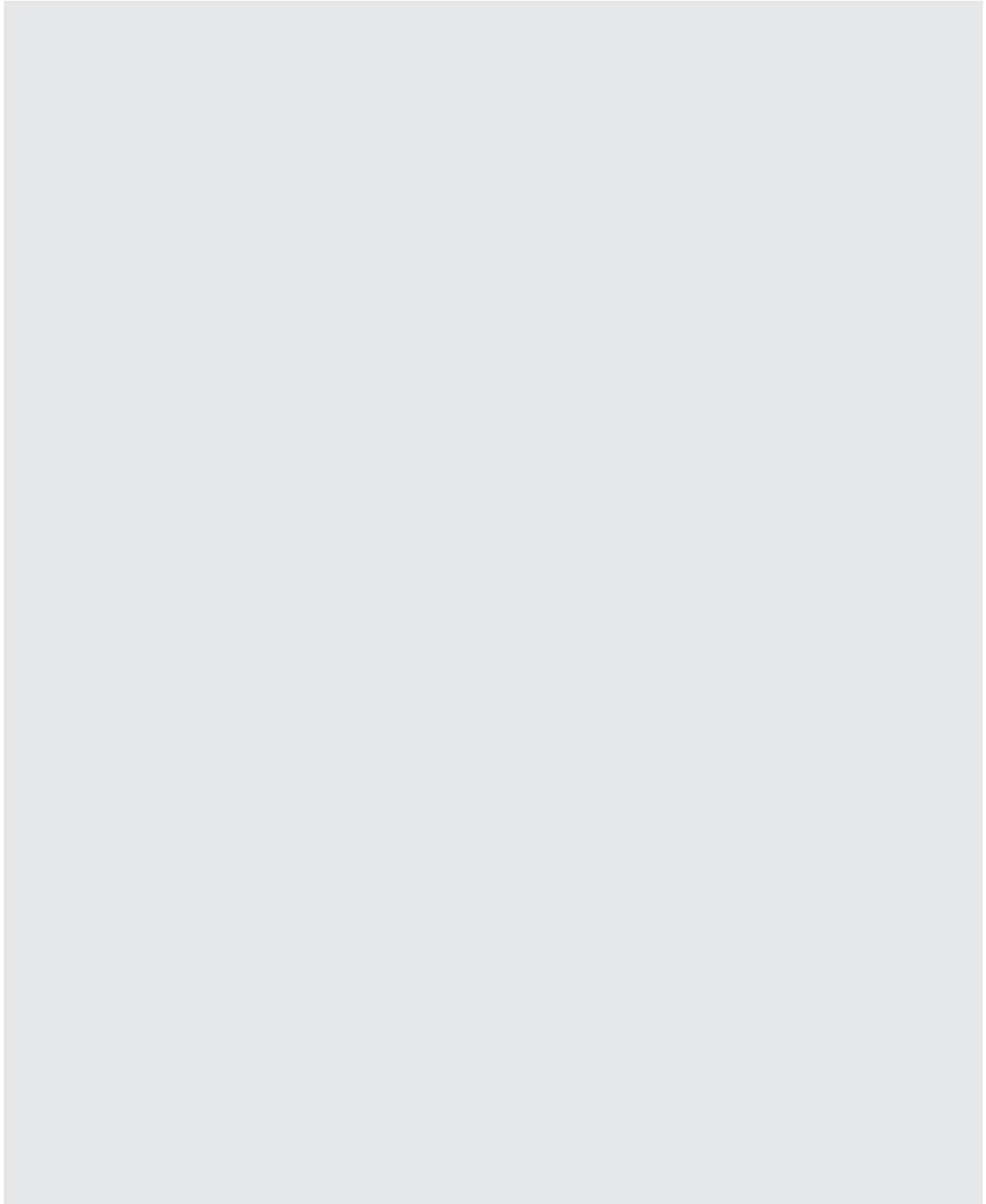
Landreth se integró a la APT y estuvo en el consejo de directores original. En 1987, llevó el congreso anual de terapia de juego a Texas, haciendo difusión a nivel nacional para aumentar la asistencia y, en última instancia, la afiliación a la APT. En 1988, una de sus alumnas, Lessie Perry, quien se unió al consejo de la APT como directora de afiliación, lanzó la primer campaña de afiliación y organizó la aprobación de estatutos para crear sucursales estatales de la APT. En 1999, Landreth se retiró del consejo de la APT y enseñó y dirigió el programa de terapia de juego en la Universidad del Norte de Texas hasta su jubilación en 2002. Aún participa en investigaciones e imparte talleres de terapia centrada en el niño.

Louise Guerney, otro miembro original del consejo de directores de la APT, siguió impartiendo clases, practicando la terapia filial y escribiendo sobre ella. Ella también adoptó la teoría y los principios de la terapia centrada en el niño en su enseñanza, supervisión y práctica (Guerney, 1983; Van Fleet et al., 2010). Después de su investigación y práctica de la terapia filial, los Guerney se enfocaron en la mejora de las relaciones familiares a través de la terapia marital y familiar. Louise Guerney tuvo muchos alumnos, entre ellos Risë Van Fleet, quien contribuyó al desarrollo de la terapia filial y su aplicación en varias situaciones, como la adopción, el apego y el trauma (Van Fleet, 2005). Guerney (1983) describió la terapia centrada en el niño como “un método complejo, sistémico” y advirtió sobre el riesgo de “dejarse llevar por otros métodos” (p. 28).

Kevin O'Connor desarrolló la terapia de juego ecosistémica, que ha evolucionado con el tiempo, y en colaboración con Sue Ammen incluyó una teoría más integrada, así como estrategias detalladas de entrada y un modelo de planeación del tratamiento (O'Connor, 1991, 2000; O'Connor y Ammen, 2013). El modelo ecosistémico considera que el niño se encuentra inmerso en una serie de sistemas interrelacionados. Se evalúa el impacto psicológico y pragmático de cada sistema sobre el niño para organizar un plan de tratamiento integral (O'Connor y Ammen, 2013). Además de la perspectiva sistémica, el otro marco de referencia que guía este modelo es la teoría del desarrollo cognitivo, que toma en consideración la edad del niño y la etapa de desarrollo. Al principio, O'Connor describió este método como un híbrido que tomaba sus fundamentos teóricos de las terapias psicoanalítica, centrada en el niño, Theraplay y de la terapia de realidad (O'Connor, 2001). Conforme ha evolucionado y se ha refinado, se ha convertido en un modelo independiente de la terapia de juego.

O'Connor (1983) creó la técnica colorea-tu-vida para brindarle al niño una manera concreta de comprender y discutir sus sentimientos, es aún muy popular entre muchos

terapeutas de juego, se ha empleado como herramienta terapéutica para categorizar y discutir los sentimientos de los niños (O'Connor y New, 2002). O'Connor también desarrolló una versión breve de esta técnica empleando el contorno de un termómetro para ayudar al niño a medir su "temperatura" emocional o su estado entre las sesiones.



EXPANSIÓN DE LOS MODELOS DE TERAPIA DE JUEGO

Terapias de juego psicoanalíticas y psicodinámicas

La influencia de las teorías psicoanalíticas se mantiene vigente en algunos métodos de terapia de juego (Benedict, 2003; Cangelosi, 1993; Lee, 1997; O'Connor, 1991). Sin embargo, se debe tener presente que las tres escuelas, freudiana, kleiniana y relaciones objetales, ofrecen su propia variante, y quienes practican la terapia de juego psicoanalítica o psicodinámica pueden retomar sus fundamentos teóricos de una de estas escuelas o más (Bromfield, 2003).

Terapias de juego jungianas

Después de conocer la teoría de Jung durante sus estudios de posgrado, John Allan se dedicó a aplicar sus conceptos en la consejería escolar. Los conceptos centrales de esta teoría se refieren a la relación entre las partes conscientes e inconscientes del yo (Allan y Levin, 1993). El inconsciente colectivo, que reúne la historia de la experiencia humana, contiene patrones arquetípicos que han evolucionado a lo largo del tiempo (Allan, 1988; Allan y Levin, 1993). En estas regiones inconscientes, no sólo se encuentran heridas emocionales preverbales almacenadas, sino el arquetipo del sí mismo que posee la capacidad de autocuración. El terapeuta de juego jungiano activa el arquetipo de autocuración construyendo *rapport* con el niño, formando una alianza terapéutica y luego siguiendo los procesos inconscientes que se expresan en el juego. Empleando las artes expresivas para acceder al material inconsciente y llevándolo a la conciencia, como se hace en el método de Jung. John Allan describe esta terapia como “jugar, crear, hacer, actuar fantasías en la seguridad de la contención terapéutica” (Allan y Levin, 1993, p. 210). El cuarto de juego se considera un espacio protegido, lo que los jungianos llaman “témenos”, donde los niños pueden jugar sin la presión del mundo externo. Un cuarto de juego tradicional con juguetes, materiales artísticos, areneros con y sin agua y miniaturas brinda los recursos necesarios para que los niños hagan el trabajo de autocuración. Algunos conceptos de la terapia de juego centrada en el niño se han incorporado a los principios jungianos, sobre todo en el trabajo en escuelas y clínicas (Allan, 1988; Allan y Bertoia, 1992).

También han contribuido al desarrollo de la terapia de juego basada en la teoría de Jung figuras como Gisela DeDomenico (1994), J. Craig Peery (2003), J. P. Lilly (1998) y Eric Green (2011). Peery (2003), Lilly (2012) y Green (2011) ubican su trabajo como terapia de juego analítica jungiana para reflejar mejor el uso del término analítico y distinguirlo del psicoanálisis freudiano (Peery, 2003). Mediante la publicación de sus obras y sus presentaciones en congresos, estos jungianos siguen despertando el interés por este tipo de terapia.

El juego con arena (Kalff, 2003) derivó del análisis y estudio de Dora Kalff con Carl Jung, su estancia de un año con Margaret Lowenfeld y su interés en el pensamiento oriental. Gisela DeDomenico, quien estudió la técnica de los mundos y el juego con arena de Kalff, creó su propio método con el arenero: los mundos en el arenero (Boik y Goodwin, 2000). En su trabajo, emplea areneros de distintas formas y arena de varios colores. En *Sandtray Therapy: A Practical Manual* (1998), Linda Homeyer y Daniel Sweeney (1998) también plantean directrices para el terapeuta de juego que trabaja con arenero.

El uso de las metáforas en la terapia de juego es otra técnica derivada de las ideas de Jung sobre el símbolo y el uso que hacía de ellas Milton Erikson. Mills y Crowley (1986) formularon un proceso para diseñar y emplear metáforas terapéuticas, y publicaron su trabajo en *Therapeutic Metaphors for Child and the Child Within* (1986). Las metáforas y los símbolos son instrumentos de curación en la terapia de juego, sobre todo las que están hechas para niños (Mills y Crowley, 1986; Norton y Norton, 1997). Los niños practican de manera natural el juego simbólico aproximadamente desde la edad de dos años, y comprenden las metáforas de los cuentos de hadas y las historias. Su método consiste en hacer que el niño cree y use metáforas terapéuticas mediante el juego, el arte y la creación de historias.

Terapia de juego experiencial

La terapia de juego experiencial, creada por Carol y Byron Norton (1997), se basa en sus observaciones sobre cómo los niños procesan la información del mundo de manera experiencial.

Esta propuesta tiene su fundamento en la idea de que el juego del niño es sumamente metafórico y mediante él expresa sus experiencias y sentimientos en relación con sí mismo (Norton y Norton, 1997, 2006). Esta terapia también tiene influencias de la teoría no directiva de Axline (1947), en especial de la idea de que los niños tienen la capacidad de dirigir su propio proceso de curación. Lo que distingue a la terapia de juego experiencial es que concede un significado simbólico a los diversos juguetes, figuras de animales y ambientes que el niño crea en el cuarto de juego. Estos significados sugeridos se emplean para formular hipótesis acerca del tema o la metáfora que el niño comunica en su juego (Norton y Norton, 1997). En esta terapia, los niños crean sus propias metáforas para comunicar sus experiencias y comprender y resolver las que son de carácter doloroso, así como las emociones que las acompañan.

Terapia de juego adleriana

Alfred Adler, otro miembro del grupo original que se reunió en torno a Freud y que tuvo un rompimiento teórico con él, fue la fuente de inspiración de Terry Kottman (1995) para desarrollar un modelo de cuatro fases de la terapia de juego adleriana. La primera fase se enfoca en construir una relación igualitaria, durante la cual el terapeuta sigue al niño en el cuarto de juego, pero también juega de manera activa con él y le hace

preguntas. La segunda fase consiste en explorar el estilo de vida del niño para comprender mejor los patrones de pensamiento, sentimientos y conductas que emplea para adquirir un sentido de importancia y pertenencia, así como para crear un plan de tratamiento. En la tercera fase, Kottman empieza a ayudar al niño a tener más consciencia de su estilo de vida por medio de dibujos y metáforas. En la cuarta fase, se ofrece una reorientación y reeducación para que el niño aprenda y practique nuevas actitudes y conductas positivas que le ayuden a crear un estilo de vida constructivo (Kottman, 1995, 2003). Kottman sigue refinando su modelo y en años recientes escribió un manual para llevar a cabo investigaciones sobre el modelo de la terapia de juego adleriana (Kottman, 2011).

Terapia de juego cognitivo conductual

Susan Knell (1993) combinó la teoría y las técnicas de las terapias cognitiva y conductual con los principios de la terapia de juego para crear la terapia de juego cognitivo-conductual, que es una intervención que toma en cuenta las etapas de desarrollo para niños de 2.5 a 6 años de edad, elaboró actividades lúdicas para llevar a cabo las intervenciones conductuales, como la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo, el moldeamiento, el desvanecimiento de estímulos y la extinción (Knell, 1993, 2003). Las intervenciones cognitivas que se han adaptado incluyen el registro de pensamientos disfuncionales, cuestionamiento de creencias irracionales y el uso de autoafirmaciones de afrontamiento. También, emplea el modelamiento, el juego de roles y las contingencias conductuales utilizando juguetes, muñecos de peluche y títeres, que son divertidos y atrapan la atención de los niños pequeños. Knell ha aplicado este método con niños que presentan diversos problemas emocionales y conductuales, como mutismo, fobias, encopresis y ansiedad de separación (Knell, 2003).

Janine Shelby (2000; Shelby y Felix, 2005; Shelby y Berk, 2009) también ha promovido la integración de la terapia cognitivo-conductual y la terapia de juego. Ella ha trabajado con las técnicas cognitivo-conductuales primordialmente en el área del trauma (Shelby, 2000; Shelby y Felix, 2005), así mismo ha abogado por el uso de métodos más sensibles al desarrollo al practicar la terapia cognitivo-conductual en diagnósticos como depresión y trastorno por estrés postraumático (Shelby y Berk, 2009). La publicación de *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Play Therapy* (2009) ha generado mayor interés y aceptación de la terapia de juego en un sector más amplio de los profesionales de la salud mental. En este libro de consulta, pueden encontrarse descripciones de tratamientos fundamentados en datos empíricos que se centran en problemas de ansiedad, agresión, trauma y adaptación escolar.

Terapia de juego familiar

La terapia de juego familiar evolucionó como un modelo integrado que combina la terapia familiar y la terapia de juego. Safer (1965) hizo el intento temprano de incluir a un cuidador y al niño en un cuarto de juego, con lo cual introdujo la terapia de juego

conjunta, en la que tanto el cuidador como el terapeuta se unen a las actividades elegidas por el niño. Irwin y Malloy (1975) desarrollaron la entrevista familiar con títeres para estimular la comunicación verbal y no verbal y hacer que la familia se organice para cumplir con una meta o una tarea. Griff (1983) describió un modelo de corto plazo de terapia de juego familiar, en la que ella modela nuevas maneras en que los cuidadores pueden interactuar y comunicarse con los niños, facilita las interacciones y se une a las actividades lúdicas.

En *Family Play Therapy*, editado por Charles Schaefer y Lois Carey (1994), se presentaron numerosas técnicas de terapia de juego familiar para describir la manera de utilizar el juego con familias y para mostrar los beneficios de integrar estos dos modelos. En los últimos 20 años, Eliana Gil ha sido la portavoz de la terapia de juego familiar desde que se publicó su libro *Play in Family Therapy* (1994). Su modelo, basado en la teoría de los sistemas familiares y el enfoque integrativo de la terapia de juego, está diseñado para lograr un cambio sistémico (Gil, 2003).

En la década de 1990, surgieron otros dos modelos de la terapia de juego familiar: la terapia de juego familiar dinámica de Steve Harvey (1993, 2006) y la terapia de juego familiar estratégica de Shlomo Ariel (1994, 2005). El modelo de Harvey deriva de la teoría del apego, los modelos de terapia de juego familiar humanista y la solución creativa de problemas. Las actividades lúdicas son creativas y expresivas, emplean la danza, el drama y el arte para fomentar la espontaneidad en la familia, para crear metáforas que ilustren los estados emocionales y los problemas en las relaciones familiares (Carmichael, 2006) y para aumentar su capacidad de juego empático (Harvey, 2006). La terapia de juego familiar estratégica posibilita que los niños pequeños participen plenamente, porque emplea el juego de fantasía como estrategia primordial. Con un fundamento multisistémico integrado, este modelo se vale de la teoría del procesamiento de información para ayudar a que las familias comprendan sus patrones de interacción y comunicación (Ariel, 2005). El campo de la terapia de juego sigue creciendo y enriqueciéndose tanto en cantidad de modalidades de tratamiento, como en los tipos de poblaciones con que se trabaja.

CONCLUSIÓN

De un pequeño grupo de 50 miembros en 1982 a una asociación con más de 6 000 terapeutas de juego afiliados en 2014, la APT se ha extendido por todo EUA. La educación continua ha crecido más allá del congreso anual para incluir los congresos de sus sucursales estatales, el *E-Learning Center* y numerosos talleres ofrecidos por más de 200 proveedores aprobados en terapia de juego, y 20 programas de posgrado han recibido el reconocimiento como Centros Aprobados para la Educación en Terapia de Juego. Con el apoyo de sus afiliados y el desarrollo de programas de investigación, educación y publicidad, la APT ha hecho una contribución importante para elevar el estatus de la terapia de juego.

La historia de la terapia de juego está en los libros que se han publicado, reimpresso y reeditado. También se puede encontrar en los primeros volúmenes del *Journal of Orthopsychiatry*, la revista de la APT, y en el *International Journal of Play Therapy*. Algunos libros han cambiado junto con la historia y otros, como *Dibs* de Virginia Axline, han cambiado la historia de la terapia de juego. Tal vez haya otro *Dibs* en nuestro futuro. Podemos imaginar un futuro en el que, en un parpadeo, veamos iluminarse el cerebro de un niño, quien tendrá un equipo en su cabeza encargado de leer la actividad de todas las áreas de su cerebro. Su terapeuta jungiano, eco-cognitivo juega con él y observa señales que le indican qué porcentaje de su cerebro responde. Los datos así obtenidos serán irrefutables; sin duda, la terapia de juego es la más eficaz. La única evidencia que puede superar a estos datos es la sonrisa en la cara de un niño pequeño y la afirmación de sus padres de que la vida va bien.

■ REFERENCIAS

- Allan, J. (1988). *Inscapes of the child's worlds*. Dallas, TX: Spring.
- Allan, J., & Bertoia, J. (1992). *Written paths to healing: Education and Jungian child counseling*. Dallas, TX: Spring.
- Allan, J., & Levin, S. (1993). "Born in my bum": Jungian play therapy. En T. Kottman & C. E. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners* (pp. 209–244). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Allen, F. (1934). Therapeutic work with children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4(2), 193–202.
- Allen, F. (1942). *Psychotherapy with children*. New York, NY: Norton.
- Ariel, S. (1994). *Strategic family play therapy*. Chichester, England: Wiley.
- Ariel, S. (2005). Family play therapy. En C. E. Schaefer, J. McCormick, & A. Ohnogi (Eds.), *International handbook of play therapy* (pp. 3–22). New York, NY: Jason Aronson.
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Axline, V. M. (1964). *Dibs: In search of self*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Axline, V. M. (1979). Play therapy procedures and results. En C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic use of child's play* (pp. 209–218). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Axline, V. M., & Rogers, C. R. (1945). A therapist-teacher deals with a handicapped child. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, April, 119–142.
- Benedict, H. E. (2003). Object relations/thematic play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 281–305). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bixler, R. (1949). Limits are therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13, 1–11.
- Boik, B. L., & Goodwin, E. A. (2000). *Sandplay therapy*. New York, NY: Norton.
- Brody, V. A. (1997). *Developmental play therapy: The dialogue of touch*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Bromfield, R. (2003). Psychoanalytic play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 1–13). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cangelosi, D. (1993). Internal and external wars: Psychodynamic play therapy. En T. Kottman & C. E. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners* (pp. 347–370). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Carmichael, K. (2006). *Play therapy: An introduction*. Upper Saddle River, NJ: Pearson–Prentice Hall.
- Conn, J. (1939). The child reveals himself through play; the method of the play interview. *Mental Hygiene*, 23, 49–70.
- Conn, J. (1997). The play-interview. In C. E. Schaefer & D. Cangelosi (Eds.), *Play therapy techniques* (pp. 9–44). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- DeDomenico, G. (1994). Jungian play therapy techniques. In K. O'Connor & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy* (Vol. 2, pp. 253–282). New York: Wiley.
- Dorfman, E. (1951). Play therapy. En C. Rogers (Ed.), *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory* (pp. 235–277). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Drewes, A. A., Carey, L. & Schaefer, C. E. (Eds.). (2001). *School-based play therapy*. New York, NY: Wiley.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood: Assessments of development*. New York, NY: International Universities Press.
- Freud, A. (1974). The psychoanalytic treatment of children. In *The writings of Anna Freud: Vol. V. Introduction to child analysis* (pp. 13–69). London, England: Hogarth. (Originally published 1927)
- Geissmann, C., & Geissmann, P. (1998). *A history of child psychoanalysis*. New York, NY: Routledge.
- Gil, E. (1994). *Play in family therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E. (2003). Family play therapy: "The bear with short nails." In C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 192–218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ginott, H. (1959). The theory and practice of therapeutic intervention in child treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 160–166.
- Ginott, H. (1961). *Group psychotherapy with children: The theory and practice of play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

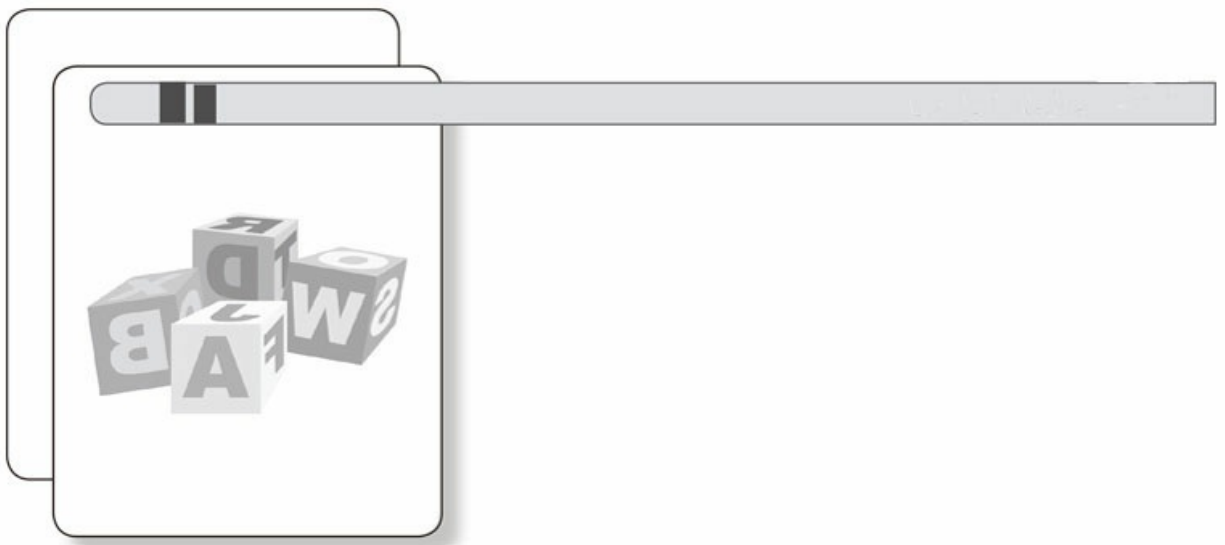
- Ginott, H. (1982). A rationale for selecting toys in play therapy. In G. Landreth (Ed.), *Play therapy: Dynamics of the process of counseling with children* (pp. 145–152). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Ginott, H., & Lebo, D. (1963). Most and least used play therapy limits. *Journal of Genetic Psychology*, *103*, 153–159.
- Green, E. (2011). Jungian analytical play therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 61–86). Hoboken, NJ:Wiley.
- Griff, M. (1983). Family play therapy. En C. E. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 65–75). New York, NY:Wiley.
- Grosskurth, P. (1986). *Melanie Klein: Her world and her work*. New York, NY: Alfred A. Knopf.
- Guerney, L. (1983). Client-centered (non-directive) play therapy. En C. E. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 21–64). New York, NY:Wiley.
- Guerney, L. (2003). Filial play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 99–142) Hoboken, NJ:Wiley.
- Hambridge, G. (1955). Structured play therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *25*, 601–617.
- Harvey, S. (1993). Ann: Dynamic play therapy with ritual abuse. In T. Kottman & C. E. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Harvey, S. (2006). Dynamic play therapy. En C. E. Schaefer & H. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy: Theory, research and practice* (pp. 55–81). New York, NY: Guilford Press.
- Homeyer, L., & Sweeney, D. S. (1998). *Sandtray: A practical manual*. Canyon Lake, TX: Lindan Press.
- Horn, M. (1989). *Before it's too late: The child guidance movement in the United States, 1922–1945*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Hug-Hellmuth, H. (1919). *A study of the mental life of the child*. Washington, DC: Nervous and Mental Disease Publishing.
- Hug-Hellmuth, H. (1921). On the technique of child analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, *2*, 287–305.
- Irwin, E., & Malloy, E. (1975). Family puppet interview. *Family Process*, *14*, 179–191.
- James, O. (1997). *Play therapy: A comprehensive guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jernberg, A., & Booth, P. B. (2001). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jones, K. (1999). *Taming the troublesome child: American families, children guidance, and the limits of psychiatric authority*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kalff, D. (2003). *Sandplay: A psychotherapeutic approach to the psyche*. Cloverdale, CA: Temenos Press.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. London, England: Hogarth Press.
- Klein, M. (1955). The psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, *25*, 223–237.
- Knell, S. M. (1993). To show and not tell: Cognitive-behavioral play therapy. In T. Kottman & C. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Knell, S. M. (2003). Cognitive-behavioral play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 175–191). Hoboken, NJ:Wiley.
- Kottman, T. (1995). *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kottman, T. (2003). Adlerian Play Therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 55–75). Hoboken, NJ:Wiley.
- Kottman, T. (2011). Adlerian Play Therapy. En C. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 87–104) Hoboken, NJ:Wiley.
- Landreth, G. L. (1982). *Play therapy: Dynamics of the process of counseling with children*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Landreth, G. L. (1983). Play therapy in elementary school settings. En C. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 200–212). New York, NY:Wiley.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT)*. New York, NY: Routledge.
- Lebo, D. (1955). The development of play as a form of therapy: From Rousseau to Rogers. *American Journal of Psychiatry*, *112*, 418–422.

- Lebo, D. (1979). Toys for nondirective play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic use of child's play* (pp. 435–447). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Lee, A. (1997). Psychoanalytic play therapy. In K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (pp. 46–78). New York, NY: Wiley.
- Levy, D. (1933). Use of play technic as experimental procedure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 3, 266–275.
- Levy, D. (1938). Release therapy in young children. *Psychiatry*, 1, 387–390.
- Levy, D. (1939). Release therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 9, 713–736.
- Lilly, J. P. (1998). *Using analytical play for the treatment of traumatized children*. Workshop presented at 15th annual Association for Play Therapy International Conference, Phoenix, AZ.
- Lilly, J. P. (2012). *Interpretation of children's play: Perspectives from analytical child psychotherapy*. Workshop presented at 18th Annual Colorado Association for Play Therapy Conference, Denver, CO.
- Mannoni, M. (1970). *The child, his "illness," and the others*. New York, NY: Pantheon Books.
- Mills, J., & Crowley, R. (1986). *Therapeutic metaphors for children and the child within*. New York, NY: Brunner Mazel.
- Mitchell, S., & Black, M. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York, NY: Basic Books.
- Moustakas, C. (1953). *Children in play therapy*. New York, NY: Ballantine Books.
- Moustakas, C. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationship*. New York, NY: Harper & Row.
- Moustakas, C. (1966). *Existential child therapy: The child's discovery of himself*. New York, NY: Basic Books.
- Moustakas, C. (1997). *Relationship play therapy*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Newell, H. (1941). Play therapy in child psychiatry. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11, 245–251.
- Norton, C., & Norton, B. (1997). *Reaching children through play therapy: An experiential approach*. Denver, CO: Publishing Cooperative.
- Norton, C., & Norton, B. (2006). Experiential play therapy. En C. E. Schaefer & H. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy: Theory, research, and practice* (pp. 28–54). New York, NY: Guilford Press.
- Oaklander, V. (1978). *Windows to our children*. Moab, UT: Real People Press.
- Oaklander, V. (2003). Gestalt play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 143–155). Hoboken, NJ: Wiley.
- Oaklander, V. (2007). *Hidden treasure: A map to the child's inner self*. London, England: Karnac.
- O'Connor, K. J. (1983). The color-your-life technique. In C. E. Schaefer & K. O'Connor (Eds.) *Handbook of play therapy* (pp. 251–258). New York: John Wiley.
- O'Connor, K. J. (1991). *The play therapy primer*. New York, NY: Wiley.
- O'Connor, K. J. (2000). *The play therapy primer* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.
- O'Connor, K. J. (2001). Ecosystemic Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10, 33–44.
- O'Connor, K. J., & Ammen, S. (2013). *Play therapy treatment planning and interventions: The Ecosystemic model and workbook* (2nd ed.). Waltham, MA: Academic Press.
- O'Connor, K. J. & New, D. (2002). The Color-your-life technique: Advances and innovations. En C. E. Schaefer & D. Cangelosi (Eds.), *Play therapy techniques* (pp. 245–256; 2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Peery, J. C. (2003). Jungian analytical play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 14–54). Hoboken, NJ: Wiley.
- Rank, O. (1924/1929). *The trauma of birth*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Russo, S. (1964). Adaptations in behavioral therapy with children. *Behavior Research and Therapy*, 2, 43–47.
- Safer, D. (1965). Conjoint play therapy for the young child and his parent. *Archives in General Psychiatry*, 13, 320–326.
- Schaefer, C. E. (Ed.). (1979). *The therapeutic use of child's play*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E. (2003). Prescriptive play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 306–320). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schaefer, C. E. (2010). *History speaks: Schaefer interview*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/user/Assn4PlayTherapy?feature=BF>
- Schaefer, C. E. (Ed.). (2011). *Foundations of play therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.

- Schaefer, C. E., & Carey, L. (Eds.). (1994). *Family play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E., & Millman, H. (Eds.). (1977). *Therapies for children*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schaefer, C. E., & O'Connor, K. J. (Eds.). (1983). *Handbook of play therapy*. New York, NY: Wiley.
- Shelby, J. (2000). Brief therapy with traumatized children: A developmental perspective. In H. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 69–104). New York, NY: Guilford Press.
- Shelby, J., & Berk, M. (2009). Play therapy, pedagogy and CBT: An argument for interdisciplinary synthesis. In A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive-behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques* (pp. 17–40). Hoboken, NJ: Wiley.
- Shelby, J., & Felix, E. (2005). Posttraumatic play therapy: The need for an integrated model of directive and nondirective approaches. In L. Reddy, T. Files-Hall & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 79–104). Washington, DC: American Psychological Association.
- Solomon, J. (1938). Active play therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 479–498.
- Solomon, J. (1948). Play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18, 402–413.
- Taft, J. (1933). *The dynamics of therapy in a controlled relationship*. New York, NY: Macmillan.
- Thompson, C. (1990). Variations on a theme by Lowenfeld: sandplay in focus. In K. Bradway, K. Signell, G. Spare, C. Stewart, L. Stewart, & C. Thompson (Eds.) *Sandplay studies: Origins, theory and practice* (pp. 5–20). Boston: Sigo Press.
- Tulchin, S. (Ed.). (1964). *Child guidance: Lawson G. Lowrey memorial volume*. New York, NY: Arno Press.
- Turner, B. (Ed.). (2004). *H.G. Wells' Floor Games: A father's account of play and its legacy of healing*. Cloverdale, CA: Temenos Press.
- Urwin, C., & Hood-Williams, J. (1988). *Selected papers of Margaret Lowenfeld*. London, England: Free Association Books.
- Van Fleet, R. (2005). *Filial Therapy: Strengthening parent-child relationships through play* (2nd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Van Fleet, R., & Sniscak, C. (2003). Filial Therapy for attachment disrupted and disordered children. In R. Van Fleet & L. F. Guernsey (Eds.), *Casebook of Filial Therapy* (pp. 279–308). Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
- Van Fleet, R., Sywulak, A., & Sniscak, C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Whelan, W., & Stewart, A. (2013). Attachment. In C. E. Schaefer & A. Drewes (Eds.) *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change* (pp. 171–184). Hoboken, NJ: Wiley.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London, England: Tavistock.

NOTA

¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.

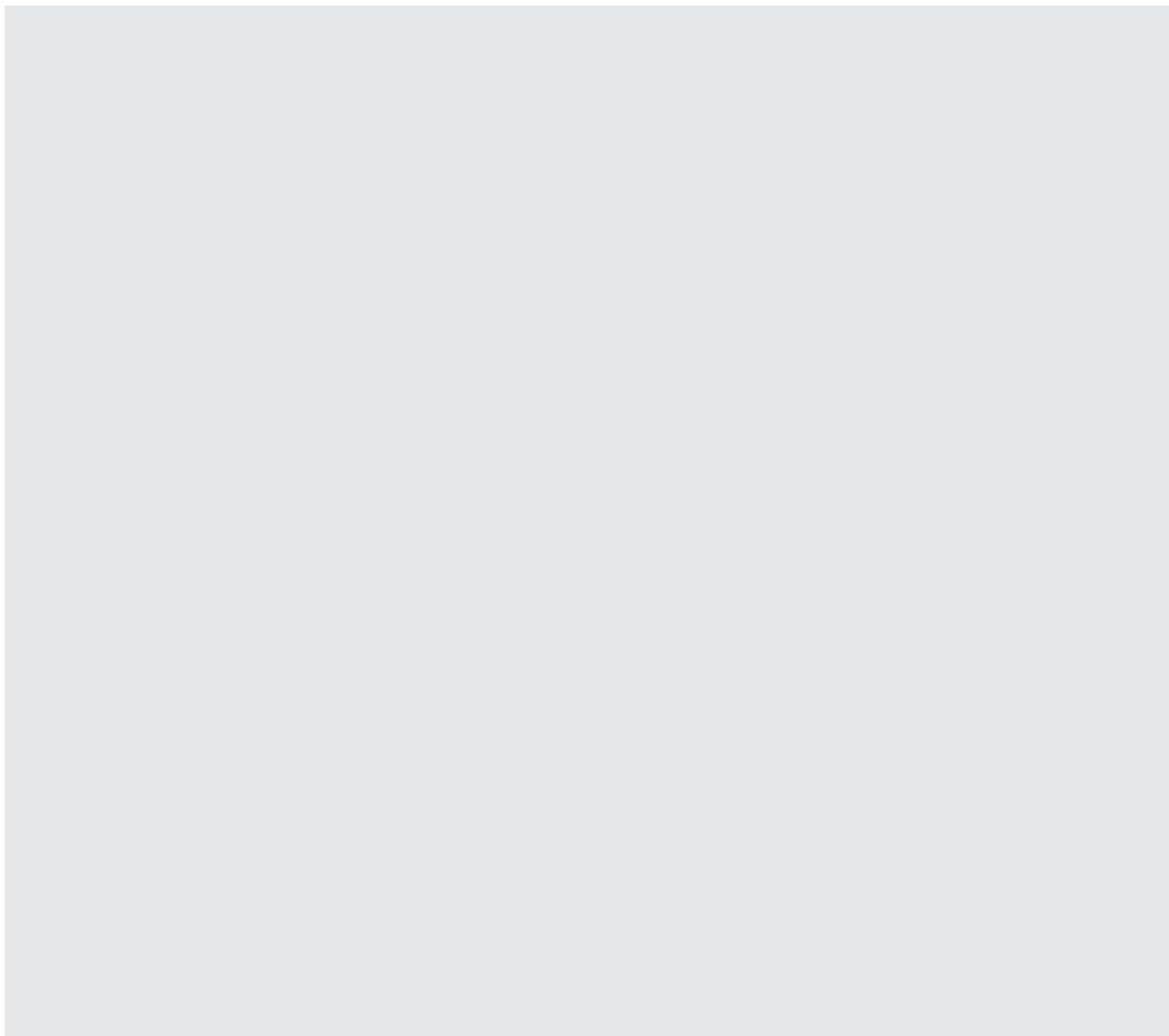


Capítulo 3

Poderes terapéuticos del juego

Athena A. Drewes y Charles E. Schafer

Diversas revisiones sobre los resultados de la terapia de juego han demostrado su eficacia encontrando tamaños del efecto que oscilan desde medios hasta grandes (Bratton y Ray, 2000; Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005; Ray, Bratton, Rhine y Jones, 2001). Sin embargo, quedan dos preguntas por responder: *¿por qué y cómo* funciona la terapia de juego? Para encontrar una respuesta es necesario estudiar los mecanismos del cambio que subyacen en este tipo de terapia y determinar cuáles son las fuerzas específicas que causan los progresos terapéuticos en un cliente.



FACTORES TERAPÉUTICOS

Los factores terapéuticos son los mecanismos reales que efectúan el cambio en los clientes (Yalom, 2005). Representan el nivel medio de abstracción entre las teorías generales y las técnicas concretas. Las teorías como la humanista, psicodinámica y cognitivo-conductual, se encuentran en el nivel más alto de abstracción. Ofrecen un marco de referencia para comprender el origen y el tratamiento de conductas problemáticas y, con frecuencia, una perspectiva filosófica de la naturaleza del ser humano. Por su parte, los factores terapéuticos, el nivel medio de abstracción, hacen referencia a las estrategias clínicas específicas como la catarsis, el contracondicionamiento y el manejo de contingencias, que se emplean para obtener los cambios deseados en la conducta disfuncional del cliente. Las técnicas, en el nivel inferior de abstracción, son procedimientos clínicos observables diseñados para implementar los factores terapéuticos (p. ej., juego con arena, juego de roles con títeres, creación de historias).

Los factores terapéuticos han recibido diversos nombres en la literatura sobre psicoterapia, como poderes terapéuticos, mecanismos de cambio, mediadores del cambio, factores causales y principios de la acción terapéutica. Estos términos se han empleado como equivalentes para hacer referencia al mismo concepto: las actividades manifiestas y encubiertas que distintos sistemas teóricos utilizan para producir cambios en un cliente. Un poder terapéutico puede estar relacionado con un pensamiento o una conducta que poseen en común la eficacia para producir un cambio positivo en los problemas que presenta el cliente.

Los poderes terapéuticos trascienden la cultura, el lenguaje, la edad y el género. Se consideran factores “específicos” o factores “comunes” en las psicoterapias (Barron y Kenny, 1986). Los **factores específicos** son los agentes causales de cambio asociados con un enfoque terapéutico en particular, como la terapia centrada en el niño o un tratamiento integrativo. Por su parte, los factores comunes son los agentes de cambio que están presentes en todas las orientaciones teóricas, como el establecimiento de una relación de apoyo y la infusión de esperanza.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Al principio, la literatura sobre los poderes terapéuticos era anecdótica en su mayor parte, los clínicos describían los principios del cambio que encontraban eficaces en el tratamiento. Se considera que Corsini y Rosenberg (1955) fueron los primeros que presentaron una taxonomía de los poderes terapéuticos, buscaron en la literatura sobre psicoterapia las observaciones que reflejaran los poderes terapéuticos e hicieron una lista de nueve factores. Irving Yalom (2005) extendió la lista a 11 factores, que describió en su escrito clásico sobre psicoterapia grupal. De acuerdo con su idea de que los miembros del grupo eran la mayor fuente de cambio, entre sus factores se encontraban la **universalidad** (el cliente toma consciencia de que no está solo y que hay otras personas que luchan contra los mismos problemas), **aprendizaje vicario** (mejora al observar la experiencia de otro miembro del grupo), **catarsis** (descarga en el grupo sus sentimientos contenidos) y **aprendizaje interpersonal** (aprende de las interacciones personales con otros miembros del grupo).

El interés por identificar e investigar los poderes terapéuticos específicos en otras formas de psicoterapia (p. ej., individual, de pareja y familiar) ha crecido en años recientes (Ablon, Levy y Katzenstein, 2006; Holmes y Kivlighan, 2000; Spielman, Pasek y McFall, 2007; Wark, 1994).

PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO

Los poderes terapéuticos del juego hacen referencia a los aspectos específicos que se buscan en un tratamiento en el que el juego inicia, facilita o refuerza el efecto terapéutico, estos poderes actúan como mediadores que influyen de manera positiva en el cambio deseado en el cliente (Barron y Kenny, 1986). En otras palabras, el juego ayuda a producir cambios en los sentimientos, pensamientos y conductas del niño durante la terapia. Además, es parte integral del proceso terapéutico; no sólo un medio para aplicar otros agentes de cambio, ni sólo modera la fuerza y la dirección del cambio terapéutico. Tampoco es un auxiliar que se agrega al método de tratamiento, sino que es un componente clave, esencial.

Con base en una revisión de la literatura y de las experiencias clínicas de los terapeutas de juego, Schaefer (2012) identificó 20 poderes esenciales del juego. Entre estos, se encuentran agentes de cambio, componentes específicos que mejoran la formación del apego en el niño, autoexpresión, regulación emocional, resiliencia, autoestima y manejo del estrés, entre otros.

MODELOS TRANSTEÓRICOS DE LA TERAPIA DE JUEGO

Los poderes terapéuticos del juego trascienden los modelos particulares si se define el tratamiento en términos de principios transversales del cambio terapéutico (Castonguay y Beutler, 2005; Kazdin y Nock, 2003) vistos en el tratamiento de un cliente. Algunos terapeutas de juego estarán interesados principalmente en una gama reducida de agentes que subyacen en la teoría de su preferencia. Por ejemplo, los adeptos a la terapia cognitivo-conductual se centran en los pensamientos, sentimientos y conductas.

Éstas son congruentes con los poderes terapéuticos de habilidades de solución de problemas, juego de roles y autoestima, pero no abordan otros, como el poder del apego. Un número cada vez mayor de terapeutas de juego buscará entender y aplicar todos los múltiples agentes de cambio en las sesiones terapéuticas que lleven a cabo.

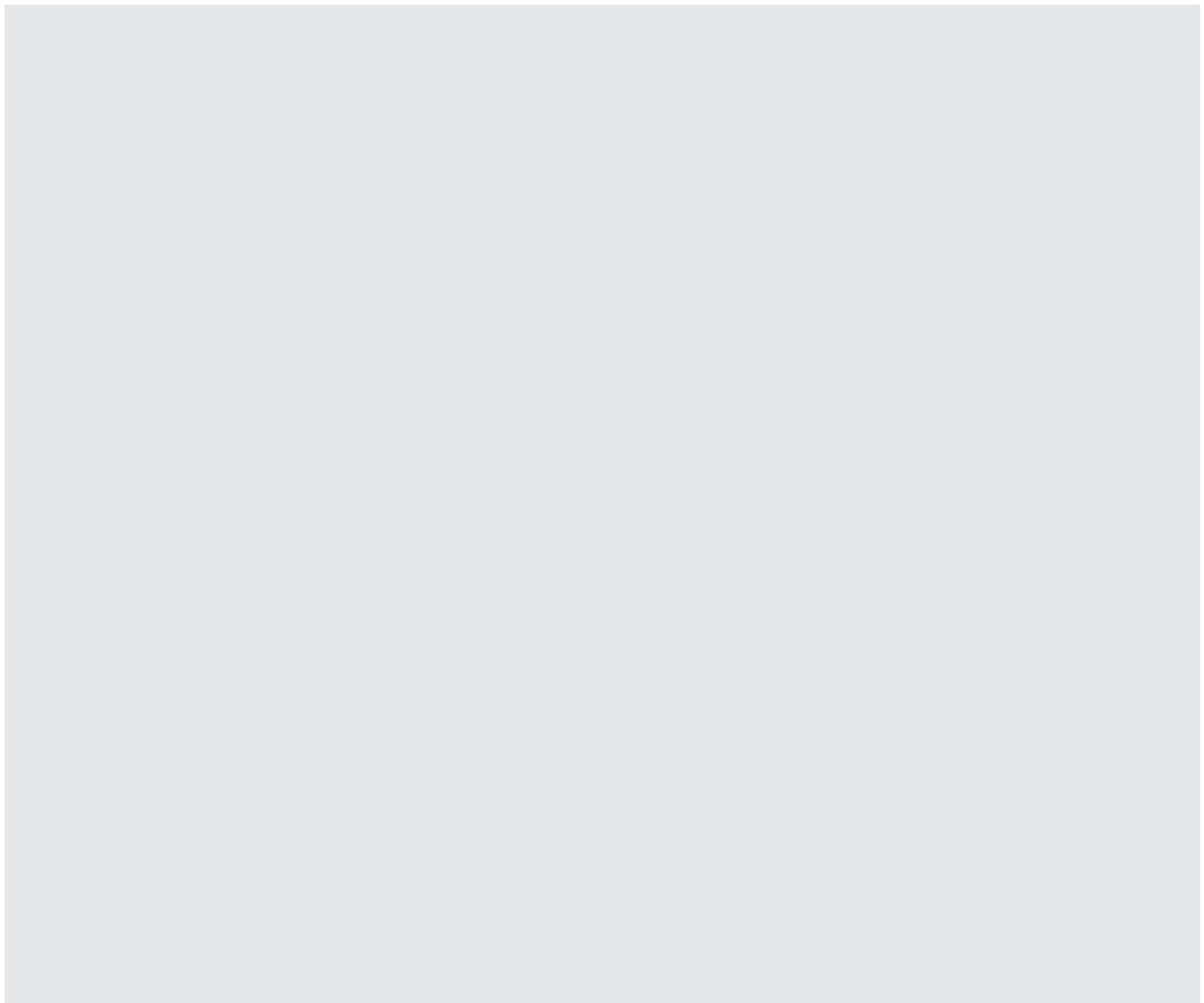
Al adoptar una orientación transteórica (Prochaska, 1995), los terapeutas de juego evitan encerrarse en una sola teoría que deben aplicar con todos los clientes de una manera rígida y forzada. Es evidente que ninguna perspectiva teórica, por sí sola, ha demostrado ser lo suficientemente sólida para resolver todos los problemas que pueden presentar los clientes. De hecho, la investigación empírica ha respaldado el concepto de terapéutica diferencial, la cual significa que ciertos agentes de cambio son más eficaces con algunos trastornos en comparación con otros agentes (Frances, Clarkin y Perry, 1984; Siev y Chambless, 2007).

La terapia de juego transteórica implica tener una perspectiva teórica sólida de base, a partir de la cual se comienza a ver el caso, los síntomas y el tratamiento. Después, el terapeuta puede empezar a elegir y ampliar su repertorio con los mejores agentes de cambio de las tres principales teorías de la terapia de juego. Entre las premisas que subyacen en el enfoque transteórico de la psicoterapia, se encuentran las siguientes:

- Cada una de las principales teorías de la terapia de juego tiene agentes de cambio prácticos que pueden aumentar la eficacia clínica del tratamiento (Prochaska, 1995).
- Mientras disponga de más poderes terapéuticos, el terapeuta de juego podrá integrar mejor, de una manera prescriptiva y flexible, la selección de poderes terapéuticos con el mejor apoyo empírico para tratar un trastorno particular (Schaefer, 2011).
- Si dispone de múltiples poderes terapéuticos, el terapeuta de juego puede implementar un plan de tratamiento con base en evidencias en el que adapte la intervención de manera prescriptiva a las necesidades, síntomas y preferencias de un cliente, tomando en cuenta sus propias habilidades y su juicio (Schaefer, 2001). El objetivo general de la terapia de juego prescriptiva es individualizar el plan de tratamiento para responder a la famosa pregunta de Gordon Paul: “¿Qué tratamiento, administrado por quién, es el más eficaz para este individuo con este problema específico, en qué circunstancias, y cómo ocurre?” (1967, p. 111).
- Los terapeutas que dominan múltiples poderes terapéuticos pueden integrar varios de ellos para aumentar el impacto de la intervención cuando la psicopatología del cliente es compleja, multideterminada y, o de larga duración.

La integración teórica implica sintetizar dos o más poderes terapéuticos bajo la premisa de que su efecto será mayor que el de uno solo. El movimiento integrativo, donde el terapeuta cambia la teoría que había adoptado por una orientación más amplia, ha cobrado fuerza en años recientes en el campo de la terapia de juego (Drewes, Bratton y Schaefer, 2011). Sin embargo, es importante subrayar que el terapeuta de juego primero debe tener fundamentos teóricos sólidos de un enfoque antes de tratar de integrar otros en su trabajo clínico.

El campo de la terapia de juego ha avanzado debido a la tendencia hacia la aplicación de un enfoque transteórico de la terapia de juego. Aunque se han empleado distintas denominaciones para designar al movimiento de la terapia de juego transteórica (p. ej., prescriptiva, prescriptiva/ecléctica, integrativa), se caracteriza por la insatisfacción con un solo método y un deseo simultáneo de ver más allá de los límites de una escuela para determinar qué mecanismos de cambio contemplados en otras teorías pueden aprenderse y agregarse a la práctica clínica. El fin último de hacer esto es aumentar la eficacia y eficiencia de la terapia de juego.



PRINCIPALES PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO

Los poderes terapéuticos que aparecen en la siguiente lista son los mecanismos reales que ocasionan el cambio en nuestros clientes. El juego inicia, facilita o refuerza sus efectos terapéuticos (Schaefer, 2012).

Facilitan la comunicación

1. Autoexpresión
2. Acceso al inconsciente
3. Enseñanza directa
4. Enseñanza indirecta

Fomentan el bienestar emocional

5. Catarsis
6. Abreacción
7. Emociones positivas
8. Contracondicionamiento de los miedos
9. Inoculación del estrés
10. Manejo del estrés

Mejoran las relaciones sociales

11. Relación terapéutica
12. Apego
13. Sentido del yo
14. Empatía

Aumentan las fortalezas personales

15. Solución creativa de problemas
16. Resiliencia
17. Desarrollo moral
18. Desarrollo psicológico acelerado
19. Autorregulación
20. Autoestima

1. Autoexpresión

La capacidad de comunicarse es una de las herramientas más poderosas que tenemos. En la terapia, permite que el cliente exprese sus ideas y emociones conscientes/inconscientes, y que el terapeuta le imparta su conocimiento y sabiduría. El juego es el lenguaje más universal, las personas de todas las edades y de todo el mundo lo utilizan como forma de expresión.

Diversos clínicos notables han escrito acerca de la autoexpresión como factor terapéutico en la terapia de juego para curar a los niños (Axline, 1969; Badenoch, 2008; Elkind, 1981; Landreth, 1993; Piaget, 1951). Ofrecer una relación segura y abierta en la que el niño pueda dirigir el juego activa las áreas del sistema límbico (Badenoch, 2008). Una vez que se activa, la liberación de dopamina provee una sensación de placer, concentración y el impulso de terminar las tareas. En la presencia de adultos que brinden apoyo, el niño puede encontrar acceso a este sistema con rapidez (Badenoch, 2008). Además, los circuitos del área prefrontal media y las emociones del sistema límbico equilibran y ayudan al niño a desarrollar la capacidad de autorregulación (Badenoch, 2008).

Entre las razones por la que la autoexpresión es terapéutica se pueden citar las siguientes: promueve una consciencia más profunda de los pensamientos, sentimientos y conflictos perturbadores; permite validar y normalizar los pensamientos y sentimientos, así como corregir las creencias erróneas; asimismo, fortalece el sentido del yo. Las características del juego que facilitan la autoexpresión del cliente son el lenguaje natural, la posibilidad de hablar en tercera persona y su carácter “como si” o ficticio; además, el juego es indescriptible, absorbente y permite hacer algo mientras se habla.

Lenguaje natural

Los niños se caracterizan por no tener el vocabulario ni las capacidades de pensamiento abstracto necesarios para expresar su mundo interno. Sin embargo, pueden expresar con facilidad sus pensamientos, sentimientos y deseos a través de su medio natural de expresión: el juego.

Piaget (1951) afirmó que “el juego le brinda al niño el lenguaje vivo, dinámico, individual, indispensable para expresar sus sentimientos subjetivos, para lo cual el lenguaje colectivo es inadecuado” (p. 166). Él citó evidencias de los estudios sobre desarrollo cognitivo que indicaban que, para los niños con edades correspondientes a la escuela primaria (de 5 a 11 años), es más fácil emplear los materiales y actividades concretos de juego como medios de autoexpresión que las abstracciones verbales. De acuerdo con Landreth (1993), los niños usan los juguetes como palabras, y el juego es su lenguaje, señaló que el juego permite que el niño represente sus problemas, preocupaciones y sentimientos de una manera similar al lenguaje verbal en la terapia con adultos.

Hablar en tercera persona

El juego de fantasía permite al niño hablar en tercera persona, es decir, tener muñecos, títeres y personajes ficticios o actuar pensamientos, sentimientos y conductas que son demasiado difíciles o amenazantes para expresarlos de manera directa. El juego simbólico permite la expresión indirecta y brinda la distancia psíquica respecto de la realidad necesaria para que el niño no se sienta abrumado por afectos negativos o sentimientos de los que se avergüenza. Por ejemplo, es común que el niño que ha sido víctima de abuso físico juegue a que los juguetes que representan a los padres golpeen a los niños y, luego, estos se desquiten golpeando a los padres.

Carácter “como si” o ficticio

Debido a que el juego de fantasía está alejado de la vida real, los niños pueden expresar emociones, impulsos y pensamientos que no expresarían en la vida real. El juego ofrece al cliente una “plausible posibilidad de negar el material perturbador, es decir, permite que el cliente suspenda y, si es necesario, reniegue de su realidad. Después de todo, es sólo un juego, algo ficticio” (Levy, 2008, p. 284).

Indescriptible

A veces no podemos expresar bien nuestros estados internos por medio de palabras, pero somos capaces de representarlos mejor mediante una de las artes creativas como el dibujo, la danza o las creaciones del juego. Isadora Duncan, una bailarina reconocida a nivel mundial, dijo una vez “si pudiera decirlo, no tendría que bailarlo (2015).”

Por ejemplo, una creación en el arenero podría traducir una experiencia personal a una forma tridimensional concreta. Al igual que una imagen puede decir más que mil palabras, una escena en la arena puede expresar sentimientos y conflictos para los que el cliente no tenía palabras. Por lo tanto, las escenas en la arena construidas en el cuarto de juego pueden ofrecer un medio rico y sumamente individualizado para la expresión preverbal y no verbal.

Absorbente

La implicación afectiva típica que caracteriza al juego suele dar por resultado una autoconsciencia triunfadora. Por ello, es más fácil que el niño exprese sin darse cuenta cosas que normalmente no expresaría. En el ambiente seguro y agradable del cuarto de juego, es más probable que el niño baje la guardia y muestre su yo interno, tanto con palabras como con actividades lúdicas.

Hacer al hablar

Con frecuencia, hacer algo mientras juega brinda al niño un nivel de alivio que le facilita hablar.

2. Acceder al inconsciente

Sigmund Freud (1913/1919) definió el **trabajo del sueño** como los procesos mentales que transforman los deseos e impulsos inconscientes inaceptables en imágenes del sueño conscientes y aceptables aunque a menudo son indescifrables. El trabajo del sueño es adaptativo, porque permite dormir al individuo sin que lo perturben los pensamientos e impulsos que, si se conocieran, lo despertarían y le causarían malestar. De acuerdo con Elkind (1981), el trabajo del sueño es un proceso mental paralelo y constituye la vía regia para llegar al inconsciente del niño. Con frecuencia, es necesario que el terapeuta haga interpretaciones para descifrar el sentido oculto y ayudar al cliente a conocer sus procesos mentales inconscientes.

En el trabajo del juego y en el trabajo del sueño, se evita la censura del superyó alentando el uso de los mecanismos de defensa de proyección, desplazamiento, simbolización, sublimación y compensación en la fantasía.

Proyección

La proyección es un proceso en el que el niño atribuye las partes inaceptables de sí mismo, como pensamientos, sentimientos o impulsos, en otro individuo o en los juguetes. Esto puede hacerse de manera consciente o inconsciente. Es un modo de creer que ciertas características pertenecen a alguien o algo más en vez de asumir la responsabilidad de ellas.

Desplazamiento

En el cuarto de juego, el desplazamiento implica sacar las frustraciones, sentimientos e impulsos tomando como objeto a los juguetes, porque son menos amenazantes. El desplazamiento de la agresión es un ejemplo común de este mecanismo de defensa. En vez de verbalizar el enojo contra su madre, un niño podría golpear a una muñeca en el cuarto de juego; en realidad, al niño le gustaría golpear a su madre como venganza por haberlo castigado.

Simbolización

La simbolización se refiere a usar cosas concretas para representar un concepto abstracto (p. ej., un esqueleto para representar la muerte, un volcán para representar sentimientos hostiles, un bote en medio de la tormenta para representar sentimientos de vulnerabilidad). El proceso de simbolización permite al terapeuta establecer conexiones significativas con base en la proximidad y la semejanza entre reinos distintos de la experiencia. Los símbolos permiten expresar lo que no se puede formular con palabras. Por ejemplo, un niño en edad escolar dibujó una serie de imágenes de loros con cuerpos masculinos poderosos, pero de alas débiles. En la vida real, al niño se le estaba dando mucha responsabilidad adulta, pero poca libertad para tomar sus decisiones o para seguir

sus propios intereses.

Sublimación

La sublimación es un mecanismo de defensa que permite canalizar los impulsos agresivos y sexuales a actividades socialmente aceptables como el arte y los deportes. Arena, agua, pinturas y arcilla pueden ofrecer excelentes medios para satisfacer los impulsos anales y uretrales inconscientes. Pistolas de chinampinas, bengalas y linternas pueden ayudar a sublimar impulsos de incendiar cosas en actividades lúdicas socialmente aceptables. Un adolescente que tenía dificultades para controlar sus sentimientos de ira y hostilidad podría practicar fútbol o boxeo como una manera de dar una salida útil a esos sentimientos.

Compensación en la fantasía

La principal actividad compensatoria es conocida por todos. Cuando las necesidades, impulsos y deseos de un individuo no están satisfechos, éste trata de obtener la satisfacción a través de la fantasía, como en el juego de fantasía, las películas y libros. La compensación en la fantasía es un mecanismo de defensa en el que el débil puede hacerse fuerte, el niño descuidado puede recibir atenciones y el pobre puede volverse rico (Robinson, 1920; Vygostky, 1978). Por ejemplo, un niño cuyo padre se encontraba en quiebra jugaba a que su familia vivía en una inmensa mansión.

3. Enseñanza directa

En la enseñanza directa, el terapeuta imparte conocimiento o habilidades mediante estrategias como la instrucción, la práctica guiada y el reforzamiento positivo. Los niños aprenden y recuerdan mejor cuando se les enseña de una manera interesante y placentera, por ejemplo, usando actividades lúdicas. Cuando se logra que el aprendizaje sea divertido y agradable, la motivación del niño para dedicarle tiempo y esfuerzo aumenta. Los estudios sobre los programas de televisión para niños como *Plaza Sésamo* y *Las pistas de Blue* han aportado evidencias sólidas acerca de la importancia de combinar aprendizaje y juego. Los mejores maestros siempre han intentado hacer divertido y agradable el aprendizaje. Cuando esto ocurre, se ha encontrado que los cambios en el equilibrio químico de la sangre estimulan la producción de los neurotransmisores necesarios para el estado de alerta y la memoria. John Locke, el eminente filósofo inglés, una vez dijo:

Siempre tuve la fantasía de que el aprendizaje podría hacerse como juego y diversión para los niños; y que en ellos podría sembrarse el deseo de ser instruidos si tan solo el aprendizaje se les propusiera como una cuestión de placer y diversión, y no como un negocio o tarea. (1693, p. 9)

Además de aumentar la motivación para aprender cuando el terapeuta convierte esta actividad en algo lúdico (Webster y Martocchio, 1993), las cualidades especiales del juego pueden fomentar el aprendizaje si la enseñanza incluye los siguientes elementos.

Captura la atención

Los juguetes y los materiales lúdicos atraen y retienen la atención de los niños gracias a su apariencia colorida y novedosa (Wood, 1986). Sólo cuando el terapeuta de juego ha logrado que el niño ponga atención y escuche puede enseñar la lección.

Información sensorial

Los niños pequeños piensan y aprenden primordialmente a través de sus sentidos, no del pensamiento abstracto. Mientras más sentidos participen en el proceso de aprendizaje, por ejemplo, con objetos lúdicos tridimensionales, el niño podrá retener mayor cantidad de información.

Ambiente seguro

En el ambiente seguro del cuarto de juego, no existe la posibilidad de ser evaluado ni el miedo al fracaso, por lo que el niño puede hacer preguntas y tomar riesgos durante el proceso de aprendizaje. Los niños no pueden aprender bien si se sienten amenazados o estresados. Un ambiente relajado, agradable es el mejor para el aprendizaje (Moyles, 1989).

Participación activa

Los niños tienen una inclinación natural por explorar, involucrarse y, casi siempre, entusiasmarse con las actividades lúdicas. Las experiencias de aprendizaje emprendido por iniciativa propia son más eficaces que escuchar de manera pasiva una lección.

Consolidación de las habilidades

Además de aprender nuevas cosas, el juego permite a los niños practicar una y otra vez conductas que ya conocen. Así, el juego puede consolidar el desarrollo de habilidades por medio de la práctica repetitiva (Piaget, 1951). El placer que se obtiene de lanzar en repetidas ocasiones el balón de básquetbol al aro puede consolidar esa habilidad particular. De manera semejante, el juego contribuye a que los niños aprendan habilidades sociales, sean asertivos y controlen su enojo si ensayan continuamente (Kelly, 1982). En el juego, se puede practicar las habilidades sin miedo a las consecuencias de cometer un error.

Aprendizaje por observación

Los juguetes, como los muñecos de peluche, las muñecas y los títeres, se pueden utilizar para mostrar y modelar la conducta adaptativa que el terapeuta desea que el niño aprenda (Danger, 2003). Cuando el modelamiento se usa para mejorar las habilidades sociales o de solución de problemas, con frecuencia implica una estrategia de afrontamiento. Así, los juguetes primero modelan las habilidades de afrontamiento que no son las ideales y, después, gradualmente las más eficaces (Bandura, 1977).

4. Enseñanza indirecta

Con frecuencia, el terapeuta de juego ofrece orientación indirecta a sus clientes por medio de historias y metáforas. Contar historias es una manera universal y perdurable de enseñar a los niños conductas adaptativas. Las historias remueven las emociones e impulsan a la acción. El terapeuta de juego cuenta historias para enseñar de modo indirecto al niño lecciones de vida o soluciones a sus problemas; por esta vía, la necesidad del niño de emplear defensas se reduce, ya que se evita la censura del yo y del superyó. El empleo terapéutico de historias permite que los niños tomen distancia respecto de sí mismos cuando se tratan temas dolorosos y puedan lidiar con ellos de manera simbólica (Carlson y Arthur, 1999). La elección de historias terapéuticas apropiadas implica encontrar las que reflejen con mayor precisión la identidad y las situaciones problemáticas del niño y permitan encontrar una solución positiva y factible. Las historias en la terapia de juego contribuyen a que el niño lea o escuche acerca de personajes que han superado por sí mismos problemas parecidos a los suyos; después, ellos tienen la oportunidad de aplicar lo que aprendieron de las historias en situaciones de la vida real. El terapeuta puede valerse de las historias publicadas con mensajes terapéuticos (Pardeck, 1990) o crear las propias.

El uso creativo de metáforas también puede estimular el aprendizaje, promover la introspección terapéutica y proporcionar nuevas soluciones a los problemas (Friedberg y Wilt, 2010; Linden, 1985). Por lo general, la metáfora se considera una forma verbal de expresión propia de las terapias tradicionales basadas en la palabra, y excluye las metáforas no verbales con que los niños se expresan en su juego (Chesley, Gillet y Wagner, 2008).

5. Catarsis

La catarsis consiste en la descarga de afectos negativos contenidos, como enojo o tristeza. A lo largo de la historia de la humanidad, se ha considerado que la catarsis tiene un fuerte efecto curativo y se ha aplicado en la religión, la literatura y el drama. Muchos

autores la han considerado uno de los principales mecanismos de cambio en psicoterapia.

Se piensa que la catarsis produce el cambio terapéutico no sólo porque se descargan emociones profundas almacenadas, sino también porque incrementa la consciencia y el control de estos sentimientos. Al expresar de manera deliberada una emoción intensa, es muy probable que se adquiera poder sobre ella, por lo que puede ocurrir un cambio de un locus de control externo a uno interno. La catarsis también brinda la satisfacción de concluir una o varias secuencias de autoexpresión que antes habían sido reprimidas. En la seguridad del cuarto de juego, el niño puede expresar verbal o físicamente aquello que habría ocurrido como reacción natural ante una experiencia terrible si la expresión no se hubiera visto frustrada en ese momento (Nichols y Efran, 1985). Cerrar estos “asuntos inconclusos” evita que las emociones se desborden en el futuro.

Papel del juego

El juego contribuye a la eficacia de la catarsis de diversas maneras:

- El cuarto de juego brinda un ambiente seguro y de apoyo en el que se pueden desahogar los afectos negativos.
- El juego simbólico ofrece suficiente distancia psicológica respecto de las experiencias de afectos dolorosos. Las actividades lúdicas físicas, como golpear una masa de arcilla, permiten la liberación tanto de tensión física, como de afectos negativos.
- Los afectos positivos que se activan en el juego (poder, diversión) contribuyen a equilibrar las emociones negativas liberadas.

6. Abreacción

La **abreacción**, término proveniente del psicoanálisis, puede definirse como el proceso mental en el que los recuerdos reprimidos de eventos traumáticos se llevan a la consciencia y se vuelven a experimentar con una adecuada liberación de emociones negativas. La premisa que subyace es que el ser humano tiene una necesidad básica de asimilar las experiencias emocionales significativas en un sistema conceptual unificado y coherente. Las experiencias que no se asimilan continúan emergiendo en la consciencia una y otra vez con la finalidad de efectuar la asimilación.

Papel del juego

Las metas de la abreacción, asimilación cognitiva y descarga emocional, se cumplen en la terapia de juego mediante los siguientes mecanismos.

Miniaturización de las experiencias

Los pequeños juguetes utilizados para recrear las experiencias traumáticas brindan al niño una sensación de poder sobre el suceso.

Control activo y dominio

Los niños tienen un control activo sobre el juego en que representan los sucesos traumáticos que experimentaron de manera pasiva. Ellos pueden modificar el final, de modo que logren el dominio del trauma y consigan una reestructuración cognitiva de la experiencia.

Asimilación gradual por repetición

Por lo general, los niños representan una y otra vez en su juego el suceso traumático; si todo marcha bien, esto dará por resultado, en última instancia, el procesamiento y resolución exitosos de esa experiencia. Así, la repetición permite un proceso de curación gradual. Freud (1919) denominó a este proceso de habituación **compulsión a la repetición**¹.

Al representar el trauma por medio de una historia, el niño puede crear una narración coherente de los recuerdos, con frecuencia fragmentados por el trauma, de manera que los ubica en un contexto más amplio en vez de encasillarlo sólo como un ataque personalizado. Los materiales del juego facilitan el recuerdo de detalles sensoriales vivos, que suelen almacenarse en el hemisferio derecho del cerebro.

El juego de fantasía permite que el niño tome una distancia psicológica suficiente respecto del trauma recreado, con lo cual evita que el niño se sienta abrumado por los afectos negativos que lo acompañan. En cambio, los afectos positivos que surgen a partir del juego ayudan a equilibrar las emociones negativas del niño.

La abreacción en el cuarto de juego ofrece la oportunidad de tener “una experiencia emocional correctiva”. De acuerdo con Alexander y French (1980), después de un trauma, los niños necesitan no sólo una descarga catártica de los afectos negativos, sino también una experiencia emocional correctiva, que consisten en sentir aceptación y obtener una respuesta empática de parte del terapeuta a las experiencias dolorosas que revive en la terapia de juego.

7. Emociones positivas

Mientras juegan, las personas experimentan emociones positivas como alegría, júbilo, emoción, interés, placer y diversión. Los estudios han confirmado que, mientras juegan, los niños manifiestan más afectos positivos que los que no están jugando (Moore y Russ, 2008). Además de contribuir a la sensación general de felicidad (Lyubomirsky, King y

Diener, 2005), se piensa que las emociones positivas también tienen poderes curativos. Una experiencia emocional positiva puede ser la fuerza curativa que provoque el cambio en psicoterapia.

Los sentimientos positivos dan equilibrio a la predominancia de emociones negativas que se experimentan en situaciones estresantes. Producen una sensación de alivio y tregua frente al peso de las emociones negativas. Llenarse de experiencias emocionales positivas que otorgan “bienestar” puede ayudar a salir de una negatividad asfixiante (Fredrickson, 2001). El juego es el modo más natural para experimentar emociones positivas.

8. Contracondicionamiento de los miedos

El **contracondicionamiento** se refiere a la reducción o extinción de una respuesta no deseada frente a un estímulo (p. ej., miedos, fobias) remplazándola con una respuesta más deseable, a menudo incompatible (p. ej., relajarse, comer, jugar). El contracondicionamiento suele combinarse con la desensibilización sistemática de Wolpe (1958), en la cual se expone de manera gradual al cliente a la situación atemorizante, al mismo tiempo que experimenta una emoción positiva incompatible con el miedo como júbilo, regocijo o una imagen mental poderosa. La desensibilización *in vitro* se emplea para superar amenazas imaginarias (p. ej., monstruos), y la desensibilización en vivo se refiere a objetos de la vida real que son sentidos como amenazantes (p. ej., arañas).

Papel del juego

Hay numerosos informes en la literatura acerca del uso del juego para apoyar el contracondicionamiento para que el niño supere amenazas reales o imaginarias. Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne y Maier (1986) entrenaron a un grupo de padres para usar un juego y un libro de historias para reducir la fobia a la oscuridad en niños de 4 a 7 años.

Francisco Mendez desarrolló un **tratamiento de desempeño emocional** (EP, por sus siglas en inglés) para el miedo a la oscuridad y otras fobias infantiles (Mendez y Garcia, 1996; Santacruz, Mendez y Sanchez-Meca, 2006). El tratamiento EP consta de exposiciones en vivo a los estímulos fóbicos, y se aplica como un juego de mesa de un modo gradual, breve y repetido. El EP es una alternativa en vivo a la técnica de **imagería emocional**. King, Heyne, Guillone y Molloy (2001) propusieron estrategias clínicas para usar la imagería emocional en el tratamiento de las fobias infantiles; por ejemplo, se le pide al niño imaginar que su superhéroe favorito está a su lado y lo protege cuando se queda en la oscuridad.

Croghan y Musante (1975) usaron un juego para superar una fobia a estar en edificios altos en un niño de 7 años de edad. Wallick (1979) eliminó una fobia a los elevadores en Sally, una niña de 2 años de edad creando un juego de elevadores. El juego se practicaba con un balón de básquetbol, un aro ubicado a 1.50 m de altura y un botón de un

elevador imaginario. Sally presionaba el “botón” y hacía sonidos como los de un elevador mientras el terapeuta la levantaba hacia el aro. Después de cuatro semanas practicando este juego, Sally podía subirse a un elevador real sin dificultades si estaba acompañada por el terapeuta. Nevo y Shapira (1989) describieron el uso del humor por parte de odontólogos pediátricos para contrarrestar los miedos en los niños. Los odontólogos creaban una atmósfera juguetona y graciosa haciendo rimas divertidas, diciendo incongruencias, disparates, exageraciones y juegos de palabras. Ventis, Higbee y Murdock (2001) ayudaron a estudiantes universitarios a dominar sus intensos temores a las arañas por medio de la desensibilización con humor.

Levine y Chedd (2006) desarrollaron la técnica “volver a jugar”, en la que niños autistas realizan un juego interactivo para practicar y dominar los contratiempos cotidianos, como cepillarse los dientes o ponerse los zapatos, en casos de niños con sensibilidad sensorial aumentada. Con esta técnica, el adulto muestra de una manera lúdica la forma en que el niño podría manejar una situación. Durante estas representaciones, los afectos sumamente positivos, divertidos, se emparejan con cantidades limitadas y tolerables de emociones negativas provocadas por los sucesos estresantes. Mediante la desensibilización, el niño puede tolerar y dominar las experiencias antes aversivas y causantes de ansiedad. En la técnica del juego adaptativo con muñecas, también se usan estas representaciones para ayudar al niño a superar sus miedos y su ansiedad, como en el caso de la ansiedad por separación (Danger, 2003).

9. Inoculación de estrés

La inoculación de estrés busca ayudar al cliente a prepararse por anticipado para manejar sucesos estresantes de la mejor manera posible y con una cantidad adecuada de ansiedad anticipatoria de acuerdo con su etapa de desarrollo. El término **inoculación** se basa en la idea de que el terapeuta vacuna o prepara al cliente para hacerse resistente a los efectos de factores estresantes; funciona de manera semejante a una vacuna que hace resistente a los pacientes a los efectos de una enfermedad (Meichenbaum, 1993).

Los fundamentos de esta estrategia se encuentran en la hipótesis del “trabajo de preocuparse” de Janis (1958). Cuando las personas tienen que enfrentar un evento estresante próximo (p. ej., una cirugía, una separación de un ser amado), se dedican a ensayar mentalmente lo que tal vez ocurra cuando experimenten el evento en la realidad. La preocupación preparatoria, de acuerdo con Janis, minimiza las reacciones a las situaciones estresantes, fortalece las expectativas realistas en relación con la forma de afrontar el peligro, y posibilita que el individuo haga planes para realizar acciones preventivas contra el evento. Janis concluyó que una cantidad moderada de preocupación es de mayor utilidad.

Por más de 35 años, Donald Meichenbaum ha estado relacionado con el desarrollo de la prevención y reducción del estrés bajo la denominación de **entrenamiento de**

inoculación de estrés (Meichenbaum, 1985). Los clínicos que lo practican ayudan a que el individuo se prepare y prevenga respuestas desadaptadas a eventos estresantes próximos posibilitando que aumenten sus fortalezas y su resiliencia en situaciones desafiantes.

Papel del juego

¿Cómo funciona la inoculación de estrés basada en el juego? Primero, el terapeuta dirige el juego del niño proporcionándole juguetes relacionados con el suceso estresante con que se trabajará (p. ej., juguetes de médico para abordar alguna intervención programada). Entonces, el terapeuta representa con los juguetes de una manera exacta lo que le sucederá al niño en la vida real. Si entrar a la escuela genera estrés, el terapeuta representará con miniaturas la escena de un niño que sube al autobús escolar, saluda al maestro, toma su asiento en el salón de clases imaginario, y así sucesivamente. Se debe contestar con honestidad cualquier pregunta que el niño haga. Este ensayo mediante el juego se repite cuantas veces sea necesario para que la experiencia se vuelva conocida y predecible. Los juguetes concretos, que estimulan múltiples sentidos, y las acciones del juego ayudan al niño a comprender mejor el evento. Además, al tomar un papel activo en la representación del evento estresante, el niño adquiere una sensación de poder sobre aquél, incontrolable en la vida real. Por ejemplo, un niño puede actuar el papel de un doctor poderoso aplicando a un niño, representado por un muñeco, una inyección necesaria para su salud.

Los elementos de los ensayos que fortalecen al niño y lo capacitan para manejar el evento estresante futuro son:

- La experiencia extraña se vuelve conocida, predecible y, por lo tanto, menos atemorizante.
- El niño aprende y practica habilidades para afrontar el evento estresante.
- La diversión y el placer de los ensayos lúdicos reducen la activación de emociones negativas durante el juego.

10. Manejo del estrés

El juego es un excelente antídoto contra el estrés infantil, porque permite que los niños lo elaboren y adquieran un autoconcepto más sólido y un renovado optimismo respecto del futuro. Como Erickson (1976) expresó, “jugar es la medida de autocuración más natural que la infancia ofrece” (p. 475). O, en palabras de un niña de 8 años que describía su experiencia en terapia de juego, “aquí saco todo lo que tengo adentro, y me doy sacudidas y sacudidas y sacudidas hasta que, al final, me pongo alegre por todo lo que soy” (Axline, 1969, prefacio).

Papel del juego

Las siguientes son algunas de las maneras en que el juego puede ayudar a combatir el estrés.

Terapia de humor

La diversión y la risa son antídotos poderosos contra las reacciones de estrés. En la terapia de juego de diversión, el terapeuta actúa de manera graciosa para provocar sonrisas y risas en el niño. En los últimos 40 años, los estudios empíricos sobre la risa han documentado su eficacia para reducir las reacciones de estrés (Borcherdt, 2002; Galloway y Cropley, 1999) además de:

- Beneficios físicos. La risa disminuye la presión sanguínea y refuerza el sistema inmunológico disminuyendo las hormonas del estrés y aumentando las células inmunológicas y los anticuerpos que combaten las infecciones.
- Beneficios psicológicos. La risa provoca la liberación de endorfinas –sustancias químicas naturales del cuerpo para “sentirse bien”. Las endorfinas elevan el estado de ánimo y promueven una sensación general de bienestar. Incluso frente a situaciones amenazantes, el humor puede ayudar a tomar distancia respecto de las experiencias al tomarse menos en serio a uno mismo o a las experiencias; de ese modo, se reducen las reacciones emocionales frente a las situaciones estresantes (Lefcourt, 1995).

Un buen ejemplo de la terapia de humor es el uso de doctores vestidos de payaso para aliviar los síntomas de estrés de niños hospitalizados que serán sometidos a procedimientos médicos (Fernandes y Arriaga, 2010).

Compensación en la fantasía

Un niño de 5 años de edad, en un albergue después de ser retirado de su casa por desnutrición y negligencia de sus padres, representó en su juego un escenario en el que él tenía un banquete sólo para él, con sirvientes que le traían cantidades inagotables de comida.

Juego adaptativo con muñecos

Esta técnica requiere que el terapeuta utilice escenarios de juego con muñecos que reproducen con exactitud las dificultades de la vida real para modelar maneras adaptativas de resolver la aflicción. Por ejemplo, mediante el juego con muñecos es posible modelar el modo en que un niño puede lidiar con la separación de sus padres (Danger, 2003), relacionarse con un hermano recién nacido, asistir a la escuela o afrontar una visita al médico. El juego imaginario con muñecos permite que el niño actúe en situaciones perturbadoras una y otra vez hasta que se habitúe a ellas y se sienta más seguro (Campbell y Knoetze, 2010).

Un estudio de Barnett (1984) encontró que, cuando se les permitía jugar con muñecos que representaban a una familia, los niños preescolares que estuvieron muy ansiosos el primer día de clases se sentían menos angustiados en comparación con los niños ansiosos a los que alguien sólo les leyó un libro.

Juego autocalmante

Los niños pueden calmarse a sí mismos en momentos de estrés jugando con materiales sensoriales (p. ej., agua, arcilla, pinturas, pelotas sensoriales, bolsas rellenas de bolitas de poliestireno) o abrazándose a un objeto que brinde seguridad, como un osito de peluche (Winnicott, 1953).

Escape en la fantasía

El juego imaginario y los juegos de reglas ofrecen un escape temporal del estrés y las presiones de la vida real.

11. Relación terapéutica

La mayoría de los terapeutas considera que la relación terapéutica es el ingrediente más importante de una terapia exitosa (Kazdin, Siegel y Bass, 1990). Sin una relación de ayuda consolidada, no hay técnica ni estrategia que sea eficaz. Los metaanálisis (Shirk y Karver, 2003) han confirmado que la relación terapéutica está asociada con los resultados positivos en distintos tipos y modelos de tratamiento para niños. Después de crear una alianza inicial, la tarea del terapeuta es establecer una relación permanente que motive al cliente a continuar y comprometerse en las tareas. Para formar una relación eficaz, el terapeuta debe mostrar calidez, afecto, comprensión, respeto, confianza y aceptación al niño. Estas características corresponden a las cualidades de una buena relación interpersonal en general.

Papel del juego

Diversas cualidades únicas del juego ayudan a construir la relación terapéutica.

- Los afectos positivos surgidos durante el juego conjuntan las emociones que permiten que una persona se conecte con otra. Una actividad divertida para ambas, como el juego, crea un “vínculo de alegría” entre ellas y fortalece, así, su relación.
- Masselos (2003) encontró que, si los terapeutas de juego son divertidos, los niños los perciben más confiables, afectuosos y accesibles.
- Al sonreír y reír, el terapeuta de juego emite una señal que le indica al niño que aquél es cordial y que es seguro estar con él (Hanline, 1999).

- Cuando los niños se ríen con un adulto, sienten que su relación es equitativa en vez de jerárquica, lo cual les permite sentirse con mayor confianza. Además, en el juego se puede fomentar un modelo de interacción recíproca terapeuta-niño tomando turnos en juegos de reglas o de construcción con piezas.
- La emoción que el juego provoca puede animar una relación e inyectarle energía.

12. Apego

El apego se refiere al vínculo afectivo que se forma entre el bebé y su cuidador (Bowlby, 1969). Todos los niños buscan formar lazos afectivos con sus padres para cubrir su necesidad de seguridad física y psicológica (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). El apego aumenta las probabilidades de supervivencia, porque mantiene al niño cerca de una figura más fuerte y experimentada. Tanto en la infancia como en la adultez, los investigadores han demostrado ampliamente que el apego seguro predice las diferencias individuales en las relaciones, la regulación de afectos y la psicopatología (Cassidy y Shaver, 1999).

Papel del juego

Cuando los niños expresan sus primeras sonrisas sociales, se vuelven más agradables para sus padres. Las risas y sonrisas activan el centro de recompensas en el hemisferio cerebral derecho tanto de padres como de hijos y facilitan la creación del vínculo (Nelson, 2008). Las interacciones lúdicas entre padres e hijos que producen risas y sonrisas tienen mayores probabilidades de aumentar los sentimientos de apego en el niño. Maccoby (1992) afirmó que las interacciones cargadas de afectos positivos e intensos entre padres e hijos ayudan a formar las bases primarias del vínculo.

Ejemplos del juego de apego

- Aparecer y desaparecer
Una madre juega a aparecer y desaparecer con su hija de un año de edad escondiendo su cara con una toalla en repetidas ocasiones, y luego, cada vez que reaparece la cara de la madre, la niña sonrío de oreja a oreja y agita sus brazos con mucha excitación. Después, los papeles se invierten y la madre sonrío y ríe cuando la cara de su hija reaparece.
- El túnel de las cosquillas
Una madre se encuentra de pie y hace un túnel separando las piernas. El niño atraviesa el túnel corriendo mientras la madre le hace cosquillas. El niño grita de alegría.
- Juego del abrazo encarrerado

Un padre se sienta en el piso, después de un largo día, y el niño llega corriendo desde el otro extremo de la habitación y se estrella contra sus brazos recibiendo un fuerte abrazo, a veces también derribándolo en el proceso. Entonces, padre e hijo ruedan por el piso riendo.

- El caballito

El padre se pone en cuatro puntos, sobre brazos y rodillas, y el niño se monta en su espalda para disfrutar de un paseo a caballo por la habitación.

No se requieren juguetes para las actividades lúdicas dirigidas a fortalecer el apego. Lawrence Cohen, autor de *Playful Parenting* (2012), observó que desde los primeros juegos de aparecer y desaparecer, a las escondidillas, las luchas de cosquillas y la casita, hay muchas maneras en que los padres pueden utilizar estas interacciones para conectarse con sus hijos pequeños.

13. Sentido de sí-mismo

Todas las personas tienen la motivación para adquirir un sentido de identidad personal, que incluye aquellos roles, atributos, conductas y asociaciones que se consideran las más importantes. De acuerdo con la psicología del *self*, o sí-mismo, (Kohut, 1971) el resultado del desarrollo saludable es un sentido cohesivo e integrado del sí-mismo. Los filósofos, desde Platón hasta Sartre (1956), han señalado que las personas son más humanas, completas, libres y auténticas cuando juegan. De acuerdo con el filósofo Erich Fromm (1994), la principal tarea de un hombre a lo largo de su vida es “darse a luz” a sí mismo.

Papel del juego

En niños pequeños, el sentido del sí-mismo, que está en proceso de gestación y cambio constante, se desarrolla en gran parte por medio del juego. Libre de las restricciones que impone la realidad, el juego ofrece al niño la oportunidad de autodefinirse para revelar qué deciden hacer y quién deciden ser, y para integrar el funcionamiento de los hemisferios cerebrales izquierdo y derecho y los procesos de pensamiento primarios y secundarios.

Libertad

La realización del sí-mismo es la meta última de la terapia de juego centrada en el niño. Este enfoque humanista, no directivo, otorga plena libertad al niño de pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones y resolver sus problemas. Actuando como espejo, el terapeuta de juego, además, promueve la autoconsciencia del niño. Virginia Axline (1964) describió el crecimiento del yo en un niño autista en su famoso caso *Dibs: In Search of*

Self (Dibs: en busca del yo), que ilustra la terapia de juego centrada en el niño.

Imaginación

En el juego, los niños imaginan y representan distintos sí-mismos posibles. Como dijo una vez George Bernard Shaw, la imaginación es el comienzo de la autocreación. Primero, el individuo imagina lo deseado; después, quiere lo imaginado, y por último, crea lo deseado.

Proceso de pensamiento primario

Margaret Lowenfeld (1935/1991) fue pionera en el empleo de la terapia de juego con arena para ayudar a los niños a hacerse conscientes de partes “sí-mismos olvidados”. Creando mundos en la arena, los niños restablecían la comunicación con su proceso de pensamiento primario (es decir, pensamiento concreto, cargado de emociones, simbólico y dominado por los impulsos).

14. Empatía

La empatía se refiere a la capacidad de adoptar el punto de vista de otros e imaginar lo que están pensando y sintiendo. La capacidad de empatizar es una parte importante del desarrollo social y emocional, pues mejora la calidad de las relaciones sociales y promueve las conductas altruistas. Las consecuencias de la falta de empatía en los seres humanos pueden observarse en todo el mundo en las guerras, el crimen, la desigualdad, los prejuicios y las conductas antisociales.

Entre los determinantes de la empatía se encuentran factores internos, neurológicos, y externos, ambientales. La clave para entender cómo se promueve la empatía a nivel neurológico es la acción de las neuronas espejo. Descubiertas en primates en la década de 1990, las neuronas espejo son un conjunto de neuronas del área premotora del cerebro que se activan no sólo cuando uno mismo realiza una acción, sino también cuando observa a alguien realizando esa misma acción. Se piensa que las neuronas espejo aumentan la capacidad de comprender las conductas de otros, la cual constituye una habilidad importante en las especies sociales como los seres humanos (Iacoboni et al., 2005).

También se ha observado que los niños con autismo, cuando inician y observan emociones, tienen una activación anormalmente baja en el área cerebral premotora que contiene el sistema de las neuronas espejo (Dapretto et al., 2005).

Papel del juego

En relación con las influencias externas de la empatía, el juego fomenta su desarrollo en los niños de muchas maneras, en especial cuando practican juegos de roles o cuando los adultos les cuentan historias.

Juego de roles

El juego de roles ocurre cuando el terapeuta se transforma, en el juego de imaginación, en otras personas u objetos hablando y moviéndose de acuerdo con su propia percepción del personaje que representa. Hay evidencias de que el juego de roles promueve la capacidad de adoptar otras perspectivas de las situaciones –imaginando los pensamientos y sentimientos de los otros–, lo cual, a su vez, promueve el desarrollo de conductas empáticas y altruistas.

Por ejemplo, numerosos estudios han mostrado que el juego de roles sociodramático, entre niños de nivel preescolar y los primeros años de la escuela primaria, se relaciona con el desarrollo de la empatía, la cooperación, el altruismo y la resiliencia del yo (Connolly y Doyle, 1984; Gottman y Parker, 1986; Iannotti, 1978; Strayer y Roberts, 1989). En un estudio, Connolly y Doyle (1984) encontraron que los niños que practican más el juego de imaginación que incluye juego de roles recibe valoraciones de sus compañeros y maestros más altas en simpatía y sociabilidad. En un estudio con mujeres que cursan licenciatura, Bohart (1977) descubrió que recrear en el juego de roles el punto de vista de un provocador en una situación conflictiva fue una estrategia más eficaz para reducir el enojo y el conflicto en comparación con la catarsis, el análisis intelectual o ningún tratamiento.

Contar historias

Las historias contribuyen a que los niños comprendan los pensamientos, sentimientos y motivaciones de los demás. Así, al escuchar historias, desarrollan empatía y compasión hacia los otros. De acuerdo con Manney (2008), el acto imaginativo del escucha/lector que traduce las palabras de una página en pensamientos y sentimientos le permite ver el mundo a través de los ojos de los personajes y sentir sus emociones. Darse cuenta que los seres humanos comparten vínculos, metas y aspiraciones en común también facilita la empatía. Si el terapeuta de juego se pone en los zapatos de distintos personajes con regularidad y experimentan empatía hacia ellos, ayudará inevitablemente a crear una personalidad más empática en los niños (Manney, 2008). Al igual que con los músculos, la empatía se hace más fuerte si se ejercita con regularidad.

15. Solución creativa de problemas

Mediante el juego en las sesiones terapéuticas, el niño es capaz de utilizar varios componentes de la solución creativa de problemas, lo cual da por resultado una

disminución de los síntomas y un progreso general en el tratamiento. En una revisión de la literatura empírica, Russ (2004; Russ y Wallace, 2014) encontró que el juego facilita o se relaciona con la capacidad de pensamiento divergente, de idear estrategias alternativas de afrontamiento para lidiar con problemas cotidianos, de pensar sobre los afectos positivos y negativos, de comprender las emociones de los demás y de ver las situaciones desde la perspectiva de otros, así como la flexibilidad y la introspección en la solución de problemas, las emociones positivas y diversos aspectos de la adaptación general.

La teoría de las emociones positivas **amplía y construye** (Fredrickson, 1998) postula que, cuando las personas experimentan emociones positivas, como sucede a menudo en el juego, amplían la serie de pensamientos posibles que llegan a la mente. Es este estado de apertura mental, tienden a contemplar ideas nuevas, desarrollar diversas soluciones alternas para sus problemas, reinterpretar sus situaciones y tomar nuevos cursos de acción para resolver las dificultades.

Este pensamiento creativo busca que los clientes superen actitudes y disposiciones estrechas e inflexibles que los hacen repetir las conductas desadaptativas; de este modo les ayuda a lograr resultados terapéuticos satisfactorios.

16. Resiliencia

La resiliencia ha surgido como un tema de gran interés para los científicos y el público general (Masten y Coatsworth, 1998). La resiliencia (del latín *resilio*, “me recupero”) puede definirse en sentido amplio como las habilidades, atributos y capacidades que permiten a los individuos adaptarse favorablemente a las privaciones, dificultades y desafíos (Alvord y Grados, 2005). Se ha encontrado que los niños resilientes tienen un alto nivel de autoeficacia, habilidades interpersonales sólidas, inteligencia por encima de la media y buenas habilidades de solución de problemas (Masten, 2001). A los individuos con estos atributos se les suele calificar de distintas maneras además de resilientes, como invencibles, resistentes e invulnerables.

Papel del juego

Las conductas lúdicas promueven la resiliencia de las siguientes maneras.

Solución creativa de problemas

La resiliencia requiere de la capacidad de pensar con flexibilidad y creatividad, y no con rigidez, como respuesta a las demandas de situaciones cambiantes, sobre todo cuando son estresantes. Durante al menos 50 años, los académicos del campo de la psicología (Bruner, 1972), la filosofía (Carruthers, 2002) y la psicoterapia (Jung, 1968) han postulado una relación entre el juego y las respuestas creativas al ambiente.

Preparación para lo inesperado

El juego tiene la cualidad de la incertidumbre. No se puede determinar por adelantado el curso del juego, ni se pueden alcanzar de antemano sus resultados. Así, el juego ayuda a aumentar la versatilidad de las respuestas cognitivas y emocionales del individuo frente a eventos inesperados en los que experimenta una súbita pérdida de control. Para estar preparados para lo inesperado, los animales (Spinka, Newberry y Bekoff, 2001) y los seres humanos (Pellegrini, 2007; Sutton-Smith, 1998) buscan y crean de manera activa situaciones inesperadas en el juego que, con frecuencia, implican peligros o riesgos como el juego con desventajas autoimpuestas (restringir deliberadamente el control sobre los movimientos propios, o colocarse en una situación peligrosa, por ejemplo, batallas con monstruos, guerras, muertes y heridas) (Spinka et al., 2001). Aunque estos temas son una preocupación universal para los niños, muchos adultos evitan hablar de ellos y, de ese modo, aumentan la ansiedad de los niños y socavan su resiliencia. En un ambiente seguro de juego, confrontar estas situaciones peligrosas brinda la oportunidad de experimentar diversas respuestas adaptativas novedosas y posibles. Con la práctica que permite el juego, estas respuestas se vuelven más accesibles cuando se encaran las situaciones inesperadas y peligrosas en la vida real. En el juego, el terapeuta puede generar un repertorio de conductas adaptativas posibles para enfrentar eventos estresantes.

Emociones positivas

Muchas emociones positivas que se experimentan en el juego también fomentan la resiliencia. Esto crea una fuente interna de buenos sentimientos a los que se puede recurrir para enfrentar emociones negativas provocadas por el estrés de la vida cotidiana.

Numerosos estudios (Carlson y Masters, 1986) han mostrado que las emociones positivas tienen un efecto de alivio en las experiencias negativas posteriores. Las emociones positivas parecen formar un amplio rango de respuestas de afrontamiento que permiten a los individuos tener una mayor flexibilidad para lidiar con el estrés y las adversidades (Tugade, Fredrickson y Barrett, 2004).

La investigación ha documentado que las personas con una habilidad especial para autogenerar emociones positivas tienen mayores probabilidades de ser resilientes (Cohn Y Fredrickson, 2010; Tugade y Fredrickson, 2004).

Humor

Las emociones de júbilo y regocijo que el humor provoca son de particular utilidad, porque son incompatibles con los sentimientos de estrés. El sentido del humor se ha reconocido como uno de los factores de protección en los jóvenes resilientes. La investigación sobre la resiliencia indica que el sentido del humor (es decir, el juego cognitivo) contribuye a que los niños sean a prueba de estrés en situaciones conflictivas. Al introducir un elemento gracioso en una situación estresante, se puede obtener un alivio temporal de la tensión. De hecho, “humor negro” es el término que se usa para describir

el tratamiento cómico de una situación grave o desesperada.

17. Desarrollo moral

“Moralidad” proviene de la palabra latina “morals”, que significa, costumbres, modales o formas de comportamiento que se ajustan a los estándares de un grupo (Alvord y Grados, 2005). Los individuos de todas las edades se juzgan de acuerdo a qué tanto se ajustan a estos estándares, y se pueden calificar de “morales” o “inmorales”. Así, el desarrollo moral se relaciona con las reglas que las personas tienen para regular las interacciones con los demás.

Jean Piaget (1932/1997) fue uno de los primeros psicólogos cuyo trabajo sigue siendo relevante para las teorías modernas del desarrollo moral. En sus estudios, se centró específicamente en la vida moral de los niños estudiando la manera en que juegan; su finalidad era saber acerca de sus creencias respecto de lo bueno y lo malo.

Juegos de reglas

Piaget (1932/1997) planteó que hacer reglas espontáneas en los juegos (p. ej., decidir qué es lo más justo para todos los jugadores en un juego de canicas) proporciona a los niños una experiencia de crucial importancia para el desarrollo del juicio moral maduro. Estas experiencias grupales entre pares ayudan al niño a superar las primeras fases de la moralidad basada en la autoridad (las reglas son vistas como fuerzas externas y limitantes que una figura adulta de autoridad impone de manera arbitraria y hace valer) y acceden al concepto de una moralidad basada en principios de cooperación mutua y consentimiento entre iguales. En el mismo sentido, Chateau (1967) afirmó que la intervención de los juegos de reglas es la raíz de la capacidad humana para desarrollar la moralidad. Él pensaba que los niños, al aceptar seguir una regla desarrollada para el bien común, expresan la capacidad humana para crear la civilización. Además, de acuerdo con la teoría de Vygotsky (1978), a medida que los niños siguen las reglas en el contexto de juego, desarrollan una comprensión de las normas sociales y las expectativas y el aprendizaje para actuar contra sus impulsos egocéntricos.

En los juegos de reglas, los niños aprenden sobre imparcialidad, igualdad y justicia, pues crean y siguen reglas, respetan los acuerdos verbales y actúan en contra de los malhechores, es decir, cosas que ayudan a los niños a desarrollar un sentido de moralidad y conducta ética. Uno de los hallazgos más sorprendentes en la investigación del desarrollo infantil es que las nociones básicas de moralidad de los niños parecen ser resultado no tanto de una disciplina severa o de las lecciones de catequesis, sino de las interacciones sociales con pares durante el juego.

Juego de roles

Por medio del juego de roles (p. ej., jugar a ser doctor, maestro, policía), los niños pueden desarrollar la empatía –la capacidad de ver y experimentar cosas desde la perspectiva de otra persona. Este proceso permite que el niño comprenda las motivaciones de los demás, adopte su perspectiva y tome en cuenta sus necesidades.

Todas estas nuevas adquisiciones fomentan el desarrollo moral, pasar de una orientación egocéntrica a una allocéntrica (Slote, 2010; Wispe, 1987). La regla de oro de la mayoría de las religiones, trata a los demás como te gustaría que te trataran, afirma que las capacidades de empatía y de ponerse en el lugar de los otros son la base de la moralidad.

18. Desarrollo psicológico acelerado

El poder del juego es importante para acelerar el desarrollo psicológico del niño, pues le ofrece oportunidades de practicar y desarrollar una gran cantidad de habilidades (Drewes y Schaefer, 2010).

Lev Vygostky (1978) propuso que los niños tienen una “zona de desarrollo próximo” o rango de tareas entre aquellas que pueden realizar por sí solos y aquellas que sólo pueden llevar a cabo con ayuda de adultos o compañeros más capaces. Vygotsky (1978) también propuso que:

El juego crea la zona de desarrollo próximo del niño. En el juego, el niño siempre se comporta más allá de su edad, por encima de su conducta cotidiana; en el juego es como si fuera mucho más alto de lo que es. Como en el punto focal de un lente de aumento, el juego contiene todas las tendencias del desarrollo en una forma condensada y es, por sí mismo, una fuente importante de desarrollo. (p. 102)

Papel del juego

Una vez que el terapeuta logra que el cumplimiento de una tarea de desarrollo sea cuestión de regocijo y diversión, los niños estarán motivados para ocuparse de ella y practicar.

Investigación

Fischer (1992) realizó un metaanálisis de 800 estudios y concluyó que hay evidencias convincentes de que el juego tiene un impacto positivo en el desarrollo infantil. Encontró que promueve aspectos sociales y cognitivos del desarrollo, sobre todo cuando los adultos participan en el juego con los niños.

Estudios recientes (Dauhauer, Coster y Cermak, 2010; Lindsey y Colwell, 2003) también encontraron que el juego acelera el desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños pequeños.

19. Autorregulación

La **autorregulación** autocontrol se refiere a la capacidad de controlar los pensamientos, sentimientos, impulsos y conductas propias. Se ha encontrado que el autocontrol tiene una relación positiva con la competencia social y académica de los niños. En cambio, los problemas con el autocontrol se relacionan con la etiología y el mantenimiento de una amplia gama de problemas psicosociales, entre los que está el crimen y el consumo de drogas (Strayhorn, 2002). Desafortunadamente, los estudios han mostrado que la capacidad de los niños para regular y controlar su conducta ha disminuido en los últimos 40 años.

Papel del juego

Los niños preescolares que juegan con mayor frecuencia o de maneras más complejas tienen puntuaciones más altas en diversas medidas de autorregulación (Fantuzzo, Sekino y Cohen, 2004). También se ha encontrado que los niños que asisten a escuelas que hacen hincapié en el juego obtienen puntuaciones más altas en estas medidas (Hanline, 1999).

Varios tipos de conductas de juego, como las siguientes, fomentan el desarrollo del autocontrol.

Jugar a ser...

El juego de imaginación implica el uso de la fantasía y el simbolismo. Cuando los niños pequeños están muy metidos en el juego, tienden a ser menos impulsivos y agresivos. El juego de imaginación ayuda a los niños a mediar sus impulsos y actos valiéndose de símbolos. En vez de actuar sus impulsos, los expresan de manera simbólica en este tipo de juego. Además, los niños practican el diálogo privado; hablan consigo mismos acerca de lo que hacen y sienten. Esto contribuye a establecer la autoconsciencia y la regulación emocional (Berk, 1986).

Juego sociodramático

El juego sociodramático colaborativo consiste en un juego sostenido, elaborado, imaginario en el que los niños hacen un plan, representan un personaje (doctor, maestro, vendedor) y actúan este mundo alterno por un periodo extenso. En el juego sociodramático, los niños tienen que subordinarse al papel que actúan. Con frecuencia, esto significa actuar en contra de sus propios impulsos y deseos. El autocontrol también es reforzado cuando el niño tiene que coordinar su papel con el de los demás para representar una historia coherente (Vygotsky, 1967). El juego social de imaginación ha demostrado ser de especial provecho en casos de niños impulsivos que tienen un retraso en el desarrollo de la autorregulación con respecto a sus pares.

Juegos de reglas

Juegos como “Simón dice” (seguir al líder), “el semáforo” (el líder dice luz roja para que los demás dejen de hacer lo que están haciendo, y luz verde para que continúen y se muevan) y “las estatuas de marfil” (los niños se quedan quietos como estatuas y mantienen sus posiciones hasta que el líder diga que pueden moverse) ayudan a los niños a desarrollar control sobre sus impulsos y respuestas motrices. Los juegos de estrategia como el ajedrez y las damas fortalecen las funciones ejecutivas (es decir, la capacidad de detenerse y pensar, planear, considerar movimientos alternativos y anticipar las consecuencias de cada movimiento de sus piezas).

Juego de autocalmarse

La capacidad de relajarse es un modo importante de afrontar el estrés. Hay muchos tipos diferentes de juego relajante, como el juego con arena, agua, arcilla u objetos suaves como un osito de peluche o pelotas blandas, o pintar con los dedos y la imaginación guiada.

Juego de luchas

La investigación de Jaak Panksepp y colaboradores (Panksepp, Burgdorf, Turner y Gordon, 2003) ha encontrado que la práctica frecuente de juegos de lucha reduce la impulsividad y la hiperactividad de ratas con lesiones en el lóbulo frontal. En consecuencia, sugiere que un régimen de juegos socializados de lucha podría ser una manera de ayudar a los niños con TDAH a controlar su impulsividad.

20. Autoestima

El término **autoestima** se emplea para describir el sentido general de una persona respecto de su valía o valor personal. La autoestima puede implicar diversas creencias acerca de uno mismo, como la valoración de las capacidades, competencias, logros y atractivo propios. Se ha estudiado ampliamente la autoestima por más de 30 años debido a su notable influencia en la personalidad, la conducta y las motivaciones. Dos de las maneras en que el juego incrementa la autoestima de los niños es mediante el aumento de su sensación de poder/control y de autoeficacia.

Poder/control

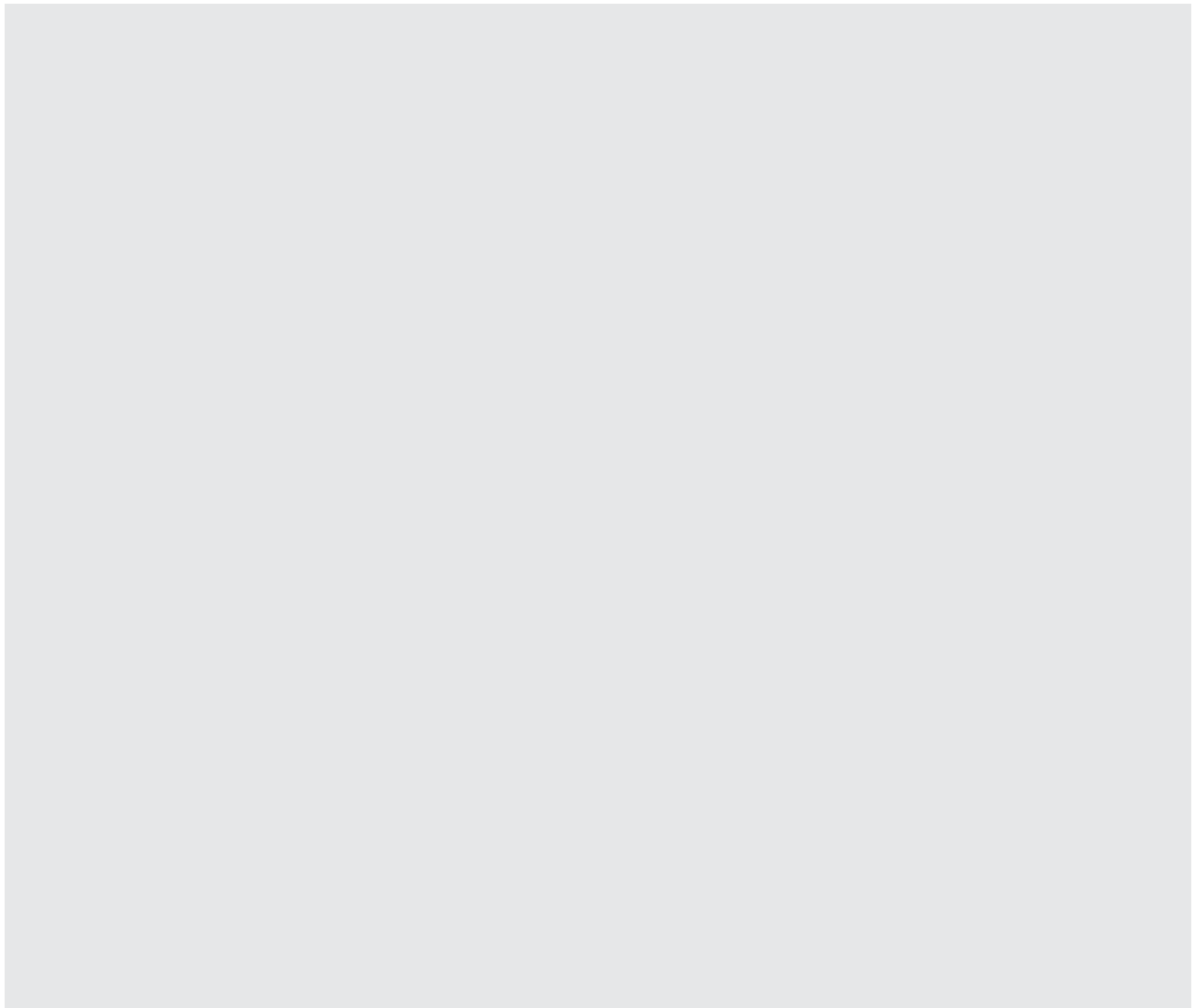
Una de las necesidades más grandes de los niños en cualquier etapa de desarrollo es tener un sentido de poder personal y control. Habitando un mundo poblado por adultos gigantes, la mayoría de los niños siente muy poco poder sobre lo que pasa en sus vidas. Como resultado, es posible que peleen por el control participando en luchas de poder o

actuando de manera agresiva, o pueden resignarse a desempeñar papeles de desamparo dependiente.

Papel del juego

El juego es un aspecto de la vida de los niños donde sienten tener control, pues ellos determinan qué y cómo jugar, sea agitar su sonaja, jugar a ser una princesa o construir un mundo en la arena. En el juego, los niños son gigantes poderosos que se elevan por encima de juguetes en miniatura. El juego libre les brinda oportunidades para controlar sus movimientos corporales, ideas, objetos y relaciones; su única limitación son sus propios intereses y su imaginación.

Ejemplos específicos del juego de empoderamiento son: a) jugar con muñecos asociados con fuerzas o poderes extraordinarios (p. ej., superhéroes, dinosaurios, dragones, hadas, brujas, duendes); b) jugar con juguetes agresivos, como espadas o pistolas; c) jugar a las luchas; d) cambiar las reglas de un juego; y e) jugar a ser doctor, maestro o bombero.



PERSPECTIVAS FUTURAS

Muchos psicoterapeutas destacados han hecho un llamado por un cambio en la formación en el que el centro de atención se desplace de las grandes teorías de la psicoterapia hacia los mecanismos del cambio terapéutico. Comprender mejor los agentes del cambio es de vital importancia para los terapeutas de juego y otros clínicos principalmente por dos razones:

1. Mejoraría la eficacia clínica al proporcionar un tratamiento con un objetivo más definido a través de una “correspondencia prescriptiva” (es decir, la correspondencia entre los factores curativos del juego y las causas subyacentes del trastorno) (Shirk y Russell, 1996).

En este aspecto, Kazdin (2001) propuso que el primer paso para planear un tratamiento sea identificar las fuerzas centrales cognitivas, afectivas y conductuales implicadas en el desarrollo y mantenimiento de un problema clínico en particular (p. ej., apego inseguro). Una vez que, mediante una evaluación integral con un marco teórico sólido, se descubra el origen primordial de un trastorno, se pueden aplicar los poderes terapéuticos específicos para provocar el cambio en los factores que causan o mantienen el trastorno.

2. Impulsaría el desarrollo de un amplio repertorio de agentes de cambio que trascendiera la adhesión a un solo modelo teórico (Garfried y Wolfe, 1998).

La opinión de los autores es que el terapeuta de juego necesita un arsenal entero de los poderes terapéuticos del juego para superar de manera eficaz y eficiente las múltiples fuerzas que ocasionan las psicopatologías. Además de ampliar la enseñanza y el entrenamiento en relación con la importancia y la aplicación de los poderes terapéuticos, necesitamos ampliar sustancialmente el número de investigaciones sobre el proceso de la terapia de juego con la finalidad de identificar y validar los poderes terapéuticos específicos del juego. Pensamos que estos mecanismos del cambio son la esencia, el corazón y el alma, de la terapia de juego y, por ello, merecen mucha mayor atención de parte de los clínicos e investigadores.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con Kazdin (2009), el mejor modo de comprender y promover el tratamiento eficaz es entendiendo los mecanismos de acción que, por un efecto acumulativo, dan resultados positivos para los niños y sus familias. Los mecanismos son lo que está “adentro de la caja negra” de un tratamiento como el de la terapia de juego. Sabemos que la terapia de juego funciona, pero hasta ahora se ha prestado poca atención al cómo y por qué funciona. Los múltiples poderes curativos de la terapia de juego explican su eficacia al señalar los problemas asociados con una amplia gama de trastornos psicológicos. Los poderes terapéuticos del juego parecen constituir o aumentar el proceso de curación, más que simplemente servir como medio para la aplicación de otras modalidades de tratamiento que sólo emplean el juego como elemento accesorio de su protocolo. En otras palabras, los poderes terapéuticos del juego son los verdaderos agentes del cambio, no sólo un auxiliar para aplicar el tratamiento (Bennett, 2000).

Los 20 poderes curativos del juego que se describen en este capítulo se eligieron porque se han mencionado con mucha frecuencia en la literatura de la terapia de juego. Así, podrían llamarse “los megapoderes” de la terapia de juego. Sin embargo, esta taxonomía es tentativa y no pretende ser exhaustiva ni definitiva. Es necesario retrabajarla, refinarla, expandirla e investigarla continuamente.

Se requieren muchas más investigaciones sobre los procesos para entender por completo cómo es que la terapia lleva a un cambio. Para ello, Rosen y Davidson (2003) abogan por que la futura investigación en psicoterapia se ocupe de identificar y validar los “principios del cambio sustentados por datos empíricos”, en vez de estudiar enfoques teóricos amplios, como los de las terapias humanista o cognitivo-conductual.

■ REFERENCIAS

- Ablon, J., Levy, R., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training, 43*(2), 216–231.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, F., & French, T. (1980). *Psychoanalytic theory*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Alvord, M., & Grados, J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(3), 238–245.
- Axline, V. M. (1964). *Dibs: In search of self*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Axline, V. M. (1969). *Play therapy* (Rev. ed.). New York, NY: Ballantine.
- Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist*. New York, NY: Norton.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barnett, L. (1984). Young children's resolution of distress through play. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25*, 477–483.
- Barron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology, 5*, 1173–1182.
- Bennett, J. A. (2000). Mediator and moderator variables in nursing research: Conceptual and statistical differences. *Research in Nursing & Health, 23*, 415–420.
- Berk, L. E. (1986). Relationship of elementary school children's private speech to behavioral accompaniment to task, attention, and task performance. *Developmental Psychology, 22*, 671–680.
- Bohart, A. (1977). Role playing and interpersonal-conflict resolution. *Journal of Counseling Psychology, 24*(1), 15–24.
- Borcherdt, B. (2002). Humor and its contribution to mental health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavioral Therapy, 26*, 247–257.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bratton, S. C., & Ray, D. (2000). What research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy, 9*, 47–88.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 376–390.
- Bruner, J. (1972). The nature and uses of immaturity. *American Psychologist, 27*(8), 687–708.
- Campbell, M., & Knoetze, J. (2010). Repetitive symbolic play as a therapeutic process in Child-Centered Play Therapy. *International Journal of Play Therapy, 14*(4), 222–234.
- Carlson, R., & Arthur, N. (1999). Play therapy and the therapeutic use of story. *Canadian Journal of Counselling, 33*(3), 212–226.
- Carlson, C. R., & Masters, J. C. (1986). Inoculation of emotion: Effects of positive emotional states on children's reactions to social comparison. *Developmental Psychology, 22*, 760–765.
- Carruthers, P. (2002). Human creativity: Its cognitive basis, its evolution, and its connections with childhood pretence. *British Journal for the Philosophy of Science, 53*(2), 225–249.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY: Guilford Press.
- Castonguay, L., & Beutler, L. E. (2005). *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- Chateau, J. (1967). *The play of the child*. Paris, France: Librairie Philosophique. J. Vrin.
- Chesley, G., Gillett, D., & Wagner, W. (2008). Verbal and nonverbal metaphor with children in counseling. *Journal of Counseling & Development, 86*(4), 399–411.
- Cohen, L. J. (2002). *Playful parenting*. New York, NY: Ballantine.

- Cohn, M. A., & Fredrickson, B. (2010). In search of durable positive psychology interventions. *Journal of Positive Psychology, 5*, 355–366.
- Connolly, J., & Doyle, A. (1984). Relation of social fantasy play to social competence in preschoolers. *Developmental Psychology, 20*(5), 797–806.
- Corsini, R., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Process and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 51*, 406–411.
- Croghan, L., & Musante, G. (1975) The elimination of a boy's high-building phobia by in vivo desensitization and game playing. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 6*(1), 87–88.
- Danger, S. (2003). Adaptive doll play. Helping children cope with change. *International Journal of Play Therapy, 12*(1), 105–116.
- Dapretto, M., Davies, M., Dfeifer, J., Scott, A., Segman, M., Bookheimer, S., & Iacoboni, M. (2005). Understanding emotions in others: Mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience, 9*, 28–30.
- Daunhauer, L., Coster, W., & Cermak, S. (2010). Play and cognition among young children reared in an institution. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, 30*(2), 83–97.
- Drewes, A. A., & Schaefer, C. E. (Eds.) (2010). *School-based play therapy* (2nd ed.). Hoboken, NJ:Wiley.
- Drewes, A. A., Bratton, S. C., & Schaefer, C. E. (2011). *Integrative play therapy*. Hoboken, NJ:Wiley.
- Duncan, I. (2015). Recuperado 4/20/15, <http://www.dancer.com/tom-parsons/quotes.php>
- Elkind, D. (1981). *Children & adolescents*. New York, NY: Oxford University Press.
- Erikson, E. (1976). Play and cure. En C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic use of child's play*. New York, NY: Jason Aronson.
- Fantuzzo, J., Sekino, Y., & Cohen, H.L. (2004). An examination of the contributions of interactive peer play to salient classroom competencies for urban head start children. *Psychology in the Schools, 41*, 323–336.
- Fernandes, S., & Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology, 15*(3), 405–415.
- Fisher, E. P. (1992). The impact of play on development: A meta-analysis. *Play & Culture, 5*(2), 159–181.
- Frances, A., Clarkin, J. F., & Perry, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry: The art and science of treatment*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology, 2*, 300–319.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist, 56*(3), 218–226.
- Freud, S. (1919). *Totem & taboo*. London, England: Routledge. (Original work published 1913)
- Friedberg, R., & Wilt, L. (2010). Metaphors and stories in cognitive behavioral therapy with children. *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behavioral Therapy, 28*, 100–113.
- Fromm, E. (1994). *Escape from freedom*. New York, NY: Macmillan.
- Galloway, G., & Cropley, A. (1999). Benefits of humor for mental health: Empirical findings and directions for further research. *Journal of Humor Research, 30*, 301–314.
- Garfried, M., & Wolfe, B. (1998). Toward a more clinically valid approach to theory research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 66*, 143–150.
- Gottman, J., & Parker, J. (1986). *Conversations of friends: Speculations on affective development*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hanline, M. (1999). Developing a preschool play-based curriculum. *International Journal of Disability, Development, and Education, 46*(3), 289–305.
- Holmes, S. V., & Kivlighan, C. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of Counseling Psychology, 47*(4), 1–7.
- Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J., & Rizzolatti, G. (2005). Predicting the future: Mirror neurons reflect the intentions of others. *PLOS Biology, 3*(3), 1.
- Iannotti, R. (1978). Effect of role taking experiences on empathy, altruism, & aggression. *Developmental Psychology, 14*, 119–114.
- Isen, A. (1999). Positive affect. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 521–539). New York, NY:Wiley.

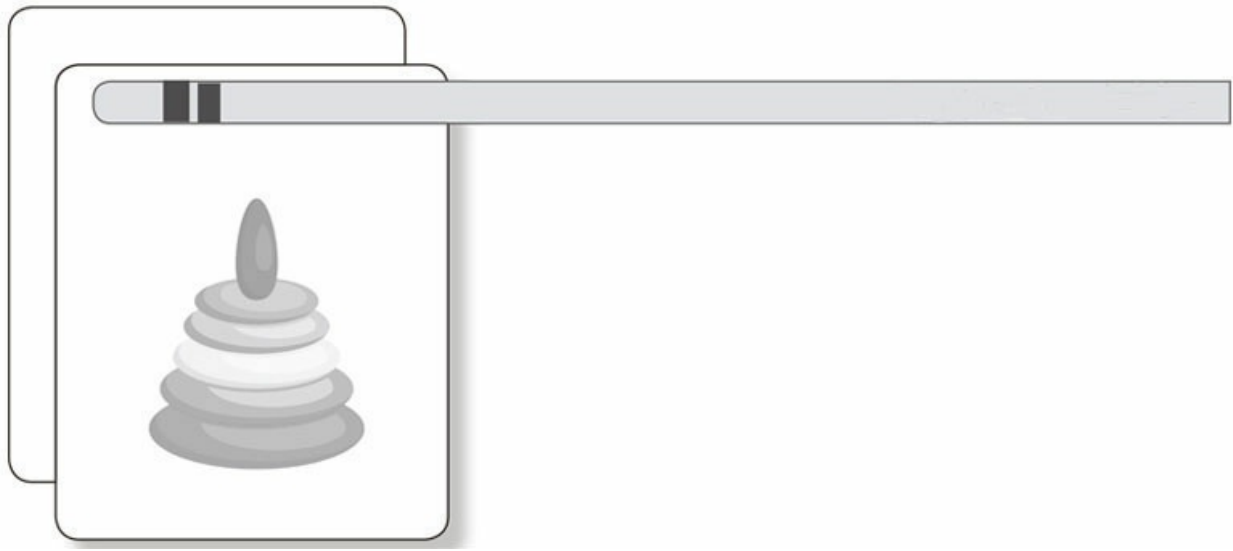
- Janis, I. L. (1958). *Psychological stress: Psychoanalytic & behavioral studies of surgical patients*. New York, NY: Wiley.
- Jung, C. G. (1968). *Man and his symbols*. New York, NY: Dell.
- Kazdin, A. E. (2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy, research, and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 59–66.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116–1129.
- Kazdin, A. E., Siegel, T., & Bass, D. (1990). Drawing on clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: Survey of practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 189–198.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4), 418–428.
- Kelly, J. (1982). Using puppets for behavior rehearsal in social skills training sessions with young children. *Child Behavior Therapy*, 3(1), 61–62.
- King, N., Heyne, D., Gullone, E., & Molloy, G. (2001). Usefulness of emotive imagery in the treatment of childhood phobias: Clinical guidelines, case examples and issues. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2), 95–101.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of self*. New York, NY: International University Press.
- Landreth, G. L. (1993). Self-expressive communication. En C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic powers of play* (pp. 41–63). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Lefcourt, H. M. (1995). Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 373–391.
- Levine, K., & Chedd, N (2006). *Replays: Using play to enhance emotional and behavioral development for children with autism spectrum disorders*. London, England: Jessica Kingsley.
- Levy, A. J. (2008). The therapeutic action of play. *Clinical Social Work Journal*, 36, 281–291.
- Linden, J. (1985). Insight through metaphor in psychotherapy and creativity. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 60, 375–406.
- Lindsey, E.W., & Colwell, M. J. (2003). Preschoolers' emotional competence: Links to pretend and physical play. *Child Study Journal*, 33, 39–52.
- Locke, J. (1693). *Some thoughts concerning education* (p. 9). London, England: Churchill.
- Lowenfeld, M. (1991). *Play in childhood*. New York, NY: Cambridge University Press. (Original work published 1935)
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855.
- Maccoby, E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 60, 1405–1411.
- Manney, P. (2008). Empathy in the time of technology: How storytelling is the key to empathy. *Journal of Evolution & Technology*, 19(1), 51–61.
- Masselos, G. (2003). “When I play funny it makes me laugh.” En D. E. Lytle (Ed.), *Play and educational theory and practice* (pp. 213–226). Westport, CT: Prager.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
- Masten, A., & Coatsworth, J. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53(2), 205–220.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. (1993). *Stress inoculation training* (2nd ed.). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Mendez, F., & Garcia, M. (1996). Emotive performances: A treatment package for children's phobias. *Child & Family Behavior Therapy*, 18(3), 19–34.
- Mikulas, W., Coffman, M., Dayton, D., Frayne, C., & Maier, P. (1986). Behavioral bibliotherapy and games for treating fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy*, 7(3), 1–8.
- Moore, M., & Russ, S. (2008). Follow-up of a pretend play intervention: Effects on play, creativity, and emotional processes in children. *Creativity Research Journal*, 20(4), 427–436.

- Moyles, J. (1989). *Just playing*. London, England: Open University Press.
- Nelson, J. (2008). Laugh and the world laughs with you: An attachment perspective on the meaning of laughter in psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 41–49.
- Nevo, O., & Shapira, J. (1989). The use of humor by pediatric dentists. *Journal of Children in Contemporary Society*, 20(1–2), 171–178.
- Nichols, M., & Efran, J. (1985). Catharsis in psychotherapy: A new perspective. *Psychotherapy*, 22, 46–58.
- Panksepp, J., Burgdorf, J., Turner, C., & Gordon, N. (2003). Modeling ADHD-type arousal and unilateral frontal cortex damage in rats and beneficial effects of play therapy. *Brain and Cognition*, 52(1), 97–105.
- Pardeck, J. Y. (1990). Using bibliotherapy in clinical practice with children. *Psychological Reports*, 67, 1043–1049.
- Paul, G. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109–119.
- Pellegrini, A. (2007). Play in evolution and development. *Developmental Review*, 27(2), 261–276.
- Piaget, J. (1951). *Play, dreams, & imitation in childhood*. London, England: Heinemann.
- Piaget, J. (1997). *The moral judgment of the child*. New York, NY: Harcourt. (Original work published 1932)
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory & practice* (pp. 403–440). New York, NY: Guilford Press.
- Ray, D., Bratton, S. C., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 85–108.
- Robinson, E. S. (1920). The compensatory function of make-believe play. *Psychological Review*, 27(60), 429–439.
- Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300–312.
- Russ, S. (2004). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Russ, S., & Wallace, C. (2014). Creative problem solving. En C. E. Schaefer & A. A. Drewes (Eds.), *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change* (pp. 213–223). Hoboken, NJ: Wiley.
- Santacruz, I., Mendez, F., & Sanchez-Meca, J. (2006). Play therapy by parents for children with darkness phobia: Comparison of two programmes. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 19–35.
- Sartre, J. P. (1956). *Being and nothingness*. New York, NY: Philosophical Library.
- Schaefer, C. E. (2001). Prescriptive play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 57–73.
- Schaefer, C. E. (2011). Prescriptive play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Schaefer, C. E. (2012). *The therapeutic powers of play*. Unpublished manuscript.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464.
- Shirk, S.R. & Russell, R.L. (1996). Change processes in child psychotherapy: *Revitalizing treatment and research*. New York, NY: Guilford Press.
- Siev, J., & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75, 513–527.
- Singer, D. G., & Singer, J. L. (1990). *The house of make-believe*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Slote, M. (2010). *Moral sentimentalism*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Spielman, G., Pasek, L., & McFall, J. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 642–654.
- Spinka, M., Newberry, R., & Bekoff, M. (2001). Mammalian play: Training for the unexpected. *The Quarterly Review of Biology*, 76(2), 141–168.
- Strayer, J., & Roberts, W. (1989). Children's empathy and role taking: Child & parental factors, and relations to prosocial behaviors. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 10, 227–239.
- Strayhorn, J. (2002). Self-control: Theory and research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(1), 7–16.

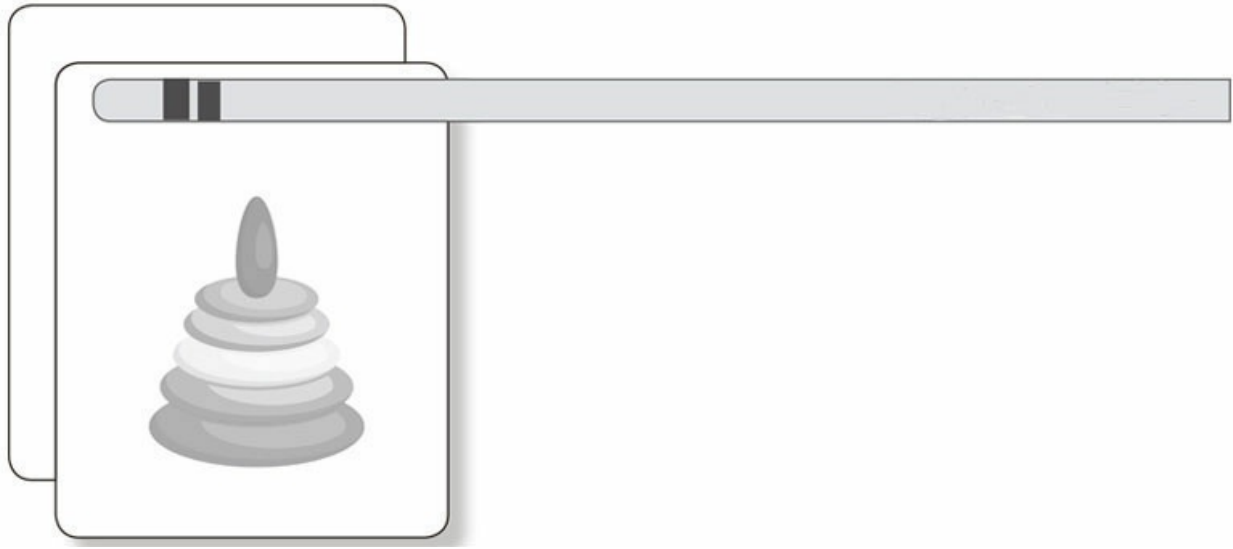
- Sutton-Smith, B. (1998). *The ambiguity of play*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Tugade, M., & Fredrickson, B. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*, 320–333.
- Tugade, M., Fredrickson, B., & Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, *72*(6), 1161–1180.
- Ventis, W., Higbee, G., & Murdock, S. A. (2001). Using humor in systematic desensitization to reduce fear. *Journal of General Psychology*, *128*(2), 241–253.
- Vygotsky, L.S. (1967). Play and its role in the mental development of the child. *Soviet Psychology*, *5*, 6-18.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wallick, M. (1979). Desensitization therapy with a fearful two-year-old. *American Journal of Psychiatry*, *136*(10), 1325–1326.
- Wark, L. (1994). Therapeutic change in couples therapy. *Contemporary Family Therapy*, *16*(1), 39–52.
- Webster, J., & Martocchio, J. (1993). Turning work into play: Implications for microcomputer software training. *Journal of Management*, *19*(1), 127–148.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, *34*, 89–97.
- Wispe, L. (1987). Foundations of empathy. In N. Feinberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wood, D. (1986). Aspects of teaching and learning. In M. Richards & P. Light (Eds.), *Children of social worlds* (pp. 191–212). Cambridge, MA: Polity Press.
- Yalom, I. D. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Books.

NOTA

¹ En realidad, para Freud la compulsión a la repetición no es un proceso curativo, sino un efecto del conflicto inconsciente que se manifiesta en patrones dañinos o autodestructivos en la medida en que no están sujetos a los procesos de pensamiento, elaboración o metabolización. En el juego del niño, la función del terapeuta consiste en poner en movimiento estos procesos para transformar esos patrones repetitivos en un acto creativo (Nota del traductor).



Parte 2
Teorías esenciales



Capítulo 4

Terapia de juego psicoanalítica y jungiana

Audrey f. Punnett

La terapia de juego basada en las teorías psicoanalítica y analítica comenzó en los primeros años del siglo XX y sigue siendo importante en el tratamiento actual de niños y adolescentes. Para el psicoanalista (freudiano), “la personalidad se desarrolla por la necesidad de satisfacer el principio de placer; todo el tiempo trata de negociar las exigencias de la realidad sin sufrir las críticas del superyó” (Lee, p. 46). Para el analista analítico (jungiano), la personalidad se desarrolla cuando el consciente y el inconsciente tienen una comunicación “fluida, pero regulada” entre sí (Allan, 1997, p. 101). Sin importar la identidad teórica que se asuma, el terapeuta, cuando hace uso de los simbolismos, está haciendo un trabajo analítico.

Freud y Jung establecieron los fundamentos del psicoanálisis y la psicología analítica, respectivamente, y colaboraron de manera intensa entre 1907 y 1913. Aunque ninguno de los dos trabajó con niños, sus seguidores ampliaron sus teorías para desarrollar algunos modelos adecuados para atender a niños y adolescentes. La teoría de las relaciones objetales, la psicología del yo y la psicología del *self* ampliaron los conceptos de Freud (Abraham, 1979; Blanck y Blanck, 1979, 1994; Kernberg, 1976, 1980; Klein, 1969, 1975; Kohut, 1971, 1977, 1978). La obra de Neumann (1969, 1990a, 1990b y Fordham, 1994), así como el juego con arena (Kalff, 2003; Ryce-Menuhin, 1992; Weinrib, 1983), son ejemplos de la ampliación de la teoría de Jung. Por lo general, estas modificaciones posteriores son conocidas como **psicoterapias psicodinámicas**. En este capítulo, la psicoterapia psicodinámica no se considera una teoría independiente o única, sino una manera de trabajar con niños y adolescentes que contempla tanto la tradición psicoanalítica, como la analítica. Este punto de vista se ha vuelto más popular con la llegada de la observación e investigación de niños, porque la comunidad analítica ahora tiende a ver el tratamiento como una actitud y no como una técnica.

TEORÍA

La discusión que se presenta de las teorías principales del psicoanálisis y la psicología analítica se basa en las contribuciones de los seguidores de Freud y Jung.

Psicoanálisis

Además de Freud, las autoras más importantes del psicoanálisis de niños son Hermine Hug-Helmuth, Margeret Lowenfeld, Anna Freud y Melanie Klein. A continuación se presentan los elementos principales de sus teorías.

Sigmund Shlomo “Sigmund” Freud

El psicoanálisis nació gracias a los esfuerzos de Sigmund Freud por crear un tratamiento que permitiera a las personas revelar y resolver su desorden interno y su angustia en una época en que los enfermos mentales eran tratados con desprecio y medidas represivas, y a veces eran internados en alguna institución (Glenn, 1992). Cuando Freud observó a Jean-Martin Charcot utilizar la hipnosis con pacientes histéricas, fue testigo de cómo los síntomas se podían eliminar si el paciente hablaba. Después, Freud empleó el método de la libre asociación como técnica psicoanalítica para acceder al material inconsciente y liberar, así, de su sufrimiento a los pacientes. A medida que siguió elaborando su teoría de la personalidad y el desarrollo, la infancia, cuyo papel en la vida adulta hasta entonces se había creído insignificante, se convirtió en la etapa de la vida donde se encontraban las raíces más profundas de los conflictos internos adultos.

Poco después, Freud (1909) trabajó, con intermediación del padre, el caso del pequeño Hans, un niño de 5 años de edad que desarrolló una fobia a los caballos. Con base en sus observaciones, Freud conceptualizó la enfermedad mental no como un simple evento traumático, sino como una afectación que se desarrollaba con el tiempo y que estaba relacionada con la historia de vida de las personas. Freud alentó la observación directa de niños y la aplicación de los descubrimientos psicoanalíticos en las prácticas de crianza (Glenn, 1992). El padre del psicoanálisis pensaba que los niños deseaban más que los simples cuidados básicos: también deseaban amor y placer físico, pues tenían una vida sexual primitiva muy intensa (Glenn, 1992).

Investigaciones recientes han ampliado estos primeros trabajos de Freud acerca de la etiología y las consecuencias del trauma infantil (Kalsched, 1996, 2013; Schore, 2003b). Freud postuló que los contenidos inconscientes causan angustia y ejercen presión en la mente consciente para conseguir la descarga de la tensión. Sin embargo, también postuló que hay dos pulsiones esenciales: agresión y sexualidad. Él pensó que la expresión de estas pulsiones está en contradicción con la organización social y, por lo tanto, deben modificarse para que el individuo se ajuste a las normas sociales. El conflicto interno

entre la necesidad de gratificación pulsional y la de adaptarse a la vida en sociedad conforma la base de la teoría de Freud. En esencia, la base de la conducta es la descarga de la tensión interna (Freud, 1953). La psique siempre está sujeta a presión, y aunque esta situación no dé por resultado síntomas neuróticos, los contenidos inconscientes se pueden manifestar en los *lapsus linguae* y en los chistes. Gran parte del conflicto ocurre sin que la actividad consciente lo registre y sólo se puede comprender su significado inconsciente interpretando el discurso y la conducta del paciente.

Freud habló de cómo los pensamientos y deseos inaceptables son alejados de la actividad psíquica consciente por medio de la represión, pero que pueden reaparecer de una manera simbólica. Existe un sistema consciente, sede de la percepción y el pensamiento; un preconscious, que contiene elementos del pasado que pueden ser llevados a la consciencia de manera voluntaria; y por último, un sistema inconsciente, cuyos contenidos tienen prohibido el acceso a la consciencia por parte de una censura. Esta división de la psique se ha denominado **hipótesis topográfica** (Bemporad, 1980) o primera tópica freudiana.

Con el tiempo, Freud revisó su teoría y agregó un modelo estructural, en el que distinguió tres instancias, ahora muy conocidas, ello, yo y superyó, para explicar los procesos inconscientes que no están al servicio de la satisfacción pulsional (Bemporad, 1980). El ello contiene la actividad pulsional primitiva, por lo que se le considera el reservorio de la energía psíquica. El yo es la instancia central que organiza la actividad psíquica consciente, pues representa la realidad externa en la psique y media entre las exigencias del ello y las del superyó. El superyó es la instancia que contiene los estándares culturales aprendidos por el sujeto. Se pensaba que el yo surgía a partir del ello, y que el superyó se desarrollaba más tarde en la infancia como resultado de la identificación con los valores morales de los padres al final del complejo de Edipo. De este modo, el yo era visto como la instancia que regula la descarga pulsional, es decir, la expresión del ello del que surgió, y ayuda a manejar los conflictos cada vez mayores que el niño encuentra en sus transacciones con el ambiente.

Cuando ello, yo y superyó se encuentran en equilibrio, el individuo funciona de manera óptima. Cuando hay un conflicto, se ponen en marcha los mecanismos de defensa para permitir que el individuo continúe funcionando o se defiende en contra de las amenazas percibidas, sean reales o imaginarias. Algunos mecanismos de defensa se consideran más primitivos que otros, por ejemplo la negación frente a la proyección. Freud empleó el término **neurosis** para referirse a un conflicto entre el ello y el superyó que el yo no puede resolver o que provoca que el yo se sienta abrumado por la depresión o la angustia. Cuando esto sucede, un niño puede experimentar una regresión a una etapa previa de su desarrollo o una fijación en la etapa en que ocurrió el conflicto o la frustración. El desarrollo ideal incluye la capacidad de tolerar la frustración y afrontar los conflictos.

Freud también postuló una serie de fuerzas pulsionales, cada una de las cuales se activaba en distintas etapas del desarrollo, a las que se conoce como oral, anal, fálica y genital, con un periodo de latencia que separa estas dos últimas etapas. La etapa oral

tiene lugar entre el nacimiento y los dos años de edad. La meta primordial de esta etapa es la supervivencia y el desarrollo de un apego seguro. El sello distintivo del apego seguro es la ansiedad frente a los extraños que aparecen alrededor de los 8 meses de edad, pues muestra la importancia de la relación con el cuidador y su diferenciación respecto de otras personas. Durante la etapa anal (que va aproximadamente de los 2 a los 4 años), la cuestión principal es el control de las funciones del cuerpo y la toma de consciencia del poder que posee la palabra *no*. Si esta etapa es exitosa, los niños empiezan a adquirir el sentido de autonomía. En la etapa fálica (que va aproximadamente de los 4 a los 6 años), la energía psíquica de los niños se concentra en sus genitales. También es el momento en que tiene lugar el conflicto edípico. La fase edípica comprende el periodo en que el niño varón quiere a su madre para él solo, y las niñas, a su padre. Para que el conflicto edípico tenga una resolución satisfactoria, los niños deben renunciar a estos deseos e identificarse el varón con el padre, y la niña con la madre. En la teoría de Freud, el conflicto edípico es el hito más importante, pues la mayor parte de los componentes de la personalidad se desarrollan al final de él. El siguiente es el periodo de latencia, que va desde la resolución del complejo de Edipo hasta el inicio de la adolescencia. Durante la latencia, hay un apaciguamiento de la actividad pulsional que permite consolidar las adquisiciones logradas hasta ese momento; la llegada de la adolescencia, y la maduración biológica y la sexualidad que implica, provoca un resurgimiento de la libido, o energía psíquica sexual. El desarrollo cognitivo, predominante en el periodo de latencia, cede en importancia al desarrollo social y psicosexual. La última etapa, genital, tiene lugar a partir de la adolescencia en adelante, y su tarea primordial es el desarrollo de relaciones íntimas.

La satisfacción de los impulsos pulsionales a lo largo de estas etapas de desarrollo da por resultado distintos placeres, los cuales son los precursores de la experiencia sexual adulta. Si los niños experimentan una satisfacción inadecuada, el resultado será una necesidad inconsciente de satisfacción en su vida posterior. Si los pacientes desarrollan una preferencia excesiva por alguna de estas pulsiones, esto podría derivar en alguna perversión. La persistencia excesiva de las pulsiones infantiles se denomina **fijación** y se piensa que puede llevar a una regresión en momentos de estrés. De hecho, gran parte de la psicopatología adulta se explicaba como una regresión a un estado infantil de gratificación (Bemporad, 1980).

Aunque a Anna Freud y Melanie Klein se les reconoce como las iniciadoras de la psicoterapia con niños y adolescentes, hay influencias previas y paralelas que prepararon el escenario para el trabajo psicoanalítico con pacientes en esta etapa de desarrollo (Lanyado y Horne, 1999).

Hermine Hug-Hellmuth

Hermine Hug-Hellmuth ha sido mencionada como la primera en el mundo que practicó el psicoanálisis de niños; su obra es anterior a la de Anna Freud y Melanie Klein por varios años (Lanyado y Horne, 1999; McLean, 1986; Plastow, 2011). Ella fue la primera en emplear e interpretar el juego espontáneo infantil y en trabajar con los padres como

continuación necesaria de su trabajo con los niños; en esto se distingue de Anna Freud, quien refería a los padres a un análisis independiente con otro terapeuta, y de Melanie Klein, quien prefería tener el menor contacto posible con los padres.

De hecho, Hug-Hellmuth usó la transferencia de los niños en terapia para orientar el trabajo con los padres y el niño, y para ayudar a estos a aprender qué era lo mejor en términos de crianza, educación y desarrollo. Hug-Hellmuth hizo contribuciones significativas (Hug-Hellmuth, 1921; McLean y Rapport, 1991), pero su muerte llegó prematuramente y, a petición suya, en la literatura no se hizo mención de su vida ni de su obra (Plastow, 2011). Freud y Klein utilizaron conceptos desarrollados por Hug-Hellmuth, pero ninguna de las dos le dio el crédito que merecía. Anna Freud retomó los aspectos más relacionados con la educación y la crianza de la obra de Hug-Hellmuth haciendo hincapié en el yo y los mecanismos de defensa. Por su parte, Melanie Klein retomó su conceptualización de la transferencia infantil y su manera de aprovechar el juego.

Margaret Lowenfeld

En la década de 1920, Margaret Lowenfeld estableció una clínica para ofrecer tratamiento a niños “nerviosos y delicados”. Con una formación inicial de pediatra, Lowenfeld abandonó su carrera y empezó a dar tratamiento psiquiátrico a niños en Londres valiéndose de lo que después llamó la **técnica de los mundos**. Antes de trabajar en Londres, fue miembro de las misiones médicas en Europa Oriental y experimentó los estragos de la guerra. Ella sabía que algunos niños podían sobrevivir los horrores de la guerra, pero era recelosa respecto de cómo ayudarlos dadas las diferencias en las lenguas y los antecedentes culturales de las familias con las que trabajaba (Lowenfeld, 1979). Descartó la idea de usar el lenguaje como método principal de intervención y pensó en introducir objetos que pudieran ayudar al niño y al terapeuta a comprender mejor lo que el niño estaba viviendo.

Basándose en su recuerdo del libro de H. G. Wells *Floor Games*, publicado en 1911 por primera vez (Wells, 2004), Lowenfeld reunió objetos pequeños, juguetes, palillos de colores y figuras de papel, metal y arcilla, y los guardaba en lo que sus jóvenes pacientes llamaron “la caja mágica”. Después, estos objetos se guardaron en un armario, a cuyos contenidos los niños que asistían a la clínica los denominaban “el mundo”. De manera espontánea, los niños crearon la nueva técnica de hacer dibujos de mundos en pequeñas bandejas de metal que contenían arena. Los elementos de la “técnica de los mundos” se han seguido usando casi sin cambios desde sus primeros trabajos de 1929 (Urwin y Hood-Williams, 1988); describió la meta de este método como “encontrar un medio que, por sí mismo, de inmediato sea atractivo para los niños y que les proporcionara tanto a ellos como al terapeuta un ‘lenguaje’, por así decirlo, mediante el cual pudieran establecer la comunicación” (Lowenfeld, 1979, p. 281). Así, Lowenfeld usó la arena principalmente como un medio para que se expresaran los niños.

Anna Freud

Anna Freud es considerada una de las fundadoras del psicoanálisis de niños, pues se dedicó al estudio directo de niños y trabajó toda su vida en esta profesión, abrió las guarderías de Hampstead durante la Segunda Guerra Mundial, que después se convertirían en la Clínica Hampstead de Terapia Infantil. En 1947, se empezó a dar entrenamiento en psicoanálisis de niños en esta clínica (Sandler, Kennedy y Tyson, 1980).

La teoría de Anna Freud se basa en las etapas del desarrollo psicosexual propuestas por su padre, pero ella las amplió para incluir la evolución gradual de los apegos significativos, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Además, describió la relación entre el progreso a lo largo de lo que se consideraban las líneas de desarrollo normal y la formación de psicopatologías (Freud, 1965); vio los obstáculos del desarrollo como la causa subyacente de la psicopatología, por lo que consideró que la meta de la psicoterapia era la eliminación de esos obstáculos para que el desarrollo natural y saludable pudiera tener lugar.

Anna Freud pensaba que cultivar la transferencia positiva y analizar las resistencias tomaba tiempo y que sólo se necesitaba la interpretación después de que se había establecido una relación positiva con el analista.

Ella no pensaba que los niños desarrollaran una neurosis de transferencia, es decir, una relación con el analista que recapitulara las relaciones tempranas con los padres, porque creía que aún tenían un lazo tranquilo con estos, puesto que eran reales y estaban presentes como objetos de amor y no sólo en la fantasía como sucede con los pacientes adultos (Freud, 1966-1980). Anna Freud también pensaba que era importante mantenerse en contacto estrecho con los padres, y fue partidaria de la pedagogía como medio para ayudar al niño a ajustarse al trabajo analítico y a sus resultados en el hogar y la escuela. Además, pensaba que era importante trabajar con base en una historia detallada de la vida del niño, y comprender sus experiencias cotidianas. Por su parte, Klein pensaba que todas estas cosas no sólo eran innecesarias, sino que interferían con el trabajo analítico.

Melanie Klein

Melanie Klein fue una analista de niños proveniente de Berlín, donde fue analizada y apadrinada por Karl Abraham. Klein no estaba de acuerdo con Anna Freud, pues pensaba que el superyó no sólo se desarrolla como resultado de la disolución del complejo de Edipo, sino que lo hace en parte a partir de las experiencias de frustración ocasionadas por el destete, que en ese tiempo ocurría al final del primer año de vida o al principio del segundo. Klein pensaba que el complejo de Edipo llegaba a su punto máximo a la edad de 2 ½ o 3 años, mucho antes de lo que Anna Freud se imaginó (Young-Bruehl, 1988). De acuerdo con Klein, el superyó se seguía desarrollando a partir de los impulsos sádicos y canibalísticos del niño, y no de la identificación con los padres (Young-Bruehl, 1988). Para ella, el conflicto edípico se experimentaba desde el primer

año de edad en respuesta a la angustia relacionada con el miedo a ser devorado y destruido por el cuidador primario. En este contexto, al igual que en la teoría de las relaciones objetales, al cuidador primario se le denomina **objeto** total. El niño busca destruirlo mordiéndolo, pero estos impulsos le producen angustia debido a la consciencia de los deseos edípicos; estos hacen que el niño busque introyectar (o internalizar) el objeto, que entonces se convierte en alguien de quien el niño espera castigo. Las experiencias de un objeto internalizado benevolente, o **superyó bueno**, pueden mediar la severidad del superyó. Cuando esto no sucede, el conflicto intrapsíquico que se desarrolla entre un objeto malo y las fantasías inconscientes dan por resultado la neurosis infantil. En el tratamiento de niños, Klein pensaba que era necesario reactivar y revivir esta experiencia para resolver el conflicto.

De acuerdo con Klein, la base del yo y su proceso de formación sólo se pueden entender en términos de introyección y proyección. Para definir mejor esto, la introyección se refiere a que el objeto es introyectado, o incorporado, en el yo, el cual se identifica entonces con algunas o todas sus características. La identificación proyectiva es resultado de la proyección de partes del yo en el objeto externo. Como consecuencia, este objeto se percibe como poseedor de las características de la parte del yo proyectada, pero también puede ocurrir que el yo se identifique con el objeto de su proyección (Segal, 1974). Sólo se puede comprender su teoría si se acepta la existencia de relaciones de objeto tempranas, es decir, entre el niño y su cuidador primario, como lo dictan las necesidades físicas, los impulsos y las fantasías del niño. Así, el objeto del niño se puede definir como aquello que es externo o interno a su propio cuerpo. Por ejemplo, durante el periodo de la primacía de la oralidad, el objeto introyectado se experimenta como fantasías de pecho “bueno” o pecho “malo”, dependiendo de si la necesidad oral es satisfecha o frustrada. El objeto se trata al mismo tiempo como si fuera externo e interno.

Al describir el desarrollo infantil, Klein habla de “posiciones” definidas por un conjunto de ansiedades y defensas, más que de etapas. Ella describe la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva. Klein aceptó y amplió la idea de Freud de que existen instintos de vida e instintos de muerte,¹ presentes al mismo tiempo (Ajuriaguerra, 1980). Klein postuló que el instinto de muerte es el primer determinante de la angustia, y que la lucha entre vida y muerte se prolonga a lo largo de toda la vida del sujeto; la angustia no se puede eliminar y es un aspecto de todas las situaciones ansiógenas.

Klein hacía interpretaciones desde los primeros momentos de un análisis debido a que pensaba que los niños establecían de inmediato una relación transferencial. Anna Freud pensaba que era importante preparar al niño para las interpretaciones y ser sensible al ambiente en el que vive. En cambio, Klein pensaba que el éxito del análisis dependía de hacer interpretaciones correctas sin necesidad de preparar al niño para recibirlas ni de tomar en cuenta su ambiente de origen.

En resumen, hubo varias diferencias entre Anna Freud y Melanie Klein respecto de su práctica en el análisis de niños. El método de Anna Freud contemplaba una fase preparatoria para consolidar la relación de trabajo del niño con el analista. Después, en el tratamiento hacía un uso cuidadoso de la interpretación, primero, de las defensas y,

luego, de las pulsiones a medida que lo reprimido se acercaba a lo consciente. Melanie Klein estuvo en desacuerdo con este método e interpretaba la conducta y el juego del niño desde el principio. Sus intervenciones evitaban las defensas y tocaban los significados simbólicos inconscientes del juego del niño durante las sesiones (Glenn, 1992). Para Klein, el centro de atención era la transferencia, mientras que Anna Freud pensaba que la transferencia de un niño tenía que ser débil debido al fuerte apego a sus padres, por lo que se requería cierto desarrollo del yo en el curso del tratamiento. Por su parte, Klein interpretaba la transferencia del niño desde el inicio. Así, los seguidores de Klein reducen al mínimo su contacto con los padres para evitar que esto interfiera en la transferencia, mientras que los seguidores de Anna Freud suelen ver a los padres con regularidad para obtener información acerca del niño.

Psicología analítica

Además de Jung, los principales autores de la psicología analítica infantil fueron Michael Fordham, Erich Neumann y Dora Kalff. A continuación, se presentan los principales elementos de sus teorías.

Carl Gustav Jung

Jung estudió medicina en la Universidad de Basel, y se integró al personal médico del Hospital Mental de Burgholzi en Zurich, donde se interesó en buscar el significado de la conducta y el discurso psicóticos. Hizo su investigación sobre los aspectos psicológicos de la neurosis por medio de la asociación de palabras experimental, en la cual el sujeto debía decir lo más rápido posible una palabra en respuesta a otra que se le presentaba, en series de 100 estímulos verbales. Estos estudios lo llevaron a descubrir los complejos cargados de sentimientos (es decir, contenidos autónomos del inconsciente), que en sus experimentos se manifestaban en forma de interferencia (p. ej., en las respuestas demoradas). Jung publicó y envió un ejemplar de “La psicología de la Dementia Praecox” (1908) a Freud, quien más adelante le hizo saber a Jung que su trabajo constituía una contribución importante al psicoanálisis. En 1907, Freud y Jung se reunieron y dieron inicio a su bien conocida relación profesional.

En 1912, Jung publicó “The Psychology of the Unconscious” (La psicología del inconsciente) (Jung, 1917/1926/1943), en la que propuso la existencia de un ámbito psíquico impersonal, el inconsciente colectivo, sustrato común que trasciende todas las diferencias culturales y de las consciencias. Freud veía en el inconsciente un apéndice de la consciencia en la cual todas las incompatibilidades de los individuos se acumulan, mientras que, para Jung, el inconsciente era una disposición psíquica colectiva de carácter creativo. En la tabla 4-1, se destacan las diferencias entre las teorías de estos autores. Como resultado de estos y otros desacuerdos, su relación terminó en 1913.

Tabla 4-1. Diferencias teóricas entre Freud y Jung

	Freud	Jung
Núcleo de la teoría	Neurosis – sexualidad	Individuación – complejo
Causa de la neurosis	Represión de la pulsión sexual – fijación de la libido <ul style="list-style-type: none"> • Depresión oral • Compulsión anal • Histeria edípica 	Desequilibrio de la autorregulación de la psique <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier complejo puede ser la causa • Modo de lidiar con el conflicto • Problema de tipología
Libido	Pulsión sexual	Energía psíquica
Incesto	Se desea el incesto sobre todo durante la fase edípica	Profundizar en la psique para nacer otra vez (viaje de noche en el mar)
Resistencia	Importante para mostrar la represión de la pulsión	Ser respetado y analizado
Transferencia	El análisis de la transferencia como enamoramiento por el analista – sin que el analista se involucre	Proyección de la relación analítica – el analista se involucra más
Inconsciente	Sede de todo lo reprimido – en su calidad de ello, antagonista del yo y del superyó	Hay un lado creativo compensatorio de la psique (que se debe reconocer)
Regresión de la libido	Siempre es patológico (más cuando la fijación se combina con la regresión)	Ritmo natural de progresión y regresión
Comprensión psicológica	Interpretación de símbolos	Hermenéutica

Después de romper con Freud, Jung tuvo un periodo de incertidumbre durante el cual buscó un punto de vista propio acerca de la psicología. Entonces, empezó su experimento personal para tratar de comprender las fantasías y otros contenidos que emergían de su inconsciente, y manejarlos.

Jung dibujó y abordó estas imágenes en *The Red Book (El libro rojo)* (Jung, 2009). El **mandala** era una imagen importante para Jung, que en sánscrito significa **círculo**. Jung interpretó el mandala como símbolo de la completud del ser humano o como autorrepresentación de un proceso psíquico o individuación. Durante este periodo, Jung hacía un bosquejo de un mandala todas las mañanas; más tarde, concluyó que el mandala era parecido a los arquetipos que se revelan en un escenario natural como “formación, transformación/la eterna recreación de la Mente eterna” (Jung, 1945/1948, p. 400). Afirmó que esto era la completud de la personalidad, que, si todo sale bien, es armoniosa, pero que no puede tolerar las autodecepciones. El yo, afirmó Jung, es “la meta en la vida, porque es la expresión más completa de esa fatídica combinación que llamamos individualidad...” (Jung, 1928, p. 404).

Para Jung, la psicoterapia significaba tratar con individuos, porque sólo la comprensión individual es eficaz. Para él, el análisis era un diálogo que exigía a dos personas sentadas una frente a la otra, cara a cara. El principal interés de Jung no era el tratamiento de la neurosis, sino acercarse a lo numinoso, es decir, aquellos aspectos emocionales e importantes que reflejan al yo, porque el sujeto es liberado del curso de la patología en la medida en que pueda ocuparse de las experiencias numinosas (Jung, 1963). En el tratamiento analítico es esencial el hecho de que la completud del ser humano se

manifiesta en la relación con un otro y el alma sólo puede vivir en y de las relaciones humanas. La transferencia tiene lugar cuando una persona proveniente de la infancia del paciente se proyecta sobre el terapeuta. El resultado de esta proyección es una relación vital, y es importante para la persona, porque le permite re TRABAJAR esta relación con el objetivo de alcanzar la individuación.

Ésta tiene dos aspectos principales: es un proceso interno y subjetivo de integración, y es un proceso igualmente indispensable para redefinir la relación objetiva. Ninguno puede existir sin el otro.

Mientras que Freud identificó fases específicas de desarrollo, Jung consideró que la primera mitad de la vida de un individuo va del nacimiento a los 35 o 40 años de edad, y la segunda a partir de estas edades y hasta la muerte. Para la primera mitad, usó la analogía de la lucha del dragón y, para la segunda, la del viaje de noche por el mar. En la primera mitad, el yo se separa del inconsciente colectivo y se establece como una entidad independiente a nivel interno y externo. El viaje de noche por el mar se refería al proceso en el que el yo individual emprende el camino de regreso a la psique, la totalidad de todos los procesos psíquicos, proceso al que llamó neurosis de la segunda mitad de la vida. Éste es el momento en que el yo renuncia a sus ilusiones heroicas de ser el amo de su propio destino y aprende a seguir el curso de la psique. Jung veía las victorias y luchas de la vida como parte del trabajo del individuo para alcanzar la completud, convertirse en todo lo que puede ser y estar en contacto con su verdadera naturaleza.

En la psicología de Jung, el sistema psíquico se encuentra en movimiento continuo, y es un sistema que se autorregula y es relativamente cerrado. Cuando una persona tiene equilibrio psíquico, entonces la energía fluye con libertad. Con frecuencia, esta energía libre se manifiesta en forma de imágenes provenientes del inconsciente colectivo que aparecen en sueños, fantasías, visiones y el arte; de ahí la importancia de los sueños en la psicología jungiana. Jung presenta un ejemplo de un sueño común, en un caso de un hombre joven y en otro, de un hombre viejo. En el sueño, el joven soñante monta un caballo y brinca una zanja llena de agua, apenas salvando el peligro. En el contexto de la historia de este joven, el sueño significaba ser capaz de superar sus titubeos, avanzar y tener éxito. En el caso del viejo, un inválido que ocasionó muchos contratiempos a su doctor y enfermera y quien, en realidad, se había herido a sí mismo a consecuencia de no seguir las indicaciones del médico, el sueño aclaraba lo que este hombre aún hacía. Su espíritu emprendedor aún vibraba en su interior y eso era su más grande problema.

Jung habla de la estructura de la consciencia: la función o actividad que mantiene la relación de los contenidos psíquicos con el yo. El yo es un complejo de representaciones en el centro del campo de la consciencia que le da identidad y continuidad al individuo. Las principales funciones de la consciencia son tener sensaciones, sentimientos, pensamientos e intuición. Una persona usa estas funciones para percibir e interactuar con el mundo. Un deseo se vuelve primario, mientras los otros se convierten en funciones auxiliares. Cuando las personas sólo usan una función, se consideran parciales, y la meta de la terapia en esos casos es hacer posible que accedan a todas las demás funciones. La manera en que una persona reacciona a una experiencia interna o externa es determinada

por el tipo de actitud que adopte. El extrovertido piensa, actúa y siente en relación con el objeto, lo que está afuera, mientras que el introvertido piensa, actúa y siente en relación con el sujeto, lo que está adentro. La persona es la cara que se muestra por ser presentable y aceptable para los demás. Es el puente entre el yo y la consciencia colectiva, que está conformada por lo que se espera del individuo y lo que éste debe hacer individual. La consciencia colectiva se refiere a la moralidad e inmoralidad, puede ser positiva o negativa y suele caracterizarse por el espíritu de la época.

El inconsciente es la totalidad de los fenómenos psíquicos que transcurren fuera de la consciencia, su función es compensar y equilibrarla. El inconsciente personal fue parte de la experiencia individual que posteriormente fue olvidada o reprimida. El inconsciente colectivo nunca estuvo cerrado, sino que proviene de la herencia de la humanidad legada por la sociedad, la gente, el ser humano. Jung conceptualizó el inconsciente colectivo explicando por qué complejos semejantes (p. ej., de la madre, el padre, *puer*, *senex* y otros) se presentan en muchos individuos.

La sombra es aquello que una persona no tiene deseos de ser. Es la suma de todas las cualidades desagradables que quiere esconder, y se desarrolla a partir de las imágenes parentales de lo que debe o no debe ser.

Esto sirve para hacernos humanos, y primero aparece como una proyección. Por ejemplo, el ministro que tiene asuntos o el ejecutivo de ventas que altera de manera fraudulenta los libros serían ejemplos de la sombra. No obstante, la sombra no siempre es negativa.

Hay aspectos contrasexuales de la personalidad – *szogy*, las imágenes de lo femenino en el hombre y de lo masculino en la mujer. *Anima* es la figura interna femenina en un hombre y es el depósito de todas las experiencias ancestrales femeninas humanas. Da a luz la semilla creativa que tiene el poder de fertilizar el lado femenino del hombre. *Animus* es la figura interna masculina en la mujer. Estas figuras internas actúan como puente que une al inconsciente con el yo. *Anima* y *animus* son lo que se experimenta como ajeno, es decir, aquello que está afuera del ser humano, pues pertenecen al alma o espíritu de la persona. Actúan como guías del alma (o psíquicas) y son lazos necesarios con las posibilidades creativas e instrumentos de la individuación. Ellos traen el alma al mundo y las relaciones. Un hombre dominado por su *anima* sería inquieto, promiscuo y temperamental; una mujer dominada por su *animus* sería obstinada, cruel y autoritaria (Jung, von Franz, Henderson, Jacobi y Jaffe, 1964).

La teoría de los complejos proviene del trabajo experimental de Jung sobre la asociación de palabras. Encontró que algunas respuestas eran interrumpidas y tenían en común un tono afectivo denominado **complejos emocionales**. Un complejo es un sistema relativamente cerrado de representaciones aglutinadas en torno a un núcleo derivado de uno o más arquetipos. Jung pensaba que los complejos eran la vía regia al inconsciente y los arquitectos de los sueños. Todos los complejos tienen un núcleo arquetípico, y hay tres clases: conscientes (los que son autónomos y están suficientemente integrados en la consciencia), inconscientes (alguna vez conectados a la consciencia y, después, reprimidos) y nunca conscientes. Un complejo no siempre es

patológico, pero puede serlo cuando consume la energía de una persona e impide que ésta interactúe con otros de manera libre.

El arquetipo es un elemento estructural del inconsciente. Los arquetipos son los modelos típicos de comprensión (conducta e imágenes). Un arquetipo posee energía, es numinoso en tanto suele poner en movimiento a las personas; sin embargo, no se puede experimentar de manera directa. Los arquetipos tienen una conexión estrecha con los instintos o modos típicos de acción. Es una capacidad innata de la psique; es una forma irrepresentable, inconsciente, preexistente que forma parte de la estructura heredada de la psique; por lo tanto, se manifiesta de manera espontánea en cualquier momento y en cualquier lugar. Es una imagen primordial determinada en cuanto a su contenido sólo cuando se vuelve consciente y se llena con material de la experiencia consciente. Las representaciones de los arquetipos no se heredan, pero sí las formas. Por ejemplo, el arquetipo de la madre se hereda, pero la madre real produce una imagen particular.

El símbolo es la mejor descripción posible de un hecho relativamente desconocido, pero que se sabe de su existencia. Cuando una persona se siente atorada, un símbolo puede aportar claridad y abrir posibilidades. El símbolo atrae la atención de una persona a otra posición, y contribuye a la personalidad y a la solución de conflictos. Esta tercera vía se conoce como función trascendente. Los símbolos son numinosos, individuales y universales.

El yo es la totalidad psíquica del individuo (Jung, 1921). No sólo es el centro, sino también la circunferencia que abarca la consciencia y el inconsciente. El yo exige ser reconocido, integrado y realizado. Jung afirma, “el yo es el principio y el arquetipo de la orientación y el significado” (1963, p. 190) y ahí radica su función curativa. Nadie va más allá del centro; el centro es la meta y todo está dirigido en su dirección.

La sincronicidad es la conexión empírica entre el espíritu y la materia. Con esto en mente, sabemos que no todo se debe al destino, y no todo se sujeta a las leyes de causa y efecto. A veces, es importante dejar que las cosas trabajen hacia el cambio. Estas sincronicidades son eventos sin causa que están conectados a través del significado.

A veces, nos sentimos atorados en la vida. Jung vio en estas dificultades mensajes que nos indican que algo debe cambiar; quizá algo nuevo trata de gestarse en nosotros.

Se necesita paciencia y comprensión para aprender lo que estos mensajes quieren decir. Una forma de aprender más de nosotros mismos es por medio de los sueños; su interpretación nos ayuda a hacernos más conscientes de las fuerzas creativas de nuestro interior.

En la psicología jungiana, el sufrimiento mental se considera no tanto una perturbación curable, sino una necesidad y un impulso hacia el desarrollo psicológico. Los problemas surgen cuando hay perturbaciones en el eje yo-sí mismo que impide el crecimiento y desarrollo personal. Jung no trabajó directamente con niños, pero impartió seminarios sobre los sueños de la infancia de pacientes adultos (Jung, 2008) y sus seguidores asumieron la tarea de trabajar con niños.

Michael Scott Montague Fordham

Fordham quedó sorprendido cuando encontró símbolos del sí-mismo en la infancia y, al igual que Jung, pensó “sin el sí-mismo, ¿qué posibilidades tendría el individuo de liberarse del determinismo de su infancia?” (Astor, 1995, p. 15). Fordham no estaba de acuerdo con la teoría de Klein de la dualidad instintual, porque pensaba que los instintos estaban al servicio de la adaptación y la supervivencia, no de la muerte (Astor, 1995). Las contribuciones de Fordham llevaron a una teoría jungiana del desarrollo del yo en la que la interacción entre madre y bebé es recíproca y exclusiva de esa relación; esto no excluye la inclusión de contenido arquetípico. Fordham pensaba que las imágenes arquetípicas de los niños se basaban en el cuerpo, conocido para el niño, y que podrían integrarse. De este modo, Fordham hizo una contribución a la teoría jungiana haciendo mayor hincapié en el cuerpo de lo que se había hecho hasta entonces.

Fordham trabajaba en una teoría del sí-mismo ampliando la de Jung para incluir un estado original de integración, que daba lugar a la ansiedad seguida por el restablecimiento de un estado regular. Las fuerzas motivacionales que se encuentran detrás de estas secuencias se denominan **desintegrativas** e **integrativas**, y conforme esta organización psíquica avanza, los periodos de estas secuencias se vuelven más extensos (Fordham, 1994, p. 75).

Lo importante en términos de desarrollo infantil es que el sí-mismo de la infancia crea de manera activa el ambiente en el que crece el niño, de modo que es un campo interactivo el que lleva al niño a una relación adaptativa con el ambiente. Esto condujo al creciente campo de la observación infantil (Adamo y Rustin, 2014; Bick, 1964, 1968; Sidoli, 1989, 2000; Sidoli y Davies, 1988).

Erich Neumann

Jung afirmó “Neumann empieza en donde yo me retiro” (Lori, 2005). Un concepto esencial de su teoría es el de **centroversión**, que se define como la tendencia innata de un todo para crear unidad entre sus partes y sintetizar sus diferencias en sistemas unificados (Neumann, 1990a). La centroversión se expresa a sí misma como una relación compensatoria entre los sistemas consciente e inconsciente que procuran el equilibrio y la sistematización (Neumann, 1969).

Hacer del individuo un miembro útil de la sociedad es una meta importante del desarrollo y la educación infantil; sin embargo, esta diferenciación se consigue a costa de la completud, de acuerdo con Neumann, que va de la actividad inconsciente del sí-mismo a una consciencia centrada en el yo. El proceso de diferenciación en la infancia consiste en la pérdida y la renuncia de todos los elementos de perfección y completud, puesto que la persona debe recorrer el camino de la utilidad colectiva. La libido, antes en el mundo inconsciente, ahora se emplea para acrecentar y extender el sistema consciente, como se manifiesta en la transición del juego al aprendizaje.

Las figuras de la persona, *anima*, *animus* y sombra se producen por los procesos de diferenciación, que ocurren durante la primera parte de la vida. De acuerdo con Neumann, el crecimiento consiste en abandonar la predominancia de los instintos a la del yo; el fracaso de este movimiento ocasiona diversos trastornos del desarrollo y

enfermedades. El niño típico sobrevive a este proceso y obtiene una capacidad mejorada para contener la polarización de su tensión interna. Conforme la consciencia del yo aumenta, hay una transferencia progresiva de libido al mundo.

Esta transferencia tiene dos fuentes: la aplicación del interés consciente por parte del yo y la proyección de contenidos inconscientes.

Neumann (1990a) ha descrito en detalle las etapas del desarrollo del yo en *The Child*. El yo se configura de manera gradual conforme el niño se separa no sólo física, sino también emocionalmente de su madre. La pubertad se caracteriza por un cambio en el tono emocional, un sentimiento hacia la vida y el mundo, una activación a nivel del inconsciente colectivo. El desapego respecto de los padres biológicos llega en la pubertad y es causado por la activación del arquetipo transpersonal de los padres (p. ej., la proyección del arquetipo paterno en un maestro o mentor, o la proyección del arquetipo materno en la nación, la iglesia o una lucha política).

Una contribución perdurable de Neumann fue la importancia de comprender el simbolismo implicado en el juego, el cual es muy relevante para la terapia de juego actual.

Dora Maria Kalff

La terapia de juego con arena (Sandplay) de Dora Kalff fue una notable contribución de la teoría jungiana al trabajo con niños aunque no haya sido creado exclusivamente para esta población. Ella retomó en gran parte la obra de Erich Neumann.

Los conceptos básicos del juego con arena son los siguientes:

- El desarrollo psicológico del individuo está determinado por los arquetipos y, en circunstancias normales, es muy parecido en todos.
- La psique consta de consciente e inconsciente y su interacción; es un sistema que se autorregula. Contiene un impulso hacia la completud y tiene una tendencia a equilibrarse mediante la función compensatoria del inconsciente. El impulso hacia la completud sugiere que, en circunstancias adecuadas, la psique, al igual que el cuerpo, tiene una tendencia a curarse a sí mismo (Jung, 1947/1954).
- El sí-mismo es la totalidad de la personalidad y su centro directivo. Es el factor organizador central de la psique a partir del cual se desarrolla el yo.
- El objetivo principal de la terapia de juego con arena es permitir que el yo renuncie a su dominio ilusorio y restablezca la conexión entre el consciente y el inconsciente y mantenga su relación de modo permanente.
- Así como la madre es la fuente de la vida física, el inconsciente es la fuente de la vida psicológica. Por lo tanto, madre e inconsciente pueden considerarse como equivalentes femeninos simbólicos. En ciertas circunstancias, el impulso a regresar a la madre se considera regresivo, pero en otras esta regresión puede ser temporal y estar al servicio de la renovación psicológica y el renacimiento simbólico.
- La curación psicológica implica restaurar la capacidad de funcionar con normalidad (es decir, con una energía que fluya de manera libre), mientras que la consciencia del yo

tiene que ver con ser consciente y tomar decisiones respecto a lo que hacemos mientras funcionamos. Aunque la consciencia expandida puede contribuir a la curación, no la garantiza.

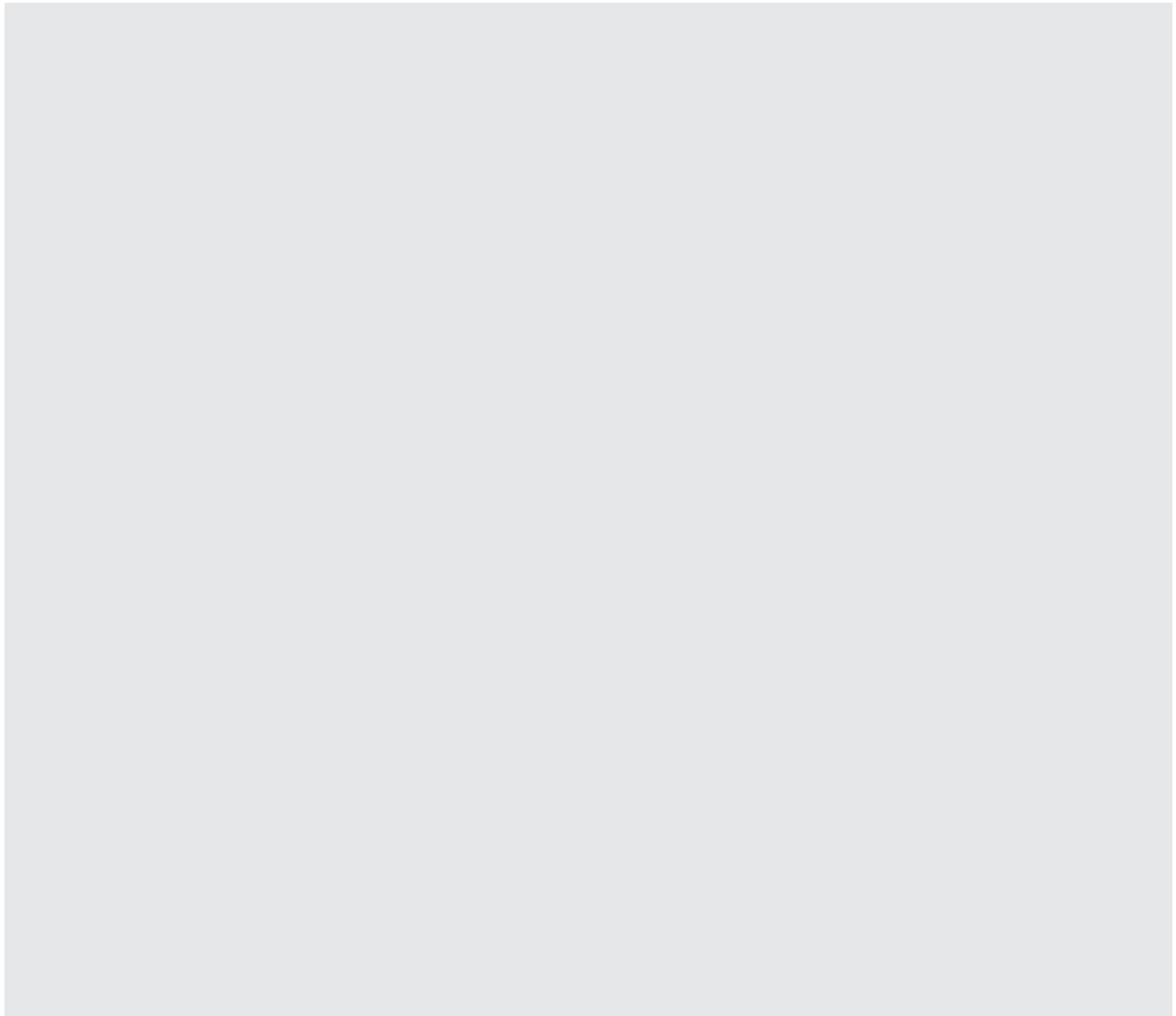
- La curación psicológica es un fenómeno emocional, no racional, que tiene lugar en el nivel matriarcal de la consciencia que postuló Erich Neumann. Kalff (2003) se refiere a él como el **nivel preverbal**. La curación en este nivel posibilita la renovación de la personalidad y la expansión de la consciencia.
- Tanto la curación, como la expansión de la consciencia son fines deseables de la psicoterapia. El juego con arena alienta una regresión creativa que posibilita la curación justo a causa de la interpretación demorada y la disuasión deliberada del pensamiento dirigido. Por ejemplo, si una imagen de un puente que conecta dos entidades aparece en un sueño, el puente es un símbolo de conexión.
- Sin embargo, en el juego con arena, el paciente en la realidad colocó un puente que conecta dos partes separadas. Esta acción física puede tener un efecto en el inconsciente y viceversa.
- El proceso natural de curación puede activarse de manera eficaz por medio del juego terapéutico y el estímulo de los impulsos creativos gracias a las condiciones que ofrece el “espacio protegido y libre”. Desde la perspectiva jungiana, la función de este símbolo es de agente curativo, de puente que reconcilia los opuestos; “puede considerarse como un intento del inconsciente por llevar la libido regresiva a un acto creativo, indicando así, el camino para resolver el conflicto” (Harding, 1961, p. 8).

La clave del funcionamiento de la terapia de juego con arena es que se fundamenta en cuatro pilares: libertad, protección, empatía y confianza. Los animales salvajes tienen libertad, pero no protección, mientras que con los animales domésticos ocurre lo contrario, tienen protección, pero no libertad. En este tipo de terapia, el niño es libre de hacer lo que quiera dentro de los límites del arenero. Poner en movimiento el cuerpo utiliza más de la persona completa que sólo hablar. La protección en la terapia de juego con arena consiste en no ser castigado ni criticado por lo que hace, no ser juzgado ni recibir instrucciones de qué hacer, ni ser evaluado. Aquí, el niño está a salvo para ser él mismo.

En el juego con arena se hace hincapié en la empatía, es decir, sentir junto con el paciente. Cuando él siente esta confianza, a su vez confía en que lo que haga en la sesión será aceptado con total respeto. A través del desarrollo de la transferencia el paciente puede sentirse, en última instancia, seguro y ser él mismo. A medida que la terapia progresa, aumenta la empatía y la confianza mutuas. Esto no sólo ocurre en la terapia, sino también en la evolución de las relaciones padres-hijo a lo largo de la historia de Europa (De Mause, 1974), donde se puede apreciar los progresos de los padres en términos de la capacidad para responder con empatía al niño (Punnett, 2014). La empatía es el aspecto crucial en las relaciones padres-hijo, así como en la relación terapéutica. De acuerdo con Mario Jacoby, analista jungiano, “la empatía es el factor terapéutico más importante en la psicología infantil” (Punnett, 2011, p. 78).

Apreciar lo que las escenas en la arena describen, mostrar empatía frente a las luchas que los niños experimentan y regocijarse por sus logros, por lo general, son suficientes para brindarles los tópicos donde el desarrollo puede ocurrir. Una vez que se han tenido suficientes juegos con arena y ha pasado cierto tiempo, ver fotografías de los areneros junto con el niño ofrece una oportunidad para intercambiar más observaciones verbales acerca de lo que ha sucedido. En ese momento, la cognición puede integrarse provechosamente a la experiencia emocional.

En la tradición kálffiana, la relación con las miniaturas se interpreta sobre todo en relación con el mundo mitológico, y el terapeuta hace inferencias acerca del estado de la relación del niño con las figuras arquetípicas de su inconsciente. De acuerdo con Fordham, este enfoque hace hincapié en las características colectivas de las imágenes y apoya las defensas contra la integración de la relevancia personal de la imaginación. Fordham pensaba que el juego con arena “fomenta un aspecto impersonal de la terapia infantil” y sostenía que “el niño necesita un método más interactivo con el terapeuta” (Kirsch, 2000, p. 235).



INVESTIGACIÓN

Hasta hace algunos años, había pocos estudios que citaran los beneficios de las terapias profundas y de largo plazo. De hecho, se han considerado anticuadas, demasiado costosas y con pocos beneficios. Sin embargo, a partir de la publicación de la obra de Roesler (2013) y la investigación sobre el apego de Alan Schore (1996, 1997a, 1997b, 2003a, 2003b), el interés por este tipo de terapias se ha renovado. En esta sección se revisarán de manera breve estos importantes hallazgos.

Roesler (2013) hizo una recopilación de estudios empíricos llevados a cabo principalmente en Suiza y Alemania sobre la eficacia de la terapia jungiana. Se trató, en su mayoría, de estudios cuasi-experimentales, prospectivos y de estudios retrospectivos realizados durante un periodo de 6 años. Aunque no hubo pruebas aleatorias controladas, los estudios mostraron la eficacia de la psicoterapia jungiana en la reducción de síntomas, el bienestar, los problemas interpersonales, el cambio en la estructura de personalidad, reducción del uso de los servicios de salud y cambios en la conducta de la vida cotidiana que se mantenían en los seguimientos y hasta 6 años después de concluida la terapia en un 80% de los casos. Desde la perspectiva jungiana, estos resultados significan que los complejos iniciales del paciente se reprodujeron en la relación transferencial y, al final de la terapia, el complejo del yo se separó de los patrones de los demás complejos, con lo cual el yo se fortaleció.

Otro estudio reciente de Jonathan Shedler (2010) aportó evidencias empíricas a favor de la eficacia de la terapia psicodinámica, con tamaños del efecto tan grandes como lo que se informan en otros tipos de terapia que han demostrado ser eficaces. También mostró que “los pacientes que reciben una terapia psicodinámica mantienen los logros terapéuticos y parecen seguir mejorando aún después de que el tratamiento concluye” (Shedler, 2010, p. 98). Aunque las terapias psicodinámicas son eficaces, el reto ahora es producir estudios con atención cuidadosa en los métodos científicos.

El trabajo de diversos investigadores de la infancia también aportan apoyo a distintos aspectos de la psicoterapia psicodinámica (véase Stern, 1985, 1995). En la temprana infancia, el desarrollo del apego es un resultado crucial de los procesos interactivos. Más tarde, las primeras conductas de apego efectúan lo que sucede en la relación terapéutica de los métodos de largo plazo. Jung escribió acerca de la importancia de la relación y la influencia mutua en la década de 1920:

Por más vueltas que le demos al asunto, las relaciones entre el doctor y el paciente seguirán siendo personales en el marco impersonal de un tratamiento profesional. Con ningún artificio el tratamiento puede ser otra cosa más que el producto de la influencia mutua, en la que el ser completo del médico, así como el del paciente juegan su parte. (Jung, 1929, p. 163)

Stern subraya la importancia de la relación terapéutica en su investigación de los “momentos presentes” y en la siguiente frase: “todos los eventos que regulan los sentimientos de apego, proximidad física y seguridad son experiencias mutuamente

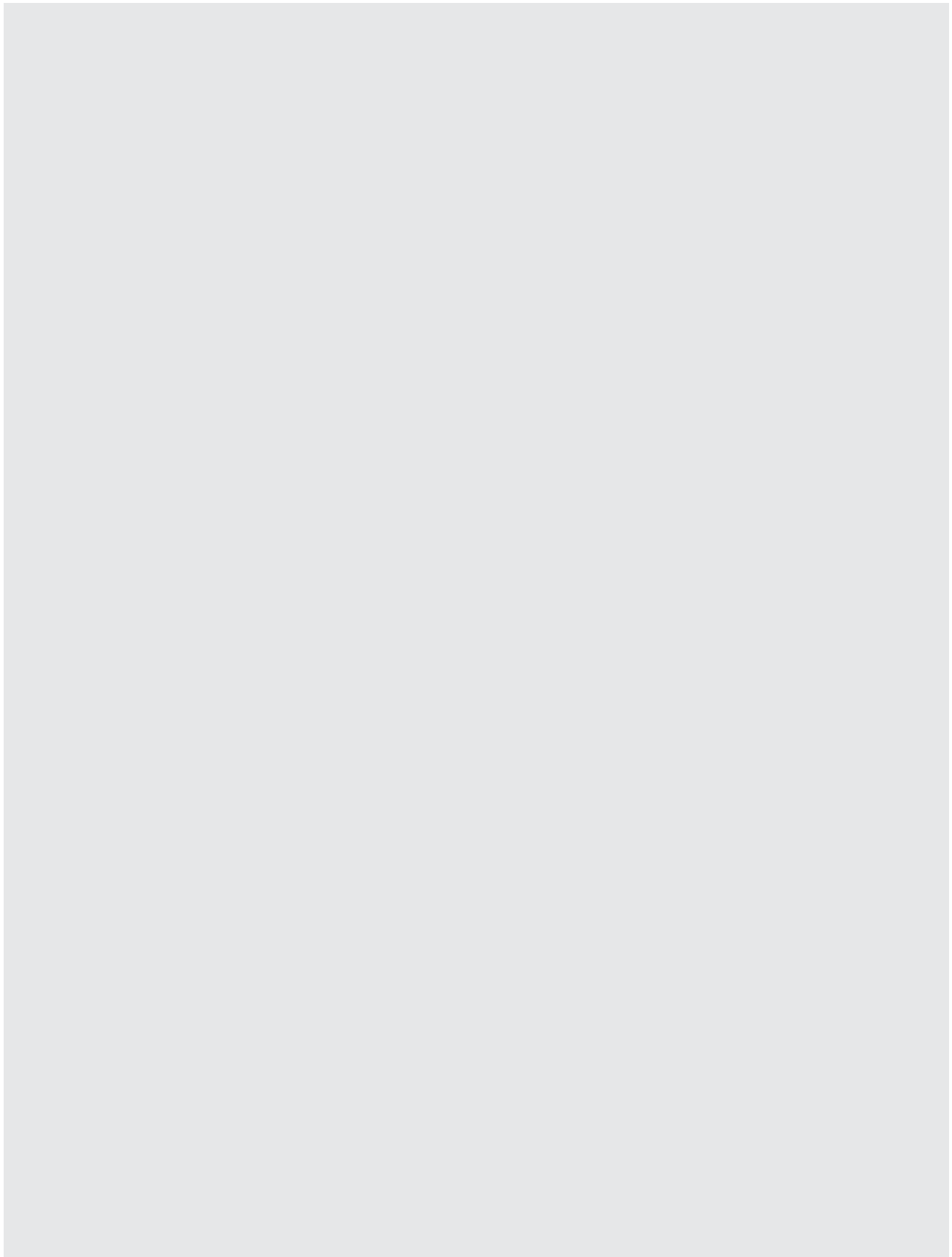
creadas..., no pueden existir como parte de una experiencia de sí mismo conocida sin que esté presente un otro” (Stern, 1985, p. 102).

La calidad de la relación de apego es importante, como lo pone de manifiesto la obra de Ainsworth en Uganda (Ainsworth, 1967). Las experiencias de apego pueden ser el origen de posteriores dificultades psicológicas, en tanto son indicadores de la calidad de la relación entre la madre o cuidador y el niño. El análisis puede ayudar a descubrir estas experiencias tempranas, lo cual produce cambios más duraderos. Mientras Ainsworth se enfocaba en la relación, Bowlby (1960, 1982) desafió sus ideas e hizo hincapié en el papel de los factores ambientales en los primeros años de vida en términos de su contribución a las neurosis del desarrollo, como ya antes lo había señalado Spitz (1945, 1965). Bowlby aplicó ideas provenientes de la etiología a las conductas de la interacción madre-hijo y, en esencia, conjuntó la etología con la teoría freudiana haciendo hincapié en los cuidados maternos como esenciales para la salud mental –concepto que fue revolucionario en su época. Esto fue trabajado también por Winnicott (1971), Kohut (1971) y Stern (1985), quienes describieron la importancia de la comunicación en la diada madre-hijo para el desarrollo de un sentido de ser comprendido y apreciado. Éste es un factor en la relación terapéutica y en el juego con el niño.

En años más recientes, la investigación infantil ha abandonado el conductismo estricto y se han realizado estudios científicos sobre las causas internas de la conducta observable. Lo que aparece una y otra vez en la investigación es la naturaleza interactiva del desarrollo, lo cual tiene implicaciones para el enfoque psicoanalítico de la terapia de juego.

Un conjunto importante de investigaciones (Bowlby, 1982; Emde, 1983, 1998; Schore, 1994, 1996, 1997a, 1997b; Sroufe, 1989; Trevarthen, 1989) indica que distintos tipos de estrés no regulado, cuando ocurren durante un periodo crítico del crecimiento de la corteza orbitofrontal, actúan como una fuente que genera apegos inseguros. Schore (1994, 1996) afirmó que estos eventos predisponen al individuo vulnerable a una psicopatología futura al alterar de manera permanente los circuitos cortico-límbicos, los cuales están implicados en las fallas regulatorias subyacentes en la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos (Schore, 1996, 1997a). La importancia de esto para las terapias psicoanalíticas y analíticas es que la interacción entre el terapeuta/analista y el paciente es crítica y que cambiar los circuitos cortico-límbicos toma tiempo. El contacto cara a cara tiene el potencial para rehacer los patrones cerebrales previamente establecidos a nivel neurofisiológico. Aunque esto aporta evidencia muy seria para el enfoque de desarrollo, también debemos ser sensibles a los aspectos inconscientes potenciales que pueden surgir de manera independiente. Además, a través de la psicoterapia esta reparación interactiva contribuye a la resiliencia del paciente para que éste pueda afrontar los altibajos de la vida, de la misma manera en que tuvo el potencial de reparación dentro de la diada cuidador-niño. Sroufe (1989) afirmó que el núcleo del sí-mismo vive en patrones de regulación del afecto y que esta capacidad regulatoria es responsable de mantener la continuidad del sí-mismo a pesar de los cambios del desarrollo y el contexto. Ahora hay apoyo de las investigaciones para el concepto de Anna Freud de “experiencia emocional

correctiva” que se ofrece en la relación terapéutica.



PROCEDIMIENTO/TÉCNICA

Con la llegada de la investigación de la infancia y los avances de la neurobiología que ayudan a comprender las perturbaciones del apego y sus secuelas, las maneras en que cada una de estas perspectivas conceptualiza el tratamiento se han acercado bastante. Las metas de los procesos normales de la infancia son: crecimiento y maduración para desarrollar capacidades físicas y mentales apropiadas para cada edad, dejar que la energía fluya para que no sea inhibida por los mecanismos de defensa, desarrollar identidades y experiencias únicas de modo que el niño se pueda adaptar sin importar sus circunstancias de vida y pueda cumplir con las demandas de la familia, la escuela y la sociedad. La meta del análisis es, en esencia, facilitar y apoyar los procesos normales. Neubauer (2001) afirma que la meta del análisis es liberar las fuerzas del desarrollo que permiten que el yo trabaje sin trabas, es especial, para remover conflictos inconscientes, represiones y fijaciones. Así, el terapeuta está en la posición de ofrecer ayuda al desarrollo del yo, fortalecerlo y ayudar a los niños a realizar una reorganización de su desarrollo para abordar conflictos y defensas, y para hacer espacio para el surgimiento del sí-mismo.

Requerimientos del terapeuta

Hay dos cuestiones que considerar respecto del entrenamiento de los terapeutas de juego de orientación analítica. Una se refiere al tipo de entrenamiento que debe tener para ser considerado un terapeuta de juego capacitado y calificado para incorporar elementos y técnicas analíticas en su labor terapéutica. La otra cuestión concierne a la clase de entrenamiento que debe recibir un terapeuta de juego para ser considerado analista de niños.

Muchos terapeutas de juego hacen uso de técnicas analíticas como el juego simbólico, la interpretación y el trabajo con arenero. Al hacer esto, el terapeuta, primero y sobre todo, debe ser un profesional de la salud mental calificado.

También se recomienda que el terapeuta cumpla con los criterios de entrenamiento dispuestos por la *Association for Play Therapy* (APT) para convertirse en un Terapeuta de Juego Registrado (*Registered Play Therapist*, RPT; en la siguiente dirección se pueden encontrar los criterios académicos y de entrenamiento clínico <http://www.a4pt.org>). Habiendo alcanzado la competencia fundamental en terapia de juego, el individuo debe recibir una formación académica y una supervisión clínica en el uso de las técnicas analíticas.

El terapeuta de juego que desee convertirse en analista de niños debe cursar un entrenamiento analítico completo. Esto suele hacerse en un instituto analítico después de obtener un grado académico, y requiere tomar nuevos cursos. En el entrenamiento en las siguientes áreas es esencial trabajar con niños y adolescentes: fundamentos teóricos,

psicología de los sueños, desarrollo psicológico, teorías comparadas de la neurosis, fundamentos de psiquiatría, religiones comparadas y la influencia de la relación en las prácticas de crianza, fundamentos de etnología y estructuras familiares arquetípicas, psicología de los mitos y cuentos de hadas, simbolismo del juego infantil, comprensión psicológica de pinturas y dibujos, y un conocimiento general de la literatura del campo de la psicología y la terapia con niños y adolescentes.

Además del trabajo académico, los futuros analistas deben tener su proceso analítico personal para tener una perspectiva de sus propios conflictos de la infancia y, así, ser capaces de tolerar los temas que pueden surgir en su trabajo con niños y sus padres. Los futuros analistas deben tener capacidad de introspección, madurez y disposición a ser abiertos. También deben estar libres de cualquier falla grave de personalidad que puede impedirles hacer este tipo de trabajo. Deben ser capaces de jugar y estar en contacto con el niño interno que existe en todos nosotros para que sean terapeutas eficaces con niños y adolescentes. La capacidad de jugar implica libertad para ser espontáneo y empatizar sin sobreidentificarse con el niño ni sentir rechazo por su conducta.

Es importante supervisar con frecuencia los casos para comprender la dinámica de lo que ocurre con el niño, el terapeuta, la transferencia y la contratransferencia. El entrenamiento también debe incluir experiencia clínica con niños en diversos escenarios, como consulta externa e interna y observación de niños. Además, es esencial tener experiencia con niños y adolescentes que no presenten problemas; por ejemplo, trabajar como voluntario en un campamento de verano sería un buen modo de obtener esta experiencia. Esto dará al terapeuta un mejor juicio sobre la intensidad de los síntomas de los pacientes, así como las metas que debe cumplir su trabajo. Es muy importante la sensibilidad a los temas culturales, étnicos y de género en una gran diversidad de familias para poder establecer buenas relaciones de trabajo.

Características de los pacientes

La terapia de juego psicoanalítica tradicional requiere que el niño cuente con un lenguaje bien desarrollado para poder hacer un uso óptimo de la interpretación. En la tradición de Melanie Klein, quien trabajó con niños muy pequeños, el objetivo principal no es la relación recíproca, sino la interpretación de la conducta y el juego para hacer consciente el conflicto y el niño pueda resolverlo. Independientemente de la escuela a la que un terapeuta pertenezca, lo más importante es resolver aquellos conflictos que interfieran con el crecimiento y desarrollo óptimos del niño en los contextos familiar, escolar y social.

Las variantes psicodinámicas de la terapia de juego incluían actividades para reforzar el yo adecuadas para la etapa de desarrollo del niño. Las técnicas terapéuticas comprenden el juego paralelo, juego conjunto, juego simbólico y juego dirigido, por medio de los cuales el terapeuta modela un yo fuerte, confiable, que impulse y apoye el

desarrollo. El uso de la terapia de juego con arena como complemento de la terapia de juego es útil para brindar un sostén contenedor que permita que la energía creativa del niño se despliegue y encuentre soluciones. El niño pequeño acepta con mucha facilidad el juego con arena, pero, a menudo, los adolescentes muestran menor interés.

El juego es un lenguaje universal, por lo que las técnicas analíticas se pueden usar con cualquier diagnóstico, excepto quizá con discapacidades mentales graves. Las discapacidades físicas del cliente pueden implicar desafíos, pero estos no son insuperables, sino sólo demandan soluciones creativas por parte del terapeuta. La meta es tener una energía que fluya con libertad entre el consciente y el inconsciente. Aunque el uso del juego simbólico es característico de las terapias analíticas, siempre se debe tener en mente el desarrollo psicológico del niño. Para ello, puede ser útil la obra de Erik Erikson (1963, 1980), quien hizo una clasificación de las etapas de desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte. Estas etapas se pueden emplear para ayudar a los padres a comprender los desafíos normales que enfrentan sus hijos en su desarrollo. La capacidad de los padres para tener una buena relación de trabajo con el terapeuta es esencial para que ellos no terminen la terapia de manera prematura. Con frecuencia, cuando el niño mejora, los padres dejan de llevarlo aunque el trabajo aún requiera tiempo para consolidarse y para que el niño o adolescente y sus padres desarrollen nuevos patrones. A menudo, es útil discutir el proceso terapéutico con los padres al principio del tratamiento para evitar los sabotajes o una terminación prematura.

Logística

La terapia de juego con orientación analítica puede tener lugar casi en cualquier escenario, incluyendo hospitales, escuelas, consultorios públicos o privados; sin embargo, la naturaleza del espacio y sus contenidos varía un poco dependiendo de la orientación del terapeuta y la naturaleza del trabajo.

En el trabajo psicoanalítico tradicional, se les proporciona a los pacientes relativamente pocos juguetes, cada uno de los cuales es elegido por el analista de acuerdo con el grado en que cada juguete puede representar simbólicamente los conflictos intrapsíquicos del niño. Sin embargo, la idea actual es que todos los materiales de juego pueden suscitar material dinámico; sólo es necesario dejar que el niño o adolescente elija los juguetes mientras el analista se encuentra atento para ver cómo esta elección permite comprender y facilita la interacción. Los juegos complejos de tablero y los materiales intrincados de construcción pueden alentar más que restringir el juego libre y la imaginación del niño, así como promover la verbalización de fantasías y la expresión de afectos (Essman, 1983). Por lo tanto, los juegos de mesa no necesariamente se tienen que jugar con reglas, o las reglas se pueden cambiar cuando sea necesario. Deben evitarse los juguetes que puedan provocar resistencias más que facilitar la comunicación.

El cuarto de juego puede incluir más juguetes de los que tradicionalmente incluía siempre y cuando se tome en cuenta su potencial para desencadenar el juego simbólico. Los juguetes pueden incluir: miniaturas para el juego con arena, figuras míticas o de superhéroes, títeres y casas de muñecas; incluso los juegos de mesa pueden adoptar un significado simbólico. Para la terapia de juego con arena, se debe disponer en anaqueles abiertos de las siguientes categorías de miniaturas: animales, aves, insectos, animales marinos, figuras mitad ser humano y mitad animal, reptiles, anfibios, monstruos, huevos y comida, figuras de fantasía, rocas y proyectiles, fósiles, montañas y cuevas, volcanes, edificios, barreras, vehículos, personas, figuras de pelea, y artículos espirituales y misceláneos (p. ej., cánicas, piedras preciosas) (Amatruda y Simpson, 1997). Se pueden emplear múltiples técnicas expresivas como el dibujo, juegos de movimientos, música y danza. Si es posible, tener acceso a un espacio al aire libre puede constituir una ventaja.

La frecuencia del tratamiento oscila entre 2 o 5 días a la semana, una vez a la semana, cada dos semanas o cada mes, dependiendo de las necesidades del niño y su familia. El trabajo analítico más tradicional suele continuar por varios años. Algunas variantes psicodinámicas permiten un tratamiento más focalizado y, por lo tanto, más breve.

Evaluación y planeación del tratamiento

Para formular el problema y el tratamiento, se debe obtener una historia detallada del caso, que incluya el problema actual, la historia de desarrollo, el estatus mental, la historia de la familia, su origen y dinámica, temas culturales y genogramas si es necesario.

La primera sesión debe llevarse a cabo con el niño y sus padres. Jung, en particular, sentía que el niño con frecuencia llevaba la carga de los asuntos no resueltos de los padres, por lo que evaluar el grado en el que los asuntos de los padres inciden en el niño es una parte importante de la primera sesión. En lo que concierne al tratamiento, Fordham (1994) tomó la formulación de Jung según la cual las necesidades de los niños deben abordarse por derecho propio para diferenciar sus luchas de las de sus padres, con el fin de desarrollar su propio estilo y vivir su propio destino.

Después de la primera sesión, puede ser útil llevar a cabo una evaluación formal y otra informal. La primera podría incluir pruebas proyectivas o dibujos, mientras que la segunda consistiría en la observación del juego libre del niño o hacer que éste construya un escenario en el arenero. Cuando se emplea la observación del juego como herramienta de evaluación, el terapeuta busca de manera específica indicios de los conflictos emocionales subyacentes. El arenero suele proporcionar información útil no sólo sobre el problema que experimenta el niño, sino sobre posibles soluciones. La evaluación siempre es continua, y el terapeuta espera y escucha lo que ocurre en la terapia de juego y en la relación terapéutica, buscando indicios del inconsciente del niño.

Etapas del tratamiento y estrategias

El cuarto de juego es un espacio protegido para el niño, un momento alejado de lo ordinario y un lugar donde se realiza un trabajo emocional. En la terapia psicoanalítica tradicional, el terapeuta adopta una actitud neutral y más objetiva, mientras que en la psicoterapia analítica jungiana, el encuentro es existencial y ambas partes experimentan cambios en ella. Así, el terapeuta es un observador y también un participante, al mismo tiempo que mantiene la capacidad para pensar de manera analítica acerca de lo que ocurre en la interacción y en el cuarto, sea en el plano verbal, no verbal o simbólico del juego (Allan, 1997).

El terapeuta de juego con orientación psicoanalítica emplea el trabajo analítico que realizó en su análisis personal para comprender sus propios procesos internos en las sesiones de terapia de juego. Esto ayuda a guiarlo para que sus intervenciones sean adecuadas en relación con la transferencia y contratransferencia. El terapeuta usa su propio yo para evaluar los estados afectivos, las emociones y las fantasías, para analizar el juego y, entonces, hacer intervenciones adecuadas con base en estas observaciones para comprender los procesos inconscientes del niño. En cualquier momento, el terapeuta considera una intervención basada en estos factores y toma la decisión de: a) observar, b) reflexionar sobre los sentimientos y pensamientos, c) hacer preguntas para aclarar o amplificar un símbolo, o d) hacer una interpretación para enlazar sentimientos y pensamientos con el pasado o el presente, para aclarar o hacer más comprensible algún tema o ayudar a resolver un problema actual en las relaciones (Allan, 1997).

Debido a que el yo del niño está en proceso de expansión y su consciencia en desarrollo, es importante que el terapeuta de juego analítico se asegure de que su energía psíquica fluya con libertad durante las sesiones. El terapeuta ocupa una posición central para facilitar que las necesidades del niño sean satisfechas y su yo se desarrolle y domine los conflictos (Chethik, 1989). En el tratamiento analítico, Jung pensaba que la psique siempre evoluciona hacia la completud y la dirección está dictada por el arquetipo del sí mismo. En este tipo de terapia, no sólo se trata de descubrir y analizar heridas. Al seguir y apoyar la producción interna de las imágenes y símbolos, se pueden comprender las cuestiones psicológicas nucleares. En el tratamiento, el yo del niño se vuelve más fuerte y flexible, y la familia, a su vez, se vuelve más comprensiva y flexible.

El tratamiento se divide en las fases inicial, de trabajo y final. La fase inicial consiste en la introducción y orientación sobre la terapia, en la que se recaba la información pertinente y se establecen las metas del tratamiento con los padres; el niño debe enterarse de que irá a un lugar donde tendrá libertad y protección para explorarse a sí mismo. Cualquier trabajo con un niño debe incluir necesariamente a la escuela para que apoye con intervenciones conductuales complementarias que ayuden al niño a superar sus desafíos. Esto se puede llevar a cabo haciendo contacto directo con el maestro o la escuela, o empoderando a los padres para que busquen otros servicios adecuados para el niño. Durante la fase inicial, se le dice al niño por qué asiste a terapia, el horario y, tal vez, información sobre los sentimientos y emociones para que cuenten con el lenguaje

necesario para discutir lo que sientan. En este periodo, se establece el *rapport* y se construye la alianza terapéutica.

La fase de trabajo incluye caos, lucha, reparación y resolución. En ella, el niño experimenta pensamientos y sentimientos negativos y luchas que, a menudo, proyecta en el terapeuta; de este modo logra elaborar todas estas experiencias. Con frecuencia, el niño pone a prueba los límites, y el terapeuta debe tratar esta situación de acuerdo con el contexto terapéutico y el de la situación familiar o social del niño. En esta fase, se pueden revelar traumas y heridas y los juguetes se pueden utilizar de manera simbólica para aclararlos. A menudo, el niño expresa sus fantasías, miedos y preocupaciones, y la meta es transformar estos afectos de tal modo que le sean útiles. Casi siempre, el progreso de la terapia es cíclico; puede haber regresiones y progresos que se van alternando hasta que el niño adquiere suficiente fuerza yóica para mantener sus mejoras.

La fase final es cuando ocurre la conclusión del tratamiento, lo cual requiere ser procesado y discutido por el niño. El terapeuta suele ser quien determine cuándo el niño ha logrado hacer suficientes progresos para justificar la terminación de la terapia. Sin embargo, los niños pueden anunciar que están listos y, si el terapeuta está de acuerdo, esto puede ser una excelente oportunidad para discutir al respecto con los niños y sus padres. Para asegurar que las mejoras del niño serán duraderas, la frecuencia de las sesiones se puede reducir de manera gradual hasta que la conclusión sea completa. Esto permite que el niño sienta cierto control sobre este proceso, se prepare para los sentimientos que le provoque la despedida y los elabore. Una terminación exitosa da por resultado niños equipados con una serie de habilidades nuevas y preparados para encontrar su lugar en el mundo.

Caso ilustrativo de la psicología analítica

Para ilustrar el enfoque analítico del trabajo con niños se presenta el siguiente caso, que fue publicado antes en el *Journal of Sandplay Therapy* (Punnett, 2009). El trabajo con Danny incluyó la amplificación con miniaturas como expresión simbólica de sus síntomas y sus raíces arquetípicas mediante la terapia de juego y con arena. Desde la perspectiva analítica, el tratamiento fue bastante breve: 26 sesiones en un periodo de 6 meses, de las cuales 3 fueron con los padres y 23, con el niño, en las cuales trabajó 10 veces con el arenero.

Ejemplo de caso

Danny, niño de 5 años y 3 meses, fue enviado por su pediatra, porque presentaba “hábitos nerviosos” que no habían desaparecido a pesar de que se habían realizado

algunas intervenciones conductuales con sus padres. Los tics consistían en torcerse las orejas y bostezar. Según el informe de la madre, no le iba bien con los cambios en su rutina diaria. Su temperamento hacía que se adapte con lentitud y tienda a la preocupación.

La primera vez que se presentaron estos tics fue 2 años antes de la terapia, cuando Danny hacía sonidos con la garganta y se frotaba la nariz al bostezar. El inicio fue aproximadamente seis meses después del nacimiento de su hermana. Esto coincidió con el momento en que los padres también se dieron cuenta de que había algo malo con él. Había cambiando de escuela. Su conducta se caracterizaba por discutir cada vez más.

Los padres tenían 10 años de casados al momento de la primera consulta. Su preocupación era genuina aunque ambos admitieron ser perfeccionistas y tener una inclinación a la ansiedad. El desarrollo de Danny transcurrió dentro de los parámetros normales, pero era un poco inmaduro en sus habilidades de cuidado personal. Presentaba otras conductas relacionadas con ansiedad: dormir con una luz prendida, tenía muchos “amigos de cama” (animales de peluche) y rituales verbales a la hora de ir a dormir.

La hermana de Danny fue diagnosticada con una pérdida grave de audición a los 7.5 meses de edad, cuando él tenía 3 años, 2 meses. Esto se debió a un trastorno genético recesivo. Cuando su hermana tenía 18 meses (y Danny 4 años), se le hizo un implante coclear. Los padres estuvieron presentes en la cirugía, así como en muchas consultas posteriores, mientras Danny se quedaba con sus abuelos. Nunca se quejó por las separaciones.

Dos sesiones con Danny se dedicaron a la evaluación. Él no hablaba de manera espontánea, pero respondía las preguntas adecuadamente. Cuando le preguntaba si tenía algún problema, él decía que “pensaba en sus bostezos”. Al preguntarle más sobre sus tics, dijo “me preocupo cuando hago los hábitos”; entonces bostezaba y mostraba lo que hacía con sus orejas, un movimiento de torsión “para sacarse la cerilla”. Pregunté si quería detener ese hábito y él se mostró dubitativo, pues primero dijo que no lo quería detener y luego dijo que sí quería “un poquito”. Pregunté por el implante de su hermana y dijo “Dios olvidó ponerle una partecita”. Danny me contó un “sueño realmente de miedo” en el que personas con linternas buscaba al tren Thomas (tomado del libro para niños *Thomas the Tank Engine*, Awdry, 1998) en un túnel oscuro, “un túnel como de fantasmas.” Durante la evaluación, Danny hizo el dibujo HTP (Casa-Árbol-Persona) y el de la familia en movimiento. En este último, él aparecía como la figura más grande. También había dos gatos detrás de él que peleaban por la comida.

Mi impresión era que Danny manifestaba un trastorno de tics, no especificado. Tenía tics motrices y vocales simples o múltiples, y había periodos en que los tics desaparecían

por más de 3 meses consecutivos. Los tics parecían relacionarse con la ansiedad y el defecto congénito de su hermana y las intervenciones médicas correspondientes. Además, experimentaba una pérdida emocional de su madre en la medida en que ella se ocupaba de las necesidades de su hermana. El sueño resaltaba su necesidad de ser encontrado, y sus dibujos, la de tener más atención, en un nivel más profundo, existía un recuerdo doloroso que no había sido abordado. Los padres eran responsables, pero se habían enfocado en su hija, y el niño se sentía abandonado emocionalmente, por lo que recurrió a una defensa psicológica para sobrecontrolar sus emociones, que eran modeladas para él en casa.

Desarrollo de yo

En términos de desarrollo del yo, es posible hipotetizar lo que Danny había experimentado. La obra de Neumann puede enriquecer nuestra comprensión de la conducta infantil y muestra “cómo el desarrollo del yo de niño recapitula las mismas etapas arquetípicas e imágenes simbólicas que aparecen en ciertas mitologías” (1990a, p. vi). Para Neumann, “la relación originaria de la madre y el niño es la base de todo el desarrollo normal exitoso” (1990a, p. 2). De acuerdo con este autor, las etapas mágicas del desarrollo del yo abarcan un periodo alrededor de los 16 meses a los 4 años de edad. Danny se encontraba en la “etapa mágica fálica” cuando su hermana nació y fue diagnosticada. En esta etapa, el yo ya no giraba en torno de la madre como un satélite, sino mostraba una mayor independencia del sí-mismo corporal y del tú. Para Danny, éste era el momento de la incubación que debe servir para el logro final de su independencia, pero algo interfirió en ello.

En esta fase, las intenciones y los actos rituales del yo mágico aún eran en parte inconscientes y estaban cargados de emociones y sentimientos; debido al cambio en estos últimos fue posible que el mundo adquiriera significado. En esta fase, suele notarse que los actos mágicos de matar animales que aparecen en el juego infantil son idénticos a los de matar al animal real; las figuras que ven en televisión, para los niños, son reales.”El pensamiento mágico del yo mágico hace posible que se establezca un yo-centro en el núcleo de la consciencia, así como la liberación de un yo-consciencia respecto del dominio del inconsciente interno y del mundo externo” (Neumann, 1990a, p. 154).

Fue durante el periodo del yo mágico cuando el mundo externo de Danny no pudo sostenerlo, pues necesitaba ser contenido por su madre. Así, al parecer los tics se desarrollaron para contener sus sentimientos. Al principio, los tics consistían en toses y movimientos de cabeza aleatorios, y al final se transformaron en los tics de bostezar y torcerse las orejas. Al parecer, el tic –un símbolo– se fue metamorfoseando poco a poco en una expresión más exacta de su experiencia.

A la edad de 5 años, Danny tenía dificultad con la etapa del yo “mágico bélico” (Neumann, 1990a). En esta fase, el yo no sólo empezó a oponerse al arquetipo materno, sino también obtuvo consciencia de la masculinidad. Este reforzamiento del yo masculino empezó con una fuerza acrecentada con la cual se resistió al principio femenino. El niño varón debe separarse del mundo materno e integrarse al patriarcal. Sólo el yo heroico

combativo “es capaz de superar a la bruja materna-femenina, fuente de ansiedad” (Neumann, 1990a, p. 168). Esto se expresaba en Danny en la pelea del héroe para avanzar a la siguiente fase y no sucumbir ante la regresión. En la transición de una fase arquetípica a la siguiente, siempre que el yo es forzado a abandonar su posición previa, es acometido por el miedo. Los tics eran un síntoma de este miedo. Para continuar su desarrollo, Danny tendría que tomar el viaje del héroe y culminar su pelea con el dragón, como sucedió en el arenero. Desde la perspectiva analítica, el miedo es una señal de desarrollo cuando no agobia al yo. La función de la ansiedad es informar al yo algo que se debe temer. Este proceso posibilita una nueva orientación. Pase lo que pase, la madre se convertirá en un poder negativo del que el yo debe apartarse.

Comienzo de la terapia (sesiones 1 a 4)

Después de las sesiones de evaluación, empezamos la psicoterapia. Se instruyó a los padres para que dedicaran un tiempo especial a Danny para aumentar sus conductas independientes. Los padres y yo trabajamos para fomentar su flexibilidad en el juego y su capacidad de expresar sus sentimientos enseñándole el vocabulario necesario. La madre se dio cuenta que, con frecuencia, no aceptaba lo que él decía. Por ejemplo, si él decía que no le gustaba su hermana, ella respondía “Eso *no* es lindo”. Después de tomar consciencia de esto, empezó a aceptar más los sentimientos del niño. En la fase inicial de la terapia, los padres notaron que los tics disminuyeron, pero aumentaron las conductas desafiantes, la agresión y las demandas de Danny; sin embargo, la expresión de su enojo era más adecuada. La madre también notó que los tics aumentaban cuando no pasaba tiempo exclusivamente con Danny.

En el comienzo de la terapia, Danny se dedicó a poner aviones en fila sin ningún tema en particular en su juego. Dijo que no le gustaría tener otro hermano, porque su madre pasaría más tiempo con “él”. En un juego, él me persiguió, me atrapó, me metió a la cárcel y luego escondió la llave. Parecía actuar conmigo su enojo hacia su madre y su deseo de controlar el lugar donde estuviera. Los tics aumentaron cuando la madre anunció que saldría de la ciudad con la hermana. Cuando Danny expresó su preocupación al respecto, lo impulsé a enfocarse en lo que él y su padre harían en ausencia de su madre. También alenté a la madre a ayudarlo a expresar sus preocupaciones e ignorar sus tics. Introduje la posibilidad de que estuviera enojado con su hermana y la atención que recibía. Dijo que no le gustaría tener lo que ella, porque tendría que “hacerse un hoyo en la cabeza” para el aparato auditivo. Danny compartía más en terapia y lloró cuando su madre tuvo que reagendar una cita, pues pensó que ya no volvería a regresar a terapia.

En la segunda sesión, Danny hizo dos areneros, con un juego en el piso entre ambos. En el primer arenero (con agua), usó la periferia y puso dos botes que competían en una carrera, tal vez indicando demasiada competencia. Dijo “estos botes tienen telarañas y se están hundiendo. El blanco va para adelante y para atrás, y el barco pirata, para adelante.” Los dos botes en la parte superior derecha sugerían que había un enredo peligroso y que estaban atascados. El río que construyó no fluía con libertad. Los otros

botes sólo podían ir para adelante y para atrás. El camino de los botes sugería que la energía psíquica había dejado de fluir. Había cinco botes en total, tres en la parte superior izquierda y dos que estaban cerca. Es el *dos* más *tres*.

El número 2 puede representar simetría, polaridad, discriminación. También se relaciona con la realidad en que vivimos, y el barco pirata y el bote estaban “yendo sólo para adelante y para atrás” sin dirección, justo como Danny se sentía. El barco pirata, riesgoso y peligroso, estaba muy cerca de él. El número 3 introducía un elemento direccional y la posibilidad de que el desarrollo tuviera lugar, y estaba conectado con una determinación interna (Abt, 2005). Como unión de opuestos, el 3 aparecía como la nueva creación, pero en esta escena la energía estaba bloqueada. El 5 se relaciona con el cuerpo de cinco dedos en los pies y en las manos, cinco extremidades, cinco órganos sensoriales y cinco zonas reflejas. Por ello, era interesante que Danny tuviera dificultades para controlar los movimientos corporales.

En el segundo arenero (seco), Danny dijo “éste es un barco de vapor” y tenía sus propios poderes. Tenía dos botes en el arenero. Me parecía que los botes estaban menos atascados que en el primer arenero. Durante el juego en el piso, puso en fila varios aviones; entonces introdujo al Capitán Hook y lo lanzó al “océano” en el segundo arenero. Hook tenía una naturaleza dual: a veces era compasivo hacia su hermana y otras veces era despiadado con ella. Lo que Danny quería ahogar en el océano era la parte negativa. Ese fue el momento donde adquirió el aprendizaje que necesitaba, sobre el enojo que contenía. El 2 en el arenero indicaba la tensión que sentía. Uno de los botes estaba bajo el poder del viento, mientras que el otro tenía sus “propios poderes”. Danny trataba de ir bajo su propio vapor, pero era muy difícil para él.

En la tercera sesión, Danny se dedicó a jugar en el piso. Sacó todos los aviones y los puso en una fila con mucha precisión sobre el piso junto con los carros. Yo agregué algunos aviones e intencionalmente no los alineé tan bien como él. Él quería ser perseguido, y aceleró con sus aviones; se estrelló, pero sobrevivió en varias ocasiones. Hice intentos de encerrarlo en la cárcel por exceso de velocidad, pero él siempre escapaba. Parecía sentirse más libre de ser él mismo.

En la cuarta sesión, construyó una cárcel en la arena seca; también había dos carros y dos llaves, que representó inmóviles. Introdujo un muñeco de un pitufo karateca para buscar las llaves, pero no las pudo encontrar. En el juego con arena tradicional, el terapeuta no introduce elementos en la arena, pero en este caso le pareció correcto cambiar temporalmente del juego con arena al SWAM, término usado por Bradway (2006, p. 9) para la terapia que usa arena, agua y miniaturas (*sand, water and miniatures*, de ahí el acrónimo en inglés), pero que no es la terapia de juego con arena. Danny necesitaba fortalecer su decisión de separarse de su madre, distanciarse de ella y activar algo del poder que tenía en su interior para esta separación. En sus juegos, representó papeles de bueno y de malo.

Después de la unidad original del 1, es necesario que haya un despertar del 2, un sentido de ser diferente de lo que nos rodea y consciencia de género y de lo bueno y lo malo (es decir, el desarrollo de la consciencia). Es interesante que había una cerca en la

arena que él usaba como pasaje que apuntaba a donde yo estaba sentado. Vi en esto una conexión conmigo, una transferencia más que adecuada (Bradway y McCoard, 1997) y una petición de ayuda e su viaje para activar la energía materna interna que cuidara de él.

Fase de trabajo (sesiones 5 a 16)

En la siguiente etapa, se activó la S y Danny, en calidad de yo, comenzó el viaje del héroe (El uso de la S mayúscula hace referencia al arquetipo). Él mostró conductas agresivas y hostiles contra la “hermana” dinosaurio en su cuarto arenero. Yo notaba más tics cuando hablaba de su hermana. Había pesadillas con el tema de estar en las crisis de sus padres y de luchar por la libertad. Aunque había una agresión continua contra la hermana, también postraba preocupación por cuidar de ella. Cuando la madre salió de la ciudad con la hermana, se quejó de dolores de estómago y se aferró a ella. Ahora era más expresivo. Los padres empezaron a utilizar consecuencias lógicas para trabajar con su mala conducta.

En la sesión 6, la madre notó que los tics aumentaron cuando le dijo que tendría que salir de la ciudad otra vez con su hermana. Danny me dijo que se preocupaba por su madre. En la sesión, hizo dos areneros desprovistos de figuras. En el primero (su quinto arenero), hizo dos círculos. Esta escena parecía ser una amplificación del 2 – la duplicación de los círculos. De acuerdo con Eastwood, algunas de las características más importantes del 2 son “separación, conflicto, surgimiento de nuevo material del inconscientes en el consciente, y experiencia inicial del yo y de Eros, aunque también intensos sentimientos de agobio, desesperación y lucha” (Eastwood, 2002, p. 62). En este arenero estuvo *Enso*, el círculo Zen de la vacuidad/oportunidad. Esta imagen llegó cuando descubrió que su madre estaría lejos. No obstante, era un despertar de la herida que experimentó con todas las ausencias de ella. Hayao Kawai (1996, p. 100) señala que la “vacuidad” en el mundo dhármico está cargada del significado dual de la nada y la presencia. En el círculo vacío, se puede ver una descripción de la actividad manifestada de la naturaleza de Buddha, o el Sí-mismo, que también es una forma de morir, de desaparecer en la unidad. Todo está vacío, pero contenido y sustentado por lo divino. Es un estado en que la experiencia de muerte-renacimiento activa dimensiones más extensas de nuestro ser. La experiencia de Danny era de invisibilidad; su madre no veía sus necesidades; de ahí el estado de vacuidad. No sabía nada de qué es lo que seguiría. Sin embargo, la psique parecía saber ir a un espacio interno de sabiduría, un espacio lleno de potencial para que algo nuevo apareciera.

Danny agregó agua a su siguiente arenero (el sexto) y dibujó un cuadro y un círculo en la arena seca. El número 4 estaba representado en este arenero: había cuatro lados en esta forma. Este número ayuda al yo-consciencia con la orientación (p. ej., cuatro semanas conforman un ciclo lunar, cuatro estaciones integran un año, los cuatro puntos cardinales, los cuatro elementos). De acuerdo con Abt, “con el número 4, alcanzamos un límite definido más allá del cual algo nuevo empieza” (2005, p. 28). Abt dice que las estructuras cuádruples forman la conexión inconsciente con el arquetipo del sí-mismo (2005). El 4 se ha correlacionado con la tierra y lo femenino, y por lo tanto con la diosa

madre (Gimbutas, 1989) y la energía femenina (Eastwood, 2002). Danny tenía que ir a la madre arquetípica, porque la madre real le había fallado. Es importante decir que todas las madres exitosas les fallan a sus hijos de alguna manera, porque, en sentido metafórico, todos debemos abandonar el paraíso —el niño tiene que crecer y desarrollarse. Las fallas son un aspecto de la madre suficientemente buena (Winnicott, 1965/1991). Danny tendría que dejar de tomar las cosas de manera personal para discriminar y aprender con mayor objetividad. Danny hizo esta figura de cuatro lados usando el arenero en una orientación vertical, lo cual significa cualidad espiritual.

La madre me informó que Danny tuvo una pesadilla. En la noche la llamó y le contó que se había tratado de que “mamá lo tenía y él necesitaba alejarse.” Otra parte del sueño se trató de que él necesitaba un cuadrado. Después de calmarlo, la madre regresó a dormir. Por la mañana, él no recordaba el sueño. Parece que experimentó el lado negativo de la madre y regresó a la madre arquetípica. El cuadrado fue otra forma del rectángulo en el arenero. Requería ir a la cuaternidad, una representación del Sí-mismo, tal vez porque en ese momento se sentía limitado por las reglas y estructuras, y porque se sentía herido por la falta de sensibilidad que percibía de parte de su madre.

En la sesión 10, la madre informó que Danny estaba preocupado por la posibilidad de faltar a la sesión, porque no se sentía bien. Hizo el arenero número 7 con dinosaurios. En el centro, construyó una jaula y escondió la llave. Puso la figura del triceratops en la orilla del arenero. Introdujo a la mamá y el papá “tiburones”, a los que mató en varias ocasiones. Revivió al papá tiburón de vez en cuando, pero *no* a la mamá, lo cual era adecuado para su nivel de desarrollo. En la esquina superior izquierda había una montaña que había sido “asesinada”. Danny también mató al brontosaurio, que estaba afuera de la jaula. En ésta había un dragón-serpiente de dos cabezas.

Ahora Danny estaba en el viaje del héroe para combatir al dragón. Esta lucha era por una mayor consciencia, y ahora trataba de conquistar su masculinidad: esto significaba separarse de lo femenino. Esto estaba muy marcado en su “asesinato” de la montaña, símbolo de lo femenino. Danny recurrió a ayudantes, los que exhalan fuego (energía creativa) y los dragones alados. Quería que yo eligiera un dinosaurio, y tomando en cuenta que ya había llamado papá y mamá (tiburones), le dije que éste podía ser la hermana, el brontosaurio. De inmediato empezó a jalarse las orejas y pronto la “mató” y la expulsó. Combatió al dragón-serpiente de dos cabezas y lo “encerró” en la jaula.

Danny usó los dinosaurios y dragones como compañeros en esta batalla; ellos lo ayudaron para traer más luz o consciencia. La mamá y el papá tiburones y los dragones de dos cabezas fueron contenidos en la jaula. Él trataba de contener la energía de la batalla —la batalla de separarse de la madre e identificarse con el padre— dentro de este contenedor. El círculo también puede simbolizar el círculo mágico en el que el yo se separa del mundo y se concentra en sí mismo. Ésta era su tarea.

En una sesión posterior (la número 12), la madre informó que ya no estaba pasando tanto tiempo exclusivamente con Danny y que estaba más agresivo con ella y con su hermana, pero presentaba pocos tics. Danny puso la jaula en la arena y me indicó que tomara algunos dinosaurios; él tomó al triceratops, el dragón que exhala fuego y el dragón

alado. Me indicó que usará el dragón de dos cabezas, el brontosaurio y el dragón mecánico de baterías en el octavo arenero. Tomó la pistola y le disparó a mis dinosaurios. Incluyó espadas y llaves, que abrieron la jaula. En este arenero, las figuras de los papás dinosaurio estaban ausentes, y Danny expresó de una manera más completa sus sentimientos hacia el dinosaurio que representaba a su hermana, el cual vivía encerrado en la jaula. Danny empezaba a arreglárselas con la energía de su joven *anima*, que él experimentaba como hostil. Fue interesante que, cuando la madre regresó para llevárselo, él se escondió detrás de una silla y tomó la pistola del arenero y le disparó jugando.

En la sesión número 14 se aferró a su madre y no quería que saliera del cuarto de la terapia. Pronto consintió en que se fuera, pero lloró después de su partida. Éste fue un momento fundamental del análisis. Le di voz a sus sentimientos no hablados hasta ese momento, diciendo que él quería a su mamá ahora y que hubo un tiempo en él que no pudo tenerla, porque su hermana nació y las cosas cambiaron. Danny sollozó por 20 minutos. Fue un momento difícil. En mi contratransferencia yo quería abrazarlo y cuidarlo, pero sabía que esto no sería de utilidad, pues él necesitaba expresar su aflicción por la pérdida de su madre, lo cual no había hecho antes. Después de llorar, quiso jugar un juego de mesa que le gustaba. Cuando la madre regresó, no volvió a aferrarse a ella; salió y jugó con su hermana mientras yo informaba a la madre.

Antes de la siguiente sesión, Danny le dijo a su madre que no quería regresar, pero su conducta mejoró en la semana. En la transferencia, él quería evitarme, pero tenía una experiencia emocional correctiva en la que yo (como figura materna) podía estar presente y verlo, y no sólo frustrándolo o abandonándolo. Cuando llegó a la sesión, me pidió que le quitara su abrigo; le dije que sabía que él podía hacer eso solo y se lo quitó él mismo de buena gana. Danny experimentaba más sentimientos; por ejemplo, ahora podía decirle a su madre que la extrañaba cuando ella llevaba a su hermana a sus citas con el médico. Cuando su madre se iba, le daban dolores de estómago a Danny, pero ya no eran tan intensos. Trabajé con él para pensar qué podría hacer cuando no pudiera acompañar a su madre. Por ejemplo, él podría hacer actividades divertidas con su padre o con sus abuelos. Se esforzó en ganar en el juego de mesa, pero cuando yo gané, lo invité a compartir mi emoción de alegría. Mi intención era ayudarlo a aumentar su compasión y cooperación. Ahora quería salir más e iniciaba juegos de fútbol y presumía lo bien que podía correr.

La madre informó que le había gritado y él le preguntó “¿Estás enojada conmigo?”. La madre dijo “No”, y él replicó “Cuando me gritas, me hace sentir como si no estuviera haciendo bien las cosas.” La madre se sintió culpable por los problemas de su hijo, y le dije que estas experiencias, al final, podían convertirse en una fuente de fortaleza para él. Ella dijo que Danny había defendido a su hermana cuando otro niño le estaba gritando que se moviera y ella no lo podía oír.

Final de la terapia (sesiones 17 a 23)

Danny siguió mejorando en casa y en la escuela. Aunque seguía pasando tiempo con su

padre, también tenía tiempo con su madre, pero sin su hermana. Expresaba con más libertad que la extrañaba. Seguía con los juegos de mesa en las sesiones, pero ya no estaba tan empeñado en ganar. También salía a jugar fútbol. Cuando su madre llevaba a su hermana con el médico, su padre y él planeaban cosas especiales para pasar el tiempo. Jugó con aviones que hacían “viajes a la Isla de los Monstruos”, pero ya no había monstruos. Un día se peleó con su hermana y sus papás aplicaron consecuencias naturales y lógicas. Hablé con él acerca de concluir la terapia y él me dijo cuántas sesiones más le gustaría tener. Juntos revisamos su progreso y lo que había aprendido en la terapia; le señalé que ahora se expresaba mejor y cómo esto hacía que las cosas estuvieran mejor en la familia. Hablamos sobre los sentimientos asociados con las despedidas. Él dijo que estaría triste, lo mismo que yo, por el tiempo especial que habíamos compartido. Programamos la última sesión para un día posterior a la segunda cirugía de su hermana.

Me reuní con los padres cuatro semanas antes de la última sesión. A la hermana le sería practicado el segundo implante coclear; hablamos sobre la importancia de que él pudiera hacer este viaje. Antes no le daban permiso de acompañarlos. Aunque habían tomado esa decisión por razones prácticas, había sido muy difícil para él en términos emocionales. Ahora esto sería un viaje familiar por la cirugía de su hermana. La madre observó que de vez en cuando se quejaba de dolores de estómago, pero pronto desaparecían después de hablar de sus sentimientos. Ella se dio cuenta de que debía comunicarse más con él, porque era fácil pensar que estaba bien cuando en realidad necesitaba discutir algunos sentimientos. La comunicación mejoró mucho; los sentimientos se discutían de una manera más abierta en vez de ignorarlos.

En los últimos dos meses y medio de la terapia, Danny jugó más en el exterior; para él, éste era otro modo de superar el arquetipo materno y activar su identificación con lo masculino.

En la penúltima sesión (la número 22), la madre me informó que la cirugía de la hermana se había pospuesto dos semanas, pero Danny no quiso cambiar la fecha de la última sesión. Hablamos acerca de la despedida, la importancia de nuestro trabajo y todo su crecimiento. Después de jugar en el jardín hizo su noveno arenero. Usó el arenero con agua en orientación vertical. Dijo que había una batalla y las llaves de la jaula estaban escondidas, al igual que la espada y la pistola. Me asignó dos dinosaurios, que fueron atacados, capturados y encerrados por sus dos dinosaurios. Sacó de la caja el triceratops azul y dijo: “Éste es el hijo... como el padre [triceratops].” Se estaba asegurando de encerrar literalmente su energía agresiva/hostil. Seis árboles pequeños rodeaban la jaula; cuatro de una especie y dos de otra. Puso de cabeza un árbol grande, con las ramas encima de los animales capturados.

Lo más importante de este arenero fue el árbol de cabeza. El árbol baobab, encontrado en África, Madagascar y Australia, se suele conocer como “árbol de cabeza”, porque cuando las ramas se quedan sin hojas se ven como raíces clavándose en el aire (<http://wikipedia.org/wiki/Baobab>). Además, los pueblos nativos que tienen gran respeto por el baobab también le suele llamar “árbol de la vida” o “madre”, porque los árboles

maduros no sólo son el sustento del ecosistema, sino también producen comida y dan sombra, entre otras cosas.

En alquimia, para que ocurra un cambio, el señor-dragón de fuego tiene que ser invocado, porque el dragón con la materia prima necesitaba lavarse con una sustancia que no fuera de agua, sino de fuego. El objetivo de esta operación era transmutar el cuerpo de plomo del dragón en oro dentro del recipiente de oro y obtener el elixir de la vida (Huxley, 1979). Danny estaba en este caso, luchando por separarse de la madre y unir al padre y al hijo.

Dos semanas después, Danny regresó para su última sesión. La madre informó que había avanzado mucho y observó muy pocos tics. Hubo algunas quejas por dolores de estómago, pero se resolvían después de hablar al respecto. Ahora, la disciplina incorporaba a los dos niños, y Danny sufría las consecuencias lógicas de sus actos, que no dependían de la discapacidad de su hermana. Dijo que esperaba poder ser partícipe de la cirugía de su hermana.

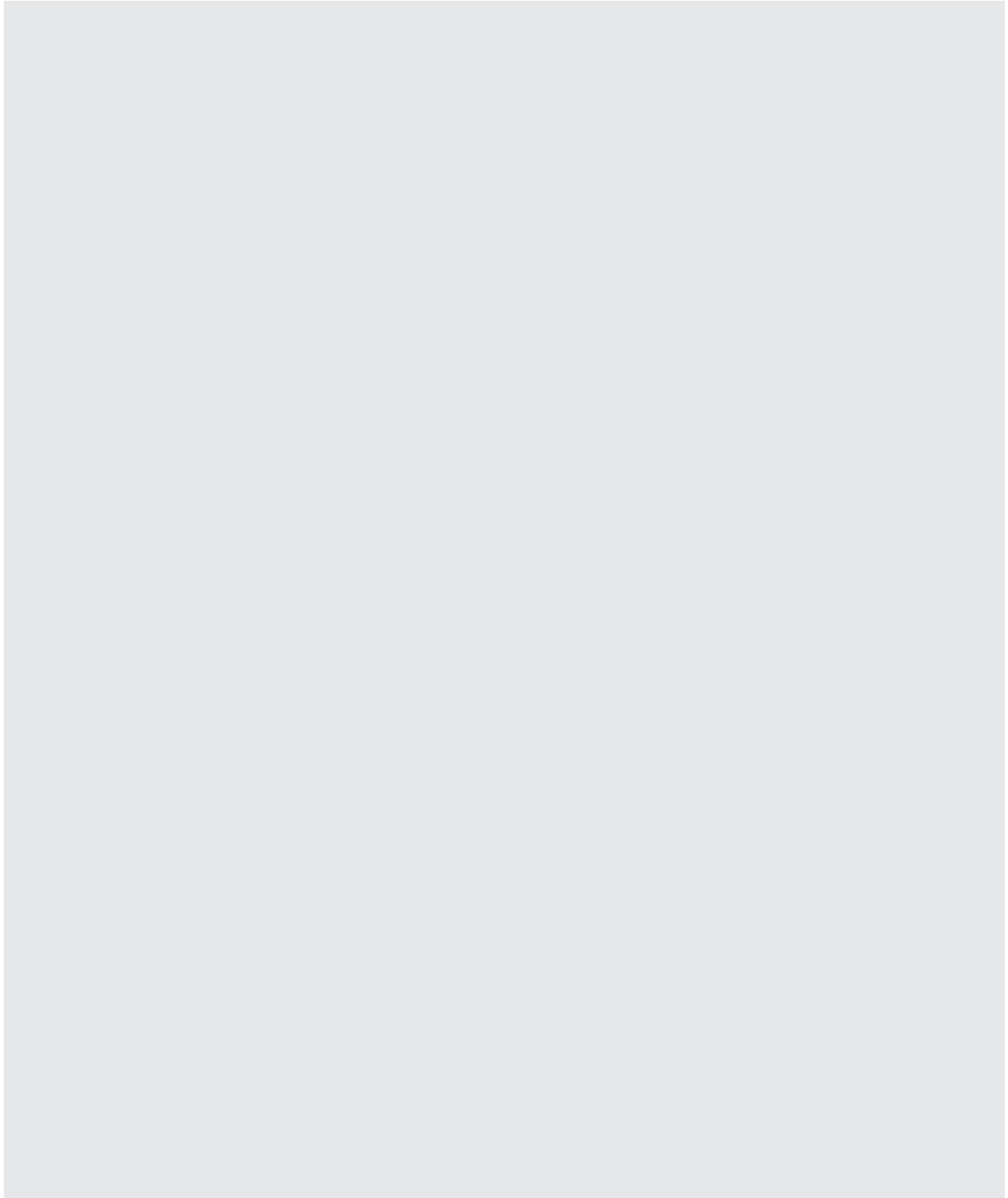
Danny hizo su último arenero; eligió el que tiene agua. La jaula circular retenía al brontosaurio, un dragón alado y un pequeño dragón con las llaves adentro; otra llave estaba afuera. A la derecha estaban el cocodrilo y el dragón de dos cabezas. La Catedral de Salisbury, un castillo grande y uno pequeño estaban a la izquierda. Los triceratops padre e hijo, el dragón que respira fuego y el dinosaurio rosa (espinosaurio) estaban cerca de esas construcciones. Danny me dijo que era la batalla entre sus dinosaurios y los míos (los que estaban enjaulados). Al principio, se identificó los suyos como malos y los míos como buenos, pero después invirtió los papeles, es decir, los míos eran los malos, y los suyos, los buenos. Las llaves de la “cárcel” estaban escondidas. También enterró una espada de arcilla y la pistola. Al final del juego, usó la espada para matar a los tipos malos y luego la guardó. Luego movió el castillo pequeño hacia la parte superior del arenero, de modo que sus animales se acurrucaran entre los castillos. Dijo “Los tipos malos están en la cárcel” y luego agregó “Ese es el fin.”

Danny acercó sus animales a los castillos, que representaban su recién descubierto sí-mismo en su hogar, ahora más seguro que antes. Mató a los tipos malos y literalmente guardó la espada como si ya hubiera hecho el trabajo que necesitaba hacer. Parecía que aún había peligros en el mundo, el cocodrilo y el dragón de dos cabezas, pero ya no los sentía como una amenaza.

Ésta fue la primera vez que incluyó construcciones en el arenero. Había dos castillos y la Catedral de Silsbury, también conocida como la Catedral de Santa María. Puso estas construcciones sagradas lo más cerca posible a él. Parecía que estaba más seguro en el arquetipo femenino. Los castillos, en contraste con la catedral, más femenina, eran imágenes masculinas. La imagen del castillo era doble, lo cual resaltaba que también ahora se sentía más seguro en el mundo masculino.

Abt (2005) se refiere al número 10 como símbolo del sí-mismo que contiene centros y regula muchos arquetipos diferentes. Había 10 figuras en el arenero, y el número 10 significaba la reaparición del número 1, el que une a todos los demás. Como tal, representaba para Danny la reunificación de la creación entera, incluyendo la consciencia

humana. En esta escena, destruyó los aspectos “malos” de sí mismo y además se dio cuenta de que habría otros peligros. En la medida en que había una mayor conexión con el sí-mismo, él estaría en el mundo en una situación más segura. Después de terminar este arenero salió y jugamos fútbol, metáfora maravillosa de su nueva capacidad para estar afuera en el mundo.



COMENTARIOS FINALES SOBRE EL CASO

Como se mencionó antes, De Vries (1974) describió el oído como curiosidad, y el lóbulo como el lugar de la memoria. El síntoma de este niño se relacionaba con un problema con su hermana y sugería abiertamente que necesitaba más atención, pero interpretando esta situación de una manera más simbólica, se puede apreciar que había un recuerdo doloroso que no se había abordado. El sentimiento de ser desplazado y la falta de sintonía emocional de parte de sus padres cuando su hermana fue diagnosticada con sordera congénita fueron los principales factores que contribuyeron al trastorno de ansiedad. Se trataba de padres responsables que tuvieron que enfocar su atención en la hija, pero el niño se sintió abandonado y recurrió a la defensa de sobrecontrolar las emociones, lo cual produjo ansiedad. La madre pensó que se había adaptado bien, puesto que no se quejaba. Sin embargo, cuando Danny entró al jardín de niños, que es una separación normal en esa etapa del desarrollo, fue evidente que no contaba con los recursos emocionales necesarios y aparecieron los síntomas. En un seguimiento varios años después, Danny seguía libre de síntomas; los tics no regresaron.

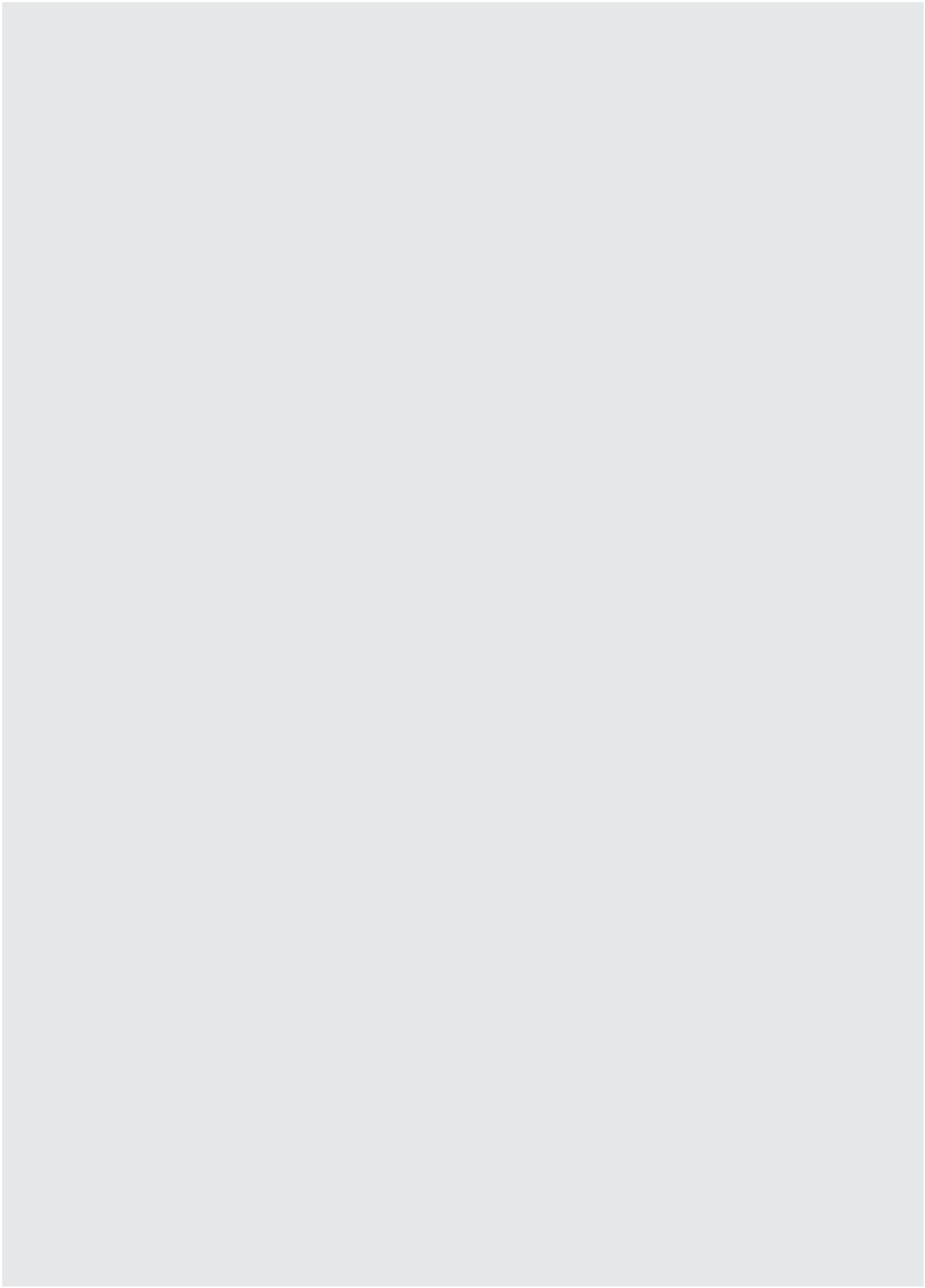
CONCLUSIÓN

El siglo XX marcó el inicio de la terapia de juego basada en las teorías psicoanalítica y analítica. En la actualidad nos encontramos en una situación en que la terapia de juego y el trabajo con niños son de gran importancia, dadas las condiciones de la vida cotidiana. Con base en investigación más reciente sobre los niños, se piensa que la psicopatología infantil tiene sus orígenes en las relaciones inter- e intrasubjetivas de los padres/cuidadores y es enriquecida por la transmisión intergeneracional de conflictos, es decir, por la historia de padres y abuelos (Fraiberg, 1959). Esta investigación ha validado el uso de terapias de largo plazo y de las psicoterapias psicoanalítica y analítica para efectuar cambios. La terapia de juego psicoanalítica y analítica para niños es muy importante, porque el terapeuta interactúa con un enfoque multimodal que comprende lo visual, táctil y auditivo, lo cual, con el tiempo, puede afectar los patrones del funcionamiento cerebral, sobre todo en relación con las emociones.

En la obra de Hermine Hug-Hellmuth y Margaret Lowenfeld, se discutieron los inicios históricos de la teoría psicoanalítica. También se revisaron las teorías psicoanalíticas más importantes, las de Sigmund Freud, Anna Freud y Melanie Klein, así como las de la psicología analítica, C. G. Jung, Michael Fordham, Erich Neumann y Dora Kalff. Aunque ni Freud ni Jung trabajaron con niños, sus teorías constituyen los fundamentos del posterior trabajo con niños. Estas teorías brindan un marco de referencia básico que explica el surgimiento de la consciencia del yo. Los freudianos y los posfreudianos desarrollaron un modelo de la relación primaria de crianza, la cual sienta el contexto para la integración de nuevas experiencias con la estructura arquetípica interna del sí mismo (Perry, 2003).

La meta de la terapia de juego analítica para niños, y en realidad también para adultos, es recuperar la salud mental –restablecer el equilibrio de la psique que ha sido perturbado por impresiones conocidas y desconocidas. Se pueden utilizar diversas estrategias, como el juego en todas sus formas y el material simbólico que surge de él, lo cual constituye el enfoque psicodinámico. En la terapia de juego analítica, el terapeuta está consciente de que ofrece una relación nutricia y, al mismo tiempo, del surgimiento de material arquetípico inconsciente que se despliega conforme el paciente expande y amplía su consciencia. La idea no es tanto que el análisis pueda prevenir la neurosis, sino promover las fortalezas individuales de la persona en crecimiento y ayudar al niño a lidiar con todo lo que la vida ofrece.

Se discutieron los procedimientos y técnicas de la terapia de juego psicoanalítica y analítica. En general, la meta de promover el crecimiento y la maduración es para que las habilidades cronológicas y mentales se desarrollen y mantengan el ritmo, para que la energía fluya con libertad y los mecanismos de defensa no la inhiban, y para ayudar a que el niño desarrolle su identidad y experiencias únicas, de modo que puedan adaptarse a pesar de ciertas circunstancias y cumplir con las exigencias de la familia, la escuela y la sociedad.



■ REFERENCIAS

- Abraham, K. (1979). A short study on the development of libido, viewed in the light of mental disorders. En *Selected papers on psycho-analysis*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Abt, T. (2005). *Introduction to picture interpretation according to C. G. Jung*. Zurich, Switzerland: Human Heritage.
- Adamo, S. M. G., & Rustin, M. (Eds.). (2014). *Young child observation: A development in the theory and method of infant observation*. London, England: Karnac Books.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Allan, J. (1997). Jungian play psychotherapy. En K. O'Connor & L. M. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (pp. 100–130). New York, NY: Wiley.
- Amatruda, K., & Simpson, P. (1997). *Sandplay: The sacred healing*. Taos, NM: Trance Sand Dance Press.
- Astor, J. (1995). *Michael Fordham: Innovations in analytical psychology*. London, England: Routledge.
- Awdry, W. (1998). *Thomas the tank engine*. London, England: Heinemann Young Books.
- Bemporad, J. R. (Ed.). (1980). *Child development in normality and psychopathology*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 558–566.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484–486.
- Blanck, G., & Blanck, R. (1979). *Ego psychology II: Psychoanalytic developmental psychology*. New York, NY: Columbia University Press.
- Blanck, G., & Blanck, R. (1994). *Ego psychology: Theory and practice* (2nd ed.). New York, NY: Columbia University Press.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9–52.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss, Vol. III: Loss, sadness, and depression*. New York, NY: Basic Books.
- Bradway, K. (2006). What is sandplay? *Journal of Sandplay Therapy*, 15(2), 7–10.
- Bradway, K., & McCoard, B. (1997). *Sandplay: Silent workshop of the psyche*. London, England: Routledge.
- Chetnik, M. (1989). *Techniques of child therapy: Psycho-dynamic strategies*. New York, NY: Guilford Press.
- de Ajuriaguerra, J. (1980). En R. P. Lorion (Trans. & Ed.), *Handbook of child psychiatry and psychology*. New York, NY: Masson.
- De Mause, L. (Ed.). (1974). *The history of childhood*. New York, NY: Psychohistory Press.
- De Vries, A. (1974). *Dictionary of symbols and imagery*. Amsterdam, Holland: North-Holland.
- Eastwood, P. (2002). *Nine windows to wholeness: Exploring numbers in sandplay therapy*. Honolulu, HI: Sanity Press.
- Emde, R. N. (1983). The pre-representational self and its affective core. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 165–192.
- Emde, R. N. (1988). Development terminable and interminable. I. Innate and motivational factors from infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 23–42.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York, NY: Norton.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. New York, NY: Norton.
- Essman, A. H. (1983). Psychoanalytic play therapy. En C. E. Schaefer & K. J. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy*. New York, NY: Wiley.
- Fordham, M. (1994). *Children as individuals*. London, England: Free Association Books.
- Fraiberg, S. (1959). *The magic years: Understanding and handling the problems of early childhood*. New York, NY: Charles Scribner's Sons.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. New York, NY: International Universities Press.

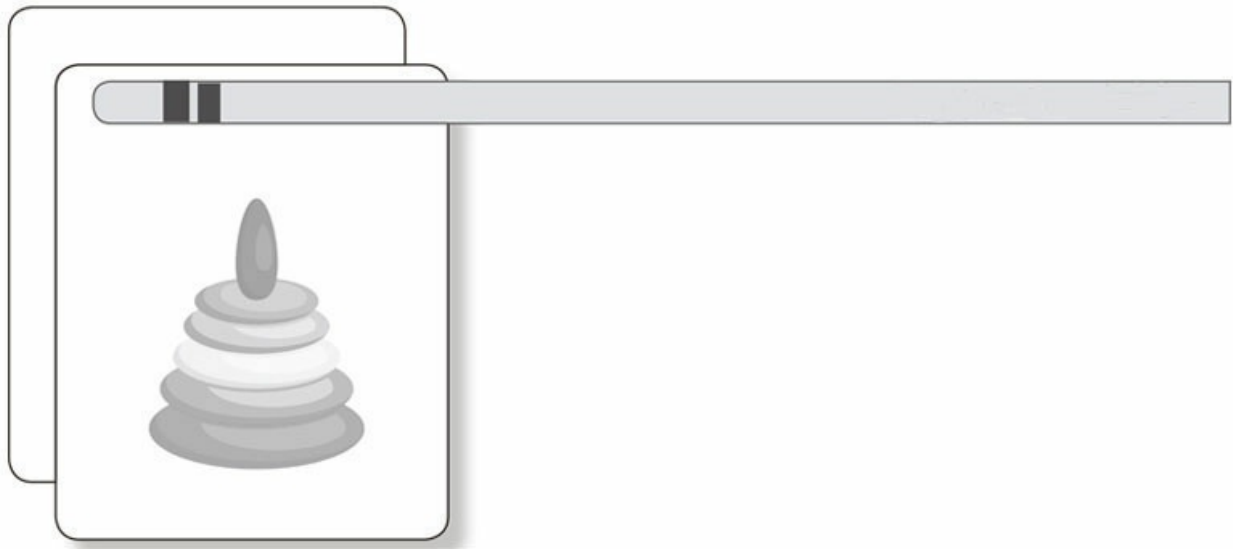
- Freud, A. (1966–1980). *The writings of Anna Freud, Volumes I–VIII*. New York, NY: International Universities Press.
- Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. X, pp. 3–149). London, England: Hogarth Press.
- Freud, S. (1953). *The interpretation of dreams*. London, England: Hogarth. (Original work published 1900)
- Gimbutas, M. (1989). *The language of the goddess*. New York, NY: Thames & Hudson.
- Glenn, J. (Ed.). (1992). *Child analysis and therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Harding, E. M. (1961). What makes symbol effective as a healing agent. En G. Adler (Ed.), *Current trends in analytical psychology*. London, England: Tavistock.
- Hug-Hellmuth, H. (1921). On the technique of child-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 2, 287–305.
- Huxley, F. (1979). *The dragon: Nature of spirit, spirit of nature*. London, England: Thames & Hudson.
- Jung, C. G. (1908). The psychology of dementia praecox. En G. Adler & R.F.C. Hull (Ed., & Trans.) *The Collected Works of C. G. Jung: Vol.3. Psychogenesis of Mental Disease* (pp. 153–178). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1917–1943). The psychology of the unconscious. En R.F.C. Hull, & G. Adler (Ed., & Trans.) *The Collected Works of C. G. Jung: Vol.7. Two Essays on Analytical Psychology* (pp. 3–119). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1921). Definitions. En R.F.C. Hull, & G. Adler (Ed., & Trans.) *The Collected Works of C. G. Jung: Vol. 6. Psychological Types* (pp. 408–486). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1928). The relations between the ego and the unconscious. En R.F.C. Hull, & G. Adler (Ed., & Trans.) *The Collected Works of C. G. Jung: Vol. 7. Two Essays on Analytical Psychology* (pp. 122–241). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1929). The aims of psychotherapy. En R.F.C. Hull, & G. Adler (Ed., & Trans.) *The Collected Works of C. G. Jung: Vol.16. The Practice of Psychotherapy—Essays on the Psychology of the Transference and Other Subjects* (pp. 36–52). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1945–1948). The phenomenology of the spirit in fairytales. En R.F.C. Hull, & G. Adler (Ed., & Trans.) *The Collected Works of C. G. Jung: Vol.16 (Part 1). The Archetypes and the Collective Unconscious* (pp. 207–254). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1947–1954). On the nature of the psyche. En R.F.C. Hull, & G. Adler (Ed., & Trans.) *The Collected Works of C. G. Jung: Vol.8. The Structure and Dynamics of the Psyche* (pp. 159–236). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1953–1979). *Bollingen Series XX: The Collected Works* (2nd ed., H. Read, M. Fordham, & G. Adler, Eds.; R. F. C. Hull, Trans.). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1963). *Memories, dreams, reflections* (A. Jaffe, Ed. & C. Winston, Trans.). London, England: Collins & Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (2008). *Children's dreams: Notes from the seminar given in 1936–1940* (E. Falzeder & T. Woolfson, Trans.). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (2009). *The red book: Liber novus* (M. Kyburz, J. Peck, & S. Shamdasani, Trans.). New York, NY: Norton.
- Jung, C. G., von Franz, M. L., Henderson, J. L., Jacobi, J. & Jaffe, A. (1964). *Man and his symbols*. Garden City, NY: Doubleday.
- Kalff, D. M. (2003). *Sandplay: A psychotherapeutic approach to the psyche* (B. A. Turner, Ed.). Cloverdale, CA: Temenos Press.
- Kalsched, D. (1996). *The inner world of trauma: Archetypal defenses of the personal spirit*. London, England: Routledge.
- Kalsched, D. (2013). *Trauma and the sold: A psycho-spiritual approach to human development and its interruption*. London, England: Routledge.
- Kawai, H. (1996). *Buddhism and the art of psychotherapy*. College Station: Texas A & M University Press.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York, NY: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1980). *Internal world and external reality: Object relations theory applied*. New York, NY: Jason Aronson.

- Kirsch, T. B. (2000). *The Jungians: A comparative and historical perspective*. London, England: Routledge.
- Klein, M. (1969). *The psychoanalysis of children*. New York, NY: Humanities Press.
- Klein, M. (1975). *The psychoanalysis of children: Writings of Melanie Klein*. New York, NY: Delacorte Press/Random House. (Original work published 1932)
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1978). *The search for the self: Selected writings of Heinz Kohut: 1950–1978* (P. H. Ornstein, Ed.). New York, NY: International Universities Press.
- Lanyado, M., & Horne, A. (1999). *The handbook of child and adolescent psychotherapy*. London, England: Routledge.
- Lee, A. C. (1997). Psychoanalytic play therapy. En K. O'Connor & L. M. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (pp. 46–78). New York, NY: Wiley.
- Lori, A. (2005, January 28). Jung at heart. Haaretz. Reproducido de: <http://www.haaretz.com/jungat-heart-I.148506>
- Lowenfeld, M. (1979). *The world technique*. London, England: George Allen and Unwin.
- MacLean, G., & Rappon, U. (1991). *Hermine Hug-Hellmuth*. London, England: Routledge.
- McLean, G. A. (1986). A brief story about Dr. Mermine Hug-Hellmuth. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 586–589.
- Neubauer, P. M. (2001). Emerging issues: Some observations about changes in technique in child analysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 56, 16–38.
- Neumann, E. (1969). *The origins and history of consciousness* (R. F. C. Hull, Trans.). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Neumann, E. (1990a). *The child* (R. Manheim, Trans.). Boston, MA: Shambhala.
- Neumann, E. (1990b). *Depth psychology and a new ethic* (E. Rolfe, Trans.). Boston, MA: Shambhala.
- Perry, J. C. (2002). Archetype and object: Primary deintegration and primary love in analytical play therapy with young children. *Journal of Analytical Psychology*, 47, 407–420.
- Plastow, M. (2011). Hermine Hug-Hellmuth, the first child psychoanalyst: Legacy and dilemmas. *Australasian Psychiatry*, 19(3), 206–210.
- Punnett, A. (2009). Symptom, symbol and sandplay: Manifestation of a tic disorder in a child. *Journal of Sandplay Therapy*, 18(1), 27–45.
- Punnett, A. (2011). A conversation with Mario Jacoby. *Journal of Sandplay Therapy*, 20(2), 77–83.
- Punnett, A. (2014). *The orphan: A journey toward wholeness*. Skiatook, OK: Fisher King Press.
- Roesler, C. (2013). Evidence for the effectiveness of Jungian psychotherapy: A review of empirical studies. *Behavioral Sciences*, 3, 562–575.
- Ryce-Menuhin, J. (1992). *Jungian sandplay: The wonderful therapy*. London, England: Routledge.
- Sandler, J., Kennedy, H., & Tyson, R. L. (1980). *The technique of child psychoanalysis: Discussion with Anna Freud*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59–87.
- Schore, A. N. (1997a). A century after Freud's project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 45, 841–867.
- Schore, A. N. (1997b). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595–631.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and the repair of the self*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: Norton.
- Segal, H. (1974). *Introduction to the work of Melanie Klein*. New York, NY: Basic Books.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109.
- Sidoli, M. (1989). *The unfolding self: Separation and individuation*. Boston, MA: Sigo Press.
- Sidoli, M. (2000). *When the body speaks: The archetypes in the body*. London, England: Routledge.

- Sidoli, M., & Davies, M. (1988). *Jungian child psychotherapy and individuation in childhood: Deintegration and reintegration in the first two weeks of life*. London, England: Karnac Books.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, 1*, 53–74.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life*. New York, NY: International Universities Press.
- Sroufe, L. A. (1989). Relationships, self, and individual adaptation. En A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood* (pp. 70–94). New York, NY: Basic Books.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, NY: Basic Books.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation*. New York, NY: Basic Books.
- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. En U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 121–173). New York, NY: Cambridge University Press.
- Wells, H.G. (2004). H. G. Wells' floor games: A father's account of play and its legacy of healing (B. Turner, Ed.). *Cloverdale, CA: Temenos Press*. (Original work published 1911)
- Urwin, C., & Hood-Williams, J. (1988). *Child psychotherapy, war and the normal child: Selected papers of Margaret Lowenfeld*. London, England: Free Association Books.
- Weinrib, E. L. (1983). *Images of the self*. Boston, MA: Sigo Press.
- Winnicott, D.W. (1991). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York, NY: International Universities Press. (Original work published 1965)
- Winnicott, D.W. (1971). Mirror-role of mother and family in child development. En *Playing and reality* (pp. 111–118). New York, NY: Basic Books.
- Young-Bruehl, E. (1988). *Anna Freud: A biography*. New York, NY: Summit Books.

NOTA

¹ Klein utilizó en inglés el término *instinct*, que era la manera en que se traducía el *Trieb* freudiano en aquella época. En español, también se tradujo al principio este concepto como *instinto*, lo cual daba un carácter biológico a la fuerza que impulsa a la complejización de la actividad psíquica. En las traducciones más recientes de la obra de Freud en español se adoptó el término **pulsión**, que ya no implica una determinación biológica, como la de los instintos. Sin embargo, en la traducción de la obra de Klein al español, se sigue usando el término **instinto**, que se justifica porque para Klein sí se trataba de una fuerza innata. La continuidad entre la obra de Freud y Klein en español se ve afectada por estas diferencias conceptuales, pero esto no sucede en inglés. (**Nota del traductor.**)



Capítulo 5

Terapia de juego centrada en el niño

Geri Glover y Garry L. Landreth

“La terapia de juego centrada en el niño es, por un lado, una filosofía básica de la capacidad humana innata del niño para esforzarse por alcanzar el crecimiento y la madurez y, por otro, una actitud de permanente fe en su capacidad de autodirigirse de manera constructiva” (Landreth, 2012, p. 60). La terapia de juego centrada en el niño (TJCN) confía en que los niños son capaces de crecer de manera sana cuando se les ofrecen las condiciones apropiadas. El terapeuta busca crear un ambiente agradable, acogedor, afectuoso, cálido y de aceptación, donde los niños puedan expresarse y recrear en su juego cualquier asunto o preocupación de una manera terapéutica que les permita superarlos. Los niños dirigen la sesión de juego de casi cualquier manera que deseen.

La TJCN se centra en relacionarse con el niño de modos que liberen los poderes de dirección interna, constructivos, de progresión, creativos y de autocuración en las sesiones de juego (Landreth, 2012). Se trata de un enfoque de la terapia de juego que se centra en la vida del individuo a través de la relación entre cliente y terapeuta. La TJCN no utiliza técnicas en el proceso terapéutico; en su lugar, se apoya en la relación entre el terapeuta y el niño, la cual facilita el desarrollo de las actitudes y conductas constructivas de este último. Axline (1964) afirmó que su responsabilidad como terapeuta era comunicar de la mejor manera posible, a través de sus actitudes y filosofía personal, que el mundo privado y personal de un individuo sólo le pertenece a él. El individuo es quien decide si comparte o no alguna parte de ese mundo y en qué momento lo hace. Para relacionarse con el niño de una manera terapéutica, el terapeuta debe encontrarse con el niño en un lugar caracterizado por la calidez, el afecto y la aceptación.

TEORÍA

“Comprender y adoptar un sistema de constructos teóricos sobre la personalidad brinda consistencia al terapeuta en su acercamiento a los niños y mejora su sensibilidad frente al mundo interno y las experiencias de estos” (Landreth, 2012, p. 54). La TJCN se basa en los principios de la teoría inicial de Carl Rogers sobre terapia no directiva, que luego fue adaptada por Virginia Axline (1974) al trabajo con niños. Rogers (1961) creía que los individuos poseen en su interior la capacidad de crecer en una dirección positiva y sana cuando se le ofrecen las condiciones apropiadas.

“Sea que lo llamemos tendencia al crecimiento, impulso de autorrealización o tendencia a moverse hacia adelante, se trata del resorte principal de la vida” (Rogers, 1961, p. 36).

Personalidad

La teoría centrada en el niño de la personalidad se basa en tres conceptos: la persona, el campo fenomenológico y el sí-mismo (Landreth, 2012). La personalidad de un individuo crece y se desarrolla como resultado de sus experiencias, relaciones, pensamientos y emociones. Los individuos interactúan con el mundo y las personas de su mundo en su búsqueda de la principal meta en la vida de todos los individuos, la realización del sí-mismo. Esto también se denomina **autorrealización**. Se forma una personalidad sana cuando el individuo desarrolla suficiente autoconfianza para buscar la autorrealización (Guerney, 2001).

Persona

La persona está constituida por los pensamientos, sentimientos, conductas y el ser físico del niño, que siempre reacciona a los cambios en su mundo. Conforme el niño cambia en una parte del sí-mismo, las otras partes también cambian. De acuerdo con Rogers, un individuo “existe en un mundo siempre cambiante de experiencia, del cual él es el centro” (p. 483).

Aunque “una teoría de la consejería es una teoría inclusiva que explica el desarrollo de la personalidad y la conducta a lo largo de todas las edades” (Landreth, 2012, p. 55), la TJCN es particularmente sensible a las primeras etapas del desarrollo humano aplicable a los niños pequeños de 2 a 10 años de edad. En este periodo, la persona es un trabajo en progreso, y el juego es la avenida esencial que lleva al crecimiento. Los niños están en un proceso en el que aumenta su vocabulario y su dominio del lenguaje. Ni el funcionamiento cognitivo ni las habilidades sociales se han desarrollado por completo. La TJCN se fundamenta en el marco general de los procesos mentales y los principios del desarrollo infantil planteados por Jean Piaget, Erik Erikson y Lev Vygotsky.

Piaget (1983) describió la etapa preoperacional (de 2 a 7 años de edad) y la de operaciones concretas (de 7 a 11) del desarrollo cognitivo como periodos en que el niño pasa de una incapacidad a la capacidad de comprender por completo una lógica concreta y de manipular información para pensar de manera lógica acerca de eventos concretos, pero aún con dificultades para comprender conceptos abstractos o hipotéticos. Los niños pasan del egocentrismo a la capacidad de ver el mundo desde una perspectiva más socializada. Piaget (1983) pensaba que las interacciones lúdicas proporcionan al niño oportunidades para desarrollar su competencia social. Los procesos de asimilación y acomodación, que son los mecanismos básicos del desarrollo cognitivo de acuerdo con Piaget, forman parte del juego y de la imitación que une al niño con el ambiente y la realidad.

Dougherty y Ray (2007) analizaron estadísticamente datos archivados de tratamientos de niños que tuvieron lugar en la clínica universitaria de consejería mediante la TJCN en sesiones semanales. Los niños se asignaron a dos grupos de datos de acuerdo con su edad (pensamiento preoperacional o pensamiento operacional concreto) como variable independiente y el estrés en la relación padres-hijo como variable dependiente. Aunque los niños del grupo de operaciones concretas experimentaron más cambios como resultado de la intervención en comparación con los niños del grupo preoperacional, ambos mostraron una disminución significativa del estrés en la relación padres-hijo.

Erikson (1963) sostenía que el juego de fantasía permite que los niños aprendan acerca de su mundo social y prueben nuevas habilidades sociales. Él pensaba que el mundo del juego les ofrece un lugar seguro para elaborar los conflictos de su vida. Durante la etapa psicosocial de autonomía versus vergüenza (de los 3 a los 5 años de edad), el juego brinda un lugar seguro donde las consecuencias no son demasiado serias ni los límites, demasiado rígidos.

El niño puede ser la autoridad, pues en el juego él se encuentra a cargo. En la etapa de iniciativa versus culpa (de los 5 a los 11 años), Erikson (1953) promovía un ambiente en el que estuvieran disponibles materiales, equipo, espacio, tiempo y adultos comprensivos que permitieran al niño organizar sus ideas, sentimientos y fantasías en un plan de juego. Éste permite explorar y manipular ideas y relaciones sin muchas dudas, vergüenza o culpa, aun cuando el niño no sea muy hábil.

Vygotsky (citado en Frost, Wortham y Reifel, 2008), en su teoría sociocultural, planteó que el juego de fantasía en los años preescolares es esencial para adquirir competencias sociales y cognitivas. Él pensaba que los niños aprenden a vivir con reglas autoimpuestas durante este tipo de juego. De acuerdo con Vygotsky, el juego permite a los niños practicar la autorregulación y elegir entre diversas posibilidades de acción, y les brinda un vehículo para comportarse de una manera más madura. En el juego de fantasía, los niños pueden trabajar en la zona de desarrollo próximo, aquella en que pueden hacer cosas con la ayuda de un adulto que no podrían hacer solos.

Campo fenomenológico

El campo fenomenológico de un niño está constituido por cualquier cosa que experimente

interna o externamente (Landreth, 2012). La experiencia ofrece un marco de referencia a partir del cual el niño ve su mundo. Para él, su campo fenomenológico es su realidad tal como la percibe. Es la manera en que percibe el mundo a su alrededor. Sólo se puede entender su conducta viendo su realidad a través de sus ojos. La vida cambia en todo momento, y el niño experimenta una reorganización constante de pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas. A veces, sus percepciones pueden estar distorsionadas, pero el terapeuta siempre las acepta sin cuestionarlas; del mismo modo, tampoco interpreta ni cuestiona las palabras o símbolos que el niño comunica. Para promover el cambio, el terapeuta debe ser empático con los sentimientos, pensamientos, deseos y metas del niño. Confía en la fuerza de la relación y su seguridad para facilitar el crecimiento psicológico.

Sí-mismo

El sí-mismo es la percepción del niño de “mí” en relación con el ambiente (Landreth, 2012). El niño sólo puede desarrollar su sí-mismo a través de la interacción con otros. El sí-mismo crece y cambia conforme el campo fenomenológico del niño también cambia. La conducta es consistente con el sentido del sí-mismo. De acuerdo con este enfoque, la principal meta de todos los individuos en la vida es la autorrealización. Se piensa que los niños modifican su conducta externa con el fin de hacerla congruente con el sí-mismo interno. Rogers (1963) afirmó que la falta de un sí-mismo dirigido internamente, a menudo es producto de las interacciones padres-hijo en un ambiente carente de condiciones de valía. Si el ambiente de la infancia pudiera modificarse para permitir una experiencia más natural de crecimiento positivo, el niño tendría más oportunidades de convertirse en un individuo autodirigido, congruente y sano. La estructura del sí-mismo del niño se forma a partir de las interacciones con el ambiente y las interacciones evaluativas con otros (Landreth, 2012). La percepción del sí-mismo consta de una consciencia existente de éste en sus relaciones. Los valores positivos y negativos están asociados con las cualidades de las relaciones del pasado, presente y futuro.

En el niño ocurren distorsiones del sí-mismo si hay una falta de amor, apoyo o sentido de pertenencia, o si hay fuerzas negativas en el hogar o la escuela (Rogers, 1963). Para contribuir a que el niño cambie, el terapeuta concede una gran importancia a crear una relación cálida, empática y de aceptación. Su comprensión y aceptación durante el juego libre despierta las capacidades del niño para autoevaluarse y, con el tiempo, autodirigirse. Este proceso abre la posibilidad de que ocurra el cambio terapéutico.

El sí-mismo sano en la infancia se caracteriza por los logros en términos emocionales y sociales, y la adquisición de habilidades de afrontamiento, de modo que los niños tengan una calidad positiva de vida y funcionen bien en casa, la escuela y la comunidad.

PROCEDIMIENTO

De acuerdo con Landreth (2012), “la terapia de juego centrada en el niño es un sistema terapéutico completo, no sólo la aplicación de algunas técnicas para establecer *rapport*, se basa en la convicción profunda y permanente de la capacidad y resiliencia de los niños para ser constructivamente autodirectivos” (p. 53). A diferencia de las terapias más conductuales, la TJC�N no se enfoca en problemas o poblaciones específicos, sino que es de naturaleza genérica. Es decir, busca mejorar la autoestima y los sentimientos que subyacen en conductas inadecuadas, como frustración, enojo, ansiedad frente a las actividades escolares, ansiedad de separación, miedo al abandono o preocupación por la seguridad personal que se manifiestan en conductas inadecuadas o desadaptadas. Estos sentimientos se pueden abordar permitiendo que el niño los represente en su juego en la atmósfera interpersonal y segura de la terapia de juego con la presencia de un adulto cálido y afectuoso (Guerney, 1983).

La TJC�N se basa en los principios de la teoría de Rogers acerca de la terapia no directiva, que se caracteriza por tres condiciones medulares: 1) congruencia entre el terapeuta y el cliente, 2) una consideración incondicional positiva hacia el cliente y 3) empatía con el cliente. “El primer elemento podría denominarse sinceridad, autenticidad o congruencia. Mientras más el terapeuta sea él mismo, sin ocultarse detrás de una apariencia profesional o una fachada personal, mayor será la probabilidad de que el cliente cambie y crezca de una manera constructiva” (Rogers, 1980, p. 115). “La segunda actitud importante para crear una atmósfera propicia para el cambio es la aceptación, afecto o aprecio” (Rogers, 1980, p. 115). Rogers se refería a este elemento como una **consideración incondicional positiva** y pensaba que, cuando el terapeuta experimenta una actitud positiva de aceptación hacia cualquier cosa que sea el cliente en ese momento, es más probable que ocurra el cambio o movimiento terapéutico. El terapeuta aprecia al cliente de manera incondicional. “El tercer aspecto facilitador de la relación es la comprensión empática. Esto significa que el terapeuta percibe con exactitud los sentimientos y significados personales que el cliente experimenta, y comunica esta comprensión al cliente” (Rogers, 1980, p. 116).

Al desarrollar la terapia de juego no directiva, Axline (1974) incorporó las condiciones medulares de Rogers en ocho principios básicos de la práctica. Estos hacen hincapié en el desarrollo de relaciones de confianza entre el terapeuta y el niño, y una aceptación de éste tal y como es. El terapeuta crea una atmósfera de libertad, y reconoce y refleja los sentimientos que el niño expresa. Confía en las elecciones de éste para dirigir la sesión y, si es necesario, establece límites en la relación terapéutica.

Los ocho principios básicos de la terapia de juego no directiva formulados por Axline (1974) proporcionan los fundamentos de la TJC�N, tal y como se practica en la actualidad.

1. El terapeuta debe crear una relación cálida y cordial con el niño, en la cual se establezca un buen *rapport* lo más pronto posible.

2. El terapeuta acepta al niño tal y como es.
3. El terapeuta establece un sentimiento de libertad en la relación para que el niño se sienta con la confianza de expresar sus sentimientos de manera íntegra.
4. El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que experimenta el niño y se los refleja de manera que éste pueda comprender su conducta.
5. El terapeuta mantiene un profundo respeto por la capacidad del niño para resolver sus problemas si se le da la oportunidad de hacerlo. La responsabilidad de tomar decisiones e instituir el cambio corresponde al niño.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o la conversación del niño de ninguna manera. El niño indica el camino; el terapeuta lo sigue.
7. El terapeuta no intenta apresurar la terapia. Éste es un proceso gradual, reconocido como tal por el terapeuta.
8. El terapeuta establece sólo los límites necesarios para anclar la terapia al mundo real y hacer que el niño se dé cuenta de su responsabilidad en la relación.

Formación y requerimientos del terapeuta

Para todos aquellos que sienten el llamado a trabajar con niños en una modalidad terapéutica, son esenciales un entrenamiento general como profesional de auxilio y un entrenamiento especializado en terapia de juego. En la actualidad, en EUA, la mayoría de los terapeutas de juego provienen de campos de la salud mental como psicología, trabajo social y consejería. Un requerimiento básico es contar con un grado mínimo de maestría en uno de estos campos o de otras áreas relacionadas. Esto garantiza que el terapeuta cuente con fundamentos teóricos de consejería y psicoterapia, habilidades de consejería clínica, consejería grupal, consejería multicultural y práctica ética. Todos los modelos de terapia de juego, incluyendo la TJC�, comparten la expectativa de que el terapeuta tenga conocimientos sobre desarrollo infantil. Además, Landreth (2012) sugiere un mínimo de 90 horas dedicadas a temas de terapia de juego, observación y análisis de niños con problemas y de la población general, observación de terapeutas de juego experimentados, y trabajo supervisado con estos.

Los temas específicos de la terapia de juego centrada en el niño deben incluir conocimiento de la teoría, historia y antecedentes de esta terapia como lo expusieron Rogers y Axline. Guerney (2001) y Landreth (2012) presentaron los fundamentos y detalles de la práctica actual. La TJC� no es un conjunto de técnicas o principios que se puedan emplear al libre arbitrio del terapeuta. Por el contrario, se trata de un sistema en estricto sentido en el que cada procedimiento que se aplica es necesario para los otros. “Cualquier desviación del sistema hace de la terapia algo diferente, no TJC�” (Guerney, 2001, pp. 18-19).

La TJC� es un proceso, no una técnica. Hay respeto por el crecimiento individual del niño y confianza en que representarán en su juego cualquier cosa que sea de su interés. La TJC� requiere un compromiso profundo con la convicción de que el niño, con el apoyo total del terapeuta de juego, crecerá de una manera sana.

Con esta convicción y compromiso con el proceso, el terapeuta también debe poseer

conocimiento acerca de las etapas de la terapia de juego, reconocer los temas del juego y ser capaz de identificar los progresos y manejar de manera eficaz la terminación del proceso (Guerney, 2001; Landreth, 2012). Debe tener un criterio fundamentado para elegir los juguetes y disponer el espacio de juego. También debe ser capaz de aplicar la información sobre el desarrollo infantil en las sesiones de terapia de juego y al comunicarse y trabajar con los cuidadores. Asimismo, debe comprender cómo se aplica la TJCN a poblaciones especiales.

Las habilidades que mejoran la relación y sustentan la TJCN incluyen la capacidad para comunicar lo que observa siguiendo la pista de la conducta, reflejando sentimientos y reflejando contenidos; construir la autoestima, ampliar el significado del juego, liberar al niño, facilitar la toma de decisiones y la responsabilidad, facilitar la creatividad y la espontaneidad, y establecer límites terapéuticos. El terapeuta pone en práctica la concisión en sus verbalizaciones al mismo tiempo que se mantiene una actividad verbal continua. Aprende a reconocer y ajustarse al ritmo del niño, a mantener la congruencia entre la expresión facial y el tono de voz con el contenido de sus mensajes y el afecto del niño. Las habilidades que se practican en la TJCN crean una atmósfera de respeto y cuidados que los niños sienten y a los que responden.

Características del terapeuta

La relación entre el terapeuta y el niño es el pilar de la TJCN. Para facilitar esta relación, el terapeuta tiene que ser capaz de ofrecer las tres condiciones medulares para el cambio, tal como las formuló Rogers (1980): autenticidad, calidez no posesiva y empatía. A través de la experiencia en terapia de juego, se establece una relación que hace posible que los niños compartan su verdadero sí-mismo con el terapeuta. Ciertas características del terapeuta hacen que este proceso sea exitoso.

El terapeuta de juego centrado en el niño es auténtico en las sesiones para que los niños experimenten su sinceridad en la relación. Ellos están conscientes del terapeuta en su calidad de persona y pueden sentir cuando éste no es honesto. Se requiere valor para ser honesto y objetivo con ellos. Cuando se establece la confianza, pueden compartir sus miedos, dolores, ansiedades e incertidumbres más oscuros. El terapeuta debe tener el valor y la capacidad de enfrentar estas cuestiones con los niños que las experimenten.

La TJCN logra resultados positivos porque el terapeuta acepta a los niños tal como son y responden ante ellos de manera que les transmite esa aceptación (Landreth, 2012). No se espera que los niños se comporten de tal o cual manera, sino que promueve que sean ellos mismos y jueguen de la manera que lo deseen. La aceptación que demuestra el terapeuta les hace ver que son valiosos e importantes. Esto incluye tener una tolerancia elevada frente a la ambigüedad y la capacidad de aceptar información que puede ser vaga, fragmentaria, inconsistente, contradictoria o confusa sin sentir molestia. El terapeuta es de mente abierta y acepta las acciones y conductas infantiles como únicas y

específicas de cada niño y su sentido del sí-mismo. Wilson y Ryan (2006) sugieren que cuando no se evalúa nada de las actividades lúdicas ni de la conducta de los niños, se descarta la posibilidad de que estos actúen buscando la aceptación del terapeuta o alguna recompensa.

El terapeuta de juego centrado en el niño nunca se limita a ser un simple observador. Participan activamente en la sesión a nivel verbal y emocional, en la medida en que tienen la capacidad y la disposición para entrar en el mundo infantil. Su propósito es ver, oír, sentir y experimentar con el niño de una manera no evaluativa. No cuestiona sus pensamientos ni sus expresiones, pues eso interferiría con la responsabilidad del niño para dirigir la relación. El terapeuta es sensible y comprende al niño y el marco de referencia de su mundo. “Los niños no son libres de explorar, probar los límites, compartir partes espantosas de sus vidas o cambiar, sino cuando experimentan una relación en la que su mundo subjetivo de experiencias es comprendido y aceptado” (Landreth, 2012, p. 70).

Además de estas características, el terapeuta de juego centrado en el niño sostiene ciertas convicciones acerca de los niños y el proceso de la terapia de juego. Piensa que el niño es capaz de autodeterminarse, por lo que le permite ser autodirectivo. Refleja al niño su tendencia, propia de su nivel de desarrollo, de estar orientado al presente. La relación entre el terapeuta y el niño no es de compañeros de juego (Landreth, 2012). El niño es el director de la sesión de juego. El terapeuta no es directivo, pero responde de manera que el niño sienta que el terapeuta forma parte de cualquier cosa que él esté haciendo, aun cuando éste pueda no estar participando directamente. El terapeuta no asume un papel en la sesión, en cambio siempre está disponible para el niño. Siempre está dispuesto a participar cuando el niño lo invita. Por ejemplo, el juego de roles implica que el niño asigne un papel al terapeuta y que éste siga sus instrucciones. Su participación en el juego del niño siempre se hace con la intención de mostrar aceptación, calidez y amabilidad y, al mismo tiempo, trabajar terapéuticamente. Debido a que se piensa que el cambio se debe a la capacidad del niño para jugar con libertad, con frecuencia se ve al terapeuta sólo como otra herramienta para que el niño se anime con el juego en la sesión.

Los ocho principios básicos de Axline son una guía para que el terapeuta sepa qué conductas ayudan al niño en su búsqueda de crecimiento; sin embargo, también requieren una considerable autorrestricción por parte del terapeuta. Una última característica del terapeuta de juego centrado en el niño es la paciencia. Moustakas (1981) sugiere que

el desafío de la terapia es servir, esperar con interés y atención a que el niño active su voluntad y decida actuar, atreverse a buscar lo que está presente en el camino del interés y el deseo. Esto requiere una paciencia inusual y una convicción inquebrantable acerca de la capacidad del niño para encontrar la manera de arreglárselas con las restricciones y tensiones de la vida; confianza en sus poderes para escuchar su interior y tomar decisiones para mejorar por sí mismo. (p. 18)

Características del cliente

Dentro de cada niño existe una fuerza poderosa que lucha de manera continua por conseguir la autorrealización (Landreth, 2012). Su mente o sus pensamientos conscientes no son lo que dirige la conducta hacia las áreas de necesidad emocional, sino que es la aspiración natural de equilibrio interno lo que lleva al niño a donde necesita ir. La TJCN se enfoca en el niño y no en sus problemas. En consecuencia, las características del cliente se explican muy bien con los planteamientos de Rogers (1951) en relación con la personalidad y la conducta. Los niños son los más indicados para determinar su propia realidad personal. Se comportan como un todo organizado con el deseo de mejorar al sí-mismo. Los niños se rigen por sus metas en la medida en que buscan satisfacer sus necesidades percibidas. Les interesa mantener un autoconcepto positivo y comportarse de modos congruentes con éste. Los niños desconocen la conducta que es inconsistente con el sí-mismo y responden a las amenazas haciéndose más rígidos en términos conductuales. Sin embargo, pueden admitir en su consciencia las experiencias inconsistentes con el sí-mismo si éste está exento de amenazas.

Los niños no escogen por sí mismos la terapia, sino que son llevados por sus cuidadores u otros adultos preocupados. Sin importar las circunstancias, la TJCN sostiene que el terapeuta debe enfocarse en el niño y no en su conducta. Para cumplir este objetivo, Landreth (2012) propuso un conjunto de principios que establecen el contexto para relacionarse con el niño.

- Los niños no son adultos en miniatura, por lo que el terapeuta no responde ante ellos como si lo fueran.
- Los niños son personas. Son capaces de experimentar dolor emocional y alegría con un alto grado de profundidad.
- Los niños son únicos y merecen respeto. El terapeuta aprecia la unicidad de cada niño y respeta la persona que es.
- Los niños son resilientes. Poseen una tremenda capacidad para superar obstáculos y circunstancias adversas de su vida.
- Los niños tienen una tendencia inherente hacia el crecimiento y la madurez. Poseen una sabiduría intuitiva interna.
- Los niños son capaces de autodirigirse. Pueden lidiar con su mundo de maneras creativas.
- El lenguaje natural de los niños es el juego, y éste es el medio de expresión más agradable para ellos.
- Los niños tienen derecho a estar en silencio. El terapeuta respeta su decisión de no hablar.
- Los niños conducirán la experiencia terapéutica en la dirección que ellos necesitan. El terapeuta no intenta determinar cómo o cuándo deben jugar.
- El crecimiento de los niños no puede ser acelerado desde el exterior. El terapeuta reconoce esto y muestra paciencia en relación con su proceso de desarrollo (p. 46).

Indicaciones y contraindicaciones

En 2013, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) hicieron público su primer informe completo sobre la salud mental infantil en EUA. Se recabaron los datos en diversas fuentes entre 2005 y 2011. “El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (6.8%) fue el diagnóstico más frecuente, según informes de los padres, entre niños de 3 a 17 años de edad, seguido por los problemas de conducta (3.5%), ansiedad (3.0%), depresión (2.1%), trastornos del espectro autista (1.1%), y el síndrome de la Tourette (0.2% entre niños de 6 a 17 años)” (CDC, 2013, p. 1). La TJCN ha mostrado ser eficaz para tratar muchas de estas afecciones. Así lo indican diversos estudios controlados, publicados entre 1998 y 2013, con intervenciones que siguieron la metodología de la TJCN y emplearon pruebas psicométricas estandarizadas para medir los cambios.

La TJCN ha logrado disminuciones de moderadas a significativas en problemas internalizados de conducta, como molestias somáticas, conducta ansiosa/depresiva, conducta introvertida (Brandt, 2001; Packman y Bratton, 2003; Ray, Schottelkorb y Tsai, 2007; Tyndall-Lind, Landreth y Giordano, 2001). En estudios de Kot, Landreth y Giordano (1998) y Tyndall-Lind et al. (2001), se encontraron mejoras en el autoconcepto.

También se ha encontrado que la TJCN produce disminuciones significativas en problemas externalizados de conducta, como conductas agresivas o delincuenciales (Bratton et al., 2013; Garza y Bratton, 2005; Kot et al., 1998; Rennie, 2003; Tyndall-Lind et al., 2001). Este tratamiento ha tenido efectos significativos en niños con síntomas de TDAH (Bratton et al., 2013; Ray et al., 2007).

Además de los problemas emocionales y conductuales, la TJCN tiene efectos significativos positivos en el rendimiento académico (Blanco y Ray, 2011), y de moderados a grandes en las puntuaciones en lectura de niños de segundo grado (Swanson, 2008) y en las habilidades de lenguaje receptivo y expresivo de niños de 4 a 6 años de edad (Danger y Landreth, 2005). Niños que han participado en la TJCN también mostraron mejoras significativas en habilidades sociales (Watson, 2007).

Guerney (2001) sugiere que “sólo los que tienen autismo grave o esquizofrenia en fase activa se consideran casos en que es poco probable que respondan positivamente a este enfoque” (p. 13). Rogers (Rogers y Stevens, 1967/2002) está de acuerdo con esto, pues él “nunca afirmó que su terapia fuese eficaz con esos trastornos mentales graves” (p. 79). A lo largo de su trabajo con adultos esquizofrénicos, Rogers se dio cuenta de que mientras más perturbado se encuentre el cliente, menos capaz es de percibir los valores de autenticidad, empatía y consideración positiva incondicional, que son necesarios para que la terapia sea eficaz. Aunque cada vez más y más niños son diagnosticados con trastornos graves que antes estaban reservados para la población adulta, aún es pequeño el porcentaje entre los niños que son enviados a algún tipo de terapia, incluyendo la TJCN.

Logística

En la TJCN, las sesiones no tienen una estructura formal (Landreth, 2012). La única estructura depende de las metas del terapeuta para crear un ambiente acogedor, cálido, agradable y de aceptación para que el niño exprese y explore cualquier cosa que sienta necesaria. Los niños tienen plena libertad de tomar el control y guiar la sesión de muchas maneras que ellos consideren adecuadas. Aunque pueden guiar y dirigir la sesión de casi cualquier forma que decidan, el terapeuta puede intervenir para establecer límites. En el caso del juego del niño, el terapeuta debe ser muy cuidadoso con los límites. Su finalidad es garantizar que el terapeuta pueda dedicar toda su atención al niño, así como ser cálido y mostrar aceptación en las sesiones. El terapeuta establecerá un límite cuando el niño lo solicite o realice una actividad que le impida ofrecer el ambiente terapéutico necesario. Aunque la sesión se considera no estructurada y libre, establecer límites puede ser adecuado, pero esto no se debe hacer a menos que sea necesario para garantizar que la sesión constituya una experiencia de aprendizaje (Landreth, 2012).

Se cree que plantear los límites antes que sea necesario puede crear una atmósfera negativa que obstaculice la relación terapéutica. Si es necesario establecer límites, se deben comunicar de una manera que posibilite al niño tomar decisiones acerca de lo que sucederá durante la sesión de juego. Esto permite que los niños experimenten sentimientos de responsabilidad por sí mismos y autocontrol, que contribuyen a su crecimiento psicológico.

En la terapia de juego centrada en el niño, éste, en última instancia, es el director del juego en las sesiones (Landreth, 2012). Por ello, la participación del terapeuta varía de acuerdo con los deseos del niño. Por lo tanto, a veces el terapeuta es un participante directo en el juego, pero siempre es un participante en términos emocionales. La participación emocional se describe como “estar con”. La participación directa en el juego requiere la invitación del niño y siempre está bajo su dirección. En la TJCN es importante que el terapeuta permita que el niño se haga cargo de la dirección del juego para garantizar que sus emociones, pensamientos y creencias se representen. También es probable que el terapeuta ponga límites a su participación, porque se trata de un área donde es muy delgada la línea entre cuándo dicha participación es terapéutica y cuándo es necesario ponerle límites para mantener la actitud de aceptación y atención en las sesiones. Por ejemplo, un niño puede decir al terapeuta “cierra los ojos”; éste tendrá que poner un límite y proponer una alternativa diciendo “Sé que te gustaría que cierre los ojos, pero decidí no cerrar los dos, sino sólo uno.”

Cuarto de juego

Se requiere una consideración cuidadosa para crear un espacio de juego terapéutico y de apoyo. Debe contar con juguetes y materiales para explorar, expresar y practicar diversas emociones y conductas; sin embargo, “nada puede ocupar el lugar del clima emocional

que se desarrolla como resultado de la actitud y el uso de la personalidad del terapeuta, así como las interacciones espontáneas entre el terapeuta y el niño” (Landreth, 2012, p. 160). Los niños reconocen al cuarto de juego como un lugar especial. “Un día más me trae de vuelta al cuarto mágico donde hago cualquier cosa que tenga que hacer” (Dibs, como está citado por Axline, 1964, p. 150). Otro niño hace eco de esta respuesta cuando entra al cuarto de juego y declara, “Aquí, soy libre.”

El cuarto de juego de la TJCN está diseñado para reflejar un espacio familiar apropiado para la etapa de desarrollo de los niños, y requiere de un terapeuta afectuoso con quien estos se sientan seguros y bienvenidos. Los juguetes que sostienen la representación lúdica de aspectos agresivos, regresivos o relacionados con la adquisición de independencia y dominio de habilidades le indican al niño que está permitido un amplio rango de conductas. Suele haber materiales para la expresión creativa, bloques de construcción, un área para las tareas domésticas en la que se pueden representar situaciones de la vida real, títeres, vehículos, muñecas, dinosaurios y pelotas. Las categorías generales ayudan al terapeuta a organizar el espacio terapéutico; incluyen: figuras de la vida real para jugar a situaciones reales y construir situaciones de la vida real; las conductas de actuación, juguetes para liberar la agresividad y expresar el enojo, hostilidad y frustración; y los juguetes y materiales para la expresión creativa y la liberación de emociones.

Landreth (2012) identificó diversas características esenciales de los juguetes y materiales que facilitan la expresión de sentimiento y reacciones durante la terapia de juego. Los juguetes y materiales deben facilitar una amplia gama de expresión creativa y emocional. Deben llamar la atención de los niños y facilitar el juego, y permitir la exploración y expresión sin verbalización. Deben permitir el éxito sin una estructura prescrita, así como un juego que no requiera compromisos. Por último, los juguetes y materiales deben tener una hechura fuerte para el uso activo.

Landreth (2012) subrayó que los juguetes y materiales del cuarto de juego deben ser elegidos y no simplemente reunidos sin más, porque el juego es el lenguaje infantil y los juguetes son sus palabras. La mayoría de los juguetes, si no es que todos, deben ser accesibles a los niños de todas las edades. No deben perder tiempo luchando con juguetes desconocidos o complicados.

Siguiendo con la metáfora de el juego es el lenguaje de los niños y los juguetes son como las palabras, al igual que en el habla y la lectura, la fluidez en el juego es muy importante. Los juguetes deben ser genéricos y no mecánicos para que los niños elijan con libertad qué quieren representar con ellos. Por ejemplo, una figura de Batman puede restringir el juego del niño a temas de las caricaturas o las películas de este personaje que él haya visto. Una caja registradora que hable reduce las oportunidades para que el niño manipule, cuente y distribuya el dinero con pleno control. Una situación adicional se presenta con los juguetes de baterías cuando éstas se agotan y ya no se puede utilizar el juguete de la manera que el niño desea. Aunque algunas situaciones pueden ser prohibitivas, agua y arena están entre los medios terapéuticos más eficaces, y los terapeutas tienen que encontrar la manera de incorporarlos en el cuarto de juego.

Espacio culturalmente inclusivo

El terapeuta tiene control sobre el ambiente terapéutico (Glover, 2001). En la TJCN, se le proporcionan diversos juguetes y materiales para que el niño elija los que le permitan elaborar los temas más significativos para él. Es esencial la sensibilidad ante las imágenes disponibles en el cuarto de juego. Lo ideal es que los cuartos de juego cuenten con diferentes materiales que reflejen la multiplicidad de culturas existentes en EUA o en cualquier otro país. Aunque es una meta muy noble, no está al alcance de la mayoría de los terapeutas. La alternativa es estar plenamente consciente de los grupos particulares con que trabaja y crear un cuarto de juego que refleje esta diversidad.

En terapia, las conductas reales de juego de niños provenientes de sectores culturales no dominantes no son distintas de las de niños de la cultura dominante. Los niños y niñas disfrutan cuando trabajan con materiales de arte, pintan en caballete, el juego de roles (p. ej., jugar a la tienda) y crean escenas en la caja de arena o el arenero. A muchas niñas les atrae jugar con muñecas y cuidar bebés, mientras que a los niños varones les gustan los juegos agresivos con figuras de acción. Algunos niños hablan mientras juegan, pero otros no. El procesamiento verbal de conceptos difíciles puede ser más lento en niños que no tienen la misma lengua materna que el terapeuta, pero el procesamiento tiene lugar en el juego. En la terapia con niños de culturas minoritarias, el terapeuta debe estar pendiente de no asumir que, por el simple hecho de que el niño juegue alegremente con los juguetes, el cuarto de juego es culturalmente apropiado. Los juguetes y materiales que reflejan la cultura del niño le permite integrarla en su juego.

A continuación se presenta una lista de los juguetes y materiales recomendados para el cuarto de juego.

Juguetes de la vida real

- Muñecos de miembros de familia (de diversidad étnica y distintas regiones)
- Casa de muñecas
- Títeres (animales, personajes, personas de diferentes etnias)
- Muñecos de bebés (de diferentes etnias)
- Ropa para los muñecos, manteles, botellas y carriolas tradicionales
- Comida de juguete, ollas, sartenes (comidas de distintas culturas y con diferentes utensilios de cocina)
- Cocina de juguete
- Muñecos de moda (de ambos géneros, distintos colores de piel, de tamaños no demasiado desproporcionados)
- Carros, camiones, botes
- Caja registradora y dinero
- Pizarrón con tiza

Actuación/liberación de la agresión

- Soldaditos
- Cocodrilo, dinosaurio, tiburón
- Aves
- Animales de granja
- Animales salvajes (animales del bosque y la selva)
- Pistolas (de apariencia no realista)
- Esposas
- Cuchillo de goma
- Cuerda larga
- Costal para golpear

Liberación emocional

- Arena
- Agua
- Masas
- Bloques

Expresión creativa

- Papel en un caballete
- Caballete, pinturas (incluyendo negro y café), tazas con pinturas, pinceles
- Pegamento
- Cinta adhesiva
- Limpiadores de pipas
- Palos de paleta
- Papel de construcción
- Papel origami
- Plumas y cuentas
- Crayones (incluyendo distintos tonos de café para los colores de la piel)
- Marcadores
- Lápices de colores
- Tijeras

Muebles

- Caja de arena
- Mesa pequeña para pintar
- Estantes para los juguetes
- Sillas del tamaño de los niños (al menos dos)

Frecuencia y duración del tratamiento

El curso del tratamiento de la TJCN varía con cada niño, pues depende de diversos factores. Entre estos se encuentra la gravedad y duración del evento/asunto que alteró el curso natural del desarrollo del niño, si el evento/asunto continúa (p. ej., se encuentra en una casa hogar) y el sistema de apoyo con que cuenta fuera de la terapia. A través del juego se puede examinar, evaluar y asimilar un solo evento traumático en un periodo corto con el apoyo de un terapeuta entrenado y afectuoso. Por otro lado, la naturaleza intermitente de los cuidados de las casas hogar puede hacer necesario el acceso a la terapia mientras se realiza una reubicación del niño. En cualquier caso, tener cuidadores en casa capaces de ofrecer las condiciones esenciales de congruencia, consideración positiva incondicional y empatía puede reducir la duración de la TJCN.

La TJCN se practica en distintos escenarios y condiciones. Para evaluar la frecuencia y duración típicas del tratamiento, la práctica tradicional de sesiones semanales en el contexto de una clínica brinda la mejor comparación. Guerney (2001) trató de dar confianza a quienes desconocen la TJCN y piensan que el proceso requiere de meses asegurándoles que es muy alta la probabilidad de cumplir las metas en 12 sesiones o menos.

Bratton, Ray, Rhine y Jones (2005) hicieron un metaanálisis de 93 estudios realizados entre 1953 y 2000 donde se compararon distintos tratamientos con grupos de control. Encontraron que la participación de los padres y el número de sesiones mejoran los resultados de la terapia de juego. Los resultados de este metaanálisis sugieren que, aunque las intervenciones de la terapia de juego han producido efectos grandes en un número reducido de sesiones, sus beneficios aumentan conforme el tratamiento es más prolongado hasta alcanzar las 35 sesiones; más allá de este número los efectos tienden a estabilizarse y empiezan a debilitarse. Estos 93 estudios que se analizaron no correspondieron exclusivamente a la TJCN; sin embargo, un metaanálisis posterior específico de la TJCN mostró resultados que siguen este mismo patrón (Tsai y Ray, 2011).

En el metaanálisis de Ray (2008) de datos archivados sobre 202 niños con edades entre 2 y 13 años, la TJCN resultó tener poco o ningún efecto estadístico o práctico en las características de los padres en la relación padres-hijo. El análisis de los datos (Ray, 2008) reveló que después de 3 a 7 sesiones de terapia de juego, es muy probable que la relación padres-hijo empeore debido a la conducta del niño, pero no a un nivel estadísticamente significativo. Los efectos beneficiosos palpables empiezan entre las sesiones 8 y 10, y a partir de la sesión número 11 los resultados tienen significancia estadística.

Evaluación y planeación del tratamiento

Rogers (1957) cuestionó el valor del diagnóstico como condición previa necesaria para la psicoterapia. Sin embargo, en esta época de rendición de cuentas y de pagos por parte de terceros, identificar los asuntos conductuales y articular un plan para conseguir resultados previstos constituyen la práctica estándar de los tratamientos de salud conductual. Los niños, sobre todo los menores de 11 años, se evalúan primordialmente por medio de información proporcionada por los padres, cuidadores y maestros. Los resultados suelen ser los que los adultos desean, pero no los niños.

Los terapeutas que practican la TJCN saben que los niños difieren de los adultos por los múltiples cambios que experimentan a nivel físico, mental y emocional conforme avanza su crecimiento y desarrollo natural. Ellos están en proceso de aprender a lidiar, adaptarse y relacionarse con otros y con el mundo que los rodea. Además, los niños maduran a su propio ritmo, y lo que se considera “normal” en ellos, en realidad, se ubica dentro de un amplio rango de conductas y capacidades. Cualquier diagnóstico de trastorno mental debe considerar el funcionamiento del niño en casa, con la familia, en la escuela y con sus pares, así como su edad y síntomas.

Los problemas más comunes en la infancia son ansiedad, déficit de atención y conducta hiperactiva, problemas generalizados del desarrollo, conductas inusuales asociadas con el peso y, o la comida, enuresis y encopresis, problemas con el almacenamiento y procesamiento de información, así como en la relación de pensamientos, ideas y tics (movimientos y sonidos repetidos, súbitos, involuntarios y con frecuencia carentes de sentido). En los adolescentes, se presentan con más frecuencia adicciones, cambios del estado de ánimo inusuales con altibajos de episodios de manía y depresión, y (con menor frecuencia) esquizofrenia de inicio temprano. Comprender cómo se agrupan las conductas típicas de cada uno de estos problemas puede ayudar al terapeuta de juego a tener una mejor comunicación con cuidadores, maestros y otros profesionales a medida que trabaja con el niño. Además, el *Diagnostic and Statistical Manual V (Manual diagnóstico y estadístico-5)* de la *American Psychological Association (APA)* asigna un nombre y un código a estos grupos de conductas para facilitar la comunicación con una tercera parte que paga el tratamiento cuando es el caso.

Independientemente de que el terapeuta trabaje en un escenario en el que es necesario establecer una categoría diagnóstica o no, la evaluación inicial de las conductas problemáticas guía el curso del tratamiento. El plan articula las conductas negativas específicas que al adulto o adultos que llevan al niño les gustaría que se redujeran o desaparecieran, con las conductas positivas específicas que les gustaría que se desarrollaran o aumentaran. No es necesario, ni siquiera recomendable, que estos cambios en la conducta del niño se manifiesten en presencia del terapeuta. De hecho, las conductas que ocasionan preocupación a los adultos pueden ser sólo síntomas. Desde la perspectiva de la TJCN, los temas que el niño exhibe constituyen el verdadero motor de la terapia; sin embargo, la meta es la misma para todos los niños. Al experimentar el poder de autodirección en una situación segura, sin ser juzgado, el niño puede desarrollar un sentido de control y depender menos de las conductas negativas para satisfacer la necesidad de atención (Landreth, 2012). Teniendo la oportunidad de expresarse con

libertad, los niños encuentran soluciones y resuelven sus dificultades emocionales por sí mismos con ayuda de las experiencias de juego y su relación con el terapeuta.

La TJCN se enfoca en la persona del niño más que en sus problemas. Hace hincapié en facilitar los esfuerzos del niño para volverse una persona más adecuada al enfrentarse a problemas actuales y futuros que puedan afectar su vida. Los amplios objetivos terapéuticos de la TJCN consisten en ayudar al niño a:

- Desarrollar un autoconcepto más positivo.
- Asumir mayor responsabilidad de sí mismo.
- Hacerse más autodirectivo.
- Aceptarse más a sí mismo
- Ser más independiente.
- Tomar decisiones con más autodeterminación.
- Experimentar el sentimiento de control.
- Sensibilizarse al proceso de afrontamiento.
- Desarrollar una fuente interna de evaluación.
- Confiar más en sí mismo (Landreth, 2012, pp. 84-85).

Etapas del tratamiento

Hendricks (1971) y Withee (1975) realizaron dos estudios importantes que ilustran los patrones del proceso de la TJCN (citados en Landreth, 2012). La fase inicial de la terapia, que consiste en las primeras sesiones, se caracteriza por la presencia de altos niveles de ansiedad, juego exploratorio y el establecimiento de la relación entre el niño y el terapeuta. “El terapeuta comienza donde el niño realmente está y aborda de manera directa e inmediata sus sentimientos más que los síntomas o problemas” (Moustakas, 1959, p. 4). La segunda fase, que dura entre cuatro y seis sesiones, a menudo se caracteriza por el aumento del juego agresivo. Conforme éste disminuye, aumenta el juego creativo y relacional. Durante la tercera fase, predomina la expresión de felicidad y el niño empieza a compartir información más personal sobre sí mismo y su familia. A menudo se puede distinguir una cuarta fase caracterizada por la expresión de un rango más amplio de emociones tanto positivas como negativas. El juego relacional sigue siendo común. En la fase final del tratamiento, el centro de atención cambia de los problemas hacia el proceso de despedida.

Nordling y Guerney (1999) refirieron cuatro etapas típicas de la terapia de juego centrada en el niño, que son parecidas aunque no idénticas a las descritas por Hendricks (1971) y Withee (1975): calentamiento, agresión, regresión y dominio de habilidades. En la primera etapa, los autores observaron la formación de una relación de trabajo terapéutico, la comprensión de los papeles del niño y el terapeuta, y sentimientos de seguridad y protección.

Describieron las etapas de agresión y regresión como parte del periodo de trabajo de la terapia. Durante la etapa de agresión, los niños tienden a ejercer control sobre los demás, pero también aceptan los límites que se les plantean. El juego incluye la expresión de tendencias o pensamientos agresivos a través de las acciones o los personajes. La etapa de regresión incluye conductas relacionadas con el apego y los cuidados, y con frecuencia se observan regresiones en los niños donde juegan a un nivel de desarrollo más temprano. Durante la etapa de dominio de habilidades, con frecuencia los niños eligen juegos de competencia o de dominio de alguna habilidad. De acuerdo con Nordling y Guerny (1999), esto les ofrece la oportunidad de integrar sus adquisiciones en su estructura de personalidad.

En la TJCN, del mismo modo en que el niño dirige el juego a lo largo de todo el tratamiento, el terapeuta de juego observa en el niño las señales del cambio como punto de referencia para programar la conclusión del tratamiento (Landreth, 2012). Rogers (1961) describió a la persona sana, que funciona bien, como aquella que tiene una perspectiva más realista de sí misma y se valora más. La persona sana tiene confianza en sí misma, es autodirectiva y puede afrontar los problemas de su vida. Las características descritas por Rogers pueden encontrarse en las siguientes conductas de los niños que se encuentran en terapia de juego:

- El niño es menos dependiente.
- El niño está menos confundido.
- El niño expresa abiertamente sus necesidades.
- El niño puede enfocarse en sí mismo.
- El niño acepta la responsabilidad de sus propias acciones y sentimientos.
- El niño limita su conducta de manera adecuada.
- El niño se autodirige.
- El niño es más flexible.
- El niño es más tolerante frente a los sucesos externos.
- El niño inicia actividades con seguridad.
- El niño colabora, pero no es conformista.
- El niño expresa su enojo de manera apropiada.
- El niño pasó de los afectos negativos/tristes a los felices/placenteros.
- El niño se acepta más.
- El niño puede representar en su juego secuencias de historias; el juego tiene una dirección (Landreth, 2012, pp. 358-359).

Estrategias de tratamiento

El hecho de dar la libertad, el derecho de elegir y el respeto a sus decisiones no significa que el terapeuta es un observador pasivo en las sesiones. Crear una atmósfera en la que

los niños puedan trabajar distintas cuestiones y ayudarlos a descubrir su capacidad de hacerlo demanda una participación activa e intensa de parte del terapeuta en cada sesión. Los niños eligen sobre qué versará su juego, los materiales que utilizarán y el modo en que lo harán, mientras que el terapeuta desarrolla una relación cercana de confianza en la que refleja las acciones del juego, los sentimientos que lo acompañan y las verbalizaciones, cuando las hay. Esta función de espejo “no incluye hacer elogios, interpretaciones de las motivaciones subyacentes, ni dar la solución de los problemas o tratar de superar las defensas mentales de los niños” (Wilson y Ryan, 2006, p. 22). En cambio, el terapeuta manifiesta una consideración positiva incondicional hacia el niño en el cuarto de juego. Aunque el afecto pueda ser incondicional, también se establecen límites terapéuticos, lo cual contribuye a que tanto el niño como el terapeuta se sientan seguros a nivel físico y emocional.

Identificar estrategias de tratamiento para cada niño es incongruente con la teoría y los objetivos de la TJCN, pues su interés principal está enfocado en construir una relación con el niño.

Para ello, el terapeuta debe contar con habilidades terapéuticas específicas que contribuyen a este objetivo: rastreo, reflejo del contenido, reflejo de sentimientos y establecimiento de límites. Estas mismas habilidades se emplean en la TJCN grupal y se enseñan a los cuidadores en la terapia de la relación padres-hijo (TRPH).

Rastreo

El rastreo sigue el camino del niño. Para hacerlo, el terapeuta describe en voz alta lo que el niño hace (sus acciones) y repite las palabras que pronuncia. Repetir las palabras del niño suele denominarse **reflejar**. Esto puede ser incómodo y molesto; sin embargo, para los niños pequeños, que tienden a ser egocéntricos, la atención de un adulto es como un regalo. El rastreo hace saber al niño que el terapeuta está metido por completo en el juego y observa todo lo que él hace y escucha todo lo que él dice. El niño no tiene que interrumpir su juego para verificar que el terapeuta entiende el propósito y la dirección del juego. Si el terapeuta dice algo equivocado, es bastante probable que el niño se lo señale.

Reflejo del contenido

Mientras que el rastreo asegura al niño que el terapeuta está presente, lo ve y lo escucha, el reflejo del contenido verbal transmite la aceptación y la comprensión por parte del terapeuta. Éste resume o parafrasea y devuelve el reflejo de las interacciones verbales del niño durante la sesión de juego. “Reflejar el contenido valida la percepción de niño de su experiencia y le ayuda a clarificar su comprensión de sí mismo” (Landreth, 2012, p. 218).

Reflejo de sentimientos

La capacidad de reconocer y reflejar de manera adecuada los sentimientos es esencial para ayudar a los niños a aceptar toda la gama de emociones que pueden surgir en la terapia de juego. En la medida en que sus sentimientos son reconocidos y aceptados, los niños pueden expresarlos de manera más abierta. El reflejo de sentimientos valida al niño y promueve la confianza en sí mismo (Landreth, 2012). Aunque el reflejo de sentimientos puede parecer sencillo, puede ser muy difícil ponerlo en práctica, pues el terapeuta puede distraerse con el juego y olvidar mirar la cara del niño y leer la frustración, el enojo, la felicidad o el orgullo. El terapeuta puede encontrar que la expresión de sentimientos del niño es dolorosa o excesiva y, por ello, intentar disuadirlo de sentirse de ese modo. Entonces, el mensaje que recibe el niño es que sus sentimientos son inaceptables y, quizá, malos. La relación terapéutica se consolida cuando el terapeuta comunica aceptación y comprensión. “El niño puede empezar a reconocer su valor interno cuando el terapeuta responde con sensibilidad a la parte interna emocional de su persona aceptando y reflejando sus sentimientos, sean expresados de manera verbal o no verbal” (Landreth, 2012).

Establecimiento de límites

Los niños necesitan límites para sentirse seguros. En cualquier situación grupal es importante que comprendan los límites y sepan que el terapeuta los mantendrá a salvo, no sólo de los demás, sino de sí mismos. Por esa razón, las reglas deben mantenerse al mínimo posible para dejar que los niños sean niños mientras se les ayuda a aprender la autorregulación adecuada. Guerney (2001) describe el establecimiento terapéutico de límites como “la conjunción de estrategias para establecer límites con afirmaciones empáticas acerca del deseo del niño de traspasar los límites” (p. 21).

La combinación, por una parte, de aceptación frente al deseo del niño de romper una de las reglas del cuarto de juego y, por otra, de la firme comunicación del límite por parte del terapeuta, constituye una herramienta terapéutica eficaz.

Landreth y Sweeney (1997) resumieron lo concerniente al establecimiento de límites en general y cómo estos definen también los límites en la relación terapéutica:

- Brindan seguridad al niño tanto a nivel físico como emocional.
- Demuestran que el terapeuta tiene la intención de ofrecer seguridad al niño.
- Anclan la sesión en la realidad.
- Permiten que el terapeuta mantenga una actitud positiva y de aceptación hacia el niño.
- Permiten que el niño exprese sentimientos negativos sin causar daño y sin el miedo concomitante a las represalias.
- Proporcionan estabilidad y consistencia.

- Promueven y mejoran el sentido de responsabilidad de sí mismo y de autocontrol.
- Protegen el cuarto de la terapia.
- Cuidan el mantenimiento de los estándares legales, éticos y profesionales (p. 24).

Cuando un niño se siente frustrado, demasiado exaltado o quiere algo que se encuentra fuera de los límites, la emoción puede ser abrumadora. En parte, el establecimiento de límites adecuados es para ayudar al niño a comprender el impacto de las emociones en la toma de decisiones. Se toma en cuenta el establecimiento de límites al dar indicaciones claras de qué conductas son inaceptables y al dar al niño la oportunidad de elegir.

Landreth (2012) propone tres pasos cuando se requiere establecer límites: 1) reconocer y aceptar los sentimientos, deseos y aspiraciones del niño, 2) comunicar el límite y 3) Indicar cuáles son las alternativas aceptables (Landreth, 2012, p. 273).

Terapia de juego grupal centrada en el niño

La terapia de juego grupal centrada en el niño facilita el establecimiento de la relación terapéutica, la expresión de emociones y el desarrollo de la introspección. Ofrece oportunidades para la prueba de realidad y la expresión de sentimientos y necesidades de maneras más aceptables (Sweeney y Homeyer, 1999). El proceso de esta terapia es parecido al de la TJCN; sin embargo, el terapeuta grupal debe tener una alta tolerancia al desorden y el ruido, y debe ser capaz de manejar el caos frecuente. En varios aspectos, parece un conjunto de sesiones individuales simultáneas en tanto los miembros tienen la libertad de elegir entre el juego solitario, en paralelo o compartido. Las respuestas terapéuticas no son molestas y, por lo general, incluyen el nombre del niño para que el grupo sepa a quien están dirigidas. El terapeuta mantiene el equilibrio en las respuestas del grupo y evita convertir a un solo miembro en el centro de atención.

La oportunidad de que los niños se conecten con otros de una manera recíproca conduce a un aumento de la capacidad de redirigir su conducta de un modo más adecuado en el contexto interpersonal, de modo que se fortalezcan. Jugando con sus pares, los niños desarrollan habilidades para ver desde la perspectiva de otra persona, cooperar, ayudar y compartir, así como a resolver problemas (Sawyers y Rogers, 1988). Ponen en práctica conductas para seguir y guiar a otros, necesarias para llevarse bien con los adultos. Estas experiencias ayudan a los niños a pensar en su mundo social y comprenderse a sí mismos.

En los grupos terapéuticos, los límites y su establecimiento son una experiencia única, pues no sólo es el terapeuta quien los establece, sino los propios miembros del grupo (Sweeney y Homeyer, 1999). El terapeuta de grupo mantiene los límites mínimos, pero suficientes, sin tomar el control de la sesión. En la medida en que se abordan las inquietudes en torno a la seguridad física y emocional, el terapeuta permite que los niños trabajen sus conflictos por sí mismos.

La inclusión de temas multiculturales en la consejería grupal puede complicar la situación. Si el grupo es heterogéneo, el terapeuta tiene que ser especialmente sensible a las reacciones, necesidades y diferencias entre los niños (Glover, 1999). No sólo el

terapeuta tiene que reconocer las diferencias como fortalezas, sino que a veces es necesario dar cierta instrucción a los miembros del grupo. Sólo se puede obtener ventajas de las oportunidades para establecer límites frente a conductas inadecuadas entre los niños debidas a malos entendidos relacionados con las diferencias culturales si el terapeuta está consciente de su impacto. Si el grupo consta de miembros de una sola cultura, pero es diferente a la del terapeuta, éste tiene la oportunidad de aprender de ellos.

Trabajo con los padres

Los niños no llegan solos a terapia. Los padres o cuidadores que tienen una relación íntima con el niño lo acompañan. Lo más seguro es que el niño no decidiría ir a terapia si un adulto no lo hubiera llevado. Por lo tanto, el terapeuta tiene que interactuar en cierta medida con los adultos en relación con la vida de sus jóvenes clientes. Terapia puede ser un concepto intimidante para los cuidadores. Corresponde al terapeuta la tarea de explicarles el proceso de una manera comprensible. También es útil que ellos conozcan las necesidades de desarrollo de los niños y cómo la terapia puede ser una intervención positiva cuando el desarrollo no progresa con normalidad.

El papel del cuidador en la terapia consiste en apoyar el proceso terapéutico llevando al niño a todas sus citas con puntualidad y manteniendo una comunicación abierta y clara con el terapeuta. Si el cuidador está consciente del proceso terapéutico y lo comprende y si el terapeuta lo mantiene informado del progreso o su falta, adquirirá confianza en la terapia. Además, el cuidador, por lo general, es la mejor fuente de información acerca de cualquier cambio que ocurra fuera de las sesiones.

Es difícil medir el verdadero progreso en la situación “artificial” de la terapia de juego. La verdadera prueba es la conducta del niño en el mundo real, el hogar y la escuela. En este aspecto, el cuidador puede aportar retroalimentación sobre los progresos o su falta. A veces, sin darse cuenta, ha apoyado una conducta que se volvió incómoda. Las consultas con el cuidador ofrecen una oportunidad para que el terapeuta proponga nuevas estrategias para tratar al niño en casa o para corregir la conducta.

Las consultas también constituyen una oportunidad para que el terapeuta transmita a los cuidadores y otros adultos que se ocupan del niño la importancia del juego como parte esencial del proceso terapéutico. Para los niños de 18 meses a 10 años, la terapia de juego es una modalidad adecuada a su nivel de desarrollo; sin embargo, emplear el juego para facilitar el cambio positivo en el niño puede ser un tema controvertido para los cuidadores. Estos no necesariamente ven el valor del juego o su papel para alcanzar conductas y emociones sanas. Puede parecerles simple diversión.

El terapeuta de juego puede ayudar a los cuidadores a comprender que los niños pequeños no tienen la capacidad cognitiva para hablar sobre las cosas que interfieren en sus vidas. Landreth (2012) señaló en varias ocasiones que “los juguetes son como palabras para los niños, y el juego es su lenguaje” (p. 16).

Ofrecer la experiencia de juego en compañía de un terapeuta entrenado, afectuoso y dispuesto a aceptarlo, permite que el niño exprese cosas que no es capaz de expresar en

palabras:

El juego es el lenguaje simbólico con que se expresa el niño y puede revelar a) lo que el niño ha experimentado, b) la reacción frente a lo experimentado, c) sentimientos en relación con lo experimentado, d) lo que el niño desea, quiere o necesita y e) la percepción de sí mismo. (Landreth, 2012, p. 14)

Además, Sawyers y Rogers (1988) formularon diversos argumentos en favor de la importancia del juego que se pueden compartir con los padres para ayudarles a entender y apoyar esta modalidad terapéutica.

El juego brinda una oportunidad para que los niños practiquen nuevas habilidades cognitivas, socioemocionales y físicas. A medida que adquieren dominio de estas habilidades, pueden usarlas en otras situaciones. El juego ofrece numerosas oportunidades para que los niños actúen sobre los objetos y experimenten los eventos. Cada experiencia contribuye a la comprensión del mundo. El juego hace posible que el niño utilice sus experiencias reales para organizar conceptos acerca de cómo funciona el mundo. Reduce la tensión que con frecuencia aparece junto con la obligación de lograr o aprender algo. En el juego, los adultos no interfieren, por lo que los niños se relajan. El juego es un desafío, pero sin amenaza de castigo por las equivocaciones. Los niños expresan y trabajan aspectos emocionales de las experiencias cotidianas y de los eventos atemorizantes, sobre todo cuando se trata de juego dramático. (p. 3-5)

Los cuidadores también pueden participar como agentes directos terapéuticos para sus niños empleando las habilidades básicas de la TJCN a través del enfoque llamado **terapia filial**. Los Drs. Bernard y Louise Guerney desarrollaron esta terapia en la década de 1960 como método alternativo para tratar a niños pequeños con problemas emocionales y conductuales; en este método, los cuidadores crean una relación más sólida y terapéutica con sus hijos (Guerney, 1964). Aprovechando el vínculo emocional que existe de manera natural entre padres e hijos, los profesionales pueden empoderar más a los padres enseñándoles técnicas psicoterapéuticas básicas (Authier, Gustafson, Guerney y Kasdorf, 1975). Combinar un grupo de apoyo con instrucciones didácticas promueve un proceso dinámico que coloca al entrenamiento en terapia final en un lugar aparte respecto de otros programas de entrenamiento dirigidos a padres (Ginsberg, 1976). Por medio del entrenamiento de la terapia filial, los cuidadores aprenden a ser fuerzas constructivas para lograr cambios en la conducta y las actitudes de sus niños practicando los principios básicos de la terapia de juego centrada en el niño en sesiones semanales de juego (Guerney, 1982). El entrenamiento de la terapia filial se centra en la relación padres-hijo prestando atención a la parte de la relación que corresponde a los padres (Landreth, 2012).

Basándose en el modelo de Guerney, Landreth (2012) desarrolló un formato de entrenamiento para padres más condensado, de sólo 10 sesiones. Este nuevo modelo refinado y formalizado se denomina terapia de la relación padres-hijo (TRPH) (Landreth y Bratton, 2006), pero conserva la misma filosofía subyacente y el formato de entrenamiento grupal, tal como los Guerney diseñaron el entrenamiento original de la terapia filial. Los cuidadores asisten a un entrenamiento de 10 sesiones sobre los principios y habilidades de la terapia centrada en el niño. Después de las primeras tres

sesiones, los cuidadores llevan a cabo sesiones de juego especial con el niño en un horario regular en sus casas; durante las siguientes sesiones, el terapeuta los supervisa y el resto del grupo muestra apoyo (Landreth, 2012).

“La TRPH es una modalidad terapéutica que se ha estudiado bien; se han llevado a cabo más de 40 estudios controlados que han contado con la participación de más de 1 000 profesionales (padres primordialmente)” (Landreth, 2012, p. 375). Esta terapia ha producido de manera consistente mejoras significativas en las relaciones padres-hijos; las mediciones señalan niveles superiores de respuestas empáticas y de aceptación por parte de los padres, y niveles inferiores de estrés en estos. Además, los cuidadores que participaron en la TRPH con frecuencia reportaron cambios positivos significativos en la conducta de los niños.

Estos hallazgos son producto de investigaciones realizadas sobre diversos temas y en distintas culturas, incluyendo familias monoparentales (Bratton y Landreth, 1995), padres no ofensores de niños que han vivido abuso sexual (Costas y Landreth, 1999), padres encarcelados (Harris y Landreth, 1997; Landreth y Lobaugh, 1998), padres adoptivos (Holt, 2011), padres de niños con dificultades de aprendizaje (Kale y Landreth, 1999), niños testigos de violencia doméstica (Kot et al, 1998; Smith y Landreth, 2003), padres de niños con enfermedades crónicas (Tew, Landreth, Joiner y Solt, 2002), padres chinos (Chau y Landreth, 1997; Yuen, Landreth y Baggerly, 2002), padres coreanos (Jang, 2000; Lee y Landreth), padres alemanes (Grskovic y Goetze, 2008), padres israelíes (Kidron y Landreth, 2010), padres americanos nativos (Glover y Landreth, 2000), padres afroamericanos (Sheely-Moore y Bratton, 2010), padres hispanos (Villarreal, 2008; Ceballos y Bratton, 2010).

Ejemplo de caso

William es un niño de 8 años de edad con inteligencia promedio; fue enviado a terapia debido a su conducta agresiva y retardada frente a los adultos, sobre todo su madre. Cuando no conseguía lo que quería de su madre, amenazaba con lastimarse y realizaba conductas peligrosas. Al final de la primera sesión, William ilustró gráficamente estas situaciones; después de establecer un límite acerca de no llevarse los juguetes fuera del cuarto de juego, salió corriendo, subió las escaleras y se deslizó por el barandal gritando que su mamá no lo amaba y que ella debería rezar para que él no se fuera al infierno cuando su cráneo se estrellara en el piso.

Los padres de William estaban divorciados. Él vivía la mayor parte del tiempo con su madre y se quedaba con su padre cada fin de semana y algunos días festivos y de vacaciones. Había sido diagnosticado con TDAH por su impulsividad y falta de atención, por lo que tomaba Ritalin. También habían intentado con distintos fármacos estimulantes y antidepresivos. Todos estos medicamentos fueron suspendidos porque sus efectos positivos eran inadecuados o porque tenían efectos secundarios negativos.

Al final, después de cinco meses de terapia, cuando William empezó a tomar clases particulares en casa, el Ritalin también fue suspendido.

William fue enviado a terapia de juego por el trabajador social de su escuela. La idea era que la TJCN individual le brindaría un espacio para explorar sus sentimientos negativos y agresivos. Tendría la oportunidad de desarrollar el autocontrol en una relación segura y generalizar la confianza en sí mismo resultante a su ambiente escolar. Las metas generales medibles para este cliente fueron que adquiriera la capacidad de participar en eventos sociales y actividades educativas sin explosiones de enojo e insolencia. También se esperaba que ya no recurriera a las conductas peligrosas como medio para obtener la atención y los castigos de su madre.

Poco después de comenzar la TJCN se hizo una evaluación académica y psicológica para determinar el mejor lugar para William el próximo ciclo escolar. De acuerdo con la evaluación, se concluyó que William tenía dificultades para traducir los estímulos auditivos en una conducta motriz o verbal. Tenía dificultades para seguir instrucciones e indicaciones, sobre todo cuando éstas eran complejas e implicaban múltiples pasos. Mostró una capacidad afectada para inhibir/demorar la respuesta y tenía dificultades para modular sus expresiones emocionales y para tolerar la frustración cotidiana. Los padres decidieron que lo mejor era que William tomara sus clases en casa sin la presencia de otros niños.

Durante las sesiones iniciales de la TJCN, William empleó la mayor parte del tiempo para crear batallas en la caja de arena con caballeros, figuras militares y varios animales. En una sesión, los caballeros, las figuras militares y los dinosaurios, todos querían el tesoro que estaba escondido bajo la arena, cerca de un tronco de árbol y un ataúd. En estas sesiones, el juego fue agresivo, pero planeado de manera cuidadosa. La terapeuta mantuvo una atmósfera de aceptación reflejando los sentimientos y acciones de William, y estableciendo sólo los límites necesarios para la seguridad del niño y de la terapeuta.

En cierto punto, William comentó que la terapeuta podía leer su mente. Ahora el niño podía aceptar los límites; sin embargo, luchaba al final de cada sesión, cuando tenía que irse, escondiéndose debajo de una mesa o agarrando un juguete al salir del cuarto de juego.

En las siguientes sesiones, William empezó a incluir actividades diferentes en su juego. Tocaba el *pouncing bag*, pero no le pegaba de verdad. Usó la pistola de dardos para dispararle al blanco, y chocaba los coches contra la pared. La terapeuta siguió aceptando su juego y estableció límites de seguridad; también le reflejó a William que él quería ver qué tan tanto podía aventar las cosas antes de que se rompieran. Compartió estas respuestas cuando el niño usaba la baqueta del tambor con demasiada fuerza, trataba de quitarle alguna pieza a los juguetes que no estaban diseñados para desarmarse, o golpeaba los juguetes entre sí o contra la pared. En cada ocasión, William negaba tener esa intención. Siguió luchando al final de las sesiones. A veces preguntaba cuánto tiempo tenían otros niños en el cuarto de juego.

Conforme la terapia progresó, la conducta de William en el cuarto de juego cambió. Continuaba con una gran energía, pero la controlaba mucho más. Empezó a buscar señales en las expresiones faciales de la terapeuta. Incluyó más juego de dominio jugar a los bolos o pegarle a una pelota con el bate. Cuando la pelota pasó cerca de los frascos de pintura, William preguntó a la terapeuta si se metería en problemas si se derramaban las pinturas. La terapeuta reflejó su preocupación. William asumió la responsabilidad de su conducta y decidió golpear la pelota en otra dirección. En cierto punto, amenazó a la terapeuta con la pistola de dardos, pero no disparó. Ante el aviso de que quedaban cinco minutos de la sesión, William a menudo respondía que no iba a irse, pero al final se marchaba sin oponer resistencia.

Después de seis meses de terapia, William empezó a incluir agua en el juego con arena, lo que le permitió construir escenas más elaboradas. También construyó escenarios que no tenían nada que ver con batallas. Las sesiones siempre incluían algún tipo de juego agresivo y de dominio de habilidades. En una sesión, William empezó jugando con la pelota y el bate, y luego cambió las pelotas por muñecos de bebé y les pegó por todo el cuarto con el bate. El juego de fantasía se amplió más allá de las batallas. Por ejemplo, más que una batalla, los caballeros participaron en un torneo para cuyos ganadores había premios. Al final de una sesión, William dijo que regresaría la siguiente semana para salvar el mundo. También empezó a verbalizar su enojo por el límite de tiempo de las sesiones. Este enojo se expresaba cuando la terapeuta avisaba que restaban cinco minutos para terminar. William decía “Te odio”, “Eres una estúpida” y “Tú no eres mi jefe.” La terapeuta reflejaba estos sentimientos de enojo y el deseo de William de quedarse más tiempo en el cuarto de juego. Sin embargo, William se marchó sin incidentes al final de todas las sesiones.

Otro cambio ocurrió pocas sesiones después, cuando William por accidente le disparó a la terapeuta con la pistola de dardos y de inmediato se disculpó. En otra ocasión, se mostró disgustado cuando, al llegar a la sesión, se dio cuenta de que la pistola de dardos estaba rota. Le dijo a la terapeuta que no debía dejar que otros niños jugaran con la pistola si la iban a romper. La terapeuta le reflejó su frustración y le comentó que los juguetes a veces se rompen. William dijo que cuando él rompió un juguete, pudo arreglarlo. Para la terapeuta, esto fue una señal de que el niño reconocía hasta cierto punto la responsabilidad, aunque aún no aceptaba por completo que su conducta podía tener consecuencias irreversibles.

En la sesión final, William estaba muy enojado con la terapeuta, porque ella le había dicho a su padre que sería mejor restringir las películas que le permitía ver, en especial las de violencia, así como los videojuegos en general. William le dijo que no se metiera en eso. La terapeuta respondió que se daba cuenta de que estaba muy enojado, pero que sus padres seguirían tomando decisiones como esas por algún tiempo.

La madre de William no tenía habilidades eficaces para establecer límites. No era muy estructurada y, con frecuencia hacía esperar a William mientras hablaba de su mala conducta con la terapeuta frente a él. En vez de asumir la responsabilidad de

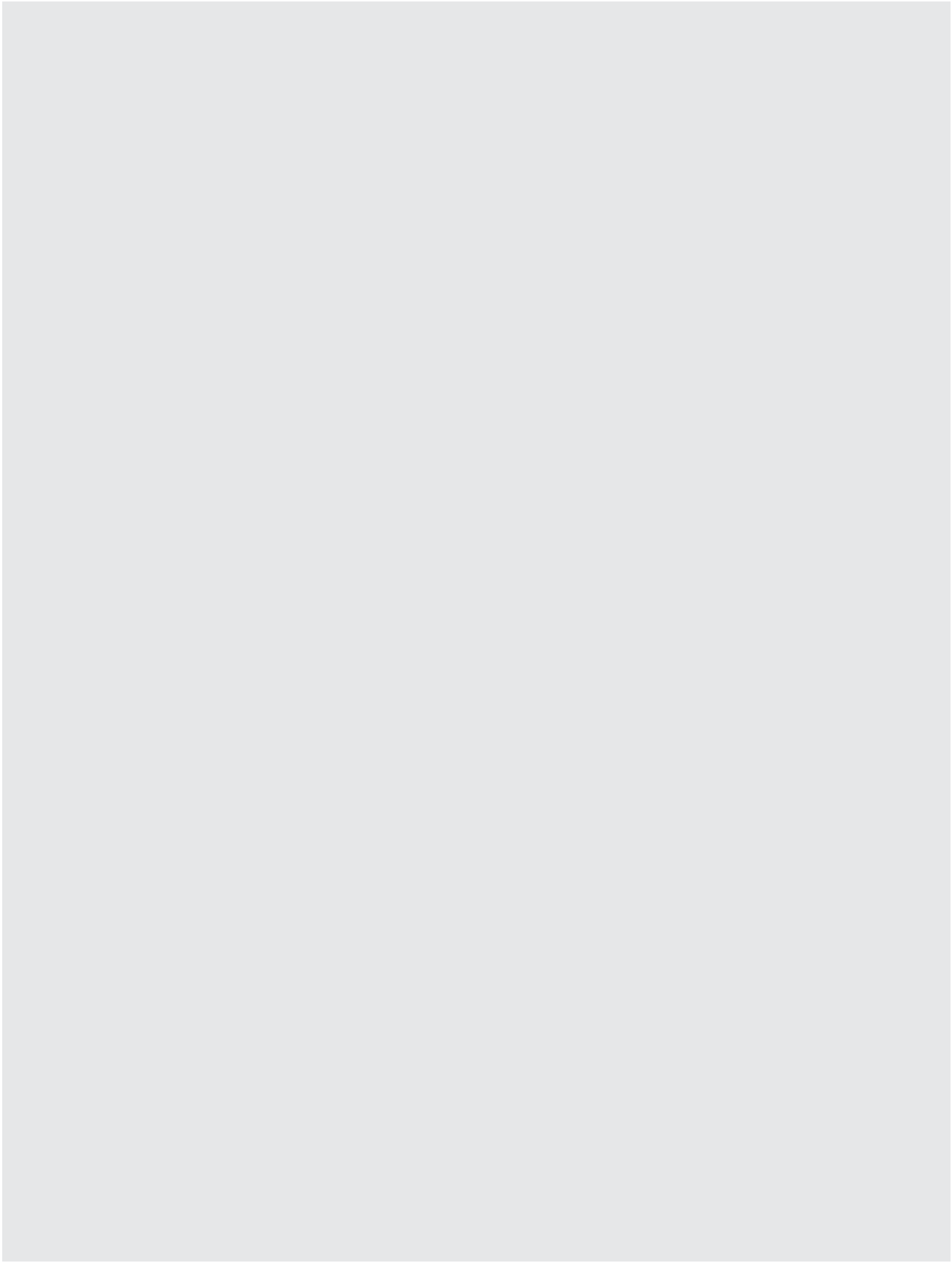
establecer los límites adecuados, la madre solicitaba ayuda a otros adultos cercanos a William. En varias ocasiones, había solicitado a la terapeuta que se reuniera con ella y William para decirle al niño que dejara de lastimarla, se comportara mejor y cooperara. La terapeuta le regresaba esa responsabilidad a la madre y la impulsaba a usar el reforzamiento positivo y la estructuración, los cuales funcionaban mejor con William en comparación con el castigo y la culpa. Lamentablemente, esta táctica no funcionaba con el profesor particular en las clases en casa, por lo cual éste se volvió más punitivo y estricto para disciplinarlo antes las transgresiones que la madre informaba junto con cualquier otra conducta inadecuada en la escuela. Esta situación socavaba la relación positiva que William había desarrollado con el profesor; en consecuencia, William dijo que no le gustaba la escuela y se volvió más renuente a cooperar con el profesor particular. También hacía movimientos simulando que se ponía una cuerda alrededor del cuello para suicidarse.

En las consultas con la madre, la terapeuta le sugirió llevar ella misma a William a la escuela y que no hablara con el profesor. También la alentaba para que no recurriera al profesor particular para establecer límites en la conducta del niño dirigida a ella.

La incapacidad de la madre para establecer límites adecuados dio por resultado una discusión y un cambio en las condiciones de vida del niño. Al final de la terapia, William había empezado a vivir principalmente con su padre, y se quedaba con su madre los fines de semana. Él se sentía triste con este cambio, porque su papá era más estricto y él extrañaba a su mamá. Pero concluyó que estaría bien en esta nueva situación.

Aunque William siguió teniendo dificultades con la agresión y la falta de autocontrol, hizo excelentes progresos en la TJCN. Los episodios de arrebatos violentos y agresivos continuaron, pero con mucha menor frecuencia. Podía participar en eventos sociales y actividades educativas sin arranques de enojo e insolencia. La lucha de poder con su madre continuó, por lo que William pasaba más tiempo con su padre, quien podía ofrecer la estructura consistente que el niño necesitaba. Se esperaba que, pasando menos tiempo con su madre, William valoraría más el tiempo que pasara con ella y que tendría la capacidad para mantener su conducta por un periodo más corto. Además, se esperaba que la madre tuviera mayor capacidad para establecer límites firmes también por periodos más cortos.

William tenía dificultades graves en su vida, que tal vez tenían su origen en factores biológicos agravados por la incapacidad materna de ofrecer una estructura consistente y establecer límites firmes. La TJCN dio a William un espacio seguro donde pudo poner a prueba los límites física y verbalmente, y donde pudo estar con un adulto afectuoso que le ofreció la oportunidad de tomar sus propias decisiones. En el cuarto de juego se podían manifestar enojo, groserías, maldad y odio sin temor a represalias. A medida que William experimentó la aceptación y la comprensión de parte de la terapeuta, disminuyó su necesidad de dominar a los demás por medio de su agresión sin control.



INVESTIGACIÓN

La terapia de juego centrada en el niño es el modelo teórico del campo de la terapia de juego que más se ha investigado de manera minuciosa, y los resultados son inequívocos en cuanto a la eficacia de este enfoque con numerosos problemas infantiles y escenarios con límites de tiempo, incluyendo la terapia de juego intensiva y de corto plazo (Landreth, 2012). Esta terapia se ha enfocado en el proceso de ser y convertirse en persona, y así lo continuará haciendo.

Hasta el día de hoy, el trabajo de investigación más amplio acerca de la TJCN es el de Ray (2008). Ella analizó estadísticamente datos de archivo de 202 niños de 2 a 13 años de edad, que recibieron atención en un periodo de 9 años en la clínica de consejería de una universidad. Estos niños participaron en TJCN individual en sesiones semanales. Los niños se asignaron a distintos grupos de datos de acuerdo con los problemas que presentaban y la duración de la terapia como variable independiente, y el estrés en la relación padres-hijo como variable dependiente. La TJCN logró efectos estadísticamente significativos en casos de problemas externalizados, problemas externalizados e internalizados juntos, y problemas no clínicos (relaciones con los padres). Los resultados también indicaron que los efectos de la TJCN aumentaron junto con el número de sesiones y alcanzaron significancia estadística entre las sesiones 11 y 18, donde se observaron tamaños grandes del efecto.

LeBlanc y Ritchie (2001) realizaron un metaanálisis de 42 estudios controlados sobre terapia de juego que se llevaron a cabo entre 1950 y 1966, en 20 de los cuales se utilizó la terapia de juego centrada en el niño sin la participación de los cuidadores. En estos estudios, se encontró un promedio del tamaño del efecto de 0.43, que se considera moderado.

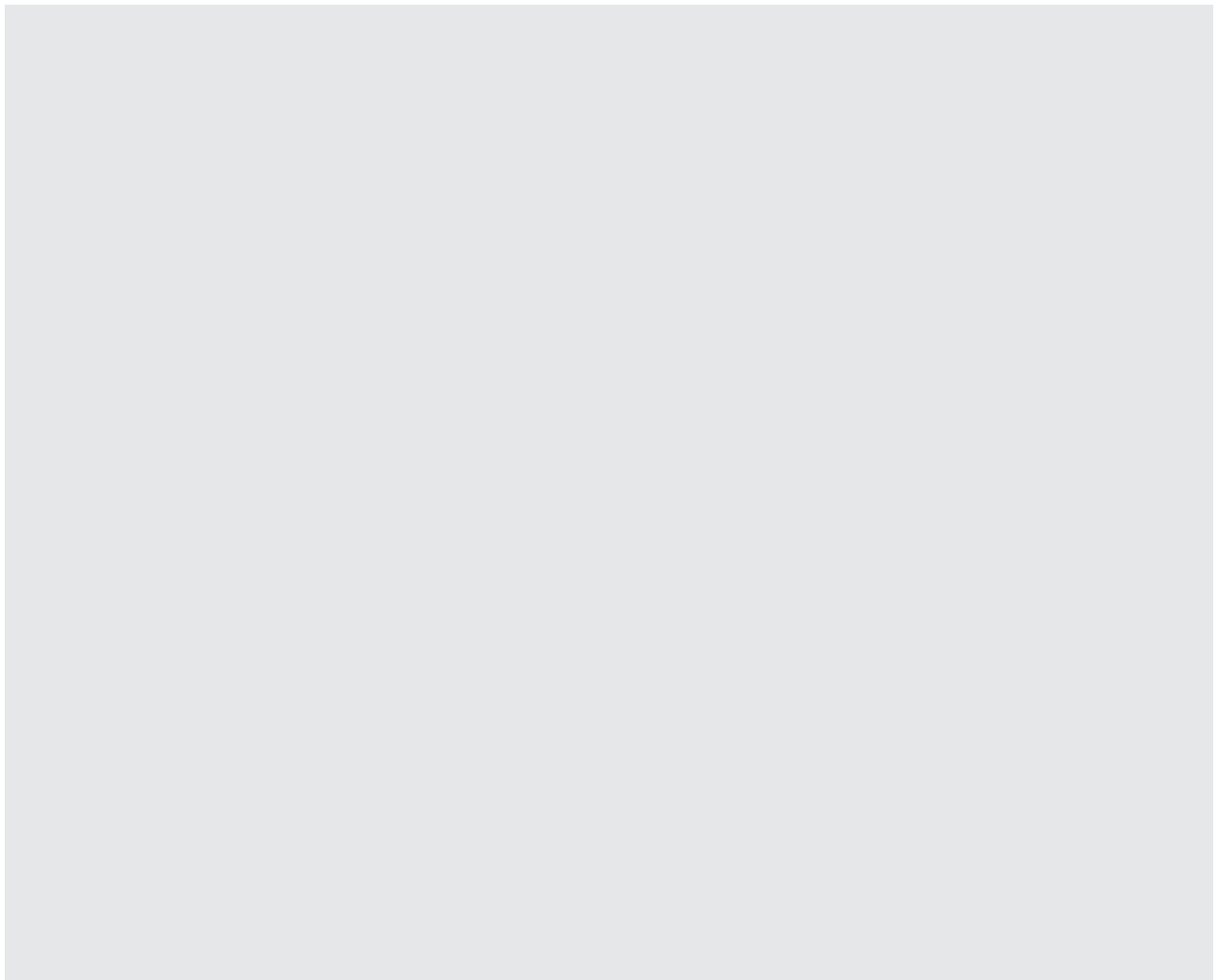
Lin (2011, citado en Landreth, 2012) llevó a cabo otro metaanálisis enfocándose exclusivamente en la eficacia de la TJCN. Revisó 52 estudios controlados que se realizaron entre 1995 y 2010 y que cumplieron con los siguientes criterios: metodología de la TJCN, diseño con grupo control o con comparación de medidas repetidas, evaluación psicométrica estandarizada e informe claro sobre el tamaño del efecto o información suficiente para hacer el cálculo de éste. Los modelos jerárquicos lineales (MJL) proporcionan medios sofisticados en términos estadísticos para tratar con análisis de datos obtenidos de niveles múltiples. Mediante los MJL, Lin estimó un tamaño del efecto global estadísticamente significativo de 0.47 para los 52 estudios reunidos ($p < 0.001$).

Este resultado indica que los niños tratados con TJCN mejoraron en las mediciones previas y posteriores al tratamiento por aproximadamente media desviación estándar más en comparación con los niños que no fueron tratados con TJCN. Esta terapia tuvo un efecto positivo moderado en el estrés en la relación padres-hijo (tamaño del efecto (TE) = 0.60), autoeficacia (TE = 0.53) y problemas de conducta en general (TE = 0.53), y un efecto positivo pequeño en el caso de problemas internalizados (TE = 0.37) y externalizados (TE = 0.334). Lin concluyó que la TJCN puede considerarse una intervención eficaz en salud mental para niños. Su mayor impacto es sobre un amplio espectro de problemas de conducta, autoestima y estrés en la relación

padres-hijo. (citado en Landreth, 2012, p. 383)

En el mismo estudio, Lin (citado en Landreth, 2012) encontró que el origen étnico del niño fue un factor importante en los resultados de la TJCN. En 15 de los estudios elegidos, la mayor parte de los niños fueron caucásicos. Los niños no caucásicos mostraron mejoras sustancialmente mayores que los caucásicos. Lin concluyó que este hallazgo sugiere que los clínicos pueden emplear con confianza la TJCN como un tratamiento sensible a la diversidad cultural.

Numerosos estudios han mostrado que la TJCN es eficaz en diversas culturas: TJCN en contextos escolares con niños hispanos (Garza y Bratton, 2005), entrenamiento de corto plazo en TJCN con consejeros escolares y maestros israelíes (Kagan y Landreth, 2009), terapia de juego grupal con víctimas de terremoto chinas (Shen, 2002), terapia de juego grupal con niños portorriqueños (Trostle, 1988), TJCN breve con niños afroamericanos (Post, 1999), TJCN breve con niños japoneses (Ogawa, 2006), entrenamiento breve en TJCN para profesionales que trabajan con niños kenianos en situación de vulnerabilidad (Hunt, 2006) y TJCN con niños iraníes con problemas internalizados (Bayar, 2008).



CONCLUSIÓN

En diversas investigaciones se ha encontrado que la TJCN es eficaz y adecuada en términos de desarrollo para trabajar con niños que atraviesan por distintos tipos de dificultades. El caso más famoso de la terapia de juego centrada en el niño sigue siendo el que Virginia Axline (1964) presentó como Dibs, niño de cinco años de edad, el niño en busca del yo. Esta historia ha inspirado a incontables personas para convertirse en terapeutas. Dibs se presentaba como un niño que no funcionaba, era hostil y rechazaba a los demás. Su extrema infelicidad y los destellos de marcada inteligencia conmovieron los corazones de sus maestras de preescolar, quienes pidieron a Virginia Axline que desentrañara el misterio. A través de la historia de Dibs, Axline compartió sus argumentos más convincentes sobre la importancia de la confianza, el respeto y la paciencia en la relación terapéutica. “Yo quería que él tomara la iniciativa para crear esta relación” (p. 29). “Todos los niños necesitan tiempo para explorar su mundo a su propio modo” (p. 42). Una vez que la relación se había establecido y Dibs se sentía por completo a salvo en el cuarto de juego, él empezó a expresar su enojo hacia sus padres. En el siguiente ejemplo, manifestó su enojo jugando y fue capaz de formular una solución.

“Antes me daba miedo mi papá”, dijo. “Solía ser muy malo conmigo.”

“¿Antes te daba miedo?”, dije.

“Ahora ya no es malo conmigo”, dijo Dibs. “¡Pero de todos modos voy a castigarlo!”

“Aunque ya no sea malo contigo, ¿de todos modos quieres castigarlo?” Dije.

“Sí”, respondió Dibs. “Lo voy a castigar.” (Axline, 1964, p. 180)

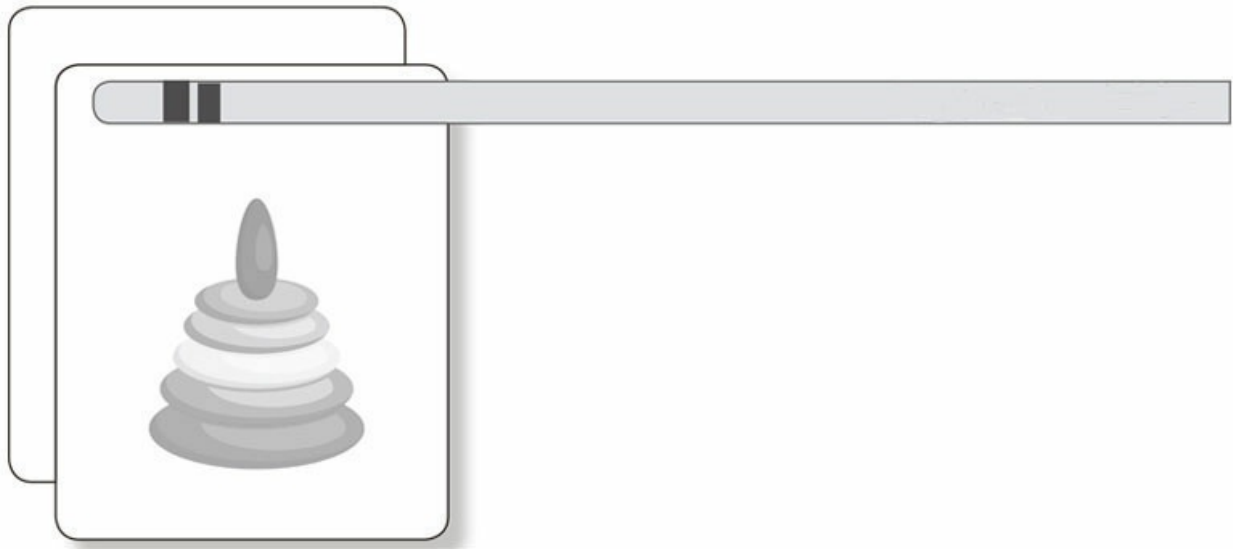
Entonces, Dibs construyó una prisión en la que colocó al muñeco que representaba al papá y lo enterró en la arena. Después, hizo que el muñeco que representaba al niño rescatara al padre, e hizo que éste se disculpara con el hijo por todo lo que le había hecho. A continuación, Dibs dijo con una sonrisa un poco disimulada, “Hoy hablé con papá” (Axline, 1964, p. 181). Al final, un niño pequeño que tuvo la oportunidad de expresar sus pensamientos y emociones en el juego, en presencia de un terapeuta afectuoso que le mostró aceptación, emergió como un niño feliz y capaz.

■ REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Authier, J., Gustafson, K., Guerny, B., & Kasdorf, J. (1975). The psychological practitioner as a teacher: A theoretical-historical and practical review. *Counseling Psychologist*, 5, 31–50.
- Axline, V. M. (1964). *Dibs: In search of self*. New York, NY: Ballentine Books.
- Axline, V. M. (1974). *Play therapy*. New York, NY: Ballantine Books.
- Bayat, M. (2008). Nondirective play therapy for children with internalizing problems. *Journal of Iranian Psychology*, 4(15), 267–276.
- Blanco, P. J., & Ray, D. (2011). Play therapy in the schools: A best practice for improving academic achievement. *Journal of Counseling and Development*, 89(2), 235–242.
- Brandt, M. A. (2001). An investigation of the efficacy of play therapy with young children. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Science*, 61(7), 2603.
- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., & Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22(1), 28–42.
- Bratton, S. C., & Landreth, G. L. (1995). Filial Therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy and stress. *International Journal of Play Therapy*, 4(1), 61–80.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390.
- Ceballos, P., & Bratton, S. C. (2010). School-based child-parent relationship therapy (CPRT) with low-income first-generation immigrant Latino parents: Effects on children's behaviors and parent-child relationship stress. *Psychology in the Schools*, 47(8), 761–775.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Mental health surveillance among children: United States 2005–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(2), 1–35.
- Chau, I. Y., & Landreth, G. L. (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. L. (1999). Filial Therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8(1), 43–66.
- Danger, S., & Landreth, G. L. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 81–102.
- Dougherty, J., & Ray, D. (2007). Differential impact of play therapy on developmental levels of children. *International Journal of Play Therapy*, 16(1), 2–19.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York, NY: Norton.
- Frost, J. L., Wortham, S. S., & Reifel, S. (2008). *Play and child development* (pp. 141–142). New York, NY: Pearson.
- Garza, Y., & Bratton, S. C. (2005). School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 51–79.
- Ginsberg, B. G. (1976). Parents as therapeutic agents: The usefulness of Filial Therapy in a community mental health center. *American Journal of Community Psychology*, 4(1), 47–54.
- Glover, G. (1999). Multicultural considerations in group play therapy. En D. S. Sweeney & L. E. Homeyer (Eds.), *The handbook of group play therapy: How to do it: How it works: Whom it's best for* (pp. 278–295). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Glover, G., & Landreth, G. L. (2000). Filial Therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 57–80.
- Glover, G. J. (2001). Cultural considerations in play therapy. En G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 31–41). Muncie, IN: Accelerated Development.

- Grskovic, J., & Goetze, H. (2008). Short-term Filial Therapy with German mothers: Finding from a controlled study. *International Journal of Play Therapy*, 17(1), 39–51.
- Guerney, B. (1964). Filial Therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 304–310.
- Guerney, B. (1982). Filial Therapy: Description and rationale. En G. L. Landreth (Ed.), *Play therapy, dynamics of the process of counseling with children* (pp. 342–353). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Guerney, L. F. (1983). Play therapy with learning disabled children. En C. E. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 419–435). New York, NY: Wiley.
- Guerney, L. F. (2001). Child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 13–31.
- Harris, Z. L., & Landreth, G. (1997). Filial Therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 53–73.
- Holt, K. (2011). Child-parent relationship therapy with adoptive children and their parents: Effects on child behavior, parent-child relationship stress and parent empathy. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 71, 8.
- 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.
- Kagan, S., & Landreth, G. L. (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. L. (1999). Filial Therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 35–56.
- Kidron, M., & Landreth, G. (2010). 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 witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7(2), 17–36.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session Filial Therapy model*. New York, NY: Routledge.
- Landreth, G. L., & 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. L., & Sweeney, D. S. (1997). Child-centered play therapy. En K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy: Theory and practice* (pp. 17–45). New York, NY: Wiley.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Taylor & Francis.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly*, 14(2), 149–163.
- Lee, M., & Landreth, G. L. (2003). Filial Therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 67–85.
- Moustakas, C. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationship*. Greeley, CO: Carron.
- Moustakas, C. (1981). *Rhythms, rituals and relationship*. Detroit, MI: Harlow Press.
- Nordling, W. J., & Guerney, L. F. (1999). Typical stages in the child-centered play therapy process. *Journal for the Professional Counselor*, 14, 17–23.
- Ogawa, Y. (2006). Effectiveness of child-centered play therapy with Japanese children in the United States. *Dissertation Abstracts International*, 68(26), 158.
- Packman, J., & Bratton, S.C. (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.
- Piaget, J. (1983). Piaget's theory. En P. Mussen (Series Ed.) & W. Kessen (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. History, theory, and methods* (4th ed., pp. 103–126). New York, NY: Wiley.
- Post, P. (1999). Impact of child-centered play therapy on the self-esteem, locus of control, and anxiety of at-risk 4th, 5th, and 6th grade students. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 7–29.
- Ray, D. (2008). Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(2), 165–187.
- Ray, D., Schottelkorb, A., & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), 95–111.

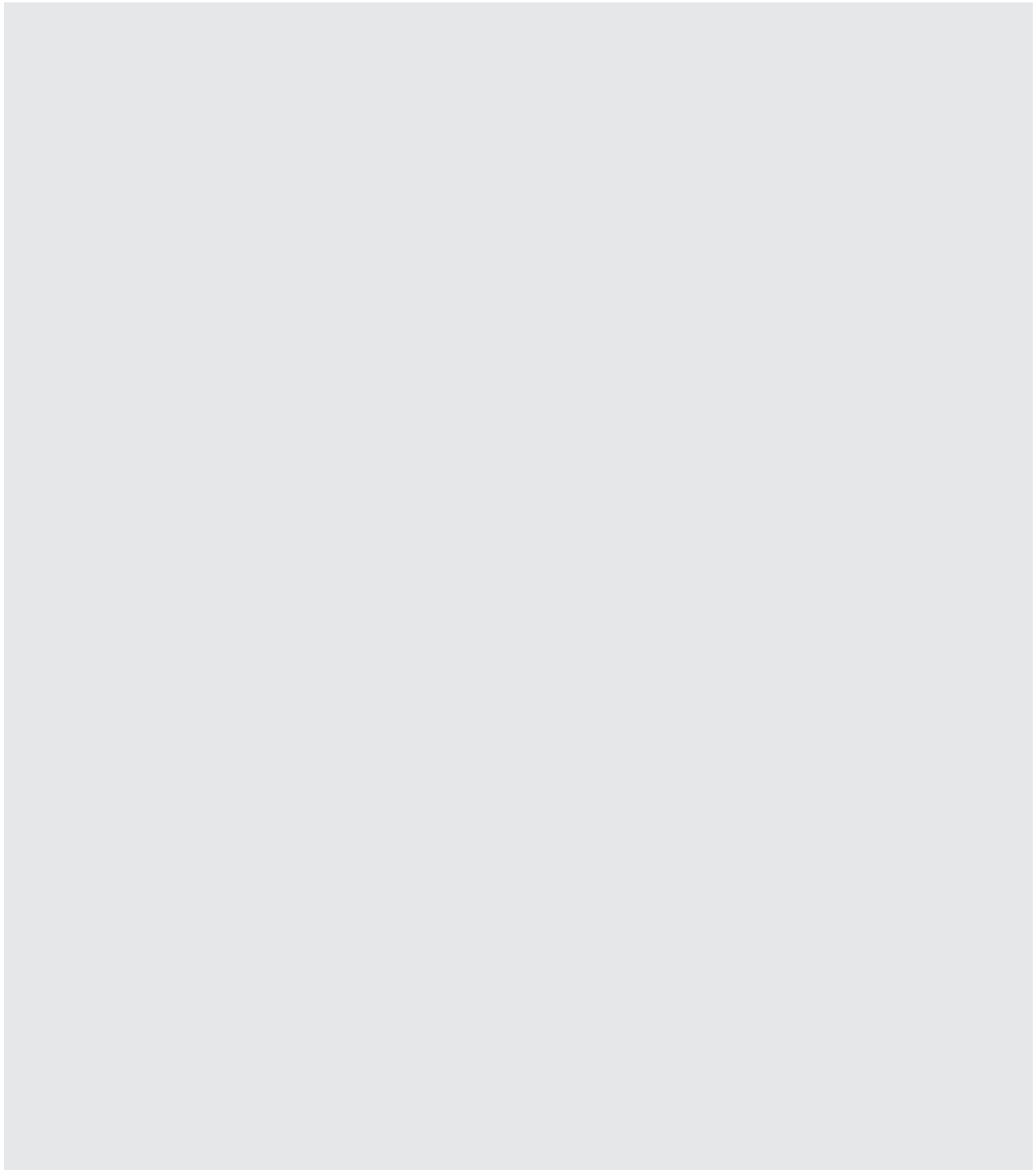
- Rennie, R. L. (2003). A comparison study of the effectiveness of individual and group play therapy in treating kindergarten children with adjustment problems. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Science*, 61(9).
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. New York, NY: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R., & Stevens, B. (2002). *Person to person: The problem of being human*. London, England: Souvenir Press. (Original work published 1967)
- Sawyers, J. K., & Rogers, C. S. (1988). Helping young children develop through play: *A practical guide for parents, caregivers, and teachers*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Sheely-Moore, A., & Bratton, S. C. (2010). A strengths-based parenting intervention with low-income African American families. *Professional School Counseling*, 13(3), 175–183.
- Shen, Y. (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, N., & Landreth, G. L. (2003). Intensive Filial Therapy with child witnesses of domestic violence: A comparing with individual and sibling group play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 67–68.
- Swanson, R. C. (2008). The effect of child-centered play therapy on reading achievement in 2nd graders reading below grade level. *Master Abstracts International: Section A. Humanities and Social Science*, 46(5), 2603.
- Sweeney, D. S., & Homeyer, L. E. (Eds.). (1999). *The handbook of group play therapy: How to do it: How it works: Whom it's best for*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tew, K., Landreth, G. L., Joiner, K. D., & Solt, M. D. (2002). Filial Therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 79–100.
- Trostle, S. (1988). The effects of child-centered group play sessions on social-emotional growth of three- to six-year-old bilingual Puerto Rican children. *Journal of Research on Childhood Education*, 3, 93–106.
- Tsai, M., & Ray, D. (2011). Play therapy outcome prediction: An exploratory study at a university-based clinic. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 94–108.
- Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L., & Giordano, M. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53–83.
- Villarreal, C. E. (2008). School-based child parent relationship therapy (CPRT) with Hispanic parents. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Science*, 69(2).
- Watson, D. (2007). An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of efficacy of play therapy in the school. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Science*, 68(5).
- Wilson, K., & Ryan, V. (2006). *Play therapy: A non-directive approach for children and adolescents* (2nd ed.). Burlington, MA: Baillière Tindall.
- Yuen, T., Landreth, G. L., & Baggerly, J. N. (2002). Filial Therapy with immigrant Chinese families. *International Journal of Play Therapy*, 11(2), 63–90.



Capítulo 6

Terapia de juego cognitivo-conductual

Susan M. Knell¹



TEORÍA

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales, que contempla una interacción entre cognición, emoción, conducta y fisiología (Beck y Emery, 1985). De acuerdo con este modelo, la conducta está mediada por procesos verbales, y las alteraciones emocionales y conductuales se conceptualizan como la expresión de un pensamiento irracional. Las emociones y conductas de una persona están determinadas en gran medida por la manera en que piensa acerca del mundo (Beck, 1967, 1972, 1976). La percepción de los eventos, no los eventos por sí mismos, es lo que determina el modo en que el individuo comprende sus circunstancias. La TCC, desarrollada para adultos, ayuda a identificar y modificar el pensamiento negativo que ocasiona las emociones negativas y las conductas desadaptativas. La TCC ha mostrado su eficacia en numerosos trastornos con niños mayores, adolescentes y adultos.

Las tres premisas más importantes de la TCC son: 1) los pensamientos influyen en las emociones y conductas del individuo que se manifiestan como respuesta a los eventos, 2) las percepciones e interpretaciones de los eventos son moldeadas por las creencias y suposiciones del individuo y 3) los errores de lógica o distorsiones cognitivas predominan en individuos que padecen dificultades psicológicas (Beck, 1976). Tratándose de niños, los errores de lógica se consideran, con mayor precisión, como desadaptativos más que irracionales o distorsionados. Esto es especialmente cierto en niños pequeños, cuyo pensamiento por definición es ilógico, egocéntrico y concreto.

La TCC consta de un conjunto de técnicas que buscan apaciguar los síntomas de dolor psicológico mediante la “modificación directa de la ideación disfuncional que los acompaña” (Bedrosian y Beck, 1980, p. 128). El terapeuta que practica este tratamiento tiene que identificar y encontrar patrones de pensamiento para, luego, cambiar los pensamientos disfuncionales. Con adultos, estos pensamientos se revelan por medio de preguntas focalizadas y una introspección cuidadosa.

Al identificar y modificar los pensamientos desadaptativos asociados con síntomas y conductas disfuncionales, el terapeuta ayuda al individuo a reducir los síntomas y modificar creencias, expectativas y actitudes (Bedrosian y Beck, 1980).

Se entiende que la TCC no se puede emplear en su forma original con niños pequeños. Por lo tanto, la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) es una adaptación de la TCC diseñada para ajustarse en términos de desarrollo a niños preescolares y de los primeros años de escuela. Los niños son activos en el proceso de cambio al ser incluidos en esta terapia, que se basa en la TCC y la terapia de juego.

PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA

Antes de implementar la TJCC, se deben tomar en cuenta las competencias y características del terapeuta, los clientes apropiados y las indicaciones de la TJCC como tratamiento adecuado.

Requisitos, entrenamiento y características del terapeuta

El terapeuta de la TJCC debe tomar cursos y tener entrenamiento clínico y grados en alguna disciplina pertinente (p. ej., psicología, trabajo social, psiquiatría). Debe contar con una cédula profesional (o trabajar bajo la supervisión de un terapeuta con cédula). Los cursos necesarios que debe incluir el programa de posgrado son desarrollo infantil, psicopatología, evaluación, psicoterapia y sistemas familiares.

Los terapeutas que ya cuentan con las competencias para trabajar con niños mayores y adolescentes requieren de un entrenamiento específico y supervisión en terapia de juego y en el trabajo con niños pequeños. Es importante tener dominio de la teoría cognitivo-conductual y su práctica. También es necesario que se sientan cómodos adaptando la TCC a la población infantil y que comprendan a profundidad la literatura sobre la TJCC. La experiencia supervisada debe incluir, de ser posible, observaciones en vivo o de videograbaciones de sesiones reales. Los clínicos deben mantenerse actualizados en la creciente literatura sobre la TJCC. Para ello, pueden recurrir a programas de posgrado, congresos nacionales, asociaciones de terapia de juego, (p. ej., la *Association for Play Therapy*) y programas de educación continua, entre otras alternativas.

Características del cliente

Los estudios de caso con la TJCC han incluido una amplia variedad de poblaciones de niños pequeños (con edades de 3 a 8 años). A la fecha, hay informes publicados sobre tratamientos de niños diagnosticados con ansiedad (Knell y Dasari, 2006, 2009), encopresis (Knell, 1993a; Knell y Moore, 1990), fobias (Dasari y Knell, 2015; Knell, 1993a; Knell y Dasari, 2006), mutismo selectivo (Knell, 1993a, 1993b) y ansiedad por separación (Knell, 1998), y de niños que han vivido experiencias traumáticas (Knell, 2011; Knell y Ruma, 1996; Ruma, 1993). En Knell y Dasari (2011) se pueden consultar los 20 estudios de caso publicados hasta ese momento en los que se emplea la TJCC. Existen varios estudios más que están en proceso de publicación (p. ej., Dasari y Knell, 2015; Knell y Dasar, en prensa). Estos estudios han aportado información sobre los niños que se pueden beneficiar de la TJCC. Sin embargo, en este momento, no hay

investigaciones específicas que respalden el uso de la TJCC con ciertas poblaciones y no con otras.

En los años preescolares, los niños empiezan a aprender más sobre las relaciones de causa y efecto y cómo pueden tener control sobre ciertos aspectos de su ambiente. Muchos estudios de caso disponibles en la actualidad tratan de niños que experimentan situaciones relacionadas con el control (p. ej., control de esfínteres). La TJCC puede ser adecuada para estos niños, porque brinda maneras alternas, más adaptativas, para que ellos adquieran cierto control sobre su ambiente. También es útil con niños ansiosos, deprimidos y temerosos que han vivido alguna experiencia traumática. Desde la perspectiva de la TJCC, muchos de estos niños podrían tener pensamientos desadaptativos relacionados con sus dificultades (p. ej., el niño temeroso que se siente incapaz de enfrentar su miedo, el niño maltratado que siente que fue “su culpa” el abuso que sufrió).

Debido a que la TJCC emplea técnicas psicoeducativas para enseñar habilidades de afrontamiento más adaptativas, las intervenciones tienen sentido para el niño con dificultades conductuales/emocionales, sobre todo cuando se relacionan con pensamientos desadaptativos. Se puede entender que, con frecuencia, es muy difícil determinar cuáles son estos pensamientos. Además, el niño puede experimentar una falta de autoafirmaciones positivas, sin que necesariamente se presenten autoafirmaciones negativas o desadaptativas.

No hay estudios específicos que respalden el uso de la TJCC con niños que presentan déficit/retrasos cognitivos, de desarrollo, emocionales o sociales. Por ejemplo, un terapeuta que trabaja con un niño con déficit en el lenguaje expresivo podría emplear medios no verbales para comunicarse con él. El grado en que la TJCC es adecuada, se determina caso por caso; el terapeuta debe ser flexible para poder individualizar el tratamiento de cada niño.

Aunque no es exclusivo de la TJCC, existen algunos trabajos empíricos con niños pequeños que han tenido experiencias traumáticas. La terapia cognitivo-conductual enfocada en el trauma (TCC-ET; TF-CBT, por sus siglas en inglés; Cohen, Mannarino, Berliner y Deblinger, 2000) fue adaptada por Cavett y Drewes (2012) en una intervención que combinó la TCC-ET con juego. Estos autores presentaron resultados prometedores obtenidos con un niños de 5 años de edad que tuvo un experiencia traumática debida a un desastre natural/inundación y con uno de 7 años, que fue víctima de abuso sexual (Cavett y Drewes, 2012).

Indicaciones y contraindicaciones

La TJCC está contraindicada cuando hay conflictos claros entre el cuidador y el niño que están relacionados con una parentalidad problemática, sobre todo cuando el niño desobedece. Por ejemplo, si la conducta del niño parece deberse a que los padres

refuerzan conductas negativas, entonces cualquier trabajo debe tener como objetivo tratar los temas de parentalidad antes de considerar la TJCC con el niño como modalidad principal de tratamiento. A veces, la TJCC ya no es necesaria si la terapia con el cuidador produce un cambio positivo en la conducta del niño. Si hay psicopatologías graves en la familia, la TJCC puede ser adecuada, pero, por lo general, también se requiere una terapia individual para los padres, terapia de pareja o terapia familiar.

Logística

El espacio físico para la TJCC, así como la logística de la frecuencia, duración, evaluación inicial y planeación del tratamiento, son consideraciones importantes para preparar el trabajo con el niño.

Cuarto de juego, juguetes y materiales

Por lo general, la TJCC se lleva a cabo en un cuarto de juego, aunque se pueden usar otro tipo de espacios. El cuarto de juego debe contar con juguetes, materiales para pintar, títeres, muñecas, carros, bloques y otros materiales. Numerosos terapeutas de juego han escrito sobre el dispositivo del cuarto para la terapia y los tipos de juguetes que debe haber (p. ej., Axline, 1947; Giorano, Landreth y Jones, 2005; Landreth, 2012, O'Connor, 1991). Debido a que se trata de una terapia orientada a metas y directiva, en ocasiones se indica algún juguete o material de juego para un niño en particular. Por ejemplo, algunos niños con encopresis utilizan un contenedor de plástico y simulan que es el excusado, mientras que otros pueden hacerlo mejor con un excusado de juguete que parezca real. El apéndice que aparece al final de este capítulo presenta una lista de materiales de juego recomendados.

En el cuarto de juego, los juguetes deben: a) estar a la vista y ser accesibles para el niño y b) mantenerse en un lugar fijo, de modo que el niño sepa dónde encontrar las cosas en cualquier sesión. El niño debe estar en un espacio seguro y consistente para conservar sus proyectos personales de una sesión a otra.

Es recomendable contar con un cajón con llave para que el niño sepa que se respetará su confidencialidad. Con frecuencia, los niños piden que les aseguren que otros niños no verán ni jugarán con sus proyectos.

La confidencialidad del niño se respeta de varias maneras. Los proyectos que son muy personales (p. ej., los dibujos o libros que crea el niño) deben protegerse de modo que ningún otro niño que esté en el cuarto de juego pueda tocarlo. A veces, no es claro qué se puede considerar dentro de esta categoría. Por ejemplo, si el niño trabaja en un proyecto individualizado, éste debe considerarse personal y, por lo tanto, inaccesible a otros niños. Sin embargo, el niño crea con frecuencia escenarios de la familia en una casa de muñecas, o dispone a los títeres/personas de cierta manera o construye algo con bloques. El niño puede pedir que nadie toque sus creaciones hasta la próxima sesión,

pero el terapeuta no necesariamente tiene que cumplir esta demanda y decir algo como “Sé que en verdad te gustaría que mantuviéramos los muebles y los muñecos de la casa justo como están ahora, para que los encuentres así la próxima vez que vengas. Sin embargo, como sabes, otros niños vienen al cuarto de juego y lo justo es que ellos también puedan jugar con estas cosas ¿Qué tal si hacemos un diagrama de la ubicación de cada cosa para que podamos acomodarlas igual la próxima semana?” Otra opción sería tomar una fotografía.

Es común encontrar títeres en el cuarto de juego. Hay literatura de los últimos 70 años (p. ej., Bender y Woltmann, 1936) relacionada con el uso de los títeres en la terapia de juego. Los títeres constituyen un medio no amenazante para expresar conflictos y sentimientos. A menudo, el niño siente que es el títere, no él, quien manifiesta los pensamientos y las conductas. Irwin (1991, p. 620) afirmó “Los niños pequeños suelen presentar sus conflictos con una notable claridad y sin disfraces, con lo cual ayudan a establecer el cuadro diagnóstico.” En la TJCC, los animales/títeres de peluche se emplean en la evaluación (Knell y Beck, 2000) y el tratamiento (Knell, 1993a, 1993b, 1994, 1997, 1998, 1999, 2000, 2009a, 2009b; Knell y Dasari, 2006, 2009, 2011, en prensa; Knell y Moore, 1990; Knell y Ruma, 1996, 2003). En otros casos, la animales/títeres de peluche se emplean como medio para implementar intervenciones cognitivas y conductuales específicas a través del modelamiento y, o del *role-playing* (Knell, 2009).

Aunque la terapia de juego suele llevarse a cabo en un cuarto de juego, hay situaciones en las que esto no es posible o no es lo ideal. Por ejemplo, un terapeuta sin cuarto de juego puede tener un consultorio con materiales de juego en una sección por separado. Un ejemplo en el que el cuarto de juego puede no estar indicado es con niños ansiosos o temerosos, a quienes sería mejor tratar en escenarios naturales o en uno que se parezca más a la situaciones que genera ansiedad o miedo. Éste puede ser el caso del niño que se niega a ir a la escuela, quien podría recibir el tratamiento en la escuela o cerca de ella; un niño que tiene miedo de sentarse en el excusado podría recibir el tratamiento en un baño; o con un niño que tiene miedo a los perros, se podría trabajar en un lugar donde haya perros tranquilos (tal vez, terapéuticos).

Frecuencia y duración del tratamiento

Por lo general, las sesiones de la TJCC suelen ser semanales, pero hay mucha flexibilidad en relación con la periodicidad de las reuniones. Cuando las circunstancias indican que sería beneficioso programar sesiones con mayor frecuencia, se debe considerar esta posibilidad, sobre todo durante un periodo especialmente estresante o problemático para el niño o su familia. Sesiones con menor frecuencia (es decir, una cada dos semanas o al mes) no son la mejor opción al principio de la terapia, ya que los niños pequeños suelen beneficiarse de la consistencia y previsibilidad de las sesiones semanales. Cuando se acerca el final de la terapia, es más común que las reuniones sean menos frecuentes, para que, aunque se mantenga el contacto, se reduzca de manera gradual la interacción terapéutica.

La duración de la terapia varía caso por caso. Aunque la TJCC se considera un

tratamiento de corto plazo, esto puede tener diferentes significados en distintos niños. La duración del tratamiento debe determinarse en función del progreso del niño respecto de las metas terapéuticas.

Entrevistas iniciales, evaluación y planeación del tratamiento

Existen diversas maneras de llevar a cabo la evaluación y la planeación del tratamiento. Por lo general, el primer paso es entrevistar a los cuidadores, sin que el niño esté presente. En esta entrevista, el terapeuta reúne información de la historia del niño y los antecedentes del problema, es decir, información sobre el nivel de desarrollo del niño en las áreas cognitiva, emocional, social, de habilidades de solución de problemas, así como la historia del problema actual. A menudo, se pide a los cuidadores que respondan escalas de valoración conductual y formatos de monitoreo como parte de la evaluación.

La observación conductual y el juego diagnóstico son herramientas frecuentes que complementan las medidas estandarizadas. Esto suele incluir la evaluación de las habilidades de juego de niños pequeños, en tanto que la investigación ha mostrado que la terapia de juego es más eficaz con niños que tienen buenas habilidades para el juego de fantasía (Russ, 2004). Se considera que la calidad de este tipo de juego está determinada por a) habilidades cognitivas, como organización, pensamiento divergente y simbolismo; b) habilidades emocionales, como expresión de emociones, comodidad/placer al jugar y regulación emocional; c) habilidades interpersonales/sociales, como empatía y comunicación; y d) habilidades de solución de problemas, como el tipo de acercamiento a los problemas y la capacidad para resolver conflictos. Por lo general, esta evaluación es informal y se lleva a cabo en las sesiones e, incluso, en la sala de espera antes y después de la TJCC. La información proveniente de otros contextos (observación conductual en la escuela, en las estancias infantiles) puede ser valiosa. Aunque hay medidas prometedoras, ningún instrumento cuenta hasta ahora con un respaldo empírico consistente.

En general, la mayor parte de las evaluaciones se han validado para emplearse con niños en edad escolar. Por lo tanto, no se usan con la misma frecuencia en casos de niños preescolares. Esto también se aplica a los formatos de automonitoreo que el niño llena, pues está más allá de las posibilidades de la mayoría de los niños preescolares. Los cuidadores pueden responder (en relación con su percepción del niño) o ayudar al niño a responder medidas sencillas de rastreo, como el termómetro del miedo. Con esta prueba, el niño puede cuantificar sus miedos en un formato concreto y comprensible (0 = no tengo miedo y 10 = tengo muchísimo miedo). El uso del termómetro del miedo se ha citado con gran frecuencia en casos de niños con ansiedad, fobias y trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (p, ej., March y Mulle, 1998), pero se cree que desde hace más de 50 años se ha usado con adultos (Walk, 1956).

Los resultados de la evaluación se deben utilizar para comprender el problema actual, establecer un posible diagnóstico y desarrollar un plan de tratamiento. El informe del cuidador debe complementarse mediante el autoinforme y el juego del niño, la observación conductual y cualquier informe de la escuela u otra fuente. En general, se recomienda la evaluación multimétodo para obtener un cuadro integral de los síntomas en distintos contextos (p. ej., Velting, Stezer y Albano, 2004).

Etapas y estrategias del tratamiento

En la TJCC, tienen lugar las siguientes etapas: introductoria/de orientación, de evaluación, central y de terminación.

Etapas introductoria/de orientación

El niño llega a la terapia de juego de diversas maneras. Por lo general, se instruye a los cuidadores sobre la mejor manera de explicar al niño qué es la TJCC. Esto tiene lugar al final de la entrevista inicial, que suele llevarse a cabo sin la presencia del niño. El cuidador puede decir cosas como “Estamos preocupados por cómo te sientes. Sabemos que a ti también te preocupan muchas cosas. Fuimos a hablar con una persona que se dedica a ayudar a niños que están muy preocupados. Es una persona agradable y tiene un cuarto de juego. La próxima vez, tú vendrás con nosotros para que platiques y juegues con ella.”

También pueden leer al niño un libro sobre terapia (p. ej., *The Child First Book About Play Therapy*, Nemiroff y Annuziati, 1990) para que puedan explicar qué es la psicoterapia. De cualquier modo, en la primera sesión con el niño también se le brinda orientación al respecto. Esto implica hablar con él acerca de la razón por la que asiste a terapia y cómo ésta le puede ayudar.

Etapas de evaluación

Durante la evaluación (discutida con anterioridad), el terapeuta trata de comprender mejor los problemas, establecer un posible diagnóstico y desarrollar un plan de tratamiento. No hay un tiempo definido para la evaluación, ya que ésta es un proceso permanente que puede realizarse en cualquier punto del tratamiento. Algo puede ocurrir durante la terapia que indica que es necesario hacer una nueva evaluación, o el terapeuta puede tener mayor claridad en relación con algún asunto mediante una reevaluación en el transcurso de la TJCC.

Etapa central

En este punto, el terapeuta se apega al plan de tratamiento como si fuera un mapa que indica la ruta de la terapia. Con base en la información obtenida en la fase de evaluación, el terapeuta empieza a trabajar con el niño para alcanzar las metas establecidas. Durante la etapa central del tratamiento, el objetivo principal es aumentar el autocontrol del niño, promover un sentido de autorrealización y enseñar más respuestas adaptativas para situaciones específicas. Dependiendo de los problemas del niño, se elige, entre la amplia variedad de intervenciones cognitivas y conductuales, las más adecuadas.

Métodos de intervención

La investigación sugiere que combinar las intervenciones cognitivas y conductuales es lo más eficaz para ayudar a los niños a manejar los eventos y emociones difíciles (Compton et al., 2004; Velting et al. 2004). Las técnicas cognitivas incluyen:

- **Psicoeducación:** enseñar al niño acerca de un trastorno específico, normalizar distintos estados emocionales y explicar la TJCC. La psicoeducación puede ofrecer al niño, así como a su familia, información clínica y del desarrollo precisa. También ayuda a los cuidadores a comprender cómo la TJCC puede mitigar los síntomas del niño.
- **Reestructuración cognitiva:** identificar, cuestionar y modificar los pensamientos desadaptativos (a menudo denominados **distorsiones cognitivas** cuando se trata de adultos) que conducen a experimentar emociones y conductas negativas. Las adaptaciones (p. ej., hacer que el niño se convierta en un “detective de pensamientos” para identificar los pensamientos inútiles) facilita que esta intervención sea más adecuada en términos de desarrollo.
- **Autoafirmaciones positivas:** enseñar enunciados claros de autoafirmación para reemplazar los pensamientos desadaptativos. Las autoafirmaciones contribuyen a desarrollar las habilidades de afrontamiento a través del control activo (p. ej., “Puedo pasar junto al perro y estaré bien”), reducir los sentimientos aversivos (p. ej., “Me sentiré más feliz cuando pase junto al perro”), afirmaciones de reforzamiento (p. ej., “Soy valiente”) y prueba de realidad (p. ej., “El perro es amigable; será dócil conmigo”).
- **Solución de problemas:** enseñar maneras sistemáticas y activas de afrontamiento. Por lo general, la solución de problemas implica identificar el problema, formular una meta, hacer una lluvia de ideas, evaluar los posibles resultados y elegir la mejor estrategia.

Las técnicas conductuales incluyen:

- **Modelamiento:** ofrecer un modelo que enseñe conductas y pensamientos más adaptativos. El modelamiento es un componente esencial de la TJCC y se emplea para enseñar otras intervenciones.
- Aunque hay muchas formas de modelamiento, en la TJCC, con frecuencia, tiene lugar utilizando juguetes/títeres como modelos o a través de la biblioterapia (en la cual los

modelos se encuentran en libros).

- Entrenamiento en relajación: enseñar estrategias para calmar las reacciones corporales (es decir, las sensaciones fisiológicas), como la respiración profunda, la imaginación o la relajación muscular. Pincus (2012) presenta excelentes fuentes donde se pueden encontrar guiones de relajación aptos para niños.
- Manejo de contingencias: Las conductas se modifican al implementar consecuencias (p. ej., dar un reforzamiento positivo a una conducta para aumentar la probabilidad de que ésta se repita) con reforzamientos sociales (p. ej., elogios) o materiales (p. ej., fichas, pequeños premios).
- Moldeamiento: ayudar al niño a acercarse de manera progresiva a una meta. El reforzamiento positivo de pequeños pasos se usa cuando el niño se aproxima poco a poco a la meta.
- Desensibilización sistemática: las emociones negativas y las conductas desadaptativas son reemplazadas de manera sistemática por conductas/emociones más adaptativas. Cuando se rompe la conexión entre un estímulo y una reacción (p. ej., miedo, ansiedad), se vuelven posibles las conductas/emociones más adaptativas.
- Exposición: enseñar al niño de manera gradual y sistemática a confrontar objetos o situaciones. Por lo general, se requiere elaborar una jerarquía de miedos, que se usa en combinación con la prevención de la respuesta, la cual ofrece al niño alternativas positivas.

En la tabla 6-1 se presentan las intervenciones y ejemplos de cómo se pueden integrar con el juego.

Tabla 6-1. Terapia de juego cognitivo-conductual: técnicas cognitivas

Técnica	Ejemplos de guiones
Psicoeducación	El terapeuta muestra al niño tarjetas de sentimientos y dice: “los niños y los adultos tienen diferentes sentimientos que aparecen en distintos momentos. Vamos a ver juntos cartas de caras que expresan un sentimiento y a actuar situaciones en que el sentimiento puede aparecer. Yo lo haré primero y después tú me imitas.”
Reestructuración cognitiva	El terapeuta muestra a un niño ansioso un títere con un dibujo de una burbuja arriba de su cabeza que contiene sus pensamientos, y dice: “cuando los niños están preocupados, con frecuencia tienen pensamientos dentro de su cabeza. Mi títere X tiene miedo a los perros. Aquí hay una ‘nube de pensamientos’ arriba de la cabeza de X. Tratemos de imaginar algunos pensamientos de preocupación que X tiene al ver un perro. Yo lo haré primero, ‘El perro me va a morder.’ Ahora, tú.”
Autoafirmaciones positivas	En el caso de un niño cuyos padres están en un proceso de divorcio, el títere dice “me siento triste por el divorcio de mis padres, porque mi papá se llevó sus cosas hoy. Voy a decir mis pensamientos útiles. ‘Sé que mis papás, los dos, me quieren’ y ‘Tomará tiempo, pero puedo tener dos hogares felices.’ Me siento mejor cuando digo cosas útiles.”
Solución de problemas	El títere dice, “Voy a usar los pasos que conozco para superar esto. Primero, ¿cuál es el problema? Me siento preocupado cuando tengo que ir con mi niñera ¿Qué puedo hacer para que me sea más fácil? Puedo recordar que veré a mamá cuando haya terminado su trabajo. Puedo decirle a mi niñera que estoy preocupado para que juguemos algo juntos. ¿Qué más puedo hacer? Vamos a tomar turnos para decir ideas. ¿Se te ocurre alguna?”-

Fuente: Knell y Dasari (en prensa). Reproducido con autorización.

Tabla 6-2. Terapia de juego cognitivo conductual: técnicas conductuales

Técnica	Ejemplo
Manejo de contingencias	En el caso de un niño que se siente ansioso cuando tiene que leer frente a su clase, el terapeuta dispone una situación de juego con dos títeres, un libro adecuado a su nivel de desarrollo y un cuadro de etiquetas. El títere del terapeuta lee en voz alta y se detiene después de cada sentencia, de modo que el niño o el terapeuta puedan pegar una etiqueta en el cuadro. Aquí se puede agregar la reestructuración cognitiva (p. ej., el títere dice “Esto es difícil, pero me siento bien superándolo y ganándome una etiqueta”).
Moldeamiento	En el caso de un niño que se siente ansioso al hablar con personas nuevas, el terapeuta dispone una situación de juego con un cuadro que incluya algunos pasos que aumentan de manera gradual las expectativas para hablar (p. ej., decir una palabra, decir una frase corta, hacer una pregunta, iniciar una conversación). El títere obtiene una etiqueta por cada paso.
Exposición	En el caso de un niño que tiene miedo a los perros, el terapeuta crea una jerarquía de miedos que va de la tarea que provoca menos ansiedad hasta la que provoca más (p. ej., empezar viendo imágenes de perros y terminar acariciando un perro en el cuarto de la terapia). En cada sesión, se elige la tarea y el títere se coloca en la situación y se le asigna una valoración de la “preocupación” como poca, regular o mucha. Con el tiempo, el títere informa una disminución de mucha a poca preocupación.
Desensibilización sistemática	En el caso de un niño con mutismo selectivo y que siente ansiedad al hablar en la escuela, el terapeuta dispone un escenario parecido al escolar con los juguetes y con actividades. El títere susurra mientras hace una actividad alterna (es decir, juega con juguetes seleccionados, dibuja) para aumentar su sensación de comodidad y la tolerancia a la ansiedad.
Entrenamiento en relajación	El terapeuta enseña la respiración profunda primero mostrando con el títere cómo se hace. Niño y terapeuta practican juntos poniendo los títeres en su estómago, contando en voz alta mientras aspiran y exhalan y mirando cómo los títeres se elevan y bajan.

Fuente: Knell y Dasar (en prensa). Reproducido con autorización.

Método de implementar la terapia

El modelamiento es el método primario para implementar la TJCC. El uso de la comunicación verbal en que se basa tradicionalmente la TCC, como sucede en el trabajo con adolescentes y adultos, no es adecuada para niños pequeños. La investigación de muchos años ha documentado que el modelamiento es un medio eficaz para adquirir, fortalecer y debilitar conductas (p. ej., Bandura, 1977; Ollendick y King, 1998). Del modo en que se usa en la TJCC, el modelamiento expone a un niño a alguien o algo (a menudo, un títere o un juguete) que muestra la conducta que se debe aprender. El modelo no necesita interactuar con el niño, sino que se puede presentar mediante un libro, una película u otro medio indirecto. Es de utilidad si el niño se relaciona positivamente con el modelo (Knell y Dasari, 2009).

El terapeuta emplea un modelo de afrontamiento para presentar los componentes más verbales de la terapia de un modo accesible al niño (Bandura, 1969; Meichenbaum, 1971). El modelo puede verbalizar las habilidades de solución de problemas diciendo en voz alta cada uno de los pasos, y utiliza autoinstrucciones, lo cual permite que haya tiempo para detenerse y pensar antes de responder (Meichenbaum y Goodman, 1971). El modelo puede recibir reforzamientos durante el procedimiento (moldeamiento) y debe batallar y titubear, resolver el problema y, al final, aprender mejores habilidades de afrontamiento, en la medida en que los modelos de afrontamiento son más eficientes que los modelos que tienen dominio de las habilidades (Bandura, 1959; Meichenbaum,

1971).

Otro método para implementar la TJCC es el *role-playing*, en el cual el niño practica las habilidades con el terapeuta y recibe retroalimentación continua. Por lo general, en este método el niño y el terapeuta (o el cuidador) se turnan para representar a distintos individuos (“Tú mamá te va a representar a ti, y tu vas a representar el niño que se burla de ti. Tu mamá usará sus habilidades para decirte que te detengas. Después, podemos practicar con tu mamá representando al otro niño y tú serás tú.”) Cuando se implementa a través del modelamiento, el modelo actúa en las situaciones y el niño observa y aprende de lo observado (p. ej., el terapeuta tiene un títere que modela habilidades de afrontamiento con otro títere, y le muestra al niño cómo el títere [que representa al niño] podría hablar al niño que lo está molestando).

Juego estructurado versus juego no estructurado

La TJCC suele llevarse a cabo en un cuarto de juego, y el proceso de cambio tiene lugar tanto por los componentes estructurados, como por los no estructurados del juego (Knell, 1993a, 1999). En el juego no estructurado, las observaciones del niño ayudan al terapeuta a clarificar los pensamientos y percepciones del niño. Las actividades estructuradas, con metas preestablecidas, ofrecen la oportunidad de trabajar de manera directa con la solución de problemas y enseñar conductas más adaptativas. El equilibrio entre el juego estructurado y el no estructurado es esencial, y siempre depende de cada caso en particular para cumplir con las necesidades de los niños.

Participación de los cuidadores

Incluir a los cuidadores en el tratamiento del niño es un asunto importante, y se debe determinar caso por caso. En la mayoría de las ocasiones, la entrevista inicial se hace sólo con los cuidadores. El plan de tratamiento puede incluir la TJCC con el niño, trabajo con los cuidadores o una combinación de TJCC y trabajo con los padres. Las preguntas cruciales para determinar qué tanto deben participar los cuidadores son: ¿Los cuidadores tendrán que modificar sus interacciones con el niño, sobre todo en relación con el problema identificado? ¿El niño requerirá ayuda en la implementación del programa de tratamiento fuera de la terapia? Aun cuando el trabajo principal sea con el niño, es importante tener reuniones periódicas con los cuidadores. La participación de estos suele incluir hacer evaluaciones constantes (sus observaciones e inquietudes, los avances del tratamiento manifestados a través de la conducta del niño fuera de la terapia), monitorear las interacciones cuidador-niño (si esto ha sido motivo de preocupación), recibir psicoeducación (p. ej., acerca del niño, de sus dificultades y del desarrollo y psicopatología general infantil) y, de ser necesario, ayudar en la disposición de los programas de manejo de la conducta.

Por ejemplo, el desarrollo de habilidades con los cuidadores de un niño ansioso implicaría enseñarles a:

- Comunicar de manera eficaz empatía hacia el niño
- Reforzar la conducta de afrontamiento positiva y “valiente”
- Alentar al niño a usar las estrategias de afrontamiento y las habilidades de solución de problemas
- Modelar conductas de afrontamiento positivas y valientes (Raper, Wignal, Spence, Cobham y Lyneham, 2008)

Generalización y prevención de recaídas

Una meta importante de la TJCC es ayudar al niño a mantener las conductas adaptativas cuando el tratamiento haya terminado y enseñarle cómo generalizarlas a los ambientes naturales. Promover y facilitar la generalización y la prevención de recaídas es una parte crucial e integral de la TJCC. Conforme los niños progresan en la terapia, es importante que generalicen conductas más adaptativas a sus ambientes naturales (generalización) y las mantengan después de terminado el tratamiento (prevención de recaídas). Braswell y Kendall (1988) identificaron la preocupación concerniente a los niños que conseguían avanzar en la TCC, pero que no generalizaban sus progresos ni los mantenían cuando la terapia se terminaba. Es importante incorporar estas habilidades en la terapia, sobre todo durante la fase central y final del tratamiento. Utilizar situaciones de la vida real en el modelamiento y el *role-playing*, enseñar habilidades de automanejo, incluir a adultos significativos en el tratamiento y continuar con la terapia más allá de la adquisición inicial de habilidades son componentes importantes que facilitan el aprendizaje y la generalización adecuados, y aumentan la probabilidad de que no se presente una recaída.

Para ayudar al niño y la familia a evitar recaídas, se deben identificar las situaciones de alto riesgo. El niño y sus cuidadores pueden estar preparados para manejar estas situaciones perjudiciales potenciales, en vez de ser “tomados por sorpresa” sin las habilidades de afrontamiento adecuadas. Así, el niño es inoculado contra el fracaso (Marlatt y Gordon, 1985; Meichenbaum, 1985). Además de ayudar a los cuidadores para que sepan cómo manejar esos posibles eventos, los escenarios de juego parecidos a lo que el niño encara, en conjunción con las habilidades de afrontamiento y las conductas positivas, pueden trabajarse en el juego y ser parte de la terapia (Meichenbaum, 1977). Los cuidadores pueden funcionar como el “entrenador” del niño fuera de las sesiones impulsando el uso de las habilidades de afrontamiento cuando el niño presente las conductas desadaptativas.

Terminación

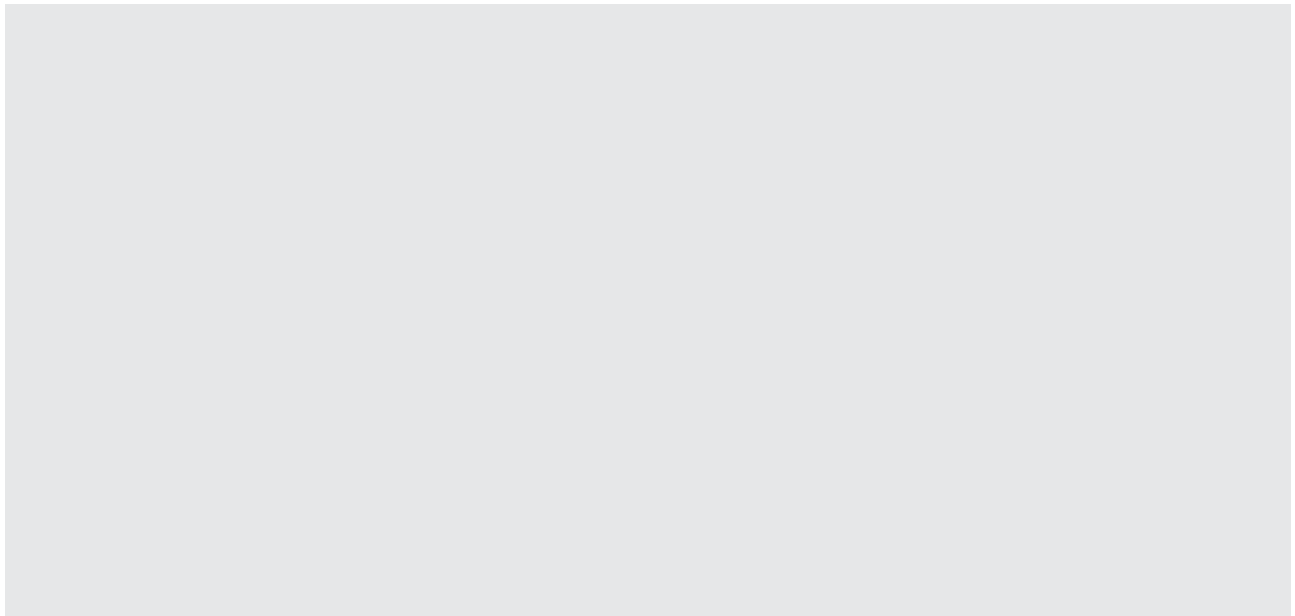
Lo ideal sería que la terapia terminara después de un periodo para que el niño se prepare de manera gradual. Es útil proporcionar referentes concretos del final del tratamiento (p. ej., “Seguirás viniendo durante X sesiones más y, después, nos despediremos”). Es importante discutir los sentimientos asociados con este final. Esto se puede hacer de manera directa (p. ej., “Pareces un poco triste porque ya no vendrás más a la terapia”) o

indirecta (p. ej., “Algunos niños me han dicho que se sienten tristes, porque ya no vendrán más a la terapia”). Para algunos niños, es beneficioso que el terapeuta nombre alguna emoción apropiada para el niño (p. ej., “Te voy a extrañar, pero en verdad estoy muy contento de que te esté yendo tan bien”).

Una representación concreta del final del tratamiento puede ser de utilidad (p. ej., un calendario, hacer una cadena con un eslabón por cada sesión restante). Otros niños prefieren un objeto “transicional” (p. ej., una tarjeta de presentación del terapeuta) o un dibujo que el niño haya hecho para el terapeuta colocado en un lugar especial de su consultorio.

Lo mejor es que el niño entienda el final de la terapia como un evento positivo; debe recibir reconocimiento por sus logros (p. ej., trabajar duro, hablar sobre sentimientos difíciles, ser valiente). Si siente que podría regresar a terapia regresando a las conductas o problemas anteriores, esto podría influir en su conducta de una manera negativa. Normalizar la experiencia de despedirse de alguien es de utilidad (p. ej., “¿Recuerdas cuando te despedes de tus amigos del campamento, o de tu maestro al final de año?”). Es útil sugerir que pueden seguir en contacto aun cuando esto no se ponga en práctica (p. ej., “Tus padres saben cómo ponerse en contacto conmigo; llámame si quieres hablar conmigo” o “Si quieres enviarme una foto o dejarme algún mensaje, ¡sería genial!”). Por último, lo mejor es adoptar una política de puertas abiertas, para que el niño y su familia sepan que pueden regresar en cualquier momento, y que no tiene que ser debido a situaciones problemáticas, sino que también puede ser para hablar de los logros positivos y la conducta valiente del niño.

Una fiesta o celebración por el final de la terapia, programada en la última sesión, puede tender un puente entre la terapia y la conclusión. Organizarla como celebración, con otros invitados (p. ej., los títeres del cuarto de juego, o los cuidadores, lo que el niño elija) es de gran utilidad. Se debe hacer hincapié en los logros y las habilidades que ahora domina el niño.



INVESTIGACIÓN

La investigación ha demostrado que la TCC con niños mayores y adolescentes es un tratamiento eficaz en casos con distintos diagnósticos psicológicos (p. ej., Compton et al., 2004; Weisz y Kazdin, 2010). Se sabe menos sobre la eficacia de la TCC con niños más pequeños (menores de 8 años). Kingery et al. (2006) pensaron que los manuales de tratamiento se podían modificar para adaptarlos a niños pequeños, lo cual fue apoyado por varios estudios de caso (p. ej., Hirshfeld-Becker et al., 2008, con niños diagnosticados con trastornos de ansiedad).

Los informes de caso describieron adaptaciones eficaces de la TCC en casos de trastorno de estrés postraumático (Scheeringa et al., 2007) y fobias (Miller y Feeny, 2003). Hay evidencia preliminar de que los protocolos de la TCC funcionan con niños pequeños, pero la mayoría de estos estudios no han incluido el juego como componente del tratamiento.

En un metaanálisis reciente se revisaron diversos estudios para determinar si la TCC es eficaz como tratamiento de niños pequeños (Reynolds, Wilson, Austin y Hooper, 2012). Los hallazgos indican que los niños de 4 a 8 años de edad que estuvieron en una TCC mostraron mejores resultados que los que no recibieron ningún tratamiento y los que estuvieron en lista de espera como grupo control. Sin embargo, cuando se compararon con los niños de 9 a 18 años, la eficacia de la TCC con el grupo de niños menores no fue robusta. Hirshfeld-Becker et al. (2010) utilizaron un protocolo de la TCC para niños con edades de 4 a 7 años y los compararon con los de la lista de espera. Encontraron que los niños que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual mostraron una reducción significativa de la ansiedad y un aumento de sus habilidades de afrontamiento (de acuerdo con las valoraciones de los cuidadores). En un estudio con niños diagnosticados con el trastorno de estrés postraumático, Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson y Guthrie (2011) mostraron que un grupo que recibió tratamiento cognitivo-conductual mostró una disminución significativa de los síntomas del trauma, de acuerdo con las valoraciones de los cuidadores informadas en una entrevista clínica estandarizada. La mayor parte de estos estudios no incluyó el juego como componente terapéutico, pero es probable que la TJCC aumente la eficacia de la TCC con niños pequeños.

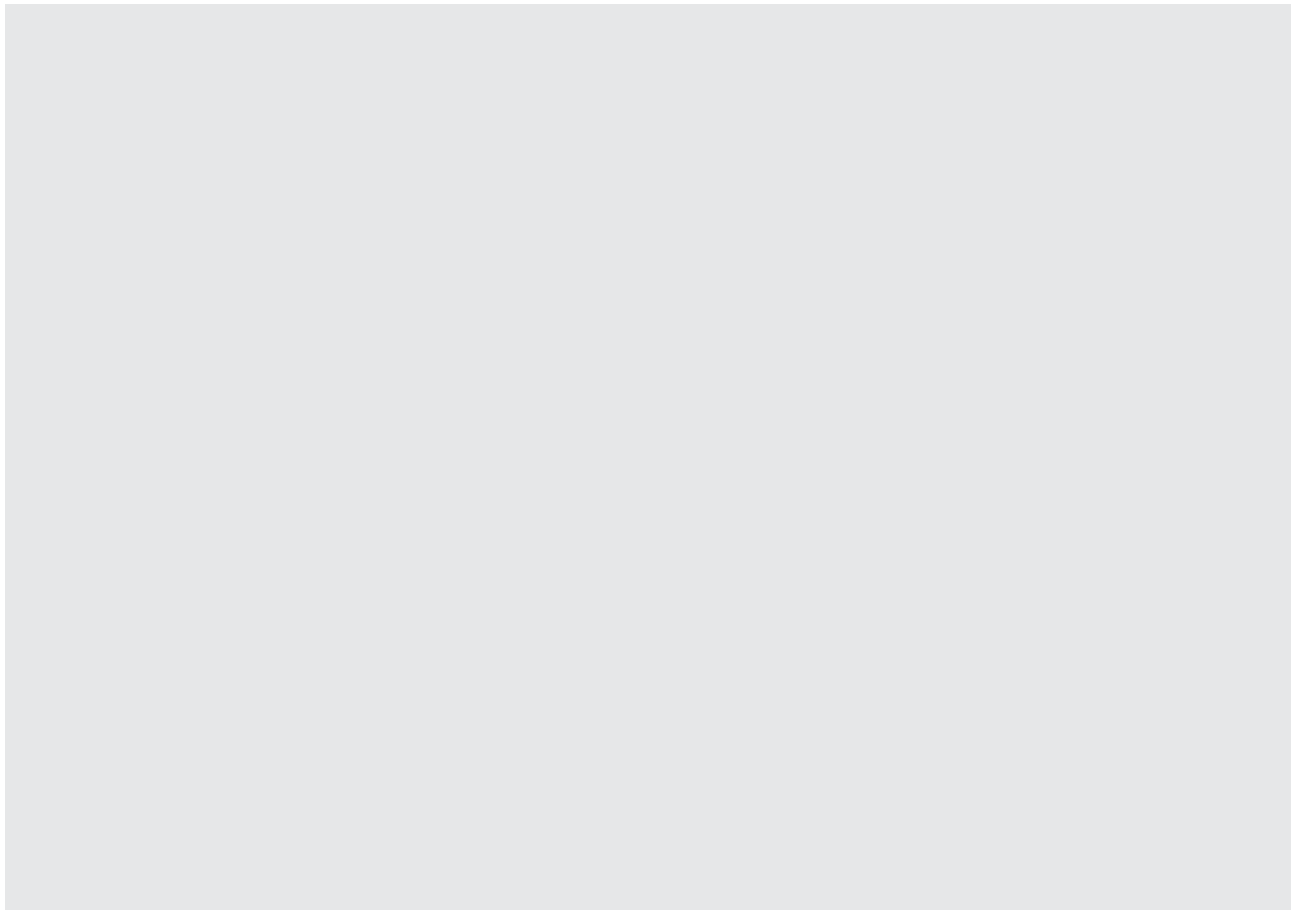
En la literatura general, no limitada a la TCC, la terapia de juego ha mostrado ser un tratamiento eficaz para los síntomas internalizados y externalizados de los niños (Bratton y Ray, 2000; Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005; Davenport y Bourgeois, 2008; LeBlanc y Ritchie, 2001). Bratton et al. (2005) realizaron un metaanálisis de 93 estudios. Los niños tenían 7 años de edad en promedio. Un tamaño del efecto grande (0.80) de las intervenciones con juego indicó que los niños que recibieron la TCC tuvieron mejores resultados que los niños que no recibieron esta terapia.

Introducir intervenciones más adecuadas en términos de desarrollo, sobre todo las que se basan en el juego, debe incrementar la eficacia de los protocolos actuales de la TCC, tal como se emplean con niños mayores. Una intervención muy prometedora es la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma (TCC-FT), tratamiento con apoyo empírico

para el trastorno de estrés postraumático. Es una adaptación para niños de 3 a 8 años con base en un protocolo para adultos (Cohen et al., 2000). Sin embargo, la mayoría de los estudios han empleado la TCC-FT con niños en edad escolar. Cavett y Drewes (2012) desarrolló una intervención cognitivo-conductual para niños pequeños que combinó la TCC-FT con el juego y que mostró resultados alentadores, como se describe en diversos estudios de caso.

Por último, un estudio con niños preescolares comparó una intervención de juego cognitivo-conductual de tres sesiones, que incorporó técnicas de la TJCC y se llevó a cabo en la escuela (Pearson, 2007). Este grupo de niños se comparó con un grupo de control; los resultados muestran que, de acuerdo con los informes de los maestros, hubo significativamente menos síntomas de ansiedad/retraimiento en el grupo que recibió la intervención. Aunque en el estudio se trabajó con una muestra no clínica y se empleó el juego con técnicas de la TJCC (versus TCC), representa una de las primeras intervenciones que aporta evidencias empíricas.

Dado el apoyo actual con que cuenta la TCC para niños (de 9 años de edad en adelante), la terapia de juego (de 3 a 8 años) y los estudios de caso de la TJCC, podemos decir que existen fundamentos empíricos que respaldan la TJCC como un medio para aumentar la eficacia de la TCC con niños pequeños. Deben diseñarse futuras investigaciones para determinar la eficacia de la TJCC. Se puede utilizar un manual como base para llevar a cabo intervenciones clínicas aleatorias para establecer su eficacia.



CONCLUSIÓN

La TJCC se desarrolló adaptando técnicas que ya gozaban de apoyo empírico para utilizarlas en un escenario de juego con niños pequeños. Diseñada de manera específica para niños de 3 a 8 años, la TJCC hace hincapié en la participación del niño en el proceso terapéutico. El niño es un participante activo en el proceso de cambio.

Debido a que, en la TJCC, se incorpora el juego para hacerla más accesible a los niños. Se puede incluir una amplia variedad de métodos cognitivos y conductuales en el tratamiento. Éste puede ser estructurado y no estructurado, y su planeación incluye técnicas para que el niño generalice las conductas aprendidas a otros contextos, mantenga sus logros y evite recaídas. Entre los fundamentos empíricos de la TJCC se puede citar el trabajo con niños mayores y los estudios de caso con niños pequeños, preescolares. Sin embargo, se requieren más investigaciones para sustentar la eficacia de la TJCC con población preescolar.

APÉNDICE: MATERIALES DE JUEGO

Por lo general, la TJCC se lleva a cabo en un cuarto de juego o consultorio equipado con materiales de juego adecuados. Hasta cierto punto, el terapeuta puede elegir los materiales, pero lo ideal es que cuente con diversos juguetes, materiales para pintar, títeres, muñecas y otros materiales como los que a continuación se sugiere:

- Títeres: perros (para niños con fobia a los perros), cocodrilo o tiburón (para utilizarlos con niños que muerden o tienen problemas con la expresión de la agresión), tortuga (para niños tímidos o con ansiedad social)
- Papeles de construcción de distintos colores
- Marcadores o crayones
- Casa de muñecas, con baño (para niños que tienen dificultades con el control de esfínteres) y cama (para lo que tienen problemas del sueño)
- Figuras de una familia: madre, padre, niño, niña, bebé; distintos grupos étnicos/raciales deben estar presentes
- Libros sobre distintos temas, por ejemplo, sentimientos y estados de ánimo, ansiedad y miedo, divorcio, entrar a una nueva escuela y otros por el estilo
- Carritos
- Juegos de mesa para establecer la alianza terapéutica
- Juegos terapéuticos, como Hablar, Sentir y Hacer, y Ungame (juego no competitivo para desarrollar las habilidades de comunicación y aprendizaje)
- Arcilla o masitas Play-Doh
- Lego u otros materiales para armar
- Caras de emociones, posters, bloques de sentimientos
- Calcomanías, en especial las que concuerdan con los temas de la terapia (p. ej., las que se proponen en *The Kissing Hands*, o trenes de *The Little Engine That Could*, o con temas de reforzamiento positivo)
- Pizarrón blanco
- Dibujos para colorear que muestren personas o animales con nubes arriba de sus cabezas para escribir sus pensamientos (adaptado de Knell y Dasari, 2009. Reproducido con autorización.)

■ REFERENCIAS

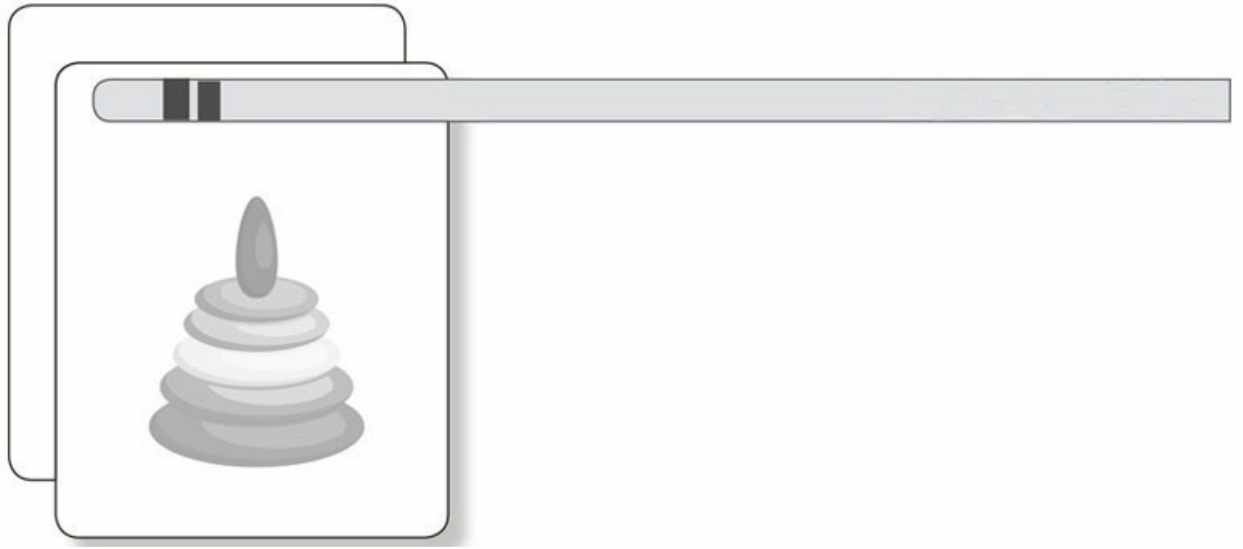
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. New York, NY: Houghton-Mifflin.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavioral modification*. New York, NY: Holt, Rinehart, & Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: 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.
- Bedrosian, R., & Beck, A. T. (1980). Principles of cognitive therapy. En M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (pp. 126–152). New York, NY: Plenum Press.
- Bender, L., & Woltmann, A.G. (1936). The use of puppet shows as a psychotherapeutic method for behavior problems in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 341–354.
- Braswell, L., & Kendall, P. C. (1988). Cognitive-behavioral methods with children. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy* (pp. 167–213). New York, NY: Guilford Press.
- Bratton, S. C., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 47–88.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376–390.
- Cavett, A. M., & Drewes, A. A. (2012). Play applications of trauma-specific TF-CBT components for young children. En J. A. Cohen, A. P. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications* (pp. 124–148). New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1202–1223.
- 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.
- Dasari, M., & Knell, S. M. (2015). Cognitive behavioral play therapy for children with anxiety and phobias. En H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (3rd ed., pp. 25–52). New York, NY: Guilford Press.
- Davenport, B. R., & Bourgeois, N. M. (2008). Play, aggression, the preschool child, and the family: A review of the literature to guide empirically informed play therapy with aggressive preschool children. *International Journal of Play Therapy*, 17, 2–23.
- Giorano, M., Landreth, G. L., & Jones, L. (2005). *A practical handbook for building the play therapy relationship*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, B. A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., ...Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 498–510.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Rettew, D. C., Dufton, L., ...Biederman, J. (2008). Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(2), 113–125.
- Irwin, E. C. (1991). The use of a puppet interview to understand children. En C. E. Schaefer, K. Gitlin-Weiner, & A. Sandgrund (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (pp. 617–634). New York, NY: Wiley.
- Kaugars, A. S. (2011) Assessment of pretend play. En S.W. Russ & L. N. Niec (Eds.), *Play in clinical practice: Evidence-based approaches* (pp. 51–82). New York, NY: Guilford Press.
- Kingery, J. N., Roblek, T. L., Suveg, C., Grover, R. L., Sherrill, J. T., & Bergman, R. L. (2006). They're not just "little adults": Developmental considerations in implementing cognitive behavioral therapy with anxious youth. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 263–273.

- Knell, S. M. (1993a). *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Knell, S. M. (1993b). To show and not tell: Cognitive-behavioral play therapy in the treatment of elective mutism. En T. Kottman & C. E. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners* (pp. 169–208). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Knell, S. M. (1994). Cognitive-behavioral play therapy. En K. O'Connor & C. E. 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. En 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. En 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. En H. G. Kaduson & C.E. Schaefer (Eds.), *Short term therapies with children* (pp 3–27). New York, NY: Guilford Press.
- Knell, S. M. (2009a). Cognitive-behavioral play therapy: Theory and applications. En A. A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques* (pp. 117–133). Hoboken, NJ: Wiley.
- Knell, S. M. (2009b). Cognitive-behavioral play therapy. En K. O'Connor & L. Mages (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (2nd ed, pp. 203–236). Hoboken, NJ: Wiley.
- Knell, S. M. (2011). Cognitive-behavioral play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 313–328). Hoboken, NJ: Wiley.
- Knell, S. M., & Beck, K.W. (2000). Puppet sentence completion task. En K. Gitlin-Weiner, A. Sandgrund, & C. E. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (2nd ed., pp. 704–721). New York, NY: Wiley.
- Knell, S. M., & Dasari, M. (2006). Cognitive-behavioral play therapy for children with anxiety and phobias. En H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for 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. En 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., & Dasari, M. (2011). Cognitive-behavioral play therapy. En S.W. Russ & L. N. Niec (Eds.), *Play in clinical practice: Evidence-based approaches* (pp. 236–263). New York, NY: Guilford Press.
- Knell, S. M., & Dasari, M. (in press). Cognitive-behavioral play therapy. En L. Reddy, T. Files-Hall, & C. E. Schaeffer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (2nd ed.) Washington, DC: American Psychological Association.
- 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. En M. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Casebook of cognitive-behavior therapy with children and adolescents* (pp. 367–393). New York, NY: Guilford Press.
- Knell, S. M., & Ruma, C. D. (2003). Play therapy with a sexually abused child. En M. A. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Eds). *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (2nd ed., pp. 338–368. New York, NY: Guilford Press.
- Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York, NY: Brunner Routledge.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly*, 14, 149–163.
- March, J., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive behavioral treatment manual*. New York, NY: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 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.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York, NY: Plenum Press.

- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York, NY: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 115–126.
- Miller, V. A., & Feeny, N. C. (2003). Modification of cognitive-behavioral techniques in the treatment of a five year old girl with social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 33*(4), 303–319.
- Nemiroff, M.A. & Annunziata, J. (1990). *A child's First Book about Play Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- O'Connor, K. J. (1991). *The play therapy primer*. New York, NY: Wiley.
- 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, Cleveland, OH.
- Pincus, D. B. (2012). *Growing up brave: Expert strategies for helping your child overcome fear, stress, and anxiety*. New York, NY: Little, Brown.
- Rapee, R. M., Wignall, A., Spence, S. H., Cobham, V., & Lyneham, H. (2008). *Helping your anxious child: A step by step guide for parents* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32*, 251–262.
- Ruma, C. D. (1993). Cognitive-behavioral play therapy with sexually abused children. In S.M. Knell, *Cognitive-behavioral play therapy* (pp. 193–230). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Russ, S.W. (2004). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Scheeringa, M. S., Salloum, A., Arnberger, R. A., Weems, C. F., Amaya-Jackson, L., & Cohen, J. A. (2007). Feasibility and effectiveness of cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in preschool children: Two case reports. *Journal of Traumatic Stress, 20*(4), 631–636.
- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(8), 853–860.
- Velting, O. N., Setzer, N. 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*(1), 42–54.
- Walk, R. D. (1956). Self-ratings of fear in a fear-invoking situation. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 52*, 171–178.
- Weisz, J. R. & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

NOTA

¹ Estoy en deuda con la Dra. Meena Dasari por su perdurable compromiso con la TJCC. Sus sobresalientes habilidades como investigadora, clínica y escritora han hecho más amplia y profunda mi comprensión y aprecio por la TJCC.



Capítulo 7

Terapia filial

Risë VanFleet y Glade L. Topham

Pasaron 50 años entre la publicación en una revista especializada del primer artículo sobre terapia filial (L. Guerney, 1964) y la redacción de este capítulo. En aquel tiempo, la terapia filial mostró que era una intervención familiar poderosa y eficaz, en términos clínicos y empíricos, y muy adaptable. En este capítulo se revisa la teoría, investigación, procedimientos y aplicaciones de este método tan beneficioso para resolver problemas y construir relaciones familiares sólidas. Aunque aquí se habla de padres principalmente, la terapia filial puede aplicarse a cualquier cuidador, sea de una institución de cuidados infantiles o sea un familiar que asume el papel de cuidador principal.

TEORÍA

La terapia filial (TF) es una forma de terapia familiar que emplea el juego padres-hijos como uno de los mecanismos clave de cambio. VanFleet (2014) la describe como “una forma de terapia teóricamente integrativa en la que el clínico entrena y supervisa a los padres (o cuidadores) mientras llevan a cabo sesiones de juego no directivo con sus niños” (p. 2). El terapeuta da retroalimentación a los padres después de observar las sesiones de juego para asegurar el desarrollo de sus habilidades y ayudarlos a comprender los temas del juego de los niños. A medida que los padres se vuelven más hábiles y comprensivos se encuentran en una mejor posición para promover los cambios necesarios para su familia. Después varias sesiones de juego supervisadas directamente y de que los padres se vuelven competentes y adquieren confianza en sí mismos, las sesiones de juego se trasladan al hogar. El terapeuta sigue reuniéndose con los padres para discutir las sesiones de juego en casa y otros asuntos familiares, los ayuda a generalizar sus habilidades para la vida cotidiana.

La TF tiene fundamento en un modelo psicoeducativo de intervención y prevención, en el cual se puede trabajar con casi todo tipo de problemas individuales y familiares en la medida en que surgen por la falta de habilidad o experiencia, más que de un defecto inherente o debilidad del cliente. Este enfoque busca resolver problemas ayudando a los clientes a desarrollar el conocimiento, las habilidades y las capacidades necesarias para aplicarlas ante los desafíos de su vida. A diferencia de los modelos expertos en los que el terapeuta hace sugerencias para que los clientes las implementen, la TF opera como un modelo colaborativo en el que los padres tienen un lugar de compañeros en el proceso terapéutico y se les alienta a tomar parte activa en su propio aprendizaje.

Se considera que el terapeuta es un experto en el conocimiento y habilidades que enseña, y que los padres son los expertos en relación con sus hijos, familias y estilos de vida. Estas dos partes combinan sus respectivas áreas de conocimiento para identificar cuál es la mejor manera de cumplir con las necesidades de los niños y la familia.

Integración teórica

La TF representa una integración real de varias teorías (Cavedo y Guerney, 1999; Ginsberg, 2003; L. Guerney, 1997, 2003; L. Guerney y Ryan, 2013; VanFleet, 2011a, 2001b, 2011c, 2014). Mientras Bernard Guerney desarrollaba sus ideas de lo que al final se convirtió en la TF, retomó lo que consideró los aspectos más útiles de diversas teorías psicológicas y del desarrollo humano (comunicación personal, 2 de junio, 1980). Aquí se presenta una breve reseña de estos aspectos, y en VanFleet (2014) aparece una revisión más detallada.

Teoría psicodinámica

La TF incorpora las ideas del inconsciente, el simbolismo y los mecanismos de defensa, así como las ideas adlerianas de metas, dominio de habilidades e interés social. Se considera que el juego infantil, a menudo, es simbólico, y las reacciones de los padres en las sesiones de juego reflejan su propia dinámica intra e interpersonal. La TF permite la expresión y la elaboración de esta dinámica tanto de los niños durante las sesiones de juego, como de los padres en las discusiones posteriores con el terapeuta.

Teoría humanista

La TF adopta principios y habilidades de la teoría rogeriana a lo largo del proceso del tratamiento. El terapeuta ofrece empatía, aceptación y consideración positiva a los padres, que es justo lo que estos aprenden a ofrecer a sus niños. Las sesiones de juego que los padres tienen con sus hijos son de carácter no directivo o centrado en el niño (VanFleet, Sywulak y Sniscak, 2010). La empatía que se ofrece a los padres, y después a los niños, no es superficial. Se hace todo lo posible por comprender y aceptar los sentimientos, intenciones, motivaciones y deseos más profundos. Tanto la escucha empática, como las habilidades de juego imaginario centrado en el niño ayudan a los padres a transmitir aceptación y comprensión a sus hijos.

Teoría conductual

La TF también utiliza principios y estrategias de la teoría del aprendizaje. El terapeuta emplea en abundancia el reforzamiento positivo, el moldeamiento y el aprendizaje por observación al enseñar a los padres a llevar a cabo las sesiones especiales de juego, así como el modelamiento, el *role-playing* y los ensayos conductuales. Los padres aprenden a utilizar la estructuración y el establecimiento de límites de manera eficaz en las sesiones de juego para ayudar a los niños a tener cambios conductuales, y también aprenden cómo practicar el reforzamiento positivo y las consecuencias adecuadas en la vida cotidiana.

Teoría interpersonal

La TF incorpora la importancia de la reciprocidad en las relaciones y la idea de que la conducta individual tiene una fuerte influencia de la interacción interpersonal. En esencia, modifica los patrones de acción-reacción problemáticos ayudando a los padres a reconocerlos y cambiarlos. Cuando los padres cambian, también el niño lo hace. El proceso de la TF ayuda a padres e hijos a asumir la responsabilidad de sus contribuciones en el proceso de cambio. Los padres empiezan a verse a sí mismos y a su familia a través de los ojos del niño, su actuación en el juego y la motivación para hacer sus propios cambios y ajustes.

Teoría cognitiva

La TF reconoce que las sesiones de juego suelen cambiar la manera en que los niños piensan sobre sí mismos, sus padres y las situaciones de su vida, dichos pensamientos influyen en sus sentimientos. La TF emplea la reestructuración cognitiva para ayudar a los padres a comprender los temas del juego de los niños y sus propias reacciones emocionales ante ellos. Este proceso cambia el modo en que los padres piensan sobre sus hijos, ellos mismos y sus relaciones.

Teoría del apego/del desarrollo

La TF permite que los procesos de desarrollo infantil se expresen en las sesiones de juego, y ayuda a los padres a comprender las implicaciones del éste en el desarrollo. La TF brinda a padres e hijos una oportunidad para desarrollar apegos más seguros y sanos; asimismo, se pueden tratar las dificultades de los padres relacionadas con el apego (Bifulco y Thomas, 2012). El terapeuta crea un ambiente seguro en el que los miembros de la familia pueden trabajar con el fin de edificar relaciones de apego más sanas.

Sistemas familiares

En la TF, el cliente es la relación, no el niño o los padres por separado. Cuando un miembro de la familia cambia, también lo hace el resto del sistema familiar. Debido a que toda la familia se involucra en el proceso siempre que es posible, la TF ayuda a fortalecer las diversas relaciones diádicas dentro de la familia (incluyendo la relación marital en la medida en que la pareja aprende formas de crianza más colaborativas), así como de la familia como un todo.

Louise Guerney (1997) describió los elementos dinámicos y didácticos de la TF de la siguiente manera:

el doble compromiso de la enseñanza directa de las sesiones de juego y la simultánea focalización en los sentimientos de los padres en su calidad de participantes del juego y de padre... Al hacer partícipes de este proceso a los padres, el terapeuta entra en un mundo potencialmente amenazante en términos emocionales, el de la relación padres-hijo –un mundo de sentimientos, actitudes y dinámicas familiares que requieren el mismo respeto y comprensión que se pide a los padres en relación con sus hijos. Sin embargo, debe entenderse que la tarea de trabajar con los niños siempre se ha considerado la principal prioridad, mientras que los sentimientos y preocupaciones de los padres nunca predominan. La terapia filial no es una ruta tortuosa para ofrecer terapia parental o centrada en el niño a los padres. Las perspectivas de los padres son cruciales y requieren aceptación y comprensión en el proceso de aprender cómo desarrollar la competencia para llevar a cabo sesiones de juego centrado en el niño para beneficio de éste y de la relación pares-hijo. (pp. 131-132)

Características esenciales de la TF

La TF tiene fundamento en los valores de autenticidad, respeto, transparencia, comprensión, empoderamiento, colaboración, relación y fortaleza familiar. Se impulsa a todos los integrantes de la familia a expresar sus sentimientos y necesidades de varias maneras a lo largo del proceso, mientras que el terapeuta encarna la humildad, pues reconoce que los clientes tienen mucho que aportar para resolver sus problemas y también el derecho de tomar decisiones acerca de su propia vida familiar.

Debido a que se centra en la integración de diversas teorías y en la adopción de los valores ya citados, varias características se consideran esenciales para este método. Estas características distinguen la TF como un enfoque único de la terapia familiar y la diferencian de otras intervenciones con diadas padres-hijos, así como de algunos métodos derivados de la TF o inspirados en ella.

Dichas características son las que se mencionan a continuación, en VanFleet (2014) se puede encontrar una descripción más profunda.

- Se destaca la importancia del juego en el desarrollo infantil y se considera el juego como la vía primaria para comprender mejor a los niños.
- Los padres se empoderan como agentes de cambio de sus propios hijos.
- El cliente es la relación, no el individuo.
- La empatía es esencial para el crecimiento y el cambio.
- La familia entera participa siempre que es posible.
- Se emplea un modelo psicoeducativo con los padres.
- Se proporciona un apoyo tangible y un aprendizaje continuo mediante la supervisión de las primeras sesiones de juego de los padres con sus hijos.
- El proceso es colaborativo.

SUSTENTO EMPÍRICO DE LA TERAPIA FILIAL

Cuando la TF fue concebida por primera vez y empezó a desarrollarse, la terapia familiar y la terapia de juego estaban apenas en ciernes. En el curso de los 50 años siguientes, los terapeutas aceptaron de manera gradual las intervenciones familiares y se dieron cuenta de lo que la TF podía ofrecer a las familias y lo apreciaron. En la actualidad, la TF se practica en muchos países y culturas, gracias a terapeutas entusiasmados por los resultados que obtienen. La investigación en diversas áreas relevantes para la TF también ha aumentado de manera notable, incluyendo numerosos temas relacionados con familia, juego, prácticas de crianza, terapia de juego, socialización infantil, apego y otras intervenciones familiares. Desde los inicios de la TF, también se han hecho investigaciones al respecto, y sobre sus variaciones y adaptaciones. En esta sección se discuten las investigaciones que aportan información y apoyo a la práctica de la TF, así como las que le han dado un lugar a esta terapia como un método eficaz para abordar los problemas infantiles y familiares.

Importancia del juego padres-hijos

Se ha confirmado que el juego tiene un papel importante en el desarrollo físico, social, emocional y cognitivo de los niños (véase la revisión de Ginsburg, 2007). El juego padres-hijo profundiza, extiende y aporta muchos de estos beneficios. En él, los padres encuentran la oportunidad única de convertirse en espectadores del mundo interno del niño, mostrar interés y aceptación frente a dicho mundo y lo ayudan a comprenderlo y valorarlo de una manera significativa. El juego padres-hijos se asocia con un aumento de las emociones positivas del niño (Stern, 1993) y de la congruencia y sintonía afectivas de los padres (Stern, 1985), con progresos en el desarrollo del lenguaje (Tamis-LeMonda, Bornstein y Wilson, 2003), puntuaciones mayores de CI (Levenstein y O'Hara, 1993), mayor conocimiento de las emociones (Lindsey, 1998) y mejoramiento en las competencias sociales y la popularidad entre los pares (Vandell, Ramanan y Lederberg, 1991).

La participación de apoyo permite que los niños se desempeñen más allá de su capacidad independiente. Por ejemplo, en el juego padres-hijos, los niños muestran un aumento de la atención sostenida, mejoran en la solución de problemas más complejos y se eleva su sensación de dominio de habilidades y autoeficacia (Grolnick, Frodi y Bridges, 1984). Quizá el resultado más importante del juego padres-hijos es que los niños se dan cuenta de que son amados e importantes (Power, 2009). En una revisión de investigaciones relacionadas con los beneficios de la terapia de juego, Ginsburg (2007) concluyó que la resiliencia y el desarrollo sano del niño se asocian con la conexión que se crea cuando los padres participan en el juego del niño (Ginsburg, 2007). Los beneficios del juego padres-hijos se consiguen al máximo cuando los padres aprenden y usan las

habilidades de juego de la TF.

La TF se centra en las prácticas y actitudes parentales clave

La TF implementa lo que Cavell y Elledge (2004) llaman *enfoque de la socialización como intervención*. Más que enfocarse exclusivamente en la reducción de conductas problemáticas de los niños, como sucede con los enfoques de la intervención como intervención, la TF se concentra en cuestiones más amplias que abarcan las relaciones y que son clave para la socialización sana del niño. Además de abordar las necesidades inmediatas, la TF ayuda a las familias promoviendo y mejorando los patrones de interacción padres-hijo, que constituyen un factor que predice el apego seguro y la sólida regulación emocional y conductual del niño. Además, la TF ayuda a los padres a aumentar su funcionamiento reflexivo, competencia esencial de los padres para promover cada uno de los tres resultados que se discuten a continuación.

El primer resultado clave es el apego seguro del niño. Este apego predice una gran cantidad de resultados positivos, por ejemplo, elevados niveles de afecto positivo, mayor cooperación con lo que los padres solicitan y mayor salud emocional (véase la revisión de Thompson, 2009). La sensibilidad, accesibilidad y respuesta parental son la base del apego seguro (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). En particular, la sensibilidad parental es una de las características de mayor influencia en la promoción de resultados positivos en el niño (Sroufe, 1988). Los padres sensibles se sintonizan con los sentimientos y necesidades de sus hijos, los aceptan y responden a ellos. La sintonía se define como poner atención, percibir y seguir al niño (Stern, 1985), mientras que la falta de sintonía se define como malinterpretar al niño, hacer atribuciones inexactas o simplemente estar fuera de sintonía (Powell, Cooper, Hoffman y Marvin, 2014). Los padres sensibles y sintonizados promueven el apego seguro en sus hijos y les permiten explorar con libertad su mundo físico y psicológico con la confianza de que los padres actuarán como base segura a la que pueden regresar en momentos de aflicción o incertidumbre. En contraste, los padres insensibles y no sintonizados se asocian con retraimiento social, agresión, trastorno de déficit de atención en sus hijos (véase la revisión de Cummings y Cummings, 2002).

El segundo resultado clave es la regulación conductual. Una de las metas primarias de la socialización es que los niños aprendan a regular su propia conducta sin las restricciones externas y realizar conductas apropiadas en términos sociales sin la supervisión adulta (Grolnick y Farkas, 2002). Apoyo a la autonomía y estructuración son dos constructos relacionados con las prácticas parentales definidos por Grolnick y Pomerantz (2009) que son cruciales en el desarrollo del control conductual de los niños. Los padres que apoyan la autonomía adoptan una perspectiva centrada en el niño e incluyen prácticas que lo impulsan a tomar la iniciativa de manera autónoma en la solución de problemas. Lo opuesto del apoyo a la autonomía es el control parental, que

adopta una perspectiva centrada en los padres e incluye conductas diseñadas para obligar al niño a cumplir con las demandas parentales, y controla la solución de problemas del niño, de modo que su crecimiento se queda estancado.

El término **estructuración** se refiere a los esfuerzos de los padres para organizar el ambiente de los niños con el fin de facilitar su aprendizaje y desarrollo. La estructuración implica comunicar al niño con claridad expectativas consistentes, directrices y límites, y ayudar al niño a comprender la relación entre sus decisiones y los resultados por medio de la retroalimentación, el razonamiento inductivo y las consecuencias congruentes (Farkas y Grolnick, 2008). Una práctica parental central de la estructuración es el andamiaje, en el que los padres brindan la ayuda necesaria para que el niño pueda realizar tareas más allá de sus capacidades independientes al mismo tiempo que el niño haga el máximo de lo que sus capacidades le permiten (Grolnick y Farkas, 2002). Lo opuesto de la estructuración es el caos, en el que los padres aportan poco o nada de apoyo y guía a los niños en el proceso de aprendizaje, por lo que estos tienen que valerse de sus propios recursos sin límites consistentes para aprender a manejar su conducta de manera sana y a tomar decisiones positivas.

Se ha demostrado de manera consistente que la estructuración y el apoyo a la autonomía se asocian con numerosos resultados positivos en el niño, entre los que se encuentran mayores niveles de conducta prosocial, motivación, autorregulación y competencia, y menores niveles de síntomas y conductas problemáticas (Lamborn, Mounts, Steinberg y Donrbusch, 1991; Wang, Pomerantz y Chen, 2007).

En contraste, los niños cuyos padres ejercen altos niveles de control psicológico experimentan más síntomas internalizados y externalizados, poca regulación conductual, baja autoestima y problemas académicos (Barber, Stolz y Olsen, 2005; Goldstein, Davis-Kean y Eccles, 2005). Del mismo modo, los niños de padres que proveen poca o ninguna estructura muestran baja competencia, altos niveles de angustia y mayor probabilidad de meterse en problemas (Lamborn et al., 1991).

El tercer resultado clave es la regulación emocional. Aprender cómo regular las emociones de maneras socialmente apropiadas es un elemento crucial del desarrollo infantil (Denham et al., 2003). Las dificultades para regular las emociones negativas, como la tristeza y el enojo, están asociadas con diversos problemas emocionales y conductuales (Frick y Morris, 2004; Silk, Steinberg y Morris, 2003). Se ha encontrado que varias actitudes y conductas parentales ayudan al desarrollo de la regulación emocional del niño.

Primero, los padres que fomentan la regulación emocional sana están conscientes de sus propias emociones y las regulan con eficacia (Gottman, Katz y Hooven, 1997). Esto se debe probablemente al hecho de que los padres que se regulan bien son capaces de modelar la regulación sana, tienen menor probabilidad de expresar cantidades excesivas de emociones negativas, que afectan la regulación del niño, y son más capaces de hacer a un lado sus propias necesidades para responder de manera adecuada a la experiencia y expresión de emociones del niño (Denham, Mitchell-Copeland, Strandberg, Auerbach y Blair, 1997; Halbestadt, Crisp y Eaton, 1999). Segundo, los padres están conscientes de

las emociones de su hijo y las aceptan, y ven las emociones negativas como una oportunidad para tener un acercamiento íntimo con el niño y facilitar el aprendizaje emocional (Denham et al., 2003; Gottman et al., 1997). Tercero, los padres ayudan al niño a nombrar sus emociones, las validan y muestran empatía (Gottman et al., 1997; Kliewer, Fearnow y Miller, 1996). Por último, los padres ofrecen un andamiaje para promover el aprendizaje del niño. Esto implica mantener sus emociones dentro de un rango manejable para él (Grolnick y Farkas, 2002). Logran esto modificando el ambiente para brindar oportunidades de experimentar o evitar estímulos emocionales específicos (Parke, 1994). Los padres también crean un andamiaje ofreciendo su guía de apoyo mientras el niño lucha por regular, expresar de manera apropiada y responder a las emociones (Gottman et al., 1997).

Las investigaciones indican que los niños tienen mayor habilidad para regular sus emociones, tienen más éxito a nivel social y alcanzan mayores logros académicos si sus padres están conscientes de su expresión emocional y la valoran, validan sus experiencias y ofrecen apoyo y andamiaje para que se expresen y desarrollen estrategias de afrontamiento (Gottman et al., 1997). En contraste, los niños cuyos padres son despectivos o punitivos como respuesta sus emociones negativas tienden a no regularse en la experiencia y expresión, emplean con mayor probabilidad el escape como manera de afrontar la tensión emocional (Fabes, Leonard, Kupanoff y Martin, 2011).

El funcionamiento reflexivo parental es la base necesaria de muchas actitudes y prácticas de los padres en el fomento de los tres resultados clave descritos hasta aquí. El funcionamiento reflexivo se refiere a la capacidad de percibir los estados mentales en uno mismo y en los otros (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). Es la capacidad de reflexionar sobre los pensamientos, sentimientos y conductas de uno mismo y de otros, verlos como separados y discernir cómo los propios influyen en los de los demás y viceversa (Powell et al., 2014). Se considera que el funcionamiento reflexivo es una competencia crucial para evitar que los padres transmitan sus inseguridades en el apego a sus hijos. La interacción padres-hijos, cuando los primeros tienen un pobre funcionamiento reflexivo, puede estar guiada por las necesidades e inseguridades de los padres.

En cambio, los padres con un funcionamiento reflexivo bien desarrollado pueden pensar en cómo sus propias inseguridades y tendencias reflexivas influyen en ellos y en su interacción con el niño.

Pueden suprimir de manera intencional estas tendencias y responder de acuerdo con las necesidades del niño (Powell et al., 2014). El funcionamiento reflexivo incluye la capacidad para comprender las necesidades, desafíos y capacidades del desarrollo infantil, así como entender qué es básico para la parentalidad positiva (Smith, Perou y Lesesne, 2002). Los padres que no están conscientes de esto y tienen expectativas irrealistas de sus hijos los juzgan de una manera más severa, les atribuyen más intenciones negativas y, con mayor frecuencia, responden con hostilidad y coerción, abusan de ellos y los desatienden (Azar, 1998; Azar y Rohrbeck, 1986; Chilamkurti y Milner, 1993; Larrance y Twentyman, 1983).

Cómo la TF ayuda a los padres a desarrollar habilidades y actitudes clave

Un objetivo primordial de las sesiones de TF es que los padres aprendan a hacer a un lado sus necesidades e intereses personales para estar presentes de manera total y aceptar a su hijo. Las habilidades asociadas primordialmente con la sensibilidad parental son escucha empática y juego imaginario centrado en el niño. Durante el aprendizaje y uso de las habilidades de escucha empática, los padres se sintonizan de manera gradual con la experiencia interna del niño y capturan mejor la profundidad de esta experiencia en sus reflexiones. En el juego imaginario centrado en el niño, los padres desarrollan y demuestran un nivel más alto de sintonía al desempeñar su papel de acuerdo con las necesidades y deseos del niño. Casi siempre los padres reciben pocas instrucciones o ninguna sobre cómo desempeñar su papel en el juego imaginario, pues discernir qué desea o necesita el niño de ellos depende más de que se sintonicen con su comunicación verbal y no verbal. Los padres utilizan esta información para desempeñar sus papeles, de acuerdo con los deseos del niño, con la emoción e intensidad apropiadas. Esto les ayuda a depurar sus habilidades de sintonía y también comunica un afecto, comprensión y valoración profunda al niño. Conforme los padres aprenden a usar las habilidades de juego de un modo más natural, los niños perciben que sus padres están disponibles para ellos y son sensibles, y constituyen una base segura para la exploración mientras ellos elaboran y tratan de dominar sus miedos, ansiedades e inseguridades. Después de que los padres desarrollan niveles elevados de sensibilidad en el juego padres-hijos, es un proceso natural llevar esa sensibilidad con ellos en las interacciones padres-hijos cotidianas.

Las sesiones de juego padres-hijos son centradas en el niño, se centran en apoyar la autonomía del niño al mismo tiempo que éste elabora y busca dominar sus inseguridades y desafíos. De modo parecido a la sensibilidad parental, las habilidades de la TF más asociadas con el apoyo a la autonomía son la escucha empática y el juego imaginario centrado en el niño. Los padres aprenden a permitir que sus hijos tengan un espacio para luchar y asumir la responsabilidad de elaborar sus problemas y frustraciones en el juego. Para lograr esto, los padres aprenden a combatir sus impulsos de rescatar a sus hijos o asumir la responsabilidad de encontrar la solución de las luchas del niño, aprenden a proporcionar un apoyo cálido y reflexivo mientras sus hijos resuelven problemas y desarrollan sus competencias y su confianza en sí mismos. Como se mencionó antes, los padres también apoyan la autonomía representando los papeles que les tocan en el juego imaginario de acuerdo con los deseos de sus hijos. Los padres suprimen su necesidad de dirigir el juego o conducirlo hacia las resoluciones que ellos desean.

Las habilidades más asociadas con la competencia general de estructuración son la estructuración de la TF y las habilidades para establecer límites. Debido a la naturaleza centrada en el niño de las sesiones de juego, la estructuración y los límites se mantienen

al mínimo, sin embargo, tienen un papel importante para crear seguridad, predictibilidad y límites en las sesiones de juego. La habilidad de estructuración ayuda a orientar al niño en las transiciones dentro y fuera de las sesiones de juego, así como a trabajar dentro de las sesiones. La habilidad de establecer límites permite al niño experimentar los límites y la oportunidad de tomar decisiones y aprender de sus consecuencias, las cuales son experiencias importantes para ayudarlo a desarrollar la regulación conductual.

En etapas posteriores de la TF, se enseña a los padres a generalizar las habilidades de estructuración y establecimiento de límites más allá de las sesiones. Aprenden a establecer límites e imponer consecuencias de manera que maximice la elección del niño y la regulación emocional.

Los padres eligen los tipos de límites (que no sean molestos ni controladores); son firmes y seguros de sí mismos, pero no emocionalmente reactivos ni conflictivos en el proceso; imponen consecuencias consistentes y predecibles; evitan las consecuencias excesivas o basadas en la vergüenza. El terapeuta ayuda a los padres a identificar los límites y consecuencias adecuadas conforme se requieren. La generalización de la habilidad de estructuración está muy relacionada con el andamiaje. Los padres aprenden a monitorear las influencias ambientales, la dificultad de las tareas, los estados emocionales del niño y sus capacidades, e intervienen cuando es necesario para ofrecer sólo el apoyo indispensable para maximizar el éxito y aprendizaje del niño.

A través de las sesiones de juego, padres e hijos aprenden mucho sobre sus emociones y su manejo saludable. La escucha empática es la habilidad de juego más asociada con la regulación emocional del niño. En el proceso de la TF, los padres se hacen más conscientes de la experiencia emocional de sus hijos y la aceptan mejor, al mismo tiempo que comunican esta aceptación reflejando y nombrando las emociones del niño durante el juego. Los padres aprenden a crear un andamiaje para la solución de problemas y el manejo de emociones, es decir, brindan una atmósfera segura y de aceptación y emplean el reflejo de apoyo, que ayuda a construir la estima. Por ejemplo, en respuesta a un niño de 4 años de edad con dificultades para apilar bloques, los padres podrían decir, “Estás tratando de hacer una torre con esos bloques, pero te sientes frustrado, porque se caen.” En respuesta al continuo esfuerzo del niño, podrían agregar, “Estás intentando de distintas formas que no se caigan los bloques para que puedas hacer una torre más alta.” Cuando el niño, por fin, lo logra, los padres podrían decir, “Fue muy difícil y frustrante hacer esa torre, ¡pero seguiste trabajando hasta que lo lograste y ahora te sientes muy orgulloso!” Los reflejos que ofrecen un andamiaje ayudan al niño a conocer y aceptar sus emociones, a ser persistente en la adversidad, a hacerse más consciente de sus esfuerzos y valorarlos más, y a celebrar la elaboración de sus frustraciones.

En las discusiones posteriores a las sesiones, el terapeuta ayuda a los padres a sintonizarse cada vez más con las emociones del niño y con los métodos más eficaces para responder. Además, estas discusiones brindan la oportunidad a los padres de mejorar la consciencia y aceptación de sus propias emociones a medida que el terapeuta les ayuda a reconocer y nombrar las experiencias emocionales en respuesta a las conductas y emociones del niño durante el juego. El terapeuta valida y ayuda a los

padres a manejar las emociones para que no les impidan estar presentes por completo y aceptar la experiencia del niño. Los padres adquieren cada vez mayor conciencia de que sus propias experiencias emocionales y las de los niños durante este proceso son diferentes y están separadas, y las respetan. En etapas posteriores de la TF, el terapeuta ayuda a los padres a traducir estas habilidades en aceptación, validación, denominación y andamiaje para la solución de problemas para usarlas fuera de las sesiones de juego.

La capacidad de los padres para reflexionar y desarrollar una mayor consciencia de sus pensamientos, emociones y conductas, así como de los del niño, es esencial para aprender y dominar las prácticas y actitudes parentales de la TF. A medida que los padres adquieren mayor confianza en sí mismos para emplear las habilidades básicas de las sesiones de juego, se dedican más sesiones de retroalimentación para ayudarlos a ser más conscientes del juego de sus hijos y del significado potencial de las conductas y temas del juego de los niños. El terapeuta provee el andamiaje para la discusión con los padres ofreciéndoles orientación y sugerencias como apoyo en su esfuerzo por reflexionar y comprender a sus hijos y a sí mismos en las sesiones de juego. El terapeuta presta una atención especial a las reacciones emocionales de los padres frente al juego del niño. Si los padres no hablan sobre esto en las discusiones de retroalimentación, el terapeuta puede hacer la observación con gentileza e invitarlos a hablar sobre su experiencia. En este proceso, el terapeuta ayuda a los padres a ser más conscientes de sus reacciones, explorar qué pasa con ellas y elaborarlas para que no interfieran con su sensibilidad frente al niño.

Investigaciones sobre la TF

En medio siglo de existencia de la TF se han hecho más de 50 investigaciones las cuales muestran de manera consistente los efectos positivos y duraderos de este tratamiento (L. Guerny y Ryan, 2013; VanFleet, Ryan y Smith, 2005). En 2005, Bratton, Ray, Rhine y Jones realizaron un metaanálisis exhaustivo de estudios sobre terapia de juego publicados entre 1953 y 2000. De los 93 trabajos que incluyó, 22 eran sobre intervenciones de TF. Los autores encontraron que el tamaño del efecto de la terapia de juego dirigida por profesionales fue de 0.72, lo cual significa que quienes recibieron este tratamiento tuvieron un desempeño 0.72 desviaciones estándar mejor que los que estuvieron en los grupos de comparación. Este sólido tamaño del efecto está muy por encima de lo que Cohen (1988) clasificó como tamaño medio del efecto (0.50) y sólo un poco abajo del tamaño grande del efecto (0.80).

Bratton y sus colaboradores encontraron que el tamaño del efecto de los estudios sobre la TF, donde los padres participan, fue de 1.15, que es mucho mayor que el de las intervenciones dirigidas por profesionales y un poco mayor que el rango de los tamaños del efecto que se han informado en los estudios sobre psicoterapia infantil (0.66 a 0.84; Bratton et al., 2005). Bratton y sus colaboradores no encontraron asociación alguna entre

la edad y el género del niño y el resultado, lo cual refleja la flexibilidad y la amplia aplicabilidad de la TF y la terapia de juego.

Aunque la investigación aún tiene que examinar el efecto de la TF en el apego infantil, una gran cantidad de investigaciones han demostrado la relación entre la TF y el aumento de la sensibilidad parental. Una medida que se usa con frecuencia en la investigación sobre TF es *Measurement of Empathy in Parent-Child Interaction* (MEACI; Stover, Guerney y O'Connell, 1971). El MEACI es un instrumento que consta de tres subescalas: comunicar la aceptación (aceptación verbal de la conducta y los sentimientos del niño), permitir la autodirección del niño (seguir al niño, en vez de controlarlo), y relación con el niño (atención y participación sin reservas de los padres en el juego guiado por el niño de acuerdo con los deseos de éste). El MEACI explora la sensibilidad, sintonía y respeto parentales hacia las necesidades y sentimientos del niño. La investigación ha demostrado de manera consistente que los padres que participan en la TF muestran mayores aumentos en las conductas que miden las tres subescalas del MEACI (p. ej., Kidron y Landreth, 2010; Lee y Landreth, 2003; Yuen, Landreth y Baggerly, 2002) en comparación con los padres de los grupos de control.

Otra medida que se emplea con frecuencia en la investigación sobre la TF que explora el constructo de sensibilidad parental es el *Porter Parental Acceptance Scale* (PPAS; Porter, 1954). El PPAS es un instrumento para padres que incluye cuatro subescalas: 1) respeto hacia los sentimientos de los niños y su derecho a expresarlos, 2) apreciación de la unicidad del niño, 3) reconocimiento de la necesidad de autonomía e independencia del niño, y 4) la experiencia de los padres de amor incondicional hacia un niño. Los estudios han mostrado de manera consistente que los padres que participan en la TF muestran aumentos significativamente mayores en relación con la aceptación de su hijo, tal y como la mide el PPAS, en comparación con los grupos de control (p. ej., Costas y Landreth, 1999; Sywulak, 1979; Yuen et al., 2002). Los estudios también revelan que el aumento de la aceptación se mantiene en evaluaciones de seguimiento 2 meses (Johnson-Clark, 1996), 6 meses y 3 años posteriores al tratamiento (Sensue, 1081). Al examinar las subescalas por separado, Tew y sus colaboradores (Tew, Landreth y Joiner, 2002) y Harris y Landreth (1997) encontraron que los padres que participan en la TF tienen puntuaciones significativamente superiores en comparación con los grupos de control en las siguientes dos subescalas: respeto hacia los sentimientos del niño y su derecho a expresarlos y comprensión, y el reconocimiento de la necesidad de autonomía e independencia del niño.

Se ha demostrado que el apoyo a la autonomía aumenta de manera significativa como resultado de la participación en la TF. Los participantes informan sentir mayor respeto y comprensión de la importancia de la autonomía del niño y también muestran niveles menores de control y niveles mayores de permitir su autodirección en el juego (Harris y Landreth, 1997; Kidron y Landreth, 2010; Tew et al., 2002; Yuen et al., 2002). La evaluación de los problemas conductuales del niño es el resultado de la investigación sobre TF que más se asocia con la regulación conductual del niño o su falta.

En la investigación sobre la TF se han utilizado distintos instrumentos para medir los problemas de conducta infantil, incluyendo *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach y Edlebrock, 1983), *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI; Robinson, Eyberg y Ross, 1980) y *Filial Problem Checklist* (FPC; Horner, 1974). La investigación ha mostrado de manera consistente que los niños experimentan disminuciones significativamente mayores en los problemas de conducta en comparación con los grupos de control (p. ej., Oxman, 1972; Sheeley-Moore y Bratton, 2010; Tew et al., 2002). En particular, los estudios han encontrado que la TF reduce significativamente los problemas de conducta infantil percibidos por los padres (p. ej., B. Guerney y Stover, 1971; Landreth y Lobaugh, 1998; Sensue, 1981), las conductas externalizadas (Kidron y Landreth, 2010; Smith y Landreth, 2003), la agresión y las dificultades de atención (Bratton et al., 2013).

Bratton y sus colaboradores (Bratton et al., 2013; informe de maestro) y Johnson-Clark (1996; informe de padres) encontraron que la mayoría de los niños que participaron en la TF abandonaron la categoría de problemas de conducta clínicos o limítrofes, determinada en la evaluación previa, y alcanzaron un nivel no clínico después del tratamiento. Johnson-Clark (1996) encontró que los problemas conductuales disminuyeron más en la evaluación de seguimiento, 2 meses después de terminado el tratamiento, lo cual sustenta la idea de que la TF ayuda a los padres a implementar prácticas que siguen teniendo un impacto positivo en el desarrollo del niño aún después del tratamiento. Sywulak (1979) evaluó el funcionamiento de padres e hijos 4 meses antes del tratamiento, justo antes de empezar y 2 y 4 meses posteriores a su inicio. Los cambios en la conducta de los padres fueron evidentes después de 2 meses de tratamiento, y en la conducta de los niños, a partir del cuarto mes, lo cual sugiere que, al menos, parte de los resultados positivos en el niño están en función de las mejoras en la conducta parental.

Aunque hasta ahora no se ha examinado la relación entre la TF y la regulación emocional de padres o niños, la investigación ha demostrado que el aumento de la aceptación y validación de las emociones del niño por parte de los padres es resultado de la participación en la TF (Harris y Landreth, 1997; Kidron y Landreth, 2010; Tew et al., 2002). Además, la investigación cualitativa (informes de padres) indica que los niños que participan en la TF manifiestan menos quejas y discuten menos, se pueden calmar con mayor rapidez después de alterarse y expresan con mayor frecuencia sus emociones y necesidades frente a sus padres (Lahti, 1992). Las investigaciones que examinan los factores que predicen el éxito de la TF ofrecen resultados alentadores. Topham y sus colaboradores (Topham, Wampler, Titus y Rolling, 2010) examinaron los factores que predicen los resultados de la TF realizada con un formato individual (como en VanFleet, 2014) y encontraron que los altos niveles de dolor psicológico de los padres y la pobre regulación emocional de los niños, determinados en la evaluación previa, se asocian con mayores disminuciones de los problemas de conducta infantil a lo largo del tratamiento. Estas relaciones se encontraron examinando los resultados considerándolos como indicadores continuos de la magnitud del cambio o como indicadores dicotómicos de

cambio confiable. Aunque no se comprobaron de manera empírica, estos resultados apoyan la idea de que el aumento de la regulación emocional de padres e hijos es, en parte, responsable de los efectos positivos de la TF.

Aunque no se han realizado investigaciones cuantitativas sobre el efecto de la TF en el funcionamiento reflexivo de los padres, varios estudios cualitativos han aportado evidencias de tal efecto. Los padres que participan en la TF informan que tienen mayor consciencia de las emociones y necesidades de sus hijos, así como expectativas más realistas de ellos (Edwards, Sullivan, Meany-Walen y Kantor, 2010; Lahti, 1993; Wickstrom, 2009). En un estudio de Wickstrom (2009), los padres identificaron diversos beneficios de su participación en la TF, como desarrollar una mayor consciencia de su tendencia a querer resolver las cosas para sus hijos o rescatarlos de sus problemas, y una disminución en la tendencia a sentirse responsables de la conducta de sus hijos. Lahti (1992) encontró que los padres que participaron en la TF informaron haberse sintonizado con la comunicación, conducta y motivación de sus hijos. Además, informaron tener una mayor consciencia de su propia conducta en la interacción con ellos, las razones de su conducta y la manera en que ésta les impacta.

Además de los resultados de la TF asociados directamente con los resultados clave de los niños y las prácticas parentales descritas más arriba en este capítulo, múltiples estudios han demostrado muchos otros resultados valiosos de la TF. Entre ellos, se encuentra el aumento en el ajuste social del niño (Boll, 1973; B. G. Guerney y Stover, 1971) y en su autoestima (Landreth y Lobaugh, 1998; Smith y Landreth, 2003), y disminución en el estrés de los padres relacionado con su autopercepción y la conducta infantil (p. ej., Bratton et al., 2013; Bratton y Landreth, 1995), en los síntomas internalizados (Grskovic y Goetze, 2008; Smith y Landreth, 2003) y en la ansiedad y depresión (Tew et al., 2002).

Quizá lo más notable en la literatura sobre TF es que se ha demostrado que ésta es eficaz con una amplia gama de problemas y circunstancias familiares. Por ejemplo, la TF es eficaz con padres de niños que presentan problemas de conducta, enfermedades crónicas, trastornos del aprendizaje y trastornos generalizados del desarrollo, así como de niños que han sido víctimas de abuso sexual o han presenciado violencia doméstica. Además, la TF es eficaz con padres sustitutos, encarcelados y de una gran diversidad cultural y étnica, o cuando sólo está presente uno de ellos (véanse las revisiones de Bratton y Landreth, 2010; L. Guerney y Ryan, 2013; VanFleet et al., 2005).

En la tabla 7-1, se presenta un resumen de los resultados clave en los niños, las competencias de los padres, las habilidades de la TF y los resultados de la investigación.

Tabla 7-1. Resultados clave en el niño, competencias parentales, habilidades asociadas con la terapia filial y resultados de la investigación

Resultados en el niño	Competencias parentales	Habilidades e intervenciones de la TF	Resultados de la TF
Apego seguro	• Sensibilidad	• Escucha empática	• Aumento de la aceptación verbal de los padres en relación con la conducta del niño

	• Accesibilidad	• Juego de imaginación centrado en el niño	• Seguir más al niño en el juego en vez de controlarlo
	• Respuestas		• Aumento de la atención total y mayor sintonía con el juego dirigido por el niño
Regulación de la conducta	• Apoyo a la autonomía	• Escucha empática	• Disminuyen los problemas de conducta infantil
	• Estructuración	• Estructuración	• Aumenta el reconocimiento por parte de los padres de la necesidad de autonomía e independencia del niño
		• Establecimiento de límites	• Menor control y mayores facilidades para que el niño dirija el juego
Regulación emocional	• Regulación emocional de los padres	• Escucha empática	• Aumenta la aceptación verbal de los padres en relación con la conducta y los sentimientos del niño
	• Consciencia y aceptación de las emociones del niño		• Aumenta el respeto hacia los sentimientos del niño y su derecho a expresarlos
	• Nombrar y validar las emociones del niño		
	• Anadamiaje para el aprendizaje del niño		
	• Funcionamiento reflexivo	• Discusiones posteriores al juego	• Mayor consciencia de los padres acerca de las emociones y necesidades del niño
			• Mayor consciencia de los padres en relación con su propia conducta, su motivación y su impacto en el niño

PROCEDIMIENTO

El procedimiento de la TF es directo. Requiere una gran habilidad y sensibilidad de parte del terapeuta, así como flexibilidad y creatividad. El proceso general no varía en la mayoría de los casos, pero los detalles difieren en gran medida con cada niño y cada familia. En esta sección, se discute cómo llevar a cabo la TF de una manera eficaz y aceptable, los tipos de problemas que puede tratar, cómo disponer el espacio físico, cómo evaluar a los clientes e introducirlos a la TF y qué ocurre en cada fase del tratamiento.

Requisitos, entrenamiento y características del terapeuta

Para practicar la TF se requieren habilidades clínicas. El terapeuta debe tener experiencia considerable practicando la terapia de juego centrada en el cliente con una amplia gama de problemas (VanFleet, 2010). Debe ser capaz de demostrar una sesión de juego con el niño en la familia mientras los padres observan, y luego enseñar y supervisar a los padres en la implementación de las sesiones de juego no directivo. Poner en práctica la TJCN frente a los padres para que observen qué tendrán que hacer ellos con sus hijos como requiere que el terapeuta sea competente en este tipo de terapia. El terapeuta también debe tener un excelente conocimiento de la terapia familiar, demostrar habilidad para estructurar la interacción con los padres o grupos de padres y manejar las percepciones y necesidades que se contraponen entre ellos.

El terapeuta que practica la TF debe tener una capacidad sumamente desarrollada para ser empático y comprender a través de la escucha empática, tanto con los niños como con los padres. Al trabajar con niños, se puede estar tentado a criticar a los padres por los problemas que ve. De hecho, a veces los padres tienen un papel importante en ellos, pero no siempre. Es importante recordar que poco puede cambiar sin la participación de los padres en el proceso. No se puede conseguir resultados excepcionales en la terapia de juego individual cuando los padres no pueden cambiar su manera de pensar y comportarse. Como se señaló al inicio, parte de la intervención terapéutica implica ayudar a los padres a reflexionar sobre sus propios sentimientos y conductas mientras aprenden a ser más empáticos y a sintonizarse más con sus hijos. El terapeuta que usa la TF crea una atmósfera de seguridad y aceptación con los padres con el fin de ayudarlos a aprender y poner en práctica estos nuevos modos de pensar e interactuar.

La manera más eficaz de hacer esto es mostrando empatía en los niveles más profundos por los sentimientos de los padres hacia sus hijos, hacia ellos mismos y entre sí. Ser empático es una disposición en la que se hacen a un lado todos los juicios y pensamientos personales acerca de la situación mientras el terapeuta intenta de verdad comprender cuáles son los mensajes de los padres. La empatía es una actitud y una habilidad, se puede fortalecer a través del entrenamiento en profundidad de la TF.

Es crucial que el terapeuta que implementa la TF comprenda en su totalidad los valores y principios de este método, sus características esenciales y el porqué de su importancia; los métodos exactos para hacer partícipes a los padres, entrenarlos y supervisarlos; así como el proceso de comprensión por parte de los padres de los temas de juego y de sus propios sentimientos (L. Guerney y Ryan, 2013; VanFleet, 2014). Los valores, principios y características esenciales conforman los fundamentos de este método y de todas las decisiones del tratamiento. En términos de las habilidades necesarias para llevar a cabo la TF, dos son de especial importancia: realizar las sesiones de juego simulado para entrenar a los padres y procesar sus reacciones ante ellas. Ambas se abordan en los programas de entrenamiento de la TF.

No es suficiente leer un capítulo o un libro, o ver un DVD para convertirse en un terapeuta competente y calificado en TF. Hay muchas sutilezas en este enfoque y en las complejas habilidades que sólo se pueden aprender por medio de la observación y la práctica. Existen algunas adaptaciones didácticas de la TF al estilo educativo de los padres que pueden ser aplicadas por clínicos experimentados. Para ser competente en la forma completa de terapia familiar de la TF, tal como la desarrolló y refinó Guerney, se requiere considerable entrenamiento y práctica supervisada. Vale la pena el esfuerzo de aprenderla si tenemos en cuenta los resultados que se suelen alcanzar.

Los mejores programas de entrenamiento son los que enseñan a los profesionales a usar los mismos principios y métodos que, con el tiempo, usarán con los padres. Por lo general, esto tiene lugar en un grupo pequeño de entrenamiento en el que los participantes aprenden y practican las habilidades que se usan en diferentes etapas de proceso y reciben retroalimentación individualizada de parte de los instructores. Es muy valioso aprender en un proceso paralelo que será implementado con los padres (B. G. Guerney, comunicación personal, 3 de junio 1980). El profesional experimenta qué se siente en el proceso de la TF cuando se aprende algo nuevo (cómo implementar la TF), del mismo modo que los padres experimentan cuando aprenden cómo implementar las sesiones de juego. Varias universidades de EUA e instructores certificados en terapia filial (proveedores de educación continua) ofrecen entrenamiento en una o más formas de la TF. Al menos, existen dos programas de certificación independientes en EUA. En www.play-therapy.com y en www.nire.org se puede encontrar más información acerca del entrenamiento, recursos y certificación en TF.

Características del cliente

La TF se ocupa de ayudar al cliente a reparar y fortalecer las relaciones. Su flexibilidad, aunada a la universalidad de sus premisas básicas y el uso del juego, permite trabajar con una amplia gama de clientes. Se ha empleado como a) un programa de prevención para padres que desean crear apegos sanos en sus hijos y evitar muchos problemas potenciales, b) un modo de ayudar a las familias en riesgo para manejar y superar las

dificultades que viven y c) una intervención familiar en el pleno sentido del término para familias que experimentan problemas leves, moderados o graves y que sean de distintas culturas y países de origen.

En general, la TF es más adecuada para niños entre 3 y 12 años de edad, pues en ese rango los niños usan más su imaginación en el juego. Algunos colegas han implementado la TF con niños más pequeños adaptando el vocabulario para establecer límites (instrucciones más sencillas) y algunos juguetes (más grandes y apropiados para su edad) con buenos resultados. Aunque la TF suele implementarse en tiempos especiales (el tiempo con los padres en que aún requieren usar la mayoría de las habilidades, pero sin juguetes) con niños mayores de 12 años, hay ejemplos en los que se ha empleado la TF en un cuarto de juego con juguetes con individuos hasta de 16 años de edad. A veces, esto es posible cuando el trauma y las historias de alteraciones del apego han provocado que su funcionamiento social y emocional esté por debajo del que corresponde a su edad cronológica.

Con mucha frecuencia, estos adolescentes realizan un juego más dramático en las sesiones, pero haciendo algunos cambios en términos generales de la estructura y el proceso.

Indicaciones y contraindicaciones

Debido a que la TF es una forma de terapia orientada al proceso que se ocupa de las relaciones familiares y que ve la socialización como intervención, se puede aplicar en una amplia gama de problemas (Cavell y Elledge, 2004). Aunque antes, al mismo tiempo o después de la TF se pueden requerir otras intervenciones para satisfacer las necesidades específicas del niño o la familia, es común que la TF sea la única forma de terapia necesaria, debido a que se enfoca en el sistema familiar. Aun cuando se incluyan otras intervenciones, la TF mantiene un lugar central en el tratamiento en virtud de su capacidad de crear relaciones de apego saludable y promueve en el sistema familiar entero un funcionamiento más adaptativo.

La TF ha tenido un claro éxito clínico en los siguientes casos: ansiedad, depresión, problemas de conducta, trauma, abuso y negligencia, cuestiones relacionadas con el divorcio y alienación parental, violencia doméstica, cuidadores sustitutos, adopción, enfermedades médicas, alteraciones del apego y trastorno por apego reactivo, trastornos del espectro autista, medrosidad, rechazo a ir a la escuela, acoso escolar, trastorno por déficit de atención, timidez, rivalidad entre hermanos, relaciones complejas, conductas oposicionistas, problemas con el control de esfínteres, perfeccionismo y trastorno obsesivo-compulsivo, adicciones y otros (VanFleet, 2014; VanFleet y Guerny, 2003). Hay ocasiones en que la TF está por completo contraindicada o no es recomendable como primera opción de tratamiento para el niño y la familia. Es muy difícil que sea adecuada en casos en que alguno de los padres fue el perpetrador del abuso sexual, pero

le fue permitido mantener una relación con el niño. Sin embargo, en otros casos de maltrato infantil, se puede utilizar la TF en algún punto del proceso. La TF no necesariamente es la intervención inicial, sobre todo si el niño no ha estado antes en terapia individual. El perpetrador de abuso sexual sólo es considerado para participar en TF después de mostrar un remordimiento genuino y terminar con éxito un programa terapéutico para asumir la responsabilidad de sus actos, y sólo si el terapeuta juzga que el niño está listo para dar este paso. En ese caso, la TF proporcionaría mejores herramientas que los padres pueden utilizar cuando su hijo no se comporta de la manera deseada, así como para remediar el daño a su relación y crear una mejor. También el padre no ofensor puede participar en la TF; por lo general, esto ocurre después de que el terapeuta ha trabajado con el niño y con alguien que no forma parte del contexto de abuso. Si el padre no ofensor, en verdad, no se dio cuenta que estaba ocurriendo el abuso, su participación puede comenzar antes, pero si justifica las acciones del abusador, se necesita hacer un trabajo previo más prolongado antes de implementar la TF. En cualquier caso, las necesidades de seguridad física y emocional del niño son los factores determinantes para decidir si los padres participan en las sesiones y en qué momento. Si el tribunal o el organismo de protección a la infancia determina que el niño debe quedarse con los padres, o regresar con ellos después de los episodios de violencia intrafamiliar, la TF puede servir como herramienta útil para reunificar a la familia y a transformar los patrones de conducta dañinos en saludables. En la mayoría de casos de maltrato infantil o violencia doméstica en los que el niño ha vivido traumas y afectaciones en su apego, la TF es un posible mecanismo de cambio y prevención del abuso (VanFleet y Sniscak, 2003a).

Otra situación en que la TF se suele utilizar cuando el proceso terapéutico está avanzado es cuando los padres carecen por completo de la capacidad de centrarse en su hijo. Esto sucede con frecuencia cuando tienen graves problemas emocionales o distracciones personales. Si los padres muestran la capacidad de hablar de sus hijos sin salirse por la tangente y no terminar hablando de su propio dolor emocional durante unos 10 minutos en la entrevista inicial, pueden ser candidatos para la TF. Si sus propias necesidades emocionales son apremiantes, pero pueden mantenerse centrados en el niño, se puede implementar una versión de la TF en la cual las sesiones iniciales de juego duran menos de media hora, que es la duración estándar.

Un ejemplo de esto es cuando los padres han pasado por un divorcio desgastante y toda su energía emocional está enfocada en la ex pareja y les queda poca para sus hijos. El terapeuta podría sugerir un tiempo de terapia individual antes de que la TF entre en escena.

La TF es útil para familias que han tenido experiencias traumáticas (VanFleet y McCann, 2007; VanFleet y Sniscak, 2003b). La situación se complica si los padres han tenido sus propias experiencias de este tipo o viven una pena traumática. A veces, pueden llevar a cabo la TF y han informado que es beneficiosa para reducir sus sentimientos de indefensión y desesperanza, pero en otras, están tan abrumados por sus propias reacciones emocionales que no pueden centrarse lo suficiente en las de sus hijos.

En estos últimos casos, se puede trabajar con terapia de juego individual con los niños mientras los padres reciben la ayuda emocional que necesitan. Para determinar si se puede incluir a los padres en la TF después de experiencias traumáticas y en qué momento hacerlo, por lo general, el terapeuta lo discute de manera abierta con ellos acerca de lo que esto implica a nivel emocional y qué tan bien se sienten para ver, escuchar y responder frente a esa tarea. El terapeuta proporciona práctica en el manejo del juego y las emociones del niño relacionados con el trauma durante la fase de entrenamiento de la TF, y si todos –terapeuta y padres– se sienten listos para avanzar, la presencia del terapeuta durante las sesiones de juego padres-hijos, así como el procesamiento y análisis posteriores, brindan una “contención” empática para los sentimientos de los padres, que les permite jugar mejor con los niños.

Por último, la TF no se debe utilizar si los padres no pueden aprender las cuatro habilidades básicas para las sesiones de juego. Debido a que estas habilidades dependen más de la inteligencia emocional que de la académica, muy pocos padres son descartados por esta razón. La TF se ha empleado de manera exitosa con padres que tienen retraso en el desarrollo y discapacidades. A veces, el terapeuta hace algunos ajustes al proceso de entrenamiento empleando más el modelamiento y la repetición hasta que el aprendizaje parental es el adecuado.

Fuera de estas situaciones que la TF debe esperar o resulta inapropiada, este enfoque tiene una amplia aplicabilidad. Algunas situaciones del cliente y la familia son mucho más complicadas que otras, y sólo el clínico con un entrenamiento completo y una amplia experiencia debe usar la TF en esas circunstancias. Es esencial realizar la práctica de la TF dentro del nivel de competencia que cada terapeuta posee.

Logística

La logística para implementar la TF puede plantear muchas dificultades a veces, pero no más que otras formas de terapia familiar o de terapia de juego familiar. Debido a que el terapeuta, a veces, trabaja sólo con los padres durante las etapas de entrenamiento y de sesiones de juego en casa, en ocasiones es útil disponer de cuidado para los niños. Cuando estos están presentes, el terapeuta puede elegir entre observar una sesión de juego de la diada padre-hijo o tal vez dos, pero después ya no es necesaria la presencia de los niños mientras el terapeuta se reúne con los padres y les proporciona retroalimentación sobre sus habilidades, discute los temas del juego y las reacciones de los padres ante estos. Algunos niños pueden esperar solos en un área segura y privada de espera, pero otros requieren mayor supervisión. En este último caso, los padres pueden turnarse para quedarse con el niño, o pueden traer a otro miembro de la familia para que lo cuide. El terapeuta también puede decidir cuidar al niño. En el caso de la TF en grupo, es muy importante ofrecer cuidado al niño en cualquier sesión (L. Guernsey y Ryan, 2013; VanFleet, Sniscak y Faa-Thompson, 2013). En las subsecciones siguientes se

abordan otras alternativas para la logística.

Disposición del cuarto de juego, juguetes y materiales

En la TF, el cuarto de juego tiene una disposición igual a la que se emplea en la terapia de juego centrada en el niño (descrita con detalles en VanFleet, 2006a, 2006b, 2012; VanFleet et al., 2010).

Además, con frecuencia, incluye una pequeña área de observación en un extremo o una esquina del cuarto desde donde los padres pueden observar la demostración del terapeuta, y el terapeuta, las sesiones de juego padres-hijo. Es de gran ayuda contar con un espejo de una sola dirección para la observación; aunque no es necesario para las sesiones familiares individuales, sí lo es cuando se trabaja con grupos de familias. Otra opción es contar con otro cuarto desde donde el terapeuta y otros miembros de la familia puedan observar las sesiones en un monitor conectado a una cámara de video. Ésta no es la mejor alternativa, porque no permite apreciar los detalles sutiles de la interacción, pero funciona.

El cuarto de juego debe contar con juguetes de distintos tipos dispuestos de una manera atractiva ni demasiado ordenados ni demasiado desordenados. No se incluyen juegos o juguetes demasiado estructurados, porque pueden restringir la imaginación en el juego. Los tipos de juguetes son: a) muñecos de miembros de una familia y relacionados con la crianza, b) juguetes de comunicación, c) juguetes de agresión, d) juguetes de dominio de habilidades y e) juguetes de expresión creativa. No es necesario que los juguetes sean muchos ni muy costosos, pero cada categoría debe estar incluida. Se espera que los padres cuenten con su propio conjunto de juguetes para las sesiones de juego en casa, así que los del terapeuta no deben crear expectativas inalcanzables en los niños respecto de lo que tendrán a su disposición en casa. Cuando los padres no tienen los medios suficientes, a veces el terapeuta presta algunos juguetes o consigue fondos para donarlos a las familias que los necesiten.

Frecuencia y duración del tratamiento

La extensión de la TF varía con cada familia. El promedio de sesiones con familias que presentan problemas leves y moderadamente graves es de 17 a 20 con duración de una hora cada una (VanFleet, 2012, 2014). Desde luego, algunas requieren menos sesiones y otras, con problemas muy graves, necesitan más. La TF grupal se realiza en sesiones, ente 12 y 20, de 2 o 3 horas (L. Guerny y Ryan, 2013; VanFleet et al., 2013). La terapia de la relación padres-hijos (TRPH) grupal es una adaptación de la TF y sigue un formato de educación parental en 10 semanas; hay investigaciones que respaldan este modelo (Landreth y Bratton, 2006). La TF es un método flexible que se ha aplicado en todo el mundo en distintos formatos que se ajustan a las necesidades y circunstancias del cliente.

Cuando la TF se lleva a cabo con una sola familia, lo más común es que las sesiones sean semanales, porque ofrecen la suficiente continuidad. También las sesiones

quincenales funcionan bien, pero prolongan el proceso para que la familia se involucre. A veces, la familia asiste semanalmente durante las fases de entrenamiento y supervisión de las sesiones de juego en casa, y una vez que éstas marchan bien, las reuniones son quincenales (pero en casa se mantienen una vez a la semana las sesiones de juego con el niño).

Cuando los padres han recibido el entrenamiento y son competentes para comenzar las sesiones de juego en casa, cada uno lleva a cabo sesiones de juego de media hora con cada niño de la familia de entre 3 y 12 años de edad (aproximadamente). Con los adolescentes, se reserva un tiempo especial. No siempre es posible mantener esta frecuencia, pero cada niño debe tener al menos una sesión de juego a la semana con alguno de los dos padres, por lo que estos se pueden alternar.

Entrevista inicial y, o evaluación y planeación del tratamiento

Por lo general, el proceso de evaluación requiere dos reuniones de una hora. El terapeuta se reúne sólo con los padres en la primera sesión, escucha con cuidado y empatía sus preocupaciones, hace preguntas y obtiene la información suficiente sobre los antecedentes. Cualquier instrumento de medición preliminar se entrega a los padres para que lo respondan en casa y lo devuelvan en la siguiente reunión. VanFleet (2014) describe este proceso en detalle.

Observación del juego familiar

En la segunda reunión, se realiza la observación del juego familiar (OJF). Todos los integrantes de la familia participan jugando juntos en el cuarto de juego durante 20 minutos aproximadamente. El terapeuta indica a los padres cómo explicar a los niños que irán a un lugar especial donde hay un cuarto de juego y donde las familias van a aprender cómo pueden llevarse mejor y sentirse más felices juntas. El terapeuta se sienta en una esquina de la habitación o en una cabina detrás de un espejo unidireccional y observa la interacción familiar. La estructura del juego es mínima en tanto el propósito es ver las interacciones naturales en la medida de lo posible. El terapeuta observa varios aspectos, como las interacciones de los padres con cada niño y entre sí, las interacciones entre los niños, quién inicia las actividades, quiénes juegan juntos, quién queda excluido y cómo surgen y se manejan los conflictos, entre otras cosas. Cuando se acerca el final, el terapeuta les da avisos faltando 5 minutos y 1 minuto y cuando el tiempo termina. Después, se pide a los niños que vayan al área de espera mientras el terapeuta y los padres se reúnen para discutir las observaciones del terapeuta.

El terapeuta empieza con la siguiente pregunta: “De lo que pasó en este periodo de juego familiar, ¿qué es común que ocurra en casa y qué no?” El terapeuta permite que ambos padres compartan sus impresiones y los escucha de manera empática de principio a fin. Luego hace preguntas sobre lo que observó, como “Noté que usted tuvo que

decirle a la niña que pusiera el agua en el piso varias veces y ella parecía ignorarlo. ¿Qué tan común es que esto suceda en casa?” El terapeuta mantiene una postura en la que no emite juicios, sino que escucha con cuidado las respuestas de los padres.

Recomendación de la TF

Aunque el terapeuta haya mencionado la posibilidad de trabajar con la TF en la primera llamada y, o en la primera reunión, se hace una recomendación más formal después de la OJF. Explica de manera breve en qué consiste esta terapia y por qué la recomienda para los problemas de la familia. Al hacer la recomendación, es sumamente importante señalar los beneficios potenciales de la TF de *manera explícita* para los problemas que enfrenta la familia de acuerdo con lo que dijeron los padres en la primera sesión. De este modo, los padres pueden darse cuenta de la pertinencia de la recomendación. Por ejemplo, cuando el terapeuta dice, “La última vez, usted me dijo que su hijo no se despegaba de usted, y hablamos un poco de las inseguridades de él. Pienso que la TF en verdad la ayudaría a resolver esta situación promoviendo en él una sensación de seguridad y brindándole la oportunidad de expresar sus preocupaciones y encontrar un modo de superarlas.” El terapeuta también debe explicar qué pueden obtener los padres de esta experiencia: “Parece que ya es muy linda su relación con su hija adoptiva, y pienso que si partimos de eso y la consolidamos, podríamos prevenir algunos problemas. Sabemos que ella vivió algunas alteraciones fuertes en su familia junto con situaciones traumáticas, así que la TF le ayudaría a construir una relación en la que pueda ser más abierta con usted y a elaborar ese trauma en la seguridad del cuarto de juego. Si usted puede hacer eso junto con ella, de verdad, sería beneficioso para su relación y le daría herramientas para manejar el malestar emocional cuando los traumas del pasado se reactiven.”

Se alienta a los padres a hacer preguntas y plantear sus dudas acerca de la recomendación de la TF, el terapeuta responde con empatía y ahonda en la explicación de sus razones y de las cosas específicas que ocurren durante la TF. Se programa una reunión más, si aún quedan por resolver preocupaciones u objeciones de parte de los padres. Sin embargo, esto no suele suceder. Incluso si los padres no están seguros, el terapeuta no los presiona, sino que sugiere que lleven a sus niños la siguiente semana para que les muestre una sesión de terapia de juego centrada en el niño con cada uno de ellos. El terapeuta les indica que, de ese modo, tendrán una idea mucho mejor de qué esperar y cómo podrían responder sus hijos.

Sesión de juego de muestra

Esta sesión forma un puente entre la fase de evaluación y la de terapia. El terapeuta realiza sesiones de juego centrado en el niño de 15 a 20 minutos con cada niño de la familia (o de un grupo seleccionado si se trata de familias muy grandes) mientras los padres observan. Los padres anotan sus observaciones y preguntas para discutir las más tarde. Después de las demostraciones, el terapeuta se reúne con los padres para discutir sobre éstas, responder sus preguntas y señalar distintas cosas que ocurrieron, y

confrontan las metas de la familia con lo que la TF puede ofrecerles. Con un ejemplo más concreto de los que implica la TF, por lo general, los padres están listos para comprometerse con este proceso.

Etapas y estrategias del tratamiento

La TF sigue la secuencia que se presenta en la tabla 7-2, que incluye la fase de evaluación. En esta sección, se explica cada fase y lo que sucede en ellas.

Fase inicial	Fase media	Fase de cierre
<p><i>Evaluación inicial (una sesión):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los problemas • Historia social/de desarrollo • Aplicación de las mediciones preliminares 	<p><i>Entrenamiento de los padres (tres sesiones):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación de las habilidades • Práctica inicial de las habilidades • Dos sesiones simuladas de juego, retroalimentación 	<p><i>Generalización (de cuatro a seis sesiones)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de las sesiones en casa • Uso de las habilidades en la vida cotidiana • Habilidades parentales adicionales
<p><i>Observación del juego familiar y recomendación (una sesión):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación del juego familiar, discusión • Recomendación/justificación de la TF • Descripción del proceso • Aclaración de dudas 	<p><i>Sesiones supervisadas de juego filial (de cuatro a seis sesiones):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los padres llevan a cabo sesiones de juego bajo la supervisión directa del terapeuta • Retroalimentación acerca de las habilidades, procesamiento de los temas y reacciones de los padres 	<p><i>Planeación del alta (de una a tres sesiones):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de alta desarrollado por terapeuta y padres en conjunto • Disminución progresiva de las sesiones con el terapeuta • Supervisión directa de una última sesión de juego (opcional)
<p><i>Demostración (una sesión):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta lleva a cabo una sesión de terapia de juego centrada en el niño con cada uno; los padres observan • El terapeuta discute con los padres sobre la demostración sin los niños 	<p><i>Traslado (una sesión):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Planeación de las sesiones de juego en casa • Preparación de los juguetes, el espacio y el horario • Discusión sobre cómo manejar las interrupciones de las sesiones en casa 	<p><i>Evaluación final (una sesión):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta y padres la realizan en conjunto • Opciones para el seguimiento • Aplicación de las mediciones posteriores

Fuente: Adaptado de VanFleet (2012).

Fase de entrenamiento

Inmediatamente después de las sesiones de demostración, el terapeuta empieza el proceso de entrenamiento con los padres. Por lo general, se lleva tres sesiones de 1 hora. En la primera sesión de esta fase, el terapeuta explica las cuatro habilidades que se utilizan en las sesiones de juego de la TF, la justificación de cada una, cómo se ponen en

práctica y un ejemplo, casi siempre tomado de las sesiones de demostración. Las cuatro habilidades se describen a continuación (VanFleet et al., 2010). VanFleet (2006b) recurre a un ejemplo videograbado de dichas sesiones.

Estructuración

Esta habilidad ayuda a los niños a comprender la atmósfera y la libertad relativa de las sesiones de juego. Los padres aprenden qué decir cuando entran al cuarto de juego, cómo dar los avisos de que quedan 5 minutos o 1 antes de que termine la sesión y cómo manejar las resistencias de los niños a terminar el juego.

Escucha empática

Los padres aprenden a hacer a un lado sus propios pensamientos y sentimientos para ver en verdad el mundo a través de los ojos de sus niños. Aprenden a observar al niño completo (palabras, expresiones faciales, entonación de la voz y lenguaje corporal) y a reflejar las cosas básicas que el niño hace y los sentimientos que están presentes. En esencia, los padres aprenden a ser empáticos y a aceptar a sus hijos tal como son.

Juego de imaginación centrado en el niño

Los padres aprenden cómo participar en el juego de imaginación cuando sus hijos lo piden. Ellos siguen al niño, haciendo lo que él pide o asumiendo el papel que ellos piensan que el niño quiere que asuman. Aprenden a abstenerse de hacer preguntas sobre el papel que les toca, y a estar en mejor sintonía con lo que el niño y el contexto sugieren; es decir, se ajustan a las respuestas del niño para asegurarse de complacer los deseos del niño. Esta habilidad representa otra forma de sintonía empática.

Establecimiento de límites

Los padres aprenden a recurrir sólo a los límites necesarios para asegurar la seguridad del niño y de ellos mismos y evitar daños significativos a los juguetes y al mobiliario. Los límites son necesarios para que el niño se sienta seguro y asuma la responsabilidad de sus actos. Un procedimiento de tres pasos funciona bien para establecer límites: 1) cuando se transgrede un límite, los padres describen el límite específico en términos conductuales y dan otras opciones “pero puedes hacer casi cualquier otra cosa,” lo cual coloca la responsabilidad y posibilidad de resolver el problema en el niño; 2) cuando se rompe el mismo límite por segunda vez, o es inminente que así sea, el padre le recuerda el límite al niño, añade cuáles serán las consecuencias de hacerlo y repite las alternativas disponibles; y 3) cuando el mismo límite se transgrede por tercera vez en una sesión, los padres hacen valer la consecuencia, que es salir del cuarto de juego. Este proceso restablece pronto la autoridad parental. Si el niño se disgusta después de salir del cuarto de juego, o en el caso de niños con problemas significativos de apego, los padres pueden decirle,

“Vamos a regresar aquí la próxima sesión” una vez que ya están por completo fuera del cuarto de juego.

Al final de la primera sesión de entrenamiento, el terapeuta juega con algunos juguetes y pide a los padres, uno a la vez, que practiquen la escucha empática. También proporciona retroalimentación en forma de reforzamiento positivo a los padres conforme ponen en práctica las habilidades.

En la segunda y tercera reuniones, el terapeuta lleva a cabo una sesión simulada de juego, de modo que cada uno de los padres tenga dos oportunidades de practicar. Aquí, el terapeuta simula ser un niño y juega de tal modo que los padres practiquen las cuatro habilidades. Durante estas prácticas, el terapeuta hace breves comentarios de retroalimentación y pequeñas correcciones, al final da una retroalimentación detallada en la que reconoce los puntos fuertes de los padres y hace una o dos sugerencias para mejorar. Se trata en esencia de un proceso de moldeamiento. El terapeuta mantiene una atmósfera relajada y lúdica, lo cual ayuda a reducir la ansiedad de los padres. En las sesiones simuladas de juego es necesario que el terapeuta tenga cierta práctica para tener dominio de ellas, sobre todo porque requieren tres procesos mentales diferentes –jugar, dar retroalimentación rápida y recordar los detalles para la retroalimentación detallada al final–, constituyen uno de los medios más eficaces y eficientes de preparar a los padres para las sesiones de juego con sus hijos. Los programas de entrenamiento en TF suelen incluir la práctica de las sesiones simuladas para que los terapeutas dominen este método tan singular de enseñar.

Después de las tres sesiones de entrenamiento, por lo general, los padres están listos para empezar a jugar con sus niños bajo la supervisión directa del terapeuta. La mayoría aún no domina las habilidades en este punto, pero ha aprendido lo suficiente para empezar. Se considera a las primeras sesiones de juego con sus hijos como una extensión de su desarrollo de las cuatro habilidades.

Supervisión directa de la fase de sesiones de juego

En esta etapa, el terapeuta observa directamente la media hora de juego en diada de cada uno de los padres, con uno de sus hijos, de cuatro a seis ocasiones. El terapeuta no interviene en absoluto durante el juego, sino sólo observa en silencio el juego del niño y las respuestas de los padres. Al terminar la sesión, se pide al niño que vaya al área de espera o a la estancia para niños mientras el terapeuta se reúne con los padres la media hora restante. En este tiempo, ocurren varias cosas:

1. El terapeuta pregunta a los padres cómo se sintieron en la sesión de juego, qué les pareció más fácil y qué fue más difícil, y luego escucha de manera empática las respuestas.
2. El terapeuta da la retroalimentación respecto del empleo de las cuatro habilidades. Al menos 75% de ella debe ser positiva y específica, y para terminar, hace una o dos sugerencias para mejorar en cada sesión.
3. Después de la retroalimentación, el terapeuta pregunta a los padres qué piensan que

significa el juego para ver qué ideas se les ocurren. Otra vez, escucha de manera empática las respuestas.

4. El terapeuta comparte sus propias ideas de lo que pueden significar los temas del juego y argumenta por qué piensa eso. A menudo, ayuda a los padres a generar diversos temas de juego posibles y los impulsa a ser pacientes conforme los patrones del juego aparecen en varias sesiones. También los ayuda a reconocer mejor los temas del juego en este diálogo. VanFleet et al. (2010) tiene un capítulo detallado sobre los temas del juego, y *A Parent's Handbook of Filial Therapy* (VanFleet, 2012) incluye información sobre los temas del juego escrito especialmente para padres.
5. El terapeuta pregunta a los padres cómo se sintieron en relación con los temas del juego si ellos no lo dicen de manera espontánea. Es común que los padres tengan reacciones emocionales, tanto positivas como negativas, frente al juego de sus hijos, sobre todo si se relaciona con aspectos de la dinámica familiar; por ello, el terapeuta tiene que escucharlos y ayudarles a elaborar esos sentimientos. A veces, el terapeuta emplea otras estrategias básicas de consejería para ayudar a los padres a comprender los temas del juego y verlos en su justa medida. Esta es otra parte del proceso de la TF que requiere una gran sensibilidad y habilidad, pero también es la que más ayuda a los padres a desarrollar su funcionamiento reflexivo.

Traslado de las sesiones de juego a casa

Los padres deben ser competentes para llevar a cabo las sesiones de juego antes de trasladarlas a casa, donde no tendrán la supervisión directa del terapeuta. Esto es crucial para que el resultado sea exitoso y no fallido, puesto que sólo se pueden mantener los niveles de habilidad sin la presencia del terapeuta cuando son lo suficientemente altos. Cuando las fases de entrenamiento y supervisión directa se realizan bien, se acelera el proceso en que los padres pueden llevar las sesiones de TF a casa.

Se dedica una sesión a planear cómo se llevarán a cabo las sesiones de juego en casa. El terapeuta recuerda a los padres que deben preparar sus juguetes y les ayuda a planear dónde, cuándo y cómo ponerlas en práctica. Éste es un momento de la terapia en que el progreso alcanzado hasta esta etapa puede verse mermado si los padres no continúan hasta el final. Por ello, se hace hincapié en la importancia de continuar con las sesiones de juego, y el terapeuta explica a los padres el proceso completo cuando deciden cómo quieren implementarlo.

Después, los padres van a casa y cada uno tiene una sesión de juego con cada uno de sus hijos, o al menos con uno de ellos. La clave es que todos los niños tengan, al menos, una sesión de juego y, de preferencia, una con cada uno de los padres durante la semana. Los padres regresan e informan qué pasó en las sesiones en casa y el terapeuta realiza el proceso de retroalimentación, tal como se describió en la sección anterior. Algunos clientes llevan videos a sus sesiones, y el terapeuta puede ver algunos fragmentos y discutirlos como lo hacía al observar en vivo las sesiones. Si no hay videos, el terapeuta se basa en los informes de los clientes y dedica más tiempo a discutir los temas del juego y las reacciones de los padres. Este proceso continúa hasta que el terapeuta y los padres

coinciden en que estos últimos son competentes y tienen confianza en el proceso. Cuando el nivel de las habilidades de los padres es alto y estos progresan en las sesiones en casa, es momento de que el terapeuta les ayude a generalizar a la vida cotidiana lo que han aprendido. Por lo general, esta fase de la terapia, junto con el proceso de generalización que se describe a continuación, requiere de 4 a 8 sesiones de una hora, aunque puede variar bastante de acuerdo con las necesidades de la familia.

Generalización

La generalización no es fácil para las personas. Los profesionales de varios campos se sienten frustrados cuando sus clientes no continúan por sí mismos lo que aprendieron. En la TF, el proceso de generalización se hace con la intención deliberada de asegurar el éxito del cliente. Esto sucede cuando el

La primera mitad de cada sesión de esta fase se centra en las sesiones en casa y cómo marchan. La segunda mitad se dedica a generalizar las habilidades a la vida cotidiana. El terapeuta discute con los padres de qué manera la escucha empática, la estructuración y el establecimiento de límites funcionan en una situación más compleja de la vida cotidiana, y con frecuencia sugiere leer algún material o hacer algunas “tareas” en las que los padres empiezan a utilizar las habilidades fuera de las sesiones de juego. Por lo general, el terapeuta se enfoca en una habilidad en cada sesión. Una vez que los padres han logrado utilizar las habilidades en la vida cotidiana, se agregan otras, como el reforzamiento positivo, los mensajes-yo parentales (en los cuales los padres declaran sus sentimientos desde su perspectiva sin culpar o avergonzar). De varias maneras, la fase de generalización empieza a parecer una clase de habilidades parentales, pero con una diferencia importante: los padres ya dominan las habilidades y están mucho mejor preparados para implementarlas con éxito.

Las sesiones de juego en casa continúan de manera indefinida, pero, si se ha logrado un progreso significativo, las habilidades se han generalizado y los padres están satisfechos con los resultados, el terapeuta y estos empiezan a discutir sobre la conclusión formal de la TF.

Planeación del alta

Si los padres han asistido cada semana a informar sus sesiones en casa, el terapeuta sugiere que las reuniones sean cada dos semanas por un tiempo para ver si el progreso se mantiene. Si en este nuevo periodo las cosas marchan bien, el terapeuta propone una reunión tres o cuatro semanas después. Los intervalos entre una sesión y otra se van haciendo más extensos y si los avances se mantienen o continúan, se puede dar de alta a los clientes.

El terapeuta proporciona otras recomendaciones para continuar con las sesiones de juego en casa e indica qué señales justificarían programar una sesión de seguimiento. Las “señales” son específicas de cada familia. El terapeuta puede solicitar ver una última sesión de juego familiar, en vivo o en video, sobre todo si el progreso se ha detenido o ha

habido algún retroceso. En este momento se hace la evaluación final. Más allá de ésta, el terapeuta comunica a los padres que en el futuro estará disponible en caso de que lo necesiten y avisa que hará una llamada telefónica de seguimiento entre uno y tres meses después. Con esto, concluyen formalmente las sesiones de TF.

Progreso

Con frecuencia, el progreso es rápido en la TF, aunque puede variar mucho. Aun cuando los padres no tienen las habilidades de un terapeuta, o las que con el tiempo ellos mismos tendrán, se observan beneficios en las áreas problemáticas. Quizá esto se debe a las relaciones que los niños ya tienen con sus padres. Aunque éstas se encuentren dañadas, la importancia que tienen los padres para los hijos y viceversa facilita el progreso una vez que los padres aprenden a usar las habilidades y las prácticas parentales clave en las sesiones de juego.

Es muy común ver señales de progreso en las primeras tres sesiones de juego realizadas bajo la supervisión del terapeuta. Estos cambios se pueden observar en el juego del niño, en la conducta de los padres o, a menudo, en ambos. La mayoría de los padres son bastante hábiles en la cuarta sesión de juego y se observa mayor progreso a partir de entonces. Cuando los padres comienzan las sesiones en casa, casi siempre después de cuatro o seis sesiones supervisadas por el terapeuta, se observa un progreso significativo en la relación y en la consecución de las metas. También se observan progresos en la conducta del niño, los problemas empiezan a disminuir y esto, con frecuencia, también se refleja en la conducta cotidiana sin ninguna intervención específica para ese escenario.

EJEMPLO DE CASO

La información personal del siguiente caso se ha cambiado por completo para proteger la confidencialidad de las personas involucradas.

Antecedentes

Brian era un niño de 8 años de edad cuando sus padres, Ted y Nina, lo llevaron a terapia. Nina era su madre biológica y Ted, su padrastro. El padre biológico, Carl, había vivido casi cinco años con Nina después del nacimiento de Brian, y su relación estuvo llena de violencia. Carl le pegó a Brian esporádicamente, pero los golpes estuvieron más relacionados con el estado de ánimo del padre que con la conducta del niño. Brian también fue testigo de numerosos incidentes de violencia doméstica en los cuales Carl golpeó de manera salvaje a Nina, y ella, en una ocasión, resultó con graves moretones, la nariz rota y un brazo fracturado y, en otra, requirió ser hospitalizada debido a una conmoción cerebral. A su vez, Nina había crecido en una familia donde había violencia, y por cierto tiempo pensó simplemente que así vivían las familias. Después de la hospitalización, ella levantó cargos contra Carl, quien fue encarcelado. Ella nunca se casó con él, por lo que no fue necesario un proceso de divorcio, Nina buscó terapia para ella. Esto le ayudó a desarrollar un entendimiento claro de los patrones de victimización en su vida y decidió protegerse a sí misma y a su hijo a partir de ese momento.

Conoció a Ted un año después y, con el tiempo, se casaron. No hubo violencia en esta relación y ambos declararon sentirse felices y unidos. En el periodo en que Carl maltrató a Nina, Brian arremetía contra su padre al principio. El niño le gritaba mientras lastimaba a su madre, pero Carl le pegaba y lo sacaba de la habitación; después, Brian se volvió más retraído. Aun cuando Nina transformó su vida, el niño era muy callado, pero ella y sus maestros lo atribuían a que era tímido.

Cuando Nina empezó a salir con Ted, a Brian le agradó. Ted lo llevaba a lugares divertidos; lo que más le gustaba al niño era ir a comer helado en su compañía. Hubo algunos estallidos ocasionales, pero los tres se sentían en armonía la mayor parte del tiempo. Después, cuando Nina le dijo a Brian que ella y Ted se casarían y vivirían los tres juntos, Brian la miró de una manera extraña y sólo dijo, “¿Por qué?” y salió de la habitación. El niño siguió siendo callado y, viéndolo en retrospectiva, se volvió aun más retraído. El matrimonio se consumó y Ted se mudó a vivir con ellos en una casa pequeña.

Después de un mes, los arrebatos y berrinches de Brian aumentaron. Expresó su desprecio hacia Ted diciendo, “¿Por qué tienes que estar aquí? ¿Por qué no vuelves a tu propia casa?” Nina y Ted trataron de hablar con él y darle una explicación, pero nada tenía efecto en el niño. Su desempeño escolar empezó a bajar, discutía más con sus compañeros y tuvo dos peleas. Se aisló cada vez más. Después de 8 meses de esta situación, Nina y Ted buscaron ayuda.

Evaluación

Me reuní con Nina y Ted sin el niño en la primera sesión. Me informaron sobre los antecedentes y enumeraron sus preocupaciones en relación con Brian. No había aceptado a Ted como su nuevo padre, a pesar de que la pareja deseaba que los tres conformaran una familia feliz. Con frecuencia, Brian se alejaba y casi nunca hablaba con ellos, pero cuando algo lo hacía estallar, perdía el control. Empezó por gritarles a los dos cómo Ted había arruinado todo, y todas las cosas malas eran culpa suya. Esto se convirtió en destructividad física que, por lo general, consistía en aventar y dañar objetos valiosos para su madre o Ted. Había quebrado varias piezas de cristalería decorativa, que eran de las favoritas de Nina, y había roto y pisoteado uno de los trofeos deportivos de Ted. Cuando empezó a destruir algunos de sus juguetes favoritos, Nina y Ted se dieron cuenta de que la situación empeoraba y buscaron ayuda.

Escuché con empatía sus preocupaciones durante cerca de 35 minutos haciendo algunas preguntas cuando se detenían. Ambos se sentían lastimados y con miedo. Nina expresó su preocupación de que Brian se volviera igual que Carl. Cuando le reflejé cuán doloroso y preocupante era esto para ella, lloró un poco. Ted estaba decepcionado, pero no enojado. Estaba consciente de que los problemas no se relacionaban directamente con él, sino con la historia traumática de Brian. Cada vez se sentía más frustrado con los arrebatos de destrucción, sobre todo cuando Brian se comportaba de manera insolente con Nina.

Hablé con ellos acerca de cómo el trauma y el apego afectan la conducta y los sentimientos de los niños, y cómo, a veces, las cosas empeoran cuando los niños perciben que el mundo cambia otra vez, pues refuerza la idea de que no tienen control de nada. También hablé de cómo, a veces, la terapia de juego puede ser útil en casos como ese y les di información preliminar sobre la TF.

Observación del juego familiar

En la siguiente sesión, observé a Brian, Nina y Ted en el cuarto de juego durante cerca de 20 minutos. Brian disfrutó explorando los juguetes; incluso le mostró algunos a Ted. La mayor parte del tiempo jugó solo en un rincón o interactuaba con su madre ignorando a Ted. Por su parte, Ted se esforzaba por llamar su atención, pero casi siempre el niño lo rechazaba.

Nina animaba a Brian a jugar con Ted, pero el niño caminaba al lado opuesto del cuarto dándole la espalda a sus padres mientras manipulaba algunos juguetes ahí. A pesar de la tensión, Brian parecía disfrutar el momento. Luego lo dejamos en un área de espera

privada y segura donde podía jugar con otros juguetes, mientras me reunía con Nina y Ted.

Les pregunté qué tan comunes eran las conductas que se presentaron en el cuarto de juego en casa. Ambos dijeron que eran muy comunes pero más atenuadas de lo que han sido en los últimos días. Les hice saber que les creía y les hable con algunos detalles de la OJF. Luego les recomendé la TF para ayudar a Brian a expresar y dar sentido a los sentimientos relacionados con sus numerosas experiencias de violencia, a Nina a restablecer la relación con su hijo y mostrarle que ya no es una víctima, sino que es capaz de manejar sus sentimientos y conductas malos, y a Ted a hacer una conexión con el niño a través del juego. Los dos aceptaron participar en la TF.

Sesión de juego de demostración

En la siguiente reunión, llevé a cabo una sesión de terapia de juego centrada en el niño con Brian. Nina y Ted se sentaron en una esquina del cuarto y observaron. Les había dado una carpeta con hojas para que anotaran cualquier observación o pregunta. Brian les dio la espalda casi los 25 minutos que duró la sesión. Prácticamente, sólo exploró el cuarto, pero se concentró en mirar algunos soldados y parecía disfrutar golpeando el *punching bag*. Trató de probarse algunas máscaras de monstruos y trató de asustarme. No fue necesario establecer límites; en realidad, se trató de una primera sesión típica de juego. Pude mostrar las habilidades de estructuración, escucha empática y juego de imaginación centrado en el niño. Después, discutí la sesión con Nina y Ted, respondí sus preguntas y decidimos empezara con el entrenamiento en la siguientes sesión.

Entrenamiento de Nina y Ted

Nina y Ted aprendieron con rapidez. Su periodo de entrenamiento fue bastante inusual. Después de la segunda sesión simulada, llevamos a cabo la tercera en la misma reunión. Yo quería prepararlos para las conductas de intenso enojo que Brian podría presentar. Hablamos al respecto y luego puse en práctica la forma de trabajo con cada uno de ellos. También identificamos los parámetros según los cuales utilizarían la escucha empática (si el niño expresa sentimientos de cualquier tipo) y el establecimiento de límites (si los arremetía a golpes). Aunque suele suceder, fue especial en el caso de Brian acordar que se implementarían las mismas consecuencias sin importar cuál fuera el límite que el niño transgrediere tres veces en la misma sesión: dar por terminada la sesión de juego. Si Brian no controlaba su conducta destructiva después de darle dos oportunidades para hacerlo, manejarían la sesión dándola por terminada. Sentimos que estaban listos para empezar las sesiones de juego con Brian en la siguiente reunión.

Primeras cinco sesiones de juego con Brian

Brian se veía complacido de regresar al cuarto de juego. Se había programado una sesión de una hora y media para que Nina y Ted, por separado, tuvieran una sesión de juego con el niño y quedara tiempo para discutir conmigo sobre las sesiones. Con Nina, Brian hizo mucho juego exploratorio, tanto como lo había hecho conmigo. Nina describió bien sus conductas de juego, pero no reflejaba sus sentimientos con la suficiente frecuencia. La mayor parte de la sesión, dejó que el niño llevara la batuta. Él trató de lanzarle un chorro de agua con la botella del bebé, y ella dudó, insegura, si establecer un límite o no. Al final, decidió no hacerlo y Brian perdió el interés y se puso a jugar con otras cosas. Con Ted, Brian siguió explorando, pero la mayor parte del tiempo le dio la espalda. Ted se mantuvo a una distancia razonable y usó un tono de voz amable cuando reflejaba lo que Brian hacía. En una ocasión, Brian volteó hacia él y dijo, “Estás hablando raro. Tonto.” Debido a que nos habíamos preparado para esto, Ted hizo un gran trabajo reflejando, “Notas que hablo raro y eso no te gusta mucho.” Con irritación, Brian dijo, “Sí, así es.” Ted reflejó otra vez, “Y te parezco muy tonto.” Brian no dijo nada más. Ted siguió reflejando, pero en su mayor parte limitó sus comentarios a los sentimientos con el fin de seguir los deseos implícitos de Brian.

Después, Ted, Nina y yo discutimos cómo estuvieron las cosas. Los dos se sintieron bien en su sesión, sabiendo que pudieron salir mucho peor. Yo tenía mucha retroalimentación útil para ellos; le pedí a Nina que tratara de reflejar más los sentimientos de Brian la próxima ocasión. Le dije a Ted lo maravilloso que había estado al manejar la interacción en que Brian lo llamó tonto; y los tres hablamos de cómo la escucha empática evitó que Ted discutiera con el niño, pues se centró en sus sentimientos y los validó con su manera de responder a ellos.

En las dos sesiones siguientes, en general, las cosas marcharon bien. Los dos siguieron mejorando sus habilidades. Brian había intentado poner a prueba los límites con Ted tratando de treparse en el arenero y aventando “por accidente” algunos objetos hacia Ted. Él estableció el límite y Brian no intentó la misma conducta otra vez. Los dos padres se sintieron alentados al ver esto.

En la tercera sesión con Nina, Brian usó el arenero casi toda la media hora. Creó una elaborada escena de guerra con muchos soldados y armas colocadas con cuidado en un gran semicírculo. Frente a éste, había una figura solitaria de un soldado. Nina hizo un muy buen trabajo reflejando durante este juego, “El ejército se está haciendo más y más grande. Tienen muchas armas; incluso hay más armas que soldados. Estás colocando las figuras con mucho cuidado; sabes exactamente dónde quieres que estén.” Brian no dijo nada mientras jugó con el arenero. Puesto que puso la figura solitaria al final, Nina reflejó muy bien, “Sólo hay un soldado del otro lado. Está solo. Está frente a un ejército enorme. Corre un gran peligro.” Brian le lanzó una mirada fugaz cuando ella dijo esto,

pero él no dijo una sola palabra.

En la discusión, Nina y Ted estaban emocionados. Empezaron a ver cómo Brian se expresaba en su juego. Hablamos sobre el tema que apareció en el juego con el arenero, pues parecía transmitir los sentimientos del niño hacia su mundo y, con alta probabilidad, hacia la violencia doméstica que había presenciado. Se sentía pequeño y superado en número al enfrentar un peligro muy grande. A medida que hablábamos de esto, Nina empezó a llorar. Refleje cuán triste la hacía sentir esto, y compartió que se sentía culpable por haber expuesto a todo eso a su hijo. Yo seguí escuchando de manera empática sus sentimientos profundos y, después, le dije que había noticias positivas en todo esto. En sólo tres sesiones, Brian había sentido suficiente seguridad para compartir con ella, y parecía que el proceso estaba funcionando bien para él en tanto recobró su confianza en ella. Quizá éste fue el primer paso para devolverle los problemas a ella, un adulto, y liberarse de la tremenda carga que había sentido al necesitarla y no poder protegerla.

Observé dos sesiones más con cada uno de ellos. Sus habilidades estaban bien desarrolladas, pero todos pensamos que era mejor ver cómo evolucionaba el juego de Brian antes de llevar las sesiones a casa. Siguió utilizando muy bien sus habilidades, y el juego parecía más relajado. El juego agresivo aumentó, pero en las pocas ocasiones que tuvieron que establecer límites (porque había riesgo de que alguien resultara lastimado), el niño los aceptaba. Ellos habían esperado más resistencia de su parte, pero se veía contento de estar en el cuarto de juego con ellos y aceptaba los límites.

El juego de Brian con Ted cambió notablemente en la quinta sesión. Había sido precavido al principio, pero a medida que Ted mostraba empatía y aceptación, y evitaba entrar en luchas de poder con el niño, Brian se notó mucho más relajado. Empezó a mostrar algunas cosas a Ted y a invitarlo a representar un papel en el juego al final de su cuarta sesión. Este juego empezó con una pelea de espadas entre ellos, pero Brian cambió después de unos momentos y dijo, “Está bien, tú tienes que hacer lo mismo que yo haga ¡*Lo mismo* que yo! Vamos a atrapar a esos tipos.” Por decisión de Brian, cada uno tomó un escudo y una arma, alas y máscaras. Dejando que Brian dirigiera el juego, Ted lo siguió en su búsqueda de “esos tipos.” A final, los “tipos” aparecieron en forma de una pareja de grandes muñecos; uno vestía una chaqueta negra y el otro lucía *piercings* hechos de seguros en las orejas.

Juntos pelearon contra los tipos malos hasta que ganaron, y Brian los esposó y los metió en la cárcel, detrás de una silla. En la discusión posterior, Ted estaba emocionado de que esto haya ocurrido. Hablamos cómo esto parecía otra indicación de que el niño estaba listo para permitir que otros le ayudaran a crear una defensa contra las amenazas y peligros en su vida. Brian recreó este mismo escenario también en la quinta sesión.

Sesiones de juego en casa

Ted y Nina estaban muy emocionados de empezar las sesiones en casa. Para entonces, el número de episodios de furia en casa había disminuido de uno al día a uno a la semana. Y no eran tan intensos como antes. Brian interactuaba con Ted con mayor frecuencia y empezaron a jugar a la pelota en el jardín y, a veces, iban por un helado. Brian pasó más tiempo fuera de su cuarto con ellos en el cuarto familiar. También reía más.

Nina y Ted habían reunido un modesto conjunto de juguetes, entre ellos algunos de los que Brian había disfrutado más en el cuarto de juego. Brian estaba feliz de comenzar las sesiones de juego en casa. Al principio, estaba decepcionado por no encontrar tantos juguetes, pero ya habíamos hablado de escuchar de manera empática sus sentimientos si esto sucedía. Pronto dejó de quejarse y empezó a jugar. Una vez más, le pidió a Ted que lo siguiera para atrapar a los tipos malos. Ambos actuaron la ya conocida escena, pero Brian agregó algo nuevo al final, después de que los tipos malos estaban en la cárcel. Caminó hacia donde Ted se había sentado, en una pequeña silla, y se sentó en su regazo. Ted frotó su espalda. Sólo un momento después, Brian se levantó, pero Ted estaba contento de que otra barrera estuviera cayendo.

En las sesiones en casa, Brian practicó un juego nutricional con Nina. Tomaron turnos para cuidar a los bebés. A veces, Brian les daba un manazo y, como lo habíamos trabajado en su entrenamiento, Nina fue capaz de reflejar “De verdad, estás muy enojado con los bebés. Ellos hicieron algo malo.” Brian asintió, pero no dio más indicios. En la discusión posterior a esta sesión, Nina se mostró preocupada. Vio en este juego la confirmación de sus temores: Brian sería igual que Carl cuando fuera grande. Yo escuché de manera empática sus intensas preocupaciones, y después hablamos de cómo ésta era la manera de Brian para hablar de las cosas malas que sucedieron en su vida. Yo sospechaba que él elaboraría este tema y que en ella emergerían, por otro lado, menos sentimientos de temor y de mayor seguridad. En la siguiente sesión, otra vez les dio manazos a los bebés, pero luego se los dio a Nina para que “los cuidara.” Ella se sintió mejor al ver que el niño podía tener en consideración las necesidades de los bebés.

En las interacciones cotidianas en casa se notaron grandes cambios. Nina los describió así: “El verdadero Brian ha regresado.” Ella se refería a una forma de ser más relajada, mayor participación en las actividades familiares y mayor expresión espontánea de cercanía física con los dos.

Cuando comenzamos la generalización de habilidades, las sesiones de juego continuaron. Aún había aspectos de la indefensión y desesperanza que Brian había experimentado en el pasado que aún tenía que elaborar, aprovechó de manera activa las sesiones de juego para hacerlo. Su juego era simbólico, pero, por lo general, no era difícil imaginar qué estaba trabajando y elaborando en él.

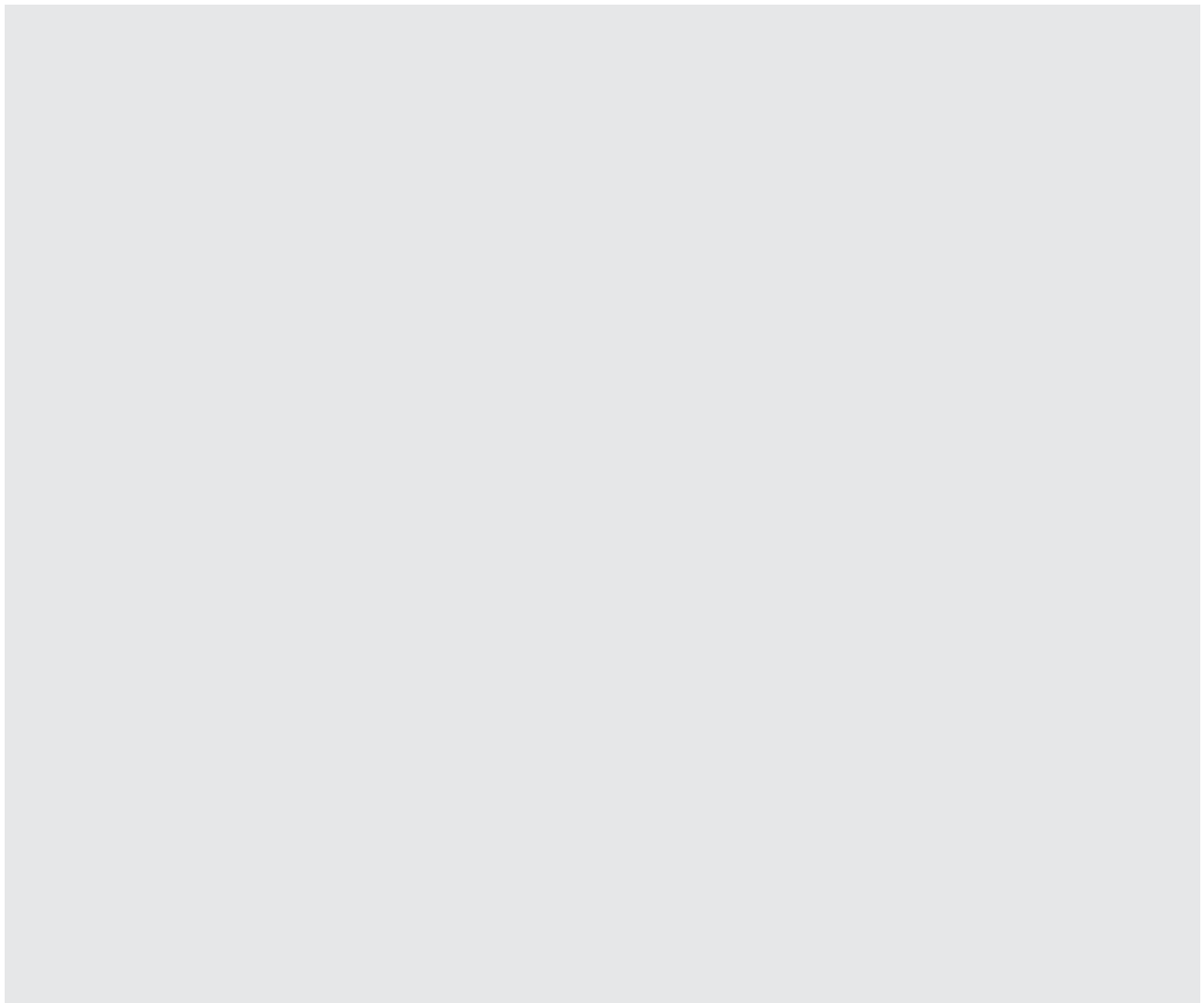
Después de 11 sesiones (y un total de 20, porque cada uno de ellos llevaba a cabo una sesión con él casi cada semana), las conductas problemáticas de Brian habían disminuido radicalmente. Las habilidades de Nina y Ted eran excelentes y podían identificar con facilidad los temas del juego e interpretarlos con precisión en el contexto en que aparecían. Entonces, empezamos a planear el proceso de alta. Nos habíamos estado reuniendo una vez por semana o cada dos, dependiendo de nuestros horarios, así que

decidimos programar la siguiente reunión en tres semanas y otra más un mes después. Ellos continuarían con las sesiones de juego en casa y utilizando sus habilidades en la vida cotidiana, y me llamarían en caso de que sucediera algo imprevisto.

Seguimos este plan, y aunque tuvieron algunas dificultades, en ese momento Ted y Nina sintieron que tenían las herramientas necesarias para manejarlas.

Brian mantuvo su conexión con Ted, y con regularidad buscaba cuidados y consuelo en ambos cuando lo necesitaba. La escuela informó que sus problemas con compañeros habían disminuido y que su rendimiento había mejorado.

Con un apego más seguro en operación, una disminución significativa de las conductas problemáticas de Brian, y con Nina y Ted utilizando sus habilidades con regularidad, concluimos formalmente el proceso de la TF. Ellos sabían que podían llamarme si surgía alguna nueva preocupación. Un año después, supe de ellos, pues me enviaron una fotografía de los tres y una breve nota. Los tres vestían ropa graciosa y reían a carcajadas. La nota sólo decía: “Como usted puede ver, ¡nos va muy bien! Aún tenemos sesiones filiales y sabemos que podemos aguantar cualquier tormenta... juntos. Gracias por el maravilloso regalo de tenernos el uno al otro!”



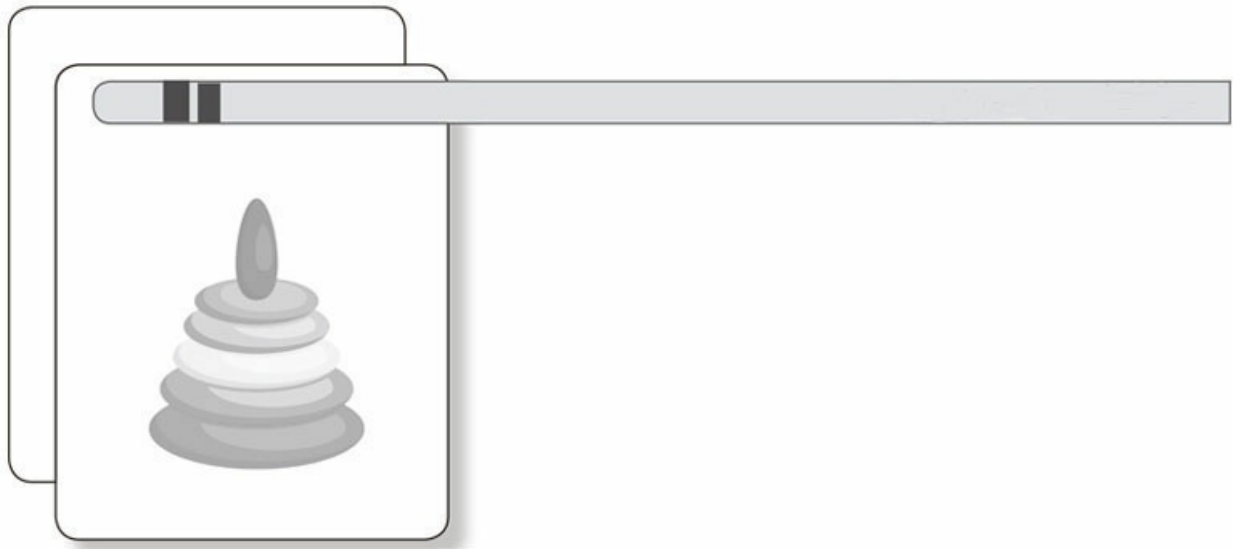
■ REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., & Edlebrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Behavioral Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Erlbaum.
- Azar, S. T. (1998). A cognitive behavioral approach to understanding and treating parents who physically abuse their children. En D. Wolfe and R. McMahon (Eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the life span* (pp. 78–100). New York, NY: SAGE.
- Azar, S. T., & Rohrbeck, C. A. (1986). Child abuse and unrealistic expectations: Further validation of the Parent Opinion Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 867–868.
- Barber, B. K., Stolz, H. E., & Olsen, J. A. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 70*(4), 1–124.
- Bifulco, A., & Thomas, G. (2012). *Understanding adult attachment in family relationships: Research, assessment and intervention*. London, England: Routledge.
- Boll, L. A. (1973). Effects of filial therapy on maternal perceptions of their mentally retarded children's social behavior. *Dissertation Abstracts International, 33*(12), 6661.
- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., & Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy, 22*(1), 28–42.
- Bratton, S. C., & Landreth, G. L. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy, 4*, 61–80.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 376–390.
- Cavedo, C., & Guernsey, B. (1999). Relationship enhancement (RE) enrichment/problem-prevention programs: Therapy-derived, powerful, versatile. En R. Berger & M. T. Hannah (Eds.), *Handbook of preventive approaches in couples therapy* (pp. 73–105). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Cavell, T. A., & Elledge, L. C. (2004). Working with parents of aggressive, school age children. En J. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parenting training: Helping parents prevent and solve problem behaviors* (3rd ed., pp. 379–423). Hoboken, NJ: Wiley.
- Chilamkurti, C., & Milner, J. S. (1993). Perceptions and evaluations of child transgressions and disciplinary techniques in high and low-risk mothers and their children. *Child Development, 64*, 1801–1814.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York, NY: Erlbaum.
- Costas, M., & Landreth, G. L. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy, 8*, 43–66.
- Cummings, E., & Cummings, J. S. (2002). Parenting and attachment. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 5. Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 35–58). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., & Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence. *Child Development, 74*(1), 238–256.
- Denham, S. A., Mitchell-Copeland, J., Strandberg, K., Auerbach, S., & Blair, K. (1997). Parental contributions to preschoolers' emotional competence: Direct and indirect effects. *Motivation and Emotion, 21*(1), 65–86.
- Edwards, N. A., Sullivan, J. M., Meany-Walen, K., & Kantor, K. R. (2010). Child parent relationship training: Parents' perceptions of process and outcome. *International Journal of Play Therapy, 19*(3), 159–173.
- Fabes, R. A., Leonard, S. A., Kupanoff, K., & Martin, C. (2001). Parental coping with children's negative emotions: Relations with children's emotional and social responding. *Child Development, 72*(3), 907–920.
- Farkas, R., & Grolnick, W. S. (2008, March). *Conceptualizing parental provision of structure as a major dimension of parenting: Links to parental control and children's competence*. Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, New York, NY.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Frick, P. J., & Morris, A. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 54–68.
- Gardner, F., Ward, S., Burton, J., & Wilson, C. (2003). The role of mother-child joint play in the early development of children's conduct problems: *A longitudinal observational study*. *Social Development, 12*(3), 361–378.
- Ginsberg, B. G. (2003). An integrated holistic model of child-centered family therapy. En R. VanFleet & L. Guerney (Eds.), *Casebook of filial therapy* (pp. 21–47). Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
- Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics, 119*, 182–191.
- Goldstein, S. E., Davis-Kean, P. E., & Eccles, J. S. (2005). Parents, peers, and problem behavior: A longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior. *Developmental Psychology, 41*(2), 401–413.
- Gottman, J., Katz, L., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Grolnick, W. S., & Farkas, M. (2002). Parenting and the development of children's self-regulation. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 5. Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 89–110). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Grolnick, W. S., Frodi, A., & Bridges, L. J. (1984). Maternal control style and the mastery motivation of one-year-olds. *Infant Mental Health Journal, 5*, 72–82.
- Grolnick, W. S., & Pomerantz, E. M. (2009). Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives, 3*(3), 165–170.
- Guerney, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology, 28*, 303–310.
- Guerney, B. & Stover, L. (1971). Filial therapy: Final report on NIMH grant 1826401. (Available from NIRE/IDEALS, 12500 Blake Road, Silver Spring, MD 20904-2056.)
- Guerney, L. (2003). The history, principles, and empirical basis of filial therapy. En R. VanFleet & L. Guerney (Eds.), *Casebook of filial therapy* (pp. 1–19). Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
- Guerney, L. (1997). Filial therapy. En K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy: Theory and practice* (pp. 131–159). New York: Wiley.
- Guerney, L., & Ryan, V. (2013). *Group filial therapy: The complete guide to teaching parents to play therapeutically with their children*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.
- Grskovic, J. A., & Goetze, H. (2008). Short-term filial therapy with German mothers: Findings from a controlled study. *International Journal of Play Therapy, 19*, 39–51.
- Halberstadt, A. G., Crisp, V.W., & Eaton, K. L. (1999). Family expressiveness: A retrospective and new directions for research. En P. Philippot, R. S. Feldman, & E. J. Coats (Eds.), *The social context of nonverbal behavior* (pp. 109–155). New York, NY: Cambridge University Press.
- Harris, Z. L., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy, 6*, 53–73.
- Horner, P. (1974). *Dimensions of child behavior as described by parents: A monotonicity analysis*. Unpublished master's thesis, Pennsylvania State University.
- Johnson-Clark, K. (1996). The effect of filial therapy on child conduct behavior problems and the quality of the parent-child relationship. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering, 57*(4), 2868B.
- Kidron, M., & Landreth, G. L. (2010). Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy, 19*, 64–78.
- Kliewer, W., Fearnow, M. D., & Miller, P. A. (1996). Coping socialization in middle childhood: Tests of maternal and paternal influences. *Child Development, 67*(5), 2339–2357.
- Lahti, S. (1992). An ethnographic study of the filial therapy process. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 53*(8-A), 2691.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child*

- Development*, 62(5), 1049–1065.
- Landreth, G. L., & Lobaugh, A. F. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 76, 157–165.
- Larrance, D. T., & Twentyman, C. T. (1983). Maternal attributions and child abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 449–457.
- Lee, M., & Landreth, G. L. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 67–85.
- Levenstein, P., & O'Hara, J. (1993). The necessary lightness of mother–child play. En K. MacDonald (Ed.), *Parent–child play: Descriptions and implications* (pp. 221–237). Albany: State University of New York Press.
- Lindsey, E.W. (1998). Parents as play partners: Mechanisms linking parent-child play to children's social competence. *Dissertation Abstracts International*, 58, 5700.
- Oxman, L. K. (1972). The effectiveness of filial therapy: A controlled study. *Dissertation Abstracts International*, 32, 6656.
- Parke, R. D. (1994). Progress, paradigms, and unresolved problems: A commentary on recent advances in our understanding of children's emotions. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology*, 40(1), 157–169.
- Porter, B. M. (1954). Measurement of parental acceptance of children. *Journal of Home Economics*, 46, 176–182.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2014). *The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent–child relationships*. New York, NY: Guilford Press.
- Power, T. G. (2009). Stress and Coping in Childhood: The Parents' Role. *Parenting: Science And Practice*, 4(4), 271–317.
- Robinson, E. A., Eyberg, S. M., & Ross, A. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9(1), 22–29.
- Sensue, M. E. (1981). Filial therapy follow-up study: Effects on parental acceptance and child adjustment. *Dissertation Abstracts International*, 42, 148-A.
- Sheely-Moore, A. I., & Bratton, S. C. (2010). A strengths-based parenting intervention with low-income African American families. *Professional School Counseling*, 13(3), 175–183.
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6), 1869–1880.
- Smith, C., Perou, R., & Lesesne, C. (2002). Parent education. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 4. Social conditions and applied parenting* (2nd ed., pp. 389–410). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smith, N., & Landreth, G. L. (2003). Intensive filial therapy with child witnesses of domestic violence: A comparison with individual and sibling group play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 12, 67–88.
- Sroufe, L. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. En J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 18–38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, NY: Basic Books.
- Stern, D. N. (1993). The role of feelings for an interpersonal self. En U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 205–215). New York, NY: Cambridge University Press.
- Stover, L., Guerney, B., & O'Connell, M. (1971). Measurements of acceptance, allowing self-direction, involvement, and empathy in adult-child interaction. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 77(2), 261–269.
- Sywulak, A. E. (1979). The effect of filial therapy on parental acceptance and child adjustment. *Dissertation Abstracts International*, 38(12), 6180B.
- Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development*, 72(3), 748–767.
- Tew, K., Landreth, G. L., & Joiner, K. D. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11, 79–100.
- Thompson, R. A. (2009). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. En J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp.

- 348–365). New York, NY: Guilford.
- Topham, G. L., Wampler, K. S., Titus, G., & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a Filial Therapy program. *International Journal of Play Therapy, 20*, 79–93.
- Vandell, D. L., Ramanan, J., & Lederberg, A. R. (1991, April). *Mother-child pretend play and children's later competence with peers*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle, WA.
- 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. (2011a). Filial therapy: What every play therapist should know (part one). *Play Therapy: Magazine of the British Association of Play Therapists, Spring, 65*, 16–19.
- VanFleet, R. (2011b). Filial therapy: What every play therapist should know (part two). *Play Therapy: Magazine of the British Association of Play Therapists, Summer, 66*, 7–10.
- VanFleet, R. (2011c). Filial therapy: What every play therapist should know (part three). *Play Therapy: Magazine of the British Association of Play Therapists, Fall, 67*, 18–21.
- VanFleet, R. (2012). *A parent's handbook of filial therapy* (2nd ed.). Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
- VanFleet, R. (2014). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- VanFleet, R., & Guerney, L. (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. D., & Smith, S. K. (2005). Filial therapy: A critical review. En L. A. Reddy, T. M. Files-Hall, & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically-based play interventions for children* (pp. 241–264). Washington, DC: American Psychological Association.
- VanFleet, R., & Sniscak, C.C. (2003a). Filial therapy for attachment-disrupted and disordered children. En R. VanFleet & L. Guerney (Eds.), *Casebook of filial therapy* (pp. 279–308). Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
- VanFleet, R., & Sniscak, C.C. (2003b). Filial therapy for children exposed to traumatic events. En R. VanFleet & L. Guerney (Eds.), *Casebook of filial therapy* (pp. 113–137). Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
- VanFleet, R., Sniscak, C. C., & Faa-Thompson, T. (2013). *Filial therapy groups for foster and adoptive parents: Building attachment in a 14 to 18 week family program*. Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.
- VanFleet, R., Sywulak, A.E., & Sniscak, C.C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Wang, Q., Pomerantz, E. M., & Chen, H. (2007). The role of parents' control in early adolescents' psychological functioning: A longitudinal investigation in the United States and China. *Child Development, 78*(5), 1592–1610.
- Wickstrom, M. (2009). The process of systemic change in filial therapy: A phenomenological study of parent experience. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 31*(3), 193–208.
- Yuen, T., Landreth, G. L., & Baggerly, J. N. (2002). Filial therapy with immigrant Chinese families. *International Journal of Play Therapy, 11*(2), 63–90.



Capítulo 8

Theraplay[®]: Creación de relaciones de apego seguras y felices

Phyllis B. Booth y Marlo L.-R. Winstead

En este capítulo, se presenta una descripción de Theraplay[®]¹. Primero, se revisarán sus bases teóricas: supuestos básicos, conceptos medulares, la teoría que sustenta este trabajo y las dimensiones de Theraplay que contribuyen al plan de tratamiento. Después, se abordarán los procedimientos y técnicas, el tipo de clientes para los que Theraplay es útil, las contraindicaciones y la logística del tratamiento. Luego, se describirá el proceso de tratamiento, desde la entrevista inicial hasta la graduación. Enseguida, se presentarán una serie de casos² para ejemplificar la amplia gama de aplicaciones de este método. Por último, se hará un resumen de la investigación basada en evidencias sobre Theraplay.

TEORÍA

En esta sección, se describe Theraplay, sus antecedentes y evolución, así como su marco teórico.

¿Qué es Theraplay?

Theraplay es una forma única de terapia de juego que se enfoca en la relación diádica entre el cuidador³ y el niño. Es interactiva, física, personal y divertida. Sus principios se basan en la teoría del apego, su modelo es la interacción responsiva, sintonizada y empática entre cuidadores sanos y sus niños –la manera actual de estar juntos que propicia un apego seguro y un bienestar cognitivo y socioemocional para toda la vida.

Bowlby respalda la aplicación clínica que Theraplay hace de su teoría del apego cuando dice “el patrón de las interacciones adoptadas por la madre de un niño seguro ofrece un excelente modelo para el patrón que debe seguir la intervención terapéutica” (1988, p. 126). Los cuidadores participan de manera activa en las sesiones y reciben ayuda para estar más atentos y, así, ser capaces de responder a las señales y necesidades del niño con el fin de crear una relación amorosa, de apoyo. “La meta es fortalecer el apego, mejorar la autorregulación, promover la confianza y el compromiso feliz, empoderar a los padres para que continúen por sí solos las interacciones que promueven la salud desarrolladas durante las sesiones de tratamiento” (Bowlby y Jernberg, 2010, p. 3).

¿Cómo empezó Theraplay?

Theraplay es uno de los primeros esfuerzos por crear una intervención terapéutica basada en la teoría del apego. En 1967, con la abrumadora misión de ofrecer servicios psicológicos a niños en el *Chicago Head Start Program*, Ann Jernberg, psicóloga clínica, encontró una sencilla solución al problema: entrenar a personas jóvenes y de carácter alegre para que jugaran con niños en sesiones de uno a uno. En vez de proporcionar a estos trabajadores de la salud mental los juguetes y materiales que, con frecuencia, se usan en la terapia de juego, les pedimos que propiciaran en los niños el mismo juego que los cuidadores practican con sus niños pequeños: espontáneo y sin necesidad de juguetes. Cada niño conflictivo se encontraba en una situación de uno a uno con un adulto entusiasta, capaz de ponerle atención total e invitarlo a un juego divertido e interactivo.

Para regocijo nuestro, y después de sólo 15 sesiones en promedio, encontramos que esta clase de juego hacía una gran diferencia. Pronto, niños infelices y retraídos se volvían más alegres, sociables y responsivos, y los niños enojados, agresivos y con conductas problemáticas se tranquilizaban y empezaban a interactuar de manera apropiada con los demás. Era obvio que estos niños se sentían mucho mejor consigo mismos y estaban listos para participar en interacciones cordiales con otros. Se volvieron jóvenes alegres y vivaces que, según pudimos observar en algunos de ellos, a quienes visitamos tres años después, iban bien en la escuela (Booth y Jernberg, 2010; Jernberg, 1979; Jernberg y Booth, 1999; Jernberg, Hurst y Lyman, 1969, 1975).

En la actualidad, profesionales de la salud mental y la educación de EUA y otros 37 países practican Theraplay en distintos contextos y con poblaciones que van desde niños pequeños hasta adolescentes. La mejor práctica actual se describe en la tercera edición del libro de Theraplay (Booth y Jernberg, 2010) y en diversos artículos y capítulos de libro (Booth, Lydman y Winstead, 2014; Booth y Winstead, 2015). Se desarrolló un modelo grupal de Theraplay (Rubin y Tregay, 1989) y se ha extendido y descrito en otras publicaciones (Munns, 2000, 2009; Rubin y Winstead, en prensa). Sunshine Circles[®] (Schieffer, 2013) es una aplicación para el salón de clases donde se implementan los principios de Theraplay: conexión, cooperación y crecimiento socioemocional. Los programas de entrenamiento y certificación de Theraplay son coordinados por el *Theraplay Institute* que se encuentra en Evanston, Illinois (<http://www.theraplay.org>).

Supuestos básicos

Theraplay se basa en la investigación sobre el apego, la cual demuestra que los cuidados sensibles y responsivos, así como la interacción lúdica alimentan el cerebro del niño, forman representaciones internas positivas de sí mismo y de otros y tienen un impacto de por vida en la conducta y los sentimientos (Booth y Jernberg, 2010, p. 4). La actitud de los cuidadores hacia el apego y su capacidad de reflexionar sobre sí mismo y sobre la experiencia del niño tienen una tremenda influencia en la relación con éste. Por ello, Theraplay hace un enorme hincapié en la participación de los cuidadores en el tratamiento.

El sí-mismo y la personalidad se crean dentro de la interacción temprana cuidador-niño. Los niños aprenden cómo son y qué esperar de los demás a medida que se ven reflejados en los ojos amorosos de sus cuidadores sensibles. Buenas experiencias de cuidado (como las que se describen en las viñetas de la sección de Dimensiones más adelante en este capítulo) crean conexiones neurales sanas en el cerebro que reflejan la visión implícita que el niño tiene de sí mismo y de los otros.

Los niños aprenden que son dignos de amor y competentes, que hay otras personas amorosas y responsivas, y que el mundo es un lugar seguro e interesante de explorar. Las experiencias repetidas de tener un cuidador corregulan la excitación del bebé mediante

respuestas corporales sintonizadas con su estado emocional; esto brinda las bases para desarrollar la capacidad de autorregulación. El resultado de los buenos cuidados es una salud mental de largo plazo y todos los beneficios que implica: capacidad de autorregulación, buenas habilidades sociales, capacidad de aprendizaje, sentirse competente y una visión positiva de sí mismo y del mundo.

Los niños que crecen en un ambiente de negligencia, sin empatía y respuestas severas poco compasivas desarrollan un modelo interno negativo de trabajo. Se ven a sí mismos como indignos de amor e incompetentes; a los otros, como poco compasivos y poco confiables; y al mundo, como un lugar inseguro y lleno de amenazas. El resultado es una pobre autorregulación, patrones cerebrales poco sanos, un apego inseguro o desorganizado y todos los problemas conductuales y relacionales que implica una salud mental pobre. Aunque estos modelos son estables, pueden cambiar ofreciendo a estos niños experiencias nuevas e incompatibles con dichos modelos.

Nuestro supuesto básico consiste en que es posible ayudar a los niños mediante una terapia que tome como modelo, como sugiere Bowlby, las buenas experiencias de cuidado que se describirán en la discusión sobre las dimensiones de Theraplay.

Conceptos medulares

Con el fin de replicar las experiencias interactivas de niños pequeños y sus cuidadores con todos los beneficios que implica, Theraplay incorpora las siguientes características distintivas, a las que se les nombrará **conceptos medulares**:

- Experiencias interactivas con base en la relación
- Interacción directa en el aquí-y-ahora
- Dirección de un adulto
- Responsividad reflexiva, empática, en sintonía
- Enfocada en el hemisferio cerebral derecho, social, preverbal
- Experiencias multisensoriales, incluyendo el tacto
- Actitud lúdica

Por cada concepto medular de Theraplay se presenta la teoría e investigación que lo sustentan en relación con el apego, el desarrollo cerebral y los elementos que llevan al cambio terapéutico.

Experiencias interactivas basadas en la relación

El tratamiento se enfoca en la relación entre cuidador y niño, brinda una experiencia activa, reparadora para cada uno de ellos. Con el cuidador y el niño juntos en la sesión, el terapeuta dirige la interacción de modo que puedan experimentar la danza sincrónica de la sintonía y el bienestar compartido tan esencial en la salud mental de largo plazo.

Las relaciones sanas cuidador-niño se apoyan en dos impulsos cruciales de naturaleza biológica: estar físicamente cerca con el fin de estar a salvo, y compartir significados y el placer de la compañía (Bowlby, 1969/1982; 1988; Trevarthen y Aitken, 2001). Sentirse a salvo es esencial antes de compartir significados y la compañía. Los bebés indican su necesidad de conexión y protección sonriendo, mirando fijamente, llorando y aferrándose. Los adultos responden por instinto de modos que tranquilizan y sustentan al niño, y crean con facilidad el sentido esencial de seguridad y conexión. Muchas circunstancias de la vida pueden irrumpir en el desarrollo tranquilo de estos intercambios naturales, como una enfermedad del cuidador o del bebé, separaciones, depresión, estrés o consumo de drogas del cuidador, o la falta de experiencias de apego sanas/buenas en éste.

Las familias que buscan ayuda en Theraplay han sufrido circunstancias adversas que alteraron los procesos naturales que hacen posible la conexión. Ofreciendo experiencias interactivas basadas en la relación, el terapeuta crea oportunidades para que la diada aprenda maneras más sanas de interactuar. También ayuda a los cuidadores a reflexionar sobre sí mismos y sobre las experiencias del niño para que puedan responder a las señales, a veces confusas, de éste y crear el sentido de seguridad.

Interacción directa en el aquí-y-ahora

La mejor manera de lograr cambios en la relación es interactuar de manera eficaz en el momento. Las relaciones de apego y los modelos de trabajo interno que los acompañan se forman en la interacción cara a cara, vivaz, sincrónica, y se almacenan en la memoria no verbal, orientada al movimiento. Theraplay ofrece interacciones similares para crear una experiencia emocional reparadora directa. Las respuestas repetidas lúdicas, de aceptación, que no son congruentes con lo que el niño conflictivo ha aprendido a esperar, crean nuevas conexiones neuronales y nuevos modos de estar juntos. Éstas forman la base de relaciones más sanas. El terapeuta guía a los cuidadores para ofrecer respuestas sintonizadas, necesarias para reparar las relaciones alteradas y formar conexiones positivas. Éstas pueden ser interacciones sutiles, microscópicas que cambian los circuitos neuronales poco a poco (Hart, 2008), o pueden ser momentos de gran excitación que de repente ponen al niño en un estado de conexión feliz. Estos momentos de intensa conexión y sintonía, que se denominan **momentos del ahora**, llevan a un cambio importante en la organización interna y el sentido de sí mismo (Mäkelä, 2003; Tronick et al., 1998). En la interacción se crean nuevos significados, en lugar de limitarse a hablar de ellos.

Dirección de un adulto

La dirección de un adulto es un ingrediente esencial para crear el sentido de seguridad tan necesario para sanar. Esta dirección implica no sólo planear las sesiones para ajustarlas a las necesidades del niño, establecer límites claros y crear un sentido de orden y claridad, sino también correulación, que es el corazón del proceso de apego. La correulación

que los adultos en sintonía ofrecen a sus hijos –mantener la temperatura corporal, dar alimento, apaciguar– es el primer paso del proceso que lleva a que estos desarrollen más tarde la capacidad de autorregulación. Conforme los niños crecen, gradualmente se vuelven menos dependientes de la regulación externa para sobrevivir; sin embargo, por muchos años siguen necesitando ayuda para modular su nivel de excitación, organizar sus experiencias y darle sentido al mundo. Desde hace mucho tiempo, se sabe que un estilo parental que incluye la dirección del adulto y reglas claras, equilibrados con calidez y apoyo, es el modo más eficaz para crear adultos competentes, resilientes e independientes (Baumrind, 1991; Grotberg, 1997). En vez de crear dependencia, la dirección adulta y la estructura de apoyo son la base de la autoconfianza. “La autonomía crece a partir del apego” (Shahmoon-Shanok, 1997, p. 38).

Muchos niños que asisten por ayuda no han tenido experiencias correguladas, de apoyo y organizadas suficientes que les habrían permitido responder a otros en calma y de maneras apropiadas. Por ello, Theraplay ofrece una dirección clara y límites seguros, propone actividades apropiadas para el nivel de desarrollo del niño, así como el estado actual de agitación o calma. El terapeuta guía con cuidado y regula la experiencia del niño de modo que éste se sienta seguro y bien regulado. El terapeuta también ofrece a los cuidadores dirección y una estructura reguladora.

Responsividad reflexiva, empática, en sintonía

Theraplay sigue el modelo de la responsividad del cuidador en sintonía, empático y reflexivo que, de acuerdo con la investigación, es factor crucial para el desarrollo del apego seguro (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002).

Distintas capacidades de naturaleza biológica hacen posible que los bebés den señales de sus necesidades y que los cuidadores respondan de manera que promuevan la salud y que creen un sentido de significados compartidos y compañía (Trevarthen y Aitken, 2001). Todos tenemos la capacidad de resonar con la experiencia afectiva de otros (Trevarthen y Aitken, 2001), espejear y sincronizar nuestra conducta (Iacobini, 2008). En una revisión de muchos estudios sobre la relación cuidador-niño, De Wolf y van Ijzendoorn informaron que las interacciones sensibles, sincrónicas entre niño y cuidador son factores clave que subyacen en el apego seguro y en el desarrollo infantil positivo (1997). Circuitos neuronales bien definidos sustentan las conductas de participación social compartida y las estrategias defensivas de ataque/huida o paralización (Porges, 2011). Todas estas capacidades entrelazadas hacen posible que el cuidador se sintonice con las necesidades del bebé, responda de manera adecuada y corregule su experiencia (Tronick y Beeghly, 2011), y logre lo que Trevarthen y Aitken llaman **intersubjetividad** (2011), es decir, establecer una visión compartida del mundo. Están presentes el uno para el otro y han compaginado vitalidad e intenciones compatibles (Hughes, 2007; Siegel, 2006).

Los niños que se sienten ansiosos y temerosos no entran con facilidad en el ritmo, la resonancia y la sincronía, y, por lo tanto, se les dificulta comprender las intenciones de

otros y entrar en la danza interactiva (Hart, 2008). En sus recomendaciones para el tratamiento de niños que han experimentado un trauma relacional, Gaskill y Perry (2014) dicen:

La clave para ayudar al niño a regresar a un estado más regulado que le permita sentirse seguro... es utilizar las rutas directas somatosensoriales y ofrecer estímulos rítmicos, repetitivos, que sigan ciertos patrones. El cambio terapéutico empieza por la sensación de seguridad; a su vez, ésta surge de estas actividades somatosensoriales de regulación. (p. 185)

Para responder de manera sensible a las señales del niño, el cuidador debe ser capaz de reflexionar sobre sí mismo y sobre los estados internos del niño (Fonagy et al., 2002; Slade, 2002). Para un cuidador que, a su vez, no tuvo buenos cuidados en su infancia, es muy difícil alcanzar el nivel de consideración necesario para responder con sensibilidad. Una meta fundamental del trabajo con los cuidadores es apoyar el desarrollo de su capacidad para reflexionar sobre sí mismo y sobre las experiencias emocionales de su hijo. Para conseguirlo, se debe responder de una manera sintonizada a los cuidadores, así como a sus niños, haciendo uso de la capacidad innata para resonar, sincronizar, regular y leer sus intenciones. A lo largo de las sesiones, observando interacciones videograbadas, y sus propias experiencias interactivas en Theraplay, los cuidadores reciben ayuda para entrar en contacto con sus sentimientos y comprender los de los niños. Tener una experiencia directa en Theraplay les ayuda a comprender cómo se siente el niño en las interacciones y también proporciona experiencias intersubjetivas que faltaron en su propia infancia.

Enfocada en el hemisferio cerebral derecho, social, preverbal

Theraplay ofrece experiencias no verbales, corporales e interactivas que organizan el cerebro en primer lugar (sintonía, sincronía, resonancia, reciprocidad). Schore y Schore (2008) sugieren que la terapia eficaz debe estar “enraizada en la consciencia de la centralidad de la regulación diádica temprana, un conocimiento completo del desarrollo emocional del hemisferio derecho, y una profunda comprensión de la dinámica de la memoria implícita, procedimental” (p. 17). Durante los dos primeros años de vida, justo cuando se forma el apego, tiene lugar un crecimiento neuronal rápido, sobre todo en las estructuras cerebrales socioemocionales del hemisferio derecho. Las experiencias interactivas con los cuidadores crean conexiones neuronales y organizan el cerebro. El sistema límbico del hemisferio derecho, junto con la corteza orbitofrontal en desarrollo, se sintoniza con el ambiente social y regula el estado interno del cuerpo. “Las conexiones de amor y apego seguro conforman cerebros sanos y resilientes, mientras que la negligencia y los apegos inseguros pueden producir cerebros vulnerables al estrés, la falta de regulación y las enfermedades” (Cozolino, 2010, p. 180).

Con base en el conocimiento del desarrollo cerebral, se ajustan las actividades al nivel del desarrollo emocional y al estado fisiológico actual del niño (p. ej., calma, alerta, temeroso). Así, se continúa la sugerencia de Gaskill y Perry (2014) de que el terapeuta

necesita “usar redes moduladoras ascendentes (somatosensoriales) para establecer una autorregulación moderada previa a la implementación de la reflexión introspectiva, la integración de la experiencia traumática, el desarrollo narrativo y social o el fortalecimiento del afecto” (p. 186).

Agreden que los niños con profundos conflictos... requieren ambientes terapéuticos que los sumerjan en ensayos positivos, repetitivos de interacciones y actividades sanas. Con frecuencia, éstas tienen que ser de naturaleza regresiva... actividades, a menudo, asociadas con niños mucho más pequeños, en la medida en que faltaron experiencias fundamentales (redes neuronales) o quedaron incompletas. (p. 186)

Las experiencias interactivas tempranas usan el lenguaje “original” no verbal del hemisferio derecho –voz suave, expresión facial de aceptación, contacto visual amoroso, apaciguamiento repetitivo, movimientos rítmicos y contacto dulce. Crean niveles profundos de integración neuronal que, más tarde, hacen posible la comunicación en niveles de mentalización y narrativos. Debido a que requiere muchas repeticiones cambiar los patrones arraigados en regiones inferiores del cerebro, se impulsa a los cuidadores a continuar con esta clase de actividades en casa, para que el niño esté inmerso en una experiencia reparadora permanente.

Experiencias multisensoriales, incluyendo el tacto

La atención nutricia, vivaz que los cuidadores ofrecen a sus bebés brinda estímulos para todos los sentidos. La capacidad del niño de dar significado a la interacción con el cuidador ocurre, ante todo, a través de indicadores no verbales, como afectos y movimientos (Tronick y Beeghly, 2011). “Las interacciones sintonizadas entre padres e hijos son comunicaciones no verbales (corporales) que contribuyen... a construir empatía/comprensión y a desarrollar relaciones de apego sanas” (Deveraux, 2014, p. 84). Las experiencias táctiles, vestibulares y propioceptivas implicadas en el juego interactivo vivaz conducen a un claro sentido corporal de sí mismo y a un sentido de cómo interactuar con los demás (Williamson y Anzalone, 1997). El tacto es fundamental para la experiencia humana (Brazelton, 1990; Mäkelä, 2005). Desde el principio, los niños requieren la calidez del contacto corporal para apoyar su inmaduro sistema regulatorio. El tacto y la calidez elevan los niveles de la hormona oxitocina, que es calmante para adultos y niños y ayuda al manejo del estrés (Tronick, Ricks y Cohn, 1982).

En Theraplay, se utiliza una amplia gama de contactos terapeuta-niño y cuidador-niño seguros, apropiados y lúdicos, como el contacto para calmar y experiencias sensoriales de apaciguamiento. Resuena con el sistema nervioso autónomo del niño a través de la comunicación corporal y, así, contribuye al sentido afectivo de su sí-mismo. Se alienta a los cuidadores a participar en el juego activo, físico y rítmico, y a emplear el tacto para convertirse en la fuente de consuelo y seguridad del niño.

Actitud lúdica

El juego es la esencia del método Theraplay, crea el juego alegre, interactivo, corregulado que ocurre de manera natural entre los cuidadores y sus niños pequeños cuando se sienten a salvo y relajados. Dicho juego crea un fuerte lazo emocional y un sentimiento de estar vivo y lleno de energía. Es importante señalar que este tipo de juego es muy diferente respecto de la mayoría de los modelos de terapia de juego, en los cuales se usan juguetes y materiales de arte expresivo con el fin de brindar oportunidades para la expresión simbólica.

Muchos niños que han experimentado angustia o la alteración de sus relaciones tempranas de apego aún no son capaces de practicar el juego simbólico.

Las interacciones lúdicas, rítmicas, repetitivas, que siguen patrones, con un adulto afectuoso constituyen el primer paso importante para crear la seguridad y el optimismo que ayudarán al niño a sanar. “El terapeuta de juego nunca debe olvidar que, si algo no es divertido, no se le puede llamar juego y que es imposible tener placer en una interacción relacional si el cerebro del niño se encuentra en estado de alarma” (Gaskill y Perry, 2014, p. 186). Cuando el cuidador está con su niño sintiendo alegría e interés, promueve un sentido de estar conectado y de empatía. Al generar la activación del sistema nervioso simpático del niño, también promueve espontaneidad y resiliencia frente a las situaciones estresantes (Sunderland, 2006). Cuando la excitación del juego físico activo es corregulada por un cuidador en sintonía, el niño desarrolla la capacidad para regular estados de activación elevada (Stern, 1974).

El juego mejora el desarrollo de las sinapsis cerebrales creando oportunidades para la sincronía afectiva (Hart, 2008). El juego interactivo y alegre lleva a ser flexible, compasivo y compartido, y crea la confianza básica en el mundo (véase <http://originalplay.com.htm>). Mientras mejor pueda manejar el sistema nervioso los niveles elevados de activación sin desintegrarse, más flexible y resiliente será el niño. “El juego es un agente terapéutico eficaz cuando brinda medios apropiados en términos de nivel de desarrollo para regular, comunicar, practicar y tener dominio de ciertas habilidades” (Gaskill y Perry, 2014, p. 179). Panksepp afirma que el juego de luchitas promueve “la participación positiva afectiva y la amistad” (2013, p. 187). “El movimiento natural hacia la risa y los afectos positivos conjuntos en el ambiente terapéutico abre las puertas del cambio clínico que puede tener una eficacia notable” (2013, p. 180). Las familias que han tenido experiencias traumáticas con frecuencia han perdido la capacidad de jugar o sienten que el juego no es apropiado en su situación (James, 1989). El juego puede servir como una forma menos intensa de afecto en el caso de un niño que rechaza los cuidados adultos después del trauma (Hughes y Baylin, 2012).

Dimensiones

Theraplay replica la gama de experiencias que son parte esencial de la relación cuidador-niño sana. Con el fin de ajustar el trabajo a las necesidades de cada diada, se divide en cuatro dimensiones una amplia variedad de actividades que conforman la interacción diaria entre cuidadores y bebés: estructura, participación, nutrición y desafío. El juego es un ingrediente esencial que condimenta todas las dimensiones.

En la siguiente discusión se:

- Presentan ejemplos de interacciones cuidador-niño que ilustran el modelo
- Describe la manera en que el terapeuta hace uso de cada dimensión para ajustarse a las necesidades particulares de cada niño
- Indica qué clase de niños y cuidadores son los que más necesitan la dimensión en cuestión

En Booth y Jernberg (2010) se puede encontrar la lista completa con las descripciones correspondientes de las actividades de Theraplay en cada dimensión

Estructura: hacer seguro y bien regulado al mundo

Luke, de 12 años de edad, llega a casa después de deambular por el vecindario en su bicicleta. Le habían dicho que llegara a casa a las 6:45 pm para cenar a las 7:00, pero ya son 7:23. Se asoma por la ventana y ve que sus padres y hermanos aún no se han sentado a la mesa, y piensa: “Ufff, ya la hice.” Pero al entrar a hurtadillas por la puerta, lo ve su padre y le dice “Ya es tarde. Perdiste tus privilegios para salir mañana. Te quedarás en casa después de la escuela.”

Luke responde, “Papá, eres muy aburrido. Ni siquiera sabes qué se siente ser niño y tener amigos. Estábamos en el último nivel de nuestro juego. ¡Por eso no podía regresar!” Sintiendo que Luke se ponía muy inquieto, su padre se suavizó y lo abrazó diciendo “No te pongo estas reglas para arruinar tu diversión. Es para mantenerte a salvo y hacerte saber que te quiero. Cada vez que llegas tarde, me preocupo.” Luke pensó en seguir discutiendo, porque al día siguiente lo que habían planeado para después de la escuela sería épico, pero se dio cuenta de que la consecuencia no sería retirada y que su papá de verdad lo quería.

Padres como el de Luke, que tienen una autoridad leal, predecible y sensible, crean un sentido de seguridad en sus hijos, organizan y corregulan sus experiencias, y los ayudan a comprender y enfrentar el mundo. Establecen patrones regulares, definen y aclaran las experiencias del niño, y establecen límites claros. Todos estos aspectos de la interacción envían el mensaje al niño de que hay alguien “más grande, más fuerte y más sabio” que lo cuida (Bowlby, 1988, p. 62). Estas interacciones dicen “Estás a salvo conmigo, porque yo te cuido bien.”

Para satisfacer las necesidades del niño de orden, seguridad y corregulación, el terapeuta que trabaja siguiendo el modelo de Theraplay ofrece una estructura. Planea las sesiones de manera cuidadosa para ofrecer la máxima seguridad. Da señales claras sobre cuándo debe empezar y terminar una actividad, y combina adecuadamente la excitación

y la calma. También asume la responsabilidad de que nadie resulte lastimado.

La estructura es de particular ayuda para los niños sobreactivos, que no se concentran y tienen problemas de regulación con facilidad, o que necesitan tener control todo el tiempo para sentirse seguros. También es útil para los cuidadores que tienen problemas de regulación, dificultades para asumir el liderazgo o que recurren a una estructuración verbal/cognitiva demasiado ineficaz.

Participación: conectar con el niño y compartir alegría

Sarah, de 6 meses de edad, acaba de despertar de su siesta. Al oír sus dulces murmullos, su madre, Jane, va a verla a su moisés. Jane sonríe mientras mira a su hermosa bebé. Sarah también la mira y le sonríe como respuesta y todo su cuerpo se mueve de emoción. Sarah se voltea por un instante para calmarse antes de sonreír otra vez y estirar su mano hacia Jane, quien con ternura toma su manita y la mueve de un lado al otro cantando “Buenos días, alegre sol. ¿Por qué despiertas tan temprano?” con un tono de voz rítmico y cantarín. La cara de Jane se ilumina y le devuelve a Sarah una sonrisa de felicidad. Este momento de encuentro refuerza su convicción de que siempre será posible reconectarse después de los momentos de separación y de incompatibilidad.

Los cuidadores, como la de Sarah, se relacionan con sus niños de una manera lúdica, llevándolos a interacciones sincrónicas que son emocionantes y placenteras, pero contenidas dentro de un nivel apropiado de activación. Estas experiencias comunican al niño “Me gusta estar contigo. No estás solo. Eres capaz de interactuar de modo sano y adecuado con otros.” En Theraplay, el terapeuta se enfoca en el niño de una manera lúdica, positiva y personal para mantener su participación en las interacciones. El cuidador invita al niño a interactuar, lo cual crea momentos de encuentro y conexión sintonizada. Participar en actividades ofrece oportunidades para experimentar la alegría de la compañía recíproca. Debido a que participar en actividades eleva el nivel de activación, el terapeuta debe tener cuidado de modular la actividad para que el niño no pierda la regulación.

Participar en actividades ayuda a los niños que son retraídos, evitan el contacto o siguen una estructura demasiado rígida. También es útil para los cuidadores que no se relacionan con el niño más que a nivel verbal, para los que están preocupados o fuera de sincronía con él, y para los que y no disfrutan de estar con él.

Nutrición: asegurarse de que el niño se sienta físicamente confortado

Patrick, de 15 años de edad, regresa a casa de la escuela y grita “Mamá, mamá, ¿dónde estás?” Su madre, Olivia, se sorprende de que Patrick la busque en vez de que tome su refrigerio y suba a su dormitorio a jugar videojuegos. Ella responde “Estoy abajo, en el sótano.” Patrick baja las escaleras y se dirige directo a ella, y le da un inusual abrazo cariñoso. Olivia pregunta “¿Estás bien? ¿Todo bien en la escuela?” Él responde que sí asintiendo y dice “Claro, todo estuvo muy bien. Voy a mi cuarto.” Olivia no queda convencida con la respuesta de Patrick, así que unos minutos después sube su cuarto y

lo encuentra llorando en silencio acostado en su cama. Se le acerca y lo abraza. Se entera de que su hijo llora por un rompimiento muy público y embarazoso con su novia en la escuela el día de hoy. Patrick dice “Mamá, en realidad no es tan importante.” Olivia frota su espalda y le asegura que sus sentimientos son reales, que los rompimientos duelen y que esto seguramente tiene importancia. Sintiendo validado y libre para sentir, el joven apoya su cabeza en su regazo y llora mientras ella lo consuela.

Los padres como la mamá de Patrick son expertos en leer las señales afectivas de sus hijos y están dispuestos a responder a sus necesidades para confortarlos y consolarlos. Ellos los apaciguan, los calman, los confortan y los consuelan por sus experiencias en cualquier nivel que el niño necesite. Estas actividades contribuyen a que el niño sienta que está bien cuidado y que siempre cuenta con un lugar seguro a donde puede regresar. Estas experiencias transmiten el mensaje “Tú eres valioso y mereces tener buenos cuidados. Puedes contar con que nosotros cuidaremos bien de ti.”

El terapeuta de Theraplay planea muchas actividades nutricias y confortantes para ayudar a los niños inquietos a relajarse y a permitir ser cuidados. Los cuidadores reciben orientación para proporcionar actividades nutricias y satisfacer las necesidades de los niños pequeños con problemas. Estas actividades afectuosas y sensibles le aseguran al niño que los adultos le brindaran consuelo y apoyo cada vez que lo requiera.

Debido a que todos los niños necesitan experiencias buenas y sensibles de cuidado, las actividades nutricias son de especial utilidad para los niños sobreactivos, agresivos o pseudomaduros. Los cuidadores que son despectivos, severos, punitivos o tienen dificultades para tocar y, o expresar afecto también requieren ayuda especial para sentirse más cómodos en esta dimensión.

Desafío: ayudar al niño a sentir confianza en sí mismo y ser exitoso

Jake entra al cuarto de Jamie, de 22 meses de edad, y le da una dulce palmadita en la espalda para despertarlo. Jamie abre los ojos lentamente, mira a su padre, empieza a gruñir, señala a la puerta e insiste, “No quiero que mis ojos estén abiertos, papi ¡Vete!” Jamie no quiere despertar esta mañana; tampoco quiere vestirse para ir a la guardería, tomar su desayuno, lavarse los dientes, dejarse peinar ni hacer ninguna de las cosas que su papá sugiere. Por fin, Jake logra que haga todas estas cosas, respira profundo y se dice a sí mismo “Muy bien, y ahora ¿cómo voy a hacer que se ponga los zapatos, convencerlos de que se suba al carro y dejarlo en la guardería? ¡Oh, cielos!” De repente, Jake tiene una idea. Levanta los zapatos de Jaime con una mano, y los suyos en la otra, y dice “Jamie, Jamie, ven aquí.” Jamie mira a su padre con cierto recelo y se voltea, pero Jake, guiñando un ojo, dice “Jamie, mira, no tengo puestos los zapatos ni tú tampoco. Veamos quién se pone más rápido los zapatos, tú o yo. ¿Quién crees que gane? ¡Ya quiero verlo!” Al principio, Jamie trata de resistirse, pero se contagia del ánimo de su papá, su alegría y su espíritu competitivo.

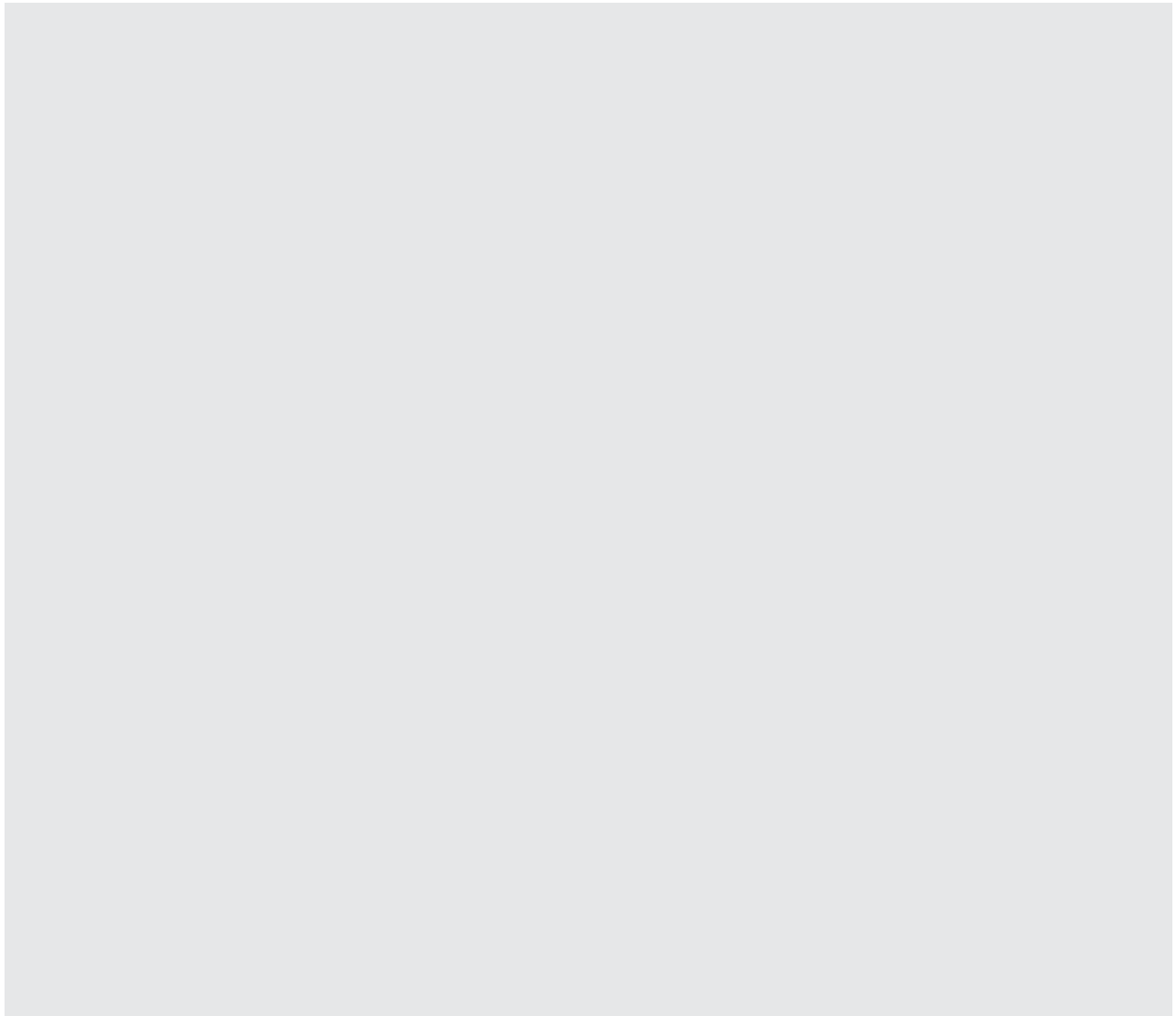
Los padres como el de Jamie logran crear oportunidades para que los niños intenten cosas nuevas, dominen las experiencias que causan tensión y adquieran nuevas habilidades. Su confianza en la capacidad del niño para manejar tareas difíciles y su

apoyo y andamiaje (Vygotsky, 1978) hacen posible que el niño tenga éxito y que ambos compartan la sensación de logro y competencia. Estas experiencias apoyadas por los adultos transmiten el mensaje “Vaya, ¡mira todo lo que puedes hacer! Eres muy hábil. Eres capaz de crecer y tener un impacto positivo en el mundo.”

Las sesiones de Theraplay se llevan a cabo en una atmósfera no competitiva y alegre de espontaneidad, optimismo y diversión compartidos. Se eligen las actividades que ayuden al niño a tomar riesgos moderados, adecuados a su edad, y a promover los sentimientos de competencia y confianza en sí mismo.

Se brinda ayuda a los cuidadores a comprender las necesidades de desarrollo y establecen expectativas adecuadas para los logros.

Las actividades no competitivas, pero moderadamente desafiantes, son útiles para los niños que son tímidos y temerosos o carecen de confianza en sí mismos. Los cuidadores que tienen dificultades para apoyar los instintos naturales de sus niños que los llevan al crecimiento y la exploración, así como aquellos cuyas expectativas son demasiado altas, se beneficiarán de la orientación en las interacciones que plantean desafíos con los niños.



PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Características del cliente

Theraplay se ha aplicado con una amplia gama de individuos, familias y grupos en diferentes contextos y circunstancias. El lenguaje del juego, y en particular la conexión relacional mediada por el juego, es importante a lo largo de toda la vida (Brown y Vaughan, 2010). Interactuar con un bebé jugando a aparecer y desaparecer, con un niño de 10 años presionándose las manos apilándolas una sobre otra en una mesa, con un joven de 18 años jugando tenis, con un hombre de 47 años jugando “Marinero que se fue a la mar y mar y mar...”, o con un anciano de 92 jugando en *facebook* son ejemplos de Theraplay a lo largo del ciclo vital.

Como se mencionó, Theraplay se ha empleado con clientes que tienen muchas características diferentes. Los terapeutas entrenados en este método trabajan con clientes de distintas edades y constelaciones familiares:

- Madres y padres durante el embarazo y después del parto (Salo, 2014)
- Bebés, niños, adolescentes y jóvenes
- Adultos jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos
- Parejas casadas
- Niños y sus padres biológicos, padres adoptivos, padrastros y cuidadores pertenecientes a la familia
- Cuidadores no relacionados, incluyendo padres sustitutos (Winstead, 2009), cuidadores de instituciones (Brennan, 1998; Robinson, Lindman, Clemmons, Doyle-Buckwalter y Ryan, 2009) y trabajadores de orfanatorios

También trabajan con clientes que tienen diversos antecedentes, como los que:

- Tienen privilegios económicos
- Tienen desventajas económicas
- Tienen amplias redes de apoyo
- Están muy aislados y dependen del apoyo de los servicios sociales
- Viven en áreas urbanas, suburbanas y rurales

El terapeuta de Theraplay trabaja con clientes que han sido diagnosticados con distintos trastornos (American Psychiatric Association, 2013) o tienen problemas como:

- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (Myrow, 1999/2000)
- Trastorno de ansiedad de separación
- Trastorno de ansiedad social

- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno por estrés postraumático
- Mutismo selectivo
- Trastorno de apego reactivo (Booth et al., 2013; O'Connor, 2004)
- Trastorno de relación social desinhibida
- Trastornos depresivos
- Trastornos del habla y del lenguaje
- Trastornos del espectro autista (Reiff, 1994)
- Negligencia
- Víctimas y, o perpetradores de abuso físico, verbal, sexual o emocional
- Pérdida de un padre o de un cuidador primario
- Reacciones negativas a transiciones difíciles: divorcio, cambio de residencia, empezar en una escuela nueva
- Bebés y niños pequeños nacidos prematuramente (Lampi, s.f.)
- Discapacidades físicas
- Individuos que han vivido desastres naturales (p. ej., tornados, terremotos, incendios, tsunamis, huracanes)

Los clientes que participan en Theraplay tienen una necesidad en común: reparar o fortalecer una relación y trabajar para conseguir salud social y emocional. La solidez de los fundamentos del modelo –base teórica, conceptos medulares y dimensiones– facilita su adaptabilidad y aplicabilidad a muchos clientes distintos. Algunos ejemplos pueden ser de utilidad:

- Nina, de 6 años de edad, presenta síntomas consistentes con el diagnóstico de trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) (American Psychiatric Association [APA], 2013). De acuerdo con sus padres, los problemas en casa son de poca importancia y se relacionan de manera específica con la atención, pero ellos están más preocupados por su incapacidad de concentrarse y su impulsividad en la escuela. Les gustaría no tener que darle medicamentos. Mediante Theraplay, tenemos la posibilidad de ayudar a Nina a aumentar sus periodos de atención haciendo que se enfoque de un modo participativo y lúdico que le parezca atractivo. Con el tiempo, el clínico poco a poco planteará mayores desafíos a Nina que requieran periodos de atención más prolongados, lo cual aumentará su capacidad de atención y le ayudará a controlar su impulsividad. A lo largo del proceso, se incluirá a sus padres para que aprendan a utilizar técnicas eficaces en otros contextos y promuevan la generalización de las habilidades de Nina.
- Emilio, de 9 años de edad, fue llevado a un centro de protección infantil después de vivir violencia física y negligencia por parte de un tío que estaba encargado de su cuidado los fines de semana mientras su padre trabajaba. Se le diagnosticó con el trastorno de estrés postraumático (APA, 2013), pero también se podría considerar que vivió un trauma relacional. Entre los síntomas de Emilio, se encontraban terrores nocturnos, miedo generalizado o recelo frente a los hombres y ansiedad grave. El padre

de Emilio trata de recuperar a su hijo y llevarlo consigo a casa. Implementar Theraplay con sus cuidadores sustitutos aumentará los sentimientos de consuelo y seguridad de Emilio en relación con aquellos. Las sesiones con Emilio y su padre fortalecerán su relación y facilitarán la curación de su relación. En la medida en que Emilio adquiera confianza en el compromiso de su padre de mantenerlo a salvo y aprenda que sus cuidadores sustitutos harán lo mismo, sus síntomas conductuales se reducirán.

- Los padres de Zachary, de 11 años de edad, lo llevan a terapia, porque tiene una autoestima muy baja y carece de confianza en sus capacidades, lo cual le impide intentar nuevas cosas. Valiéndose del Método de Interacción Marschak (MIM, por sus siglas en inglés), el terapeuta de Theraplay confirma el informe de los padres en relación con la autoestima y confianza en sí mismo de Zachary. También descubre que tanto el padre como la madre tienen expectativas excesivamente altas de su hijo, pero, al mismo tiempo, los alientan muy poco a alcanzar el éxito, no lo ayudan a esforzarse frente a una tarea difícil, ni reconocen sus logros. Con Zachary y sus padres, el terapeuta hará hincapié en la dimensión de desafío. Se elegirán las actividades que se encuentren dentro del rango de lo que puede hacer Zachary. El terapeuta lo apoyará y lo alentará para que tenga éxito y comparta su felicidad cuando lo alcance. También educará, modelará y dirigirá a los padres para que tengan estándares más apropiados y factibles de lo que esperan de Zachary y celebren con él sus logros.

Las experiencias de éxito de Zachary, junto con el regocijo de sus padres, aumentarán sus sentimientos de autovalía y confianza en sí mismo, y lo impulsarán a intentar cosas nuevas.

Contraindicaciones del tratamiento Theraplay

Cuando un niño es peligroso para sí mismo o para otros, es indispensable que el terapeuta garantice la seguridad del niño antes de empezar el tratamiento. Para ello, debe aprovechar su entrenamiento clínico y las políticas del escenario (p. ej., consultorio, agencia, institución, organización) y sus procedimientos para asegurarse de que el niño esté a salvo. Theraplay no está indicada cuando el niño experimenta una psicosis activa. Sin embargo, si ha recibido tratamiento para este trastorno, no será motivo para que el niño y su familia participen en el tratamiento de Theraplay. Del mismo modo, si el cuidador experimenta psicosis, no es capaz, al menos por el momento, de ofrecer la consistencia y predictibilidad necesarias para tomar parte en las sesiones de Theraplay.

Si el funcionamiento cotidiano de un cuidador está afectado por algo relacionado con la salud mental, consumo de sustancias o conductas adictivas, el terapeuta recomendará tratamiento para el padre y considerará trabajar con el niño mientras el adulto sigue su tratamiento. La meta es reintegrar al cuidador a Theraplay cuando éste haya tenido progresos individuales y sea capaz de participar de manera consistente en las sesiones

con el niño. Si un cuidador cometió abuso activo contra el niño (es decir, físico, verbal, emocional o sexual), el terapeuta hará un informe a la institución de protección a la infancia correspondiente y no incluirá al cuidador en el tratamiento. Si hay una historia previa en la que el cuidador lastima al niño de algún modo, el terapeuta lo examinará con atención para determinar si aquél y el niño están listos en términos emocionales para trabajar en la curación y reparación de su relación.

Una historia previa de trauma del cuidador o del niño no constituye una contraindicación para el tratamiento de Theraplay. En el entrenamiento, se alienta al terapeuta a realizar una evaluación minuciosa que le permita conocer las historias del cuidador y el niño y qué factores desencadenantes están presentes. También se enseña al terapeuta a aprovechar esta información para adaptar el tratamiento de Theraplay cuando se requiera. Los instructores enseñan estrategias específicas para responder a los niños con historias de trauma. El clínico adopta un enfoque terapéutico global que es muy sensible, sintonizado y responsivo. También es flexible y hace cambios en el momento si el niño se siente incómodo, asustado o temeroso.

Logística

En esta sección, se abordarán los aspectos prácticos, como el espacio, materiales de apoyo, y escenarios para implementar Theraplay.

Espacio y materiales para Theraplay

El espacio ideal para las sesiones de Theraplay es un cuarto ordenado y con pocos estímulos, de aproximadamente 3 x 3 m (Booth y Jernberg, 2010), con una manta o una colchoneta suave en el piso y muchas almohadas grandes o saquitos rellenos de bolitas donde se puedan sentar el terapeuta y el niño. El clínico crea una atmósfera terapéutica que combina un carácter lúdico y comodidad. Theraplay se basa en la interacción interpersonal de los participantes en las sesiones más que en la interacción con un juguete o un objeto, así que los materiales de apoyo son mínimos y se usan sólo para conectar con el niño. Por lo tanto, lo mejor es reducir al mínimo los juguetes y decoraciones que puedan ser distractores potenciales. Los estantes o contenedores de juguetes, o herramientas terapéuticas, se pueden cubrir con facilidad utilizando un pedazo de tela. En algunos consultorios, los clínicos no cuentan con el espacio ideal, por lo que es útil recordar que Theraplay es portátil y fácil de adaptar en distintos contextos. Muchos terapeutas han trabajado con niños y familias en lugares lejos de ser ideales.

En estas situaciones, el terapeuta reduce los elementos distractores tanto como sea posible y crea un área de juego estructurado extendiendo la manta en el piso para delinear el espacio de trabajo. Si es necesario, el clínico puede reconocer los desafíos que presenta el espacio y, de manera preventiva, comunicar los límites al niño o familia diciendo “Hay varios estantes ahí (los señala), y algunas mesas de este lado del cuarto,

pero nosotros vamos a jugar juntos justo en esta manta.”

Los materiales que se usan en Theraplay son artículos comunes y baratos que no tienen un atractivo especial para los niños más allá de que sirven para mejorar la interacción entre ellos y el clínico (p. ej., pelotas de algodón, un globo, una bufanda, burbujas, loción, papel higiénico). En las sesiones, el clínico tiene los materiales en una bolsa o contenedor fuera del alcance del niño hasta que se requiera alguno. El niño no tiene acceso a los materiales, y el terapeuta no los emplea como objetos representacionales o vehículos para la comunicación terapéutica. Una vez que la actividad termina, el clínico suele guardar los materiales en la bolsa o contenedor. Muchas actividades de Theraplay no requieren de ningún material. Los materiales sencillos y el manejo cuidadoso de ellos por parte del terapeuta mantienen la atención focalizada en la relación más que en los objetos.

Escenarios

Theraplay se aplica en muchos escenarios con una amplia variedad de clientes. La gran aplicabilidad del tratamiento, los requerimientos mínimos de espacio y la sencillez de los materiales permiten que profesionales de numerosas disciplinas en muchos escenarios integren de un modo creativo las técnicas de Theraplay en su trabajo. Algunos de estos escenarios son:

- Hospitales
- Escuelas
- Instalaciones de tratamiento interno
- Casas comunitarias
- Iglesias
- Orfanatorios
- Instituciones de servicios sociales/organizaciones no lucrativas
- Estancias de cuidados para adultos
- Programas terapéuticos en casa
- Programas escolares extra-clases
- Consultorios privados
- Clínicas médicas
- Centros comunitarios
- Programas de Head Start (cuyo objetivo es brindar servicios de salud a familias de bajos ingresos en EUA)
- Estancias para niños o escuelas preescolares
- Centros comunitarios de salud mental
- Hospicios

Requerimientos, entrenamiento y características del terapeuta⁴

El entrenamiento y la práctica de Theraplay puede ser útil para cualquier profesional que trabaje con niños, por ejemplo, cuidadores, abuelos, terapeutas, trabajadores de apoyo en procesos de adopción, maestros, cuidadores auxiliares o especialistas en inspección y trabajadores a domicilio. Todos ellos pueden hacer uso de sus principios y actividades para mejorar su trabajo con niños de cualquier edad, adultos, parejas casadas o ancianos.

Sin embargo, para poder practicar Theraplay de manera profesional y que este trabajo sea reconocido como Theraplay, es necesario cumplir con requisitos rigurosos para obtener la certificación. Entre ellos, se encuentra recibir un entrenamiento respaldado por *The Theraplay Institute* y trabajar con un supervisor certificado en Theraplay. Una vez que se obtiene la certificación, es importante que el terapeuta que se dedica al trabajo basado en el apego, como Theraplay, reciba una supervisión reflexiva continua y practique el autocuidado, porque esta actividad puede activar el sistema de apegos y despertar la contratransferencia del terapeuta.

Tratamiento

Aquí, se presenta un panorama general de cada paso del típico protocolo de tratamiento de Theraplay.

Preparación para el tratamiento

Realizar una entrevista inicial detallada, incluyendo la historia de las relaciones del cuidador, el Método de Interacción Marschak y la discusión de retroalimentación, constituyen una evaluación en profundidad de las necesidades de la familia, lo cual permite hacer un plan de tratamiento sólido y maximiza la eficacia del tratamiento.

Entrevista inicial

El primer paso en el tratamiento de una familia es realizar una evaluación psicosocial. El clínico reúne información acerca de la historia del niño, el sistema familiar, sus fortalezas y los problemas actuales. En esta fase, el terapeuta también debe aplicar distintas pruebas previas al tratamiento, por ejemplo, el *Child Behavior Checklist* (Achenbach y Rescorla, 2001), el *Beck Depression Inventory* (Beck, Steer y Brown, 1996), el *Conner's Rating Scale-Revised* (Conners, 2008) (hay distintas versiones, una para cuidadores, otra para maestros y otra para el niño), el *UCLA PTSD Index* (Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber y Frederick, 1998) o el *UCLA PTSD Reaction Index* (Steinberg, Brymer, Decker y Pynoos, 2004), el *CARE Index* (Crittenden, 1994) y el *School-Aged Assessment of Attachment* (Crittenden, 2005; Crittenden, Koslowska y Landini, 2010). También es muy valiosa la observación del niño o la familia en un ambiente natural, como la casa o la escuela.

Apego del cuidador

Es esencial que el clínico conozca las fortalezas y áreas de dificultad en el modo de relación del cuidador. Al criar a sus propios hijos, los padres a menudo replican los patrones relacionales sanos y dañinos que aprendieron en sus interacciones con sus propios cuidadores. Si están conscientes de las dinámicas que facilitaron y obstaculizaron el crecimiento, pueden repetir de manera deliberada los patrones positivos y hacer cambios para mejorar los dañinos. *The Theraplay Institute* recomienda la *Adult Attachment Interview* [Entrevista del Apego Adulto] (George, Kaplan y Main, 1985) o las *Questions for Parental Self-Reflection* [Preguntas para la Autorreflexión Parental] (Siegel y Hartzell, 2013) como instrumentos que permiten conocer las estrategias de apego de los cuidadores.

Método de Interacción Marschak (MIM)

El MIM (Booth, Christensen y Lindman, 2011) es una técnica de evaluación estructurada, basada en el juego que consta de nueve tareas específicas que el cuidador y el niño deben realizar juntos. Las tareas se eligen para centrarse en las cuatro dimensiones de Theraplay. La diada se sienta a una mesa, uno junto al otro, y el terapeuta da instrucciones al cuidador, “Bien, papá, por favor hagan cada una de las nueve tareas en el orden en que se presentan; cada sobre está marcado con un número del uno al nueve. Lea la tarea en voz alta para que yo sepa en cuál se encuentran mientras observo desde el otro lado del espejo.⁵ No hay un modo correcto o incorrecto de hacer las tareas. Cuando terminen una, continúen con la siguiente, y cuando hayan terminado todas, por favor, toquen la puerta y yo regresaré para hacerles algunas preguntas.” Entonces, el terapeuta sale del cuarto y observa a la diada. Al terminar el MIM, el terapeuta observa varias veces el video y analiza las interacciones a través de los lentes de las cuatro dimensiones. El análisis permite organizar la discusión en que se da retroalimentación y el plan de tratamiento.

Discusión de retroalimentación

En la preparación, el terapeuta elige segmentos breves del video del MIM que ilustren las fortalezas de la diada, así como las áreas en que requieren ayuda. El terapeuta y el cuidador observan los segmentos juntos. El terapeuta busca explorar para saber más acerca de los pensamientos y sentimientos del cuidador durante el MIM: “¿Qué le pareció a usted? ¿Puedo pensar que así es como son las cosas en casa? ¿Hubo alguna sorpresa? Intente regresar a esos momentos: ¿Qué pensaba y que sentía? Al ver a su hijo en este segmento, ¿qué cree que estaba sintiendo justo ahí?”

La discusión de retroalimentación es otra oportunidad para que el terapeuta sea empático con los cuidadores en relación con las dificultades que tienen con su hijo y los empodere para mejorar y maximizar las fortalezas que identificó en el MIM. El terapeuta es sensible a las señales verbales y no verbales para no avergonzar o culpar al cuidador.

Al final de la sesión, los cuidadores y el terapeuta acuerdan las metas del tratamiento. En esta sesión, el terapeuta obtiene información adicional acerca de cuidador y el niño, así como claridad respecto de cómo continuar con la terapia. Por su parte, el cuidador se siente empoderado gracias al aliento que le dio el terapeuta y a los ejemplos del video de las fortalezas de su relación con el niño. Además, ahora comprende con mayor exactitud cómo el tratamiento de Theraplay ayudará a su familia, por lo que tiene una renovada esperanza en el cambio.

Es importante señalar que Theraplay se puede emplear con niños, incluso si un padre, cuidador o adulto afectuoso no puede o no quiere participar. Esto se debe a que, en su entrenamiento, el clínico aprende a adaptar el modelo para trabajar de manera individual con los niños.

Etapas y estrategias del tratamiento

En esta sección, se presenta la descripción de cada etapa del tratamiento, así como el modo en que los cuidadores tienen una participación activa en el proceso.

Sesión con el cuidador

Después de la discusión de retroalimentación, el terapeuta concluye el plan de tratamiento con base en las fortalezas y necesidades identificadas en el MIM, así como en las metas de los cuidadores. Ahora, el clínico puede planear las actividades para la sesión del cuidador y la primera sesión de Theraplay con el niño. Se pide a los cuidadores que asistan para una sesión vivencial, educativa que les ayudará a entender lo que sus hijos experimentarán en Theraplay. El clínico prepara todos los materiales y el espacio de juego para las sesiones, así como la cámara de video si el cuidador ha dado su permiso para filmar; entonces, puede llevar a cabo la sesión de Theraplay con el cuidador. En ésta, el clínico le ofrece una experiencia interactiva junto con la justificación de cada actividad con base en los conceptos medulares, dimensiones y plan de tratamiento. La sesión de práctica del cuidador proporciona información valiosa para el clínico en la medida en que el cuidador comparte cómo se sintió en cada actividad y cómo cree que responderá el niño.

Tratamiento

Por lo general, las sesiones de Theraplay tienen lugar una vez a la semana. Incluyen entre 15 y 20 minutos de discusión con el cuidador mientras el niño se encuentra en la sala de espera⁶ y entre 30 y 45 minutos de Theraplay. En las primeras tres sesiones con el niño, el cuidador observa mientras el terapeuta interactúa con el niño. El cuidador puede estar en un lugar donde no interfiera y no cause distracciones en el niño, o detrás

del espejo de un solo sentido en compañía de un segundo terapeuta.⁷ En la cuarta sesión, sólo está presente el cuidador para que el terapeuta discuta con él el progreso del tratamiento y las metas, y comparta fragmentos de video para mostrarle áreas específicas de crecimiento y necesidades. El terapeuta también prepara al cuidador para su papel activo en las siguientes sesiones. De la quinta a la octava sesión, están presentes el cuidador y el niño. En la novena sesión, nuevamente se reúnen sólo el terapeuta y el cuidador. Se mantiene este patrón de tres sesiones con el niño y el cuidador y una sólo con este último. El protocolo de tratamiento para niños con problemas leves o moderados abarca 25 sesiones. Si los problemas son menores, el tratamiento puede requerir menos tiempo si se dispone de un cuidador sano para participar en las sesiones. Cuando el cliente tiene problemas más graves es muy probable que el protocolo deba ser más extenso e incluya otras modalidades de tratamiento.

Organización de una sesión

La sesión empieza con una entrada lúdica en el cuarto, lo cual indica al niño “Vamos a jugar juntos, ¡esto va a ser divertido!” El espacio de juego está dispuesto con anticipación, y el terapeuta invita al niño a sentarse en una almohada o en un saquito lleno de bolitas, y se sienta frente a él. En la primera sesión, el terapeuta explica por qué el niño se encuentra ahí, dónde está su cuidador y que ambos jugarán para conocerse mejor. Se incluyen varias actividades rituales en cada sesión. Empieza con un **reconocimiento** general, en el cual el terapeuta señala cosas especiales del niño, por ejemplo, ojos chispeantes, dedos largos, músculos fuertes o qué tan alto puede saltar. Con frecuencia, el reconocimiento da paso a la siguiente actividad en la cual el terapeuta brinda nutrición poniendo loción (o algún polvo si al niño no le gusta la loción) en las pecas especiales o heridas del niño. En la parte media de la sesión, se combinan actividades especiales selectas relacionadas con las dimensiones identificadas en el plan de tratamiento. La sesión termina con comentarios tranquilos, nutricios y, por lo general, se da al niño un poco de comida. En el caso de niños pequeños, hay una canción especial; si se trata de niños más grandes, hay un saludo especial con las manos.

Participación del cuidador

Por lo común, el cuidador empieza por participar en algunas actividades de la quinta sesión. A medida que aumenta la comodidad entre niño y cuidador, el nivel de participación en las sesiones de este último aumenta.

Enfocarse primero en la relación entre terapeuta y niño permite que este último experimente patrones sanos de relación con un adulto confiable y afectuoso. Poco a

poco, incluir al cuidador propicia el aprendizaje de nuevas habilidades que observa en el terapeuta. Con el tiempo, gracias al apoyo del terapeuta, el cuidador participa en mayor medida en las sesiones, es alentado a asumir un papel de liderazgo y tiene que hacer ejercicios en casa para practicar las habilidades de Theraplay.

Cuando se aproxima la graduación, se deja la responsabilidad de elegir las actividades y conducir las sesiones completas al cuidador, es decir, se empodera.

El terapeuta emplea diversas estrategias para ayudar al cuidador a preparar su participación, maximizar su compromiso y convertirse en un agente de cambio en su familia. La sesión de práctica del cuidador es una herramienta valiosa para su preparación, y las reuniones sólo con él crean oportunidades para celebrar sus logros dentro y fuera de las sesiones, y empatizar con los desafíos que enfrenta. Estas sesiones brindan tiempo para revisar fragmentos de las videograbaciones y promover la confianza en sí mismo y la sensación de ser competente, así como para hacer lluvias de ideas en relación con las áreas que quedan por mejorar. La confianza que se construye entre el terapeuta y el cuidador aumenta la probabilidad de que éste comparta con honestidad y acepte los elogios y la retroalimentación constructiva. Esto, a su vez, aumenta la comprensión del clínico respecto de la relación diádica.

Cuando los cuidadores asisten a las sesiones, primero el terapeuta realiza la actividad con el niño y, si éste responde bien, el terapeuta guía al cuidador para que realice la actividad con el niño. Mientras esto sucede, el terapeuta los apoya e impulsa, y, si surge algo inesperado, interviene. La asesoría verbal y no verbal dentro de la sesión ayuda a los cuidadores a ajustar sus expectativas, tono de voz y contacto físico, entre otras cosas, con el fin de sintonizarse y conectarse con su hijo. Cuando una situación es demasiado complicada o difícil para discutirla en la sesión, el terapeuta programa una sesión sólo con el cuidador para explorar las dificultades y tratar de resolverlas.

Graduación

La familia se gradúa de la terapia cuando se alcanzan las metas del tratamiento. El terapeuta y los cuidadores acuerdan la fecha de graduación y hablan con el niño acerca de esta transición. El terapeuta explica, “¿Recuerdas cuando empezaste a venir conmigo? Tú y tu padre me pidieron ayuda para que ustedes dos se llevaran mejor y se divirtieran más juntos. Bueno, ahora eso está ocurriendo, y significa que es hora de que tu familia se gradúe de la terapia. Es posible que esto te despierte algunos sentimientos felices y otros tristes, y hablaremos de ellos en las siguientes semanas. Yo sé que tengo algunos sentimientos tristes, porque ya no jugaré más con tu familia, pero también estoy muy emocionado de que a ti y a tu papá les vaya tan bien, y que ustedes dos aún jugarán juntos en casa. Así que vamos a jugar juntos tres veces más, y en la cuarta ocasión que nos reunamos tendrá lugar tu fiesta de graduación.” Es útil que el terapeuta modele una relación sana revelando sus sentimientos, y promueva una atmósfera de honestidad para que el niño también pueda compartir sus sentimientos. Decir al niño un número exacto de sesiones le permite prepararse para el cierre de la relación.

En las sesiones previas a la graduación, el niño puede manifestar tristeza, enojo, frustración, resistencia y otros sentimientos relacionados con el final que se acerca de la relación terapéutica. Es importante validar los sentimientos del niño y alentar al cuidador a brindarle consuelo. Para la sesión final, el terapeuta elige varias de las actividades favoritas del niño, prepara unos bocadillos especiales y da a la familia una lista de actividades con una nota de aliento para que continúen jugando en casa.

Ejemplos de caso

En esta sección, presentamos dos estudios de caso diferentes para ejemplificar las etapas del tratamiento antes descritas.

Ejemplo de caso: Ben

Lauren y Scott, mamá y papá de Ben, se esforzaron bastante para hacer que su matrimonio “funcionara”, pero después de varios años de insoportable tensión, discusiones constantes y asesoría marital inútil, decidieron divorciarse. Ellos llegaron a mi consultorio, juntos, para la entrevista inicial. Me sorprendió lo bien que se llevaban y el apoyo que se daban el uno al otro. No se interrumpían, no se menospreciaban ni implícita ni explícitamente y expresaron un fuerte compromiso para ayudar a su hijo y la confusión que les causaba la conducta de éste. Me contaron la emoción y felicidad que sintieron cuando Ben nació, pero antes de que cumpliera un año de vida su hogar estaba lleno de tensión. Lauren dijo, “Peleábamos cuando estábamos juntos, y estas nuevas invenciones, el teléfono celular, el correo electrónico, los mensajes de texto nos permitían seguir peleando cuando estábamos separados. No nos poníamos de acuerdo en nada. Me sentía totalmente sola con mi bebé recién nacido, y Scott empezó a pasar más y más tiempo en el trabajo. Yo tenía miedo de que tuviera una aventura en ese momento, pero no era así; sólo evitaba estar conmigo en casa.” Scott intervino, “Yo me sentía mal, pero la oficina era de los males el menor. Todo estaba saliendo mal en mi matrimonio, y cuando estaba con Ben sentía que no sabía nada de lo que es ser padre y nunca podía hacer nada bien. Nos esforzamos mucho para hacer que las cosas funcionaran, pero no lo logramos. Creo que los dos somos muchos más felices desde el divorcio.” Lauren asintió y dijo, “Sí, somos más felices, ¡pero Ben definitivamente *no lo es!* Creíamos que terminar las peleas, la negatividad y todos los demás problemas en verdad lo ayudaría. En vez de eso, ahora vemos cosas que nunca antes habíamos visto.”

Ben apenas había cumplido 3 años cuando el divorcio concluyó; ambos describen esos primeros tres años de Ben como “tumultuosos, caóticos, estresantes y

angustiantes” para todos. Sin embargo, Lauren no notó ninguna conducta problemática en Ben antes del divorcio. Su vida intrauterina y su nacimiento transcurrieron sin incidentes; los progresos del desarrollo se cumplieron con normalidad; tuvo algunos resfriados, pero ninguna enfermedad médica o accidente importante; su desarrollo cognitivo era adecuado; comía bien; su entrenamiento en el control de esfínteres transcurrió sin problemas; dormía bien, y en general fue un niño feliz en los primeros años de su vida. Ahora, 7 meses después del divorcio, Lauren y Scott informan que Ben se queja gran parte del tiempo, llora con mucha facilidad, ya no le gustan las comidas que antes eran sus favoritas, a menudo, se niega a comer y sus berrinches se han vuelto inmanejables y peligrosos, porque golpeaba la cabeza contra el piso o las paredes. Cuando Ben estaba con Lauren lloraba por su papá, y cuando estaba con Scott, lloraba por su mamá.

Lauren y Scott querían participar en el tratamiento con Ben. Yo no estaba convencido de que eso funcionara, así que me reuní por separado con cada uno para asegurarme de que su relación no era conflictiva y de que serían capaces de participar juntos en el tratamiento.⁸ Los dos sostuvieron que se llevaban mucho mejor ahora que están divorciados. Lauren dijo, “No me malentienda, yo no quiero casarme con Scott otra vez, nunca, pero, ahora que no tenemos la presión de vivir juntos, el sexo, el dinero, nuestras familias u otras cosas, es casi como si fuéramos amigos.”

Decidí incluirlos a ambos en las sesiones de tratamiento, pero reunirme con cada uno por separado para llevar a cabo la evaluación. Realicé la entrevista sobre el apego adulto con ellos para saber más sobre su historia y sus relaciones con sus propios padres y otras personas importantes en sus vidas; y cada uno realizó el MIM con Ben.

El análisis del MIM reveló varias fortalezas en cada diada y varias áreas de interacción que requerían ayuda. Con su madre, Ben era muy controlador durante las tareas nutricias; por ejemplo, en la tarea tres, “Adulto y niño, cada uno, toman una botella de loción y se la aplican uno al otro” (Booth y Jernberg, 2010, p. 521), Ben agarró con rapidez las dos botellas y roció una gran cantidad de loción en el brazo de su mamá. Cuando ella trató de tomar una de las botellas, él empezó a llorar y a tratar de mantenerla fuera de su alcance. Cuando Lauren trató de poner loción en Ben, él le gritó y se echó a correr. Ben también tenía una tremenda dificultad para aceptar la estructura y seguir las instrucciones de su mamá. En la segunda tarea, “El adulto construye una estructura con bloques” (p. 521), Ben de inmediato le quitó de la mano todos los bloques a su mamá y empezó a construir su propia estructura. Cuando Lauren trató de recuperar de modo lúdico sus bloques, Ben empezó a gimotear y, luego, aventó los bloques al piso. En contraste con su resistencia a las actividades nutricias o desafiantes, Ben respondió con placer a sus muy eficaces esfuerzos verbales y no verbales para hacerlo entrar a las actividades lúdicas contagiosas. En el MIM con su padre, Ben tuvo un comportamiento muy parecido. Se disputaba el control durante las tareas nutricias y tenía dificultades para aceptar las instrucciones de su padre en las actividades estructuradas. Cuando la tarea se enfocaba en la participación, Ben era muy cooperador e interactivo. Por ejemplo, en la tarea ocho,

“Adulto y niño se ponen el sombrero uno a otro”, Ben y Scott la realizaron de manera dulce al tiempo que se reían por lo tontos que se veían con el sombrero puesto.

Mi impresión general fue que las dificultades conductuales de Ben tenían una relación directa con el divorcio y los nuevos arreglos de su vida. Al tenerse que ajustar a vivir medio tiempo con cada uno de ellos, se estaba demandando mucho esfuerzo de él. Ben estaba muy confundido respecto de su relación con sus padres y experimentaba incertidumbre y falta de seguridad emocional. La angustia y el miedo a ser abandonado o de perder sus figuras primarias de apego se manifestaban en su conducta. Yo predije un curso muy corto de tratamiento, tal vez entre 8 y 14 sesiones. La meta primordial era restablecer la seguridad en Ben en sus relaciones primarias de apego y proporcionar a Lauren y Scott estrategias para ayudar a Ben a manejar las separaciones cíclicas entre él y sus padres.

Me reuní por separado con cada uno para la discusión de retroalimentación. Debido a limitaciones de dinero, así como al deseo de Lauren y Scott de empezar las sesiones lo más pronto posible, combiné la discusión de retroalimentación con las sesiones de práctica⁹ dedicando 40 y 20 minutos respectivamente a cada actividad con cada uno de ellos. Lauren, Scott y Ben llegaron muy sonrientes a la primera sesión de Theraplay para el niño. En la sala de espera, saludé a los padres y luego me puse en cuclillas y dije, “Qué tal, Ben, ¿te acuerdas de mí? Soy Marlo; me da gusto verte el día de hoy. ¿Qué tal si nos damos la mano o hacemos algún saludo?” Le extendí la mano y él la estrechó con confianza. “¡Vaya, ese es un gran saludo! Mamá y papá, ¿les parece bien si llevo a Ben de la mano y contamos cuántos pasos grandes nos lleva llegar al cuarto de juego?” Lauren y Scott dieron su consentimiento asintiendo, así que tomé a Ben de la mano y con un gesto les indiqué que nos siguieran, y llevé a Ben dando grandes pasos y contando “Uno, dos, tres, eres bueno para dar pasos grandes, cuatro... trece; vaya, nos tomó trece pasos grandes llegar aquí. Bien, éste es un asiento especial para ti, la almohada verde grande, y estas dos sillas son para tus padres.

El día de hoy, ellos se van a sentar ahí para que puedan ver cómo jugamos. Estará aquí todo el tiempo,” Pensé que Ben protestaría un poco, porque sus padres no participarían, pero aceptó de buena gana y se dejó caer en la almohada haciendo “plaf”. Yo dije, “Bien, Ben, sé que no la has pasado bien en relación con comer y usar la bacinica, y que extrañas a papá y mamá cuando vas de una casa a otra, y siento mucho esa situación. Tus papás me llamaron, porque te aman mucho y quieren que te sientas mejor, y resulta que yo ayudo a los niños a sentirse mejor. Cuando estés aquí en mi consultorio, van a estar juntos en nuestro tiempo de juego, pero mamá seguirá viviendo en su casa y papá, en la suya. Ellos no van a vivir en la misma casa otra vez.” Pensativo, Ben dijo, “Así que el divorcio es el divorcio” y respondí, “Sí, así es, tus papás están divorciados, y eso significa que ya no vivirán juntos.” Me miró con expresión inquisitiva y dijo, “Yo ya sabía eso” y yo dije, “¡Muy bien, eres un niño muy inteligente!”

En la primera sesión, Ben estaba muy entusiasmado y participó con actitud colaboradora en cada actividad que planeé sin resistencias ni titubeos. Se divirtió verdaderamente, y comunicó su alegría a través de sonrisas, risas y gritos de júbilo. Después, jugamos un juego de lanzar y atrapar un saquito lleno de bolitas: me puse uno en la cabeza, conté hasta tres, incliné la cabeza hacia el frente y ayudé a Ben a atrapar el saquito con las manos; luego se puso el saquito en la cabeza e hizo lo mismo. Ben me seguía, hacía contacto visual conmigo y sonreía y reía cuando atrapaba el asiento. Cada vez que lo lograba, miraba a sus padres con orgullo diciendo “Mira, mamá; mira papá, ¡lo hice!” Ellos compartían su entusiasmo con sonrisas y aplausos. Ben aceptó el refrigerio que le ofrecí y la canción Twinkle, Twinkle sin tratar de tomar el control como lo había hecho en el MIM con sus dos padres. Preguntó con avidez “Mamá, papá, ¿ustedes conocen esa canción?” Al final de la sesión, le ayudé a Ben a prepararse para irse, poniéndole los zapatos y ayudándole a ponerse de pie. Tomando en cuenta que iría a la casa de Lauren, puse su mano en la de ella y dije “Ahora veamos si pueden llegar al carro de mamá sin soltarse las manos.” Lauren dijo mirando a Ben “¡Creo que podemos hacerlo!” y Ben dijo “¡Yo estoy seguro!”

Al día siguiente recibí un mensaje por correo electrónico en el que Lauren me informó que Ben había estado muy alegre toda la noche, incluso en la cena, donde devoró la comida, y no se mojó ni despierto ni dormido. Lauren también me pidió la letra de la canción Twinkle Twinkle, porque Ben quería que se la cantara mientras lo acostaba en la cama, pero ella no se la sabía completa. Scott se mostró incrédulo ante lo que Lauren contó e, incluso, ante la actitud de Ben durante la sesión de Theraplay. Varios días después, cuando Ben pasó de la casa de su mamá a la de su papá, regresaron algunos de sus signos de angustia; lloraba por su mamá y no quería comer, pero ya no tenía problemas con el control de esfínteres ni presentó berrinches graves. Hablamos de diversas estrategias para ayudar a Ben a manejar el cambio de una casa a otra, como algún objeto transicional, llamadas telefónicas regulares con el padre ausente y un álbum de fotos con imágenes de los dos padres en sus casas para que Ben pudiera llevarlo consigo. También decidimos programar las sesiones de Theraplay los días en que el cambio de casa tuviera lugar con la esperanza de que eso ayudara a hacerlo más fácil para él.

La segunda y la tercera sesión de Theraplay con Ben fueron muy parecidas a la primera. Él estaba encantado de participar en las actividades, era muy colaborador y aceptaba las acciones nutricias de buena gana. Me reuní con Lauren y Scott juntos en la cuarta sesión. Manifestaron su asombro por el progreso de Ben y la emoción que le causaba participar en las sesiones. Ambos informaron que la conducta del niño en sus casas estaba mejorando de manera significativa y que continuaban utilizando las estrategias que habíamos discutido. Dediqué la mayor parte de la sesión a prepararlos para participar la siguiente semana.

Después de entrar al cuarto de la terapia para la quinta sesión, tratando de una manera lúdica de ser como un “ratón callado”, y acomodándose Ben en su almohada

verde, dije “Hoy vamos a jugar algunos juegos juntos, y luego papá y mamá se van a integrar para que todos juguemos.” Ben respondió con emoción y empatía “¡Síiiii! Yo creo que se ponen tristes cuando tienen que vernos sin que ellos también jueguen.” Empecé con el reconocimiento general, “Veo que trajiste tu enorme sonrisa, y tus fuertes músculos (levantó los dos brazos para presumir sus músculos y lanzó una sonrisa de oreja a oreja a sus padres al tiempo que levantó las manos con los dedos extendidos); veamos cuántos dedos. Uno, dos, tres... ¡diez! Perfecto.” Hice varias actividades con él, como un juego con etiquetas, y luego invitó a sus papás a que se acercaran y se sentaran en las almohadas uno a cada lado de Ben. Se sintió tan emocionado que gritó “¡Ay caramba, ay caramba, ay caramba!” y empezó a quitarse las etiquetas y a ponerlas en sus padres. Dije “Vaya, estás muy emocionado de tener a papá y mamá a tu lado. Mamá, qué le parece si se toma un momento para darle un enorme abrazo a Ben para calmarlo, y que papá haga lo mismo.” Después de que papá abrazó a Ben, dijo, “Es curioso, cuando se emociona, por lo general, trato de no abrazarlo ni tocarlo, para que se calme, pero esto [abrazos] de verdad parecen haberle ayudado.” Con una mano en el brazo de Ben para mantenerlo regulado, dije, “Excelente observación, papá. Éste es un ejemplo de regulación externa, de la que hablamos el otro día. A veces se emociona demasiado, sea por emociones positivas o negativas, y el contacto físico con ustedes le ayuda a calmarse y reconectarse. Es genial que ustedes dos utilicen este contacto como estrategia para apoyar a Ben cuando tiene dificultades para manejar su energía. Ahora, si hablamos demasiado, lo perderemos, así que regresemos al juego y, en la siguiente sesión de padres, podremos hablar de esto.” En la siguiente sesión, Lauren y Scott me siguieron en lo que hacía; elogiaron a Ben por sus logros y le ofrecieron respuestas sintonizadas.

Al final de la quinta sesión, encomendé a Lauren y Scott que realizaran, por separado, actividades con Ben en casa; Lauren le cantaba la canción Twinkley Twinkley en las noches. Scott también dijo, “Ben preguntó por su mamá mientras estuvo conmigo esta semana, pero no exigió su presencia ni hizo berrinches. Fue a la hora de acostarse. Me pidió que le cantara la canción especial, pero no pude recordarla. Ben estaba muy decepcionado, pero se sentó en mi regazo y dijo que desearía que su mamá estuviera ahí para cantarle. Y usted sabe, esa fue una de las primeras veces que en verdad no tenía problema con lo que él estaba sintiendo. No me enojó ni me sentí frustrado en relación contigo [Lauren], ni tampoco hirió mis sentimientos. Antes, cuando él preguntaba, o gritaba para ser más exacto, por mamá, como que me hacía sentir que no podría hacer nada bien y que él no me querría.”

Con cuidadores como Lauren y Scott, disponibles en términos emocionales y sumamente funcionales, el tratamiento de Theraplay puede requerir menos de las 25 sesiones que suele durar. Al empezar la octava sesión, Lauren y Scott participaron de manera activa en la sesión completa. Me reuní sólo con ellos en la novena sesión y les presenté mi plan para que tomaran la batuta con Ben a partir de la siguiente sesión. También sugerí que si el tratamiento continuaba como hasta ahora, y ellos realizaban algunos trabajos en casa, podríamos empezar a hablar sobre la graduación. Laura y

Scott estaban muy emocionados sobre esta transición y la graduación, y ella utilizó la expresión de su hijo, “¡Ay caramba, ay caramba, ay caramba!”

De la sesión 10 a la 12, Lauren y Scott participaron en la planeación de las sesiones y se turnaron para dirigir las actividades. Con discreción, me retiré y realizamos la transición en la que los padres se convertían en guías y entrenadores en vez de sólo interactuar con Ben. Con base en la elevada calidad de las interacciones entre Ben y sus padres, aumenté los trabajos para casa, y entre las semanas 11 y 12, Lauren y Scott disfrutaron de una sesión entera de Theraplay en sus casas. En la siguiente reunión con los padres, sesión 13, Lauren dijo, “Creo que ya tenemos de vuelta a nuestro Ben. Ya no se moja, no hace escándalos, bueno, no más que caso cualquier niño normal de 4 años de edad, está comiendo bien, y es mucho más abierto para decir lo que piensa y lo que siente.”

Scott dijo “Parece que lo está entendiendo.” Yo pregunté, “¿Entendiendo qué exactamente?” y él respondió, “Que los dos aún lo amamos, y que ya no nos peleamos, y que ninguno de nosotros lo abandonaremos nunca.”

Al final de esa sesión, concordamos en que era hora de la graduación, así que trazamos un plan en conjunto. En la sesión 14, que Lauren y Scott condujeron, le dijimos a Ben, “Tu mamá y tu papá vinieron a verme para ayudarte a sentirte mejor, y ustedes tres han hecho un trabajo tan bueno para encontrar formas de jugar entre ustedes, que ya no necesitas venir a verme. Es hora de que tu familia se gradúe de la terapia” y Ben dijo, “¿Graduación, como la graduación de preescolar? ¿Esa con sombrero y pastel?” Yo respondí, “Sí, creo que debemos usar sombrero y tener un pastel. ¡Es una gran idea! Bien, mamá y papá vendrán dos veces más y, en la segunda, también tú vendrás a la fiesta de graduación. Después de eso, tú seguirás jugando con mamá en su casa, y con papá, en la suya. ¿Qué opinas?” Ben frunció un poco la frente, pensó por un momento, y dijo, “Bien, me agradas Marlo, pero nosotros tenemos mejores refrigerios en casa [inclinándose hacia su padre] y mi mamá [inclinándose hacia ella] me canta mi canción favorita muchas veces en casa.” Dije, “Ben, gracias por ser tan sincero. Yo también te extrañaré, y me alegra mucho haber podido jugar contigo y tus papás, pero estoy segura de que jugar con mamá y papá en casa es fantástico.”

Dos semanas más tarde, en la sesión 16, la familia se graduó de la terapia. Me reuní con Lauren y Scott una vez tres meses después de la graduación para brindarles apoyo y alentarlos a seguir con las sesiones en casa. Scott y Ben aún realizaban las sesiones completas de Theraplay cada semana, mientras que Lauren dijo que hacía actividades cada semana y una sesión completa cada dos. Ambos padres describieron conductas difíciles de Ben, pero sin importancia, propias de la etapa de desarrollo, por lo que no sentían la necesidad de regresar a terapia.

Ejemplo de caso: Yvonne

Yvonne, de 15 años de edad, empezó hacerse cortes a los 14 años, después de presenciar cómo les dispararon y asesinaron a un primo de 19 años de edad y a su novia de 16. La administración de la escuela le dijo a la madre de Yvonne, Patrice, que expulsaría a su hija si no le hacían una evaluación psiquiátrica y asistía a algún tipo de consejería, porque las heridas abiertas y las cicatrices en sus brazos y piernas distraían a los maestros y a los demás estudiantes. Yvonne también se cortaba en el baño de la escuela, pues ésta no contaba con el equipo necesario para monitorearla y mantenerla a salvo.

Patrice se puso en contacto conmigo y, por distintas razones de logística, decidimos que sería necesario llevar a cabo las sesiones en su departamento.

Una vez ahí, realicé una evaluación psicosocial y hablamos del proceso terapéutico y de cuáles serían las metas del tratamiento. Patrice se mostró abierta para responder mis preguntas, pero cuando mencioné que ella participaría directamente, se negó de manera rotunda. Dirigí mi atención a Yvonne; era muy tímida cuando le hablaba. No hacía contacto visual conmigo, y para responderme sólo decía “sí” o “no” moviendo la cabeza, y con ansiedad jalaba hilos de su sudadera y los hacía bolita. Cuando yo hacía preguntas abiertas se encogía de hombros como diciendo, “No sé.” Patrice presionaba a Yvonne para que hablara, “Vonnice, Marlo está aquí para ayudarte. Tienes que hablar con ella para que pueda hacer que dejes de cortarte. Si no lo haces, vas a quedarte castigada.” Yo intervine con delicadeza, “Patrice, esto es muy difícil y frustrante para usted, y sé que quiere ver que Yvonne mejore. Como usted dijo, desde que vio lo que le ocurrió a su primo y a su novia, ella casi no ha hablado. Ahora, yo soy una extraña, por lo que es muy probable que te lleve un tiempo, Yvonne, para que puedas confiar en mí y quieras hablar conmigo, y está bien.

Hemos empezado muy bien hoy, conociéndonos una a la otra, y me gustaría programar otro momento para venir y reunirme contigo, Yvonne.”

Las sesiones dos y tres fueron un reto. Mi meta era establecer *rappport* y saber más de Yvonne, pero su comunicación no verbal y su carencia significativa de comunicación verbal enviaban un mensaje fuerte y claro: ella no tenía interés en hablar conmigo. Además, había muchas interrupciones. Sus hermanos menores y sus amigos entraban y salían corriendo del departamento dando fuertes alaridos. Patrice estaba en la sala de estar viendo televisión y varias de sus amigas también entraban y salían de su departamento. Cada vez que llegaba una amiga suya, le narraba lo que le pasaba a Yvonne y decía con claridad que no se explicaba por qué su hija tenía tantos conflictos, y que yo estaba ahí para arreglarla. También se quejaba de toda la ropa que había que lavar a causa del “problema” de Yvonne, y expresaba sus dudas con respecto a mí, porque ni siquiera había visto aún sus brazos y piernas. El ambiente no era propicio para el trabajo terapéutico y no ofrecía la suficiente seguridad para que Yvonne se abriera y se diera permiso de ser vulnerable frente a mí.

Tratando de crear un ambiente más terapéutico, conseguí el permiso de Patrice y el equipo administrativo del complejo escolar para usar una de sus oficinas para las

sesiones con Yvonne. Empezando la sesión cuatro, nos reunimos en una pequeña y tranquila oficina. Llevé materiales para las artes expresivas, con el fin de darle otras opciones no verbales para comunicarse. No le interesó pintar, dibujar ni modelar arcilla. En cierto momento, me miró avergonzada, yo le parpadeé dos veces, y ello lo hizo también; yo le parpadeé cuatro veces, y ella me respondió de la misma manera. Este patrón de interacción continuó y tuvimos múltiples intercambios: una conexión. Me reuní con mi supervisor esa semana y discutimos acerca de emplear Theraplay con Yvonne para llegar a ella a un nivel vivencial, del hemisferio cerebral derecho, en vez de intentar la vía cognitiva de la terapia hablada.

Le describí a Patrice el tratamiento de Theraplay por teléfono para mantenerla al tanto, pero su respuesta fue “No me importa. Lo que funciona, funciona.” Cuando continuamos con la quinta sesión, dije, “Bien, Yvonne, aún no nos conocemos muy bien, y creo que hablar sobre tus sentimientos y tus experiencias es demasiado difícil en este momento, sobre todo conmigo, porque no sabemos mucho una de la otra. Una de las mejores maneras que conozco para conocer a alguien es haciendo actividades juntas. Así que planeé algunas cosas para que las hagamos juntas y podamos conocernos más y, tal vez, divertirnos un poco. ¿Estás dispuesta a intentarlo?” Yvonne dijo que sí asintiendo, pero no hizo contacto visual conmigo. Me preocupaba su pasividad, así que dije, “Yvonne, quiero que estas actividades sean divertidas para las dos, así que si algo de lo que hacemos no te resulta agradable o no te sientes cómoda, puedes decírmelo con palabras, con tu cara o con tu cuerpo. Puedes levantar la mano así [mostrándole mi mano levantada] y yo sabré que te gustaría hacer alguna otra cosa; voy a estar muy pendiente de eso.”

Yvonne estuvo muy inquieta en la primera sesión de Theraplay, pero no tan retraída como lo había estado en las sesiones previas. Sus señales no verbales revelaron una curiosidad precavida a medida que trataba de atraerla midiendo su mano, su brazo, su pie con papel crepé. El rostro de Yvonne reflejó sorpresa cuando descubrimos que su pie era más grande que su mano y, por primera vez, vi una ligera sonrisa en ella. Yvonne decía “sí” o “no” moviendo la cabeza para responder mis preguntas, pero no daba respuestas verbales. Aunque era cauta y reservada, Yvonne participó en todas las actividades que yo había planeado. Al final de la sesión, dije, “Una de las últimas cosas es un pequeño refrigerio. Suelo poner galletas saladas en la boca del cliente, pero no estoy segura de que te sientas cómoda con eso.” Con timidez, dijo, “Como que está raro.” Me emocionó al oír su voz y poner un límite. Dije, “Muchas gracias por hacerme saber que no te sentirías muy bien con eso. Sin duda, quiero respetar tus límites. ¿Te gustan las galletas saladas?” Yvonne asintió, “Muy bien, sólo las pondré en tu mano el día de hoy y tú puedes comerlas sola, y tal vez más adelante te sientas cómoda si yo te doy la comida. Ya veremos.” Yvonne masticó su galleta en silencio y, cuando se la terminó, extendió su mano para pedir otra.

La segunda sesión de Theraplay –y la sexta vez que nos reuníamos– fue muy parecida a la primera. Yvonne participó con una mirada de curiosidad, pero con cierta

desconfianza. Sin embargo, cuando me reuní con ella para la tercera sesión, me sorprendió. Ella sonrió al verme y, luego, se quitó su sudadera, por lo que eran visibles muchas cicatrices y algunos cortes aún abiertos en sus brazos. No había visto antes sus brazos. Decidí no hacer ninguna mención al respecto en ese momento, porque no quería centrar la atención en su vulnerabilidad. Cuando hice el reconocimiento general, notando heridas y algunos lunares especiales, ella se me unió con interés. Yvonne parecía avergonzada y sorprendida cuando señalé los cortes en sus brazos y apliqué loción en las heridas abiertas. Ella inclinó la cabeza hacia abajo y parecía avergonzada, pero levantó la mirada cuando le dije, “Yvonne, sé que a veces duele por dentro y lastimarte por fuera puede aliviar el dolor, o quizá cuando te sientes adormecida es útil sentir algo, lo que sea.” Haciendo contacto visual, dije, “Cualquier clase de herida, por dentro, por fuera, causada por alguien o por nosotros mismos requiere de atención. Yo voy a cuidar de estas heridas cada vez que las vea, y tal vez un día hablemos más acerca de ellas, pero creo que aún no estás lista para eso. Sigamos trabajando en conocernos mejor y confiar una en la otra.” Este intercambio franco entre las dos fue un punto de cambio en el tratamiento de Yvonne. De inmediato, empezó a comprometerse en las actividades, y no sólo participaba con timidez. Se volvió más verbal y activa a nivel físico, y reía y bromeaba conmigo.

Con el fin de marcar un ritmo de tratamiento, planeé seguir sólo con Theraplay por un total de 10 sesiones, y luego volvería a hacer una evaluación y consideraría integrar otras modalidades terapéuticas en su tratamiento. Mi meta primordial era promover un espacio seguro para que Yvonne pudiera jugar, sentirse vulnerable, ser sincera, y expresara toda la gama de emociones que sentía. Al final de la sesión 12, la octava de Theraplay y faltando dos de las 10 originalmente planeadas, Yvonne cambió mi plan por el suyo. Era hora para la alimentación; tomé las gomitas, y mientras me preparaba para ponerle una en la mano a Yvonne, que era el patrón que había seguido en todas las sesiones anteriores, abrió la boca indicándome que la alimentara. Así lo hice; hablamos sobre qué colores eran los que más le gustaban mientras seguía dándole de comer. Cuando se terminaron las gomitas, Yvonne dijo, “De verdad, de verdad, me gusta jugar estos juegos. Me siento como, no sé, libre o algo así. Siento que soy yo misma, y no quiero dejar de jugar, pero creo que ya estoy lista también para hablar un poco.” Dije, “Yvonne, estoy totalmente de acuerdo contigo. Te ves más libre cuando estás jugando, y es refrescante verte sonreír y divertirse. También me he dado cuenta que en las últimas dos semanas no te has hecho nuevos cortes en los brazos. Me alegra mucho que hayas confiado en mí lo suficiente para ser tú misma, y también espero con ansias poder hablar contigo. No es necesario que dejemos de jugar; podemos jugar y hablar en la terapia ¿Qué te parece?”

Después de ocho sesiones de Theraplay, integré diversas modalidades de tratamiento en diferentes momentos, por ejemplo, terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2012), terapia con arenero (Homeyer y Sweenet, 2010) y desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento (Lovett, 2007; Shapiro, 2006). Patrice informó que el estado de

ánimo y la actitud de Yvonne estaban mejorando y que ya no se hacía cortes. Las autoridades escolares informaron que Yvonne empezaba a participar en sus clases y ya no era motivo de preocupación.

Yvonne se graduó de la terapia después de 42 sesiones¹⁰ y dijo, “Estoy muy contenta de haber hecho todo esto. Creo que voy a tener una vida mejor. Siento como si mis ojos fueran otros, tú sabes. Como si tuviera lentes nuevos o algo así.”

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE THERAPLAY

De acuerdo con el *California Evidence-Based Clearinghouse* (en diciembre de 2009), se ha encontrado que Theraplay cuenta con “evidencias de investigación promisorias.” Clearinghouse califica los programas de tratamiento con una escala de 1 a 5. Las calificaciones de 1 a 3 indican que el programa tiene un buen sustento en los resultados de investigación; 1 es la calificación más alta alcanzable. Con una calificación de 3, se juzga que Theraplay cumple con los siguientes estándares:

- Se han publicado dos estudios revisados por pares en los que se utiliza alguna forma de control.
- Los resultados confirman los beneficios de Theraplay.
- Hay un manual disponible: *Theraplay: Helping Children and Parents Build Better Relationships Through Attachment-Based Play* (Booth y Jernberg, 2010).
- No existe evidencia empírica o teórica que indique que Theraplay representa un riesgo sustancial de daño a los clientes en comparación con sus posibles beneficios.

También el Inventario de Prácticas Promisorias de Prevención Basadas en Evidencias y en la Investigación del Estado de Washington y los Servicios de Intervención para Niños y Jóvenes en la asistencia infantil, la justicia juvenil y los sistemas de salud mental han calificado a Theraplay como una práctica promisorio. Investigaciones publicadas en revistas con revisión de pares: descripción de casos o de programas.

Otras publicaciones

- Mäkelä, J., & Vierikko, I. (2005). *From heart to heart: Interactive therapy for children in care*. Report on the Theraplay project in SOS children's villages in Finland 2001–2004. Espoo, Finland: SOS Children's Villages Association.
- Salo, S., Lampi, L., & Lindaman, S. (2010). Use of the emotional availability scales to evaluate attachment-based intervention-Theraplay-in substance abusing mother-infant dyads in Finland. *Infant Mental Health Journal Supplement*, 32, 77.

Otras investigaciones en proceso de publicación

- Howard, A. R. (2009). *An evaluation of Theraplay using a sample of children diagnosed with Pervasive Developmental Disorder (PDD) of mild to moderate autism*. Unpublished manuscript, TCU Institute of Child Development, Department of Psychology, Texas Christian University.

Mäkelä, J., Salo, S., Lassenius-Panula, L., Korja, R., Flykt, M., & Punamaki, R.-L. (2013). Two studies evaluated the impact of Theraplay intervention on parent-child interaction quality and child *well-being*. *Subjects in study #1: child-parent dyads from child psychiatric hospital units. Study #2: foster child-parent dyads living in SOS-children's village.*

Salo, S., Mäkelä, J., Flykt, M., & Biringen, Z. Does Theraplay increase emotional availability among substance-abusing mothers and their infants? Manuscript submitted for publication.

CONCLUSIÓN

Muchas personas de todo el mundo experimentan dolor, angustia y dificultades cotidianas debido a una pobre salud mental. Aunque las relaciones pueden ser una fuente de estrés, con frecuencia, también pueden ser fuentes de curación. Con apoyo, educación y guía, Sam y los padres de Ben fueron capaces de convertirse en fuentes de curación y reparación. Desafortunadamente, la madre de Yvonne no pudo ser parte activa de su proceso de curación, pero la relación genuina con el terapeuta facilitó el cambio terapéutico de Yvonne. No se debe subestimar el poder curativo de las relaciones. Theraplay ayuda a las familias a reconectarse y enseña de manera vivencial a sus integrantes a apoyarse uno a otro en el aspecto emocional. La madre de un cliente lo dijo mejor, “Cuando empezamos esto [Theraplay], yo no tenía idea de qué podía esperar. No sabía cómo respondería mi hijo, y si nos ayudaría o no. Pero cuando vi a mi muchacho de 14 años, “un tipo rudo”, convertirse en un niño pequeño, mis temores desaparecieron. Jugó y rió, se permitió ser vulnerable frente a mí y me dejó darle consuelo. No pude cuidarlo cuando era muy pequeño, porque llegó a nosotros cuando ya tenía cuatro años de edad, y siempre sentí un vacío en mi corazón. Pero ya no lo siento, y tampoco creo que él lo sienta.”

■ REFERENCIAS

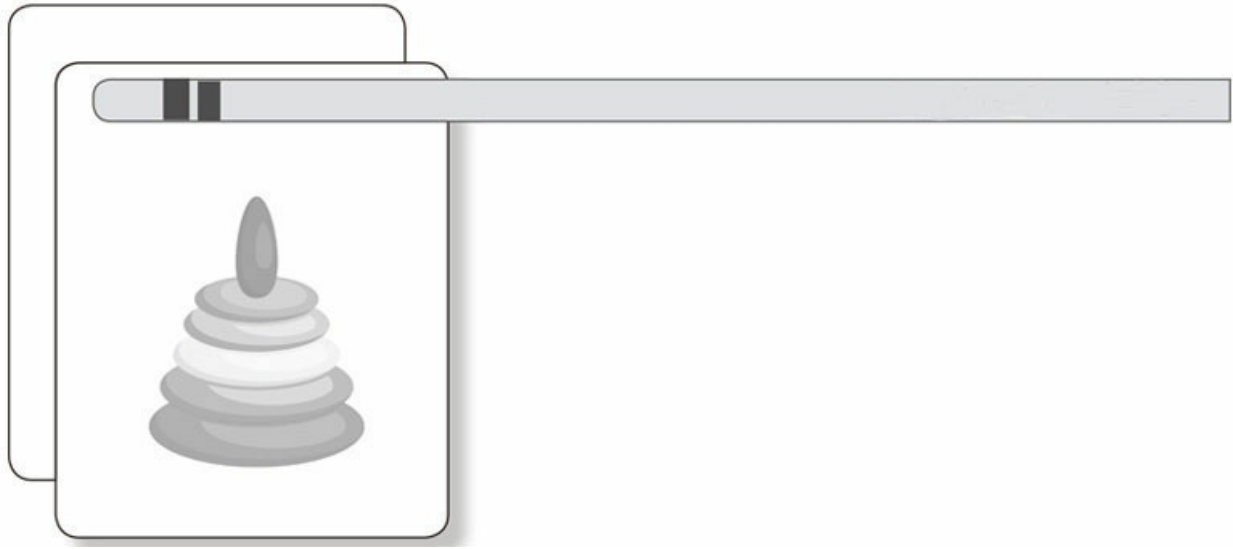
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Booth, P. B., Christensen, G., & Lindaman, S. (2011). Marschak interaction method (MIM): *Manual and cards* (3rd ed.). Chicago, IL: Theraplay Institute.
- Booth, P. B., & Jernberg, A. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Booth, P. B., Lindaman, S., & Winstead, M. L.-R. (2014). Theraplay in reunification following relational trauma. En C. A. Malchiodi & D. A. Crenshaw (Eds.), *Creative arts and play therapy for attachment problems* (pp. 130–157). New York, NY: Guilford Press.
- Booth, P. B., & Winstead, M. L.-R. (2015). Theraplay®: Repairing relationships, healing families heal. En D. A. Crenshaw & A. L. Stewart (Eds.), *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice* (pp. 141–155). New York, NY: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment*. New York, NY: Basic Books. (Original work published 1969).
- Brazelton, T. B. (1990). Touch as a touchstone: Summary of the round table. En K. E. Barnard & T. B. Brazelton (Eds.), *Touch: The foundation of experience* (pp. 561–5660). Madison, WI: International Universities Press.
- Brennan, C. (1998, Summer). Theraplay in a residential setting. *The Theraplay Institute Newsletter*, 8–9.
- Brown, S., & Vaughan, C. (2010). *Play: How it shapes the brain, opens the imagination, and invigorates the soul*. New York, NY: Avery Trade.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (Eds.). (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York, NY: Guilford Press.
- Conners, C. K. (2008). *Manual for Conners rating scale*. New York, NY: Multi Health System.
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain* (2nd ed.). New York, NY: Norton.
- Crittenden, P. M. (1994). *Preschool assessment of attachment manual*. Unpublished manuscript, Family Relations Institute, Miami, FL.
- Crittenden, P. M. (2003). *CARE-index manual*. Miami, FL: Family Relations Institute.
- Crittenden, P. M. (2005). *School-age assessment of attachment coding manual*. Unpublished manuscript, Family Relations Institute, Miami, FL.
- Crittenden, P. M., Koslowska, K., & Landini, A. (2010). Assessing attaching in school-age children. *Child Clinical Psychology and Psychiatry*, 14, 185–208.
- Devereaux, C. (2014). Moving with the space between us: The dance of attachment security. En C. A. Malchiodi and D. A. Crenshaw (Eds.), *Creative arts and play therapy for attachment problems* (pp. 84–99). New York, NY: Guilford Press.
- DeWolff, M. S., & van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 86(4), 571–591.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.

- Gaskill, R., & Perry, B. D. (2014). The neurological power of play: Using the neurosequential model of therapeutics to guide play in the healing process. En C. A. Malchiodi & D. A. Creshaw (Eds.), *Creative arts and play therapy for attachment problems* (pp. 178–194). New York, NY: Guilford Press.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *An adult attachment interview: Interview protocol*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Grotberg, E. H. (1997). The international resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions. En B. Bain, H. L. Janzen, J. G. Paterson, L. L. Stewin, & A. Yu (Eds.), *Psychology and education in the 21st century: Proceedings of the 54th Annual Convention of the International Council of Psychologists*. Edmonton, Canada: IC Press.
- Hart, S. (2008). *Brain, attachment, personality: An introduction to neuroaffective development*. London, England: Karnac Books.
- Homeyer, L. E., & Sweeney, D. S. (2010). *Sandtray: A practical manual* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Hughes, D. A. (2007). *Attachment-focused family therapy*. New York, NY: Norton.
- Hughes, D. A., & Baylin, J. (2012). *Brain-based parenting: The neuroscience of caregiving for healthy attachment*. New York, NY: Norton.
- Iacoboni, M. (2008). *Mirroring people: The science of empathy and how we connect with others*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- James, B. (1989). *Treating traumatized children: New insights and creative interventions*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Jernberg, A. (1979). *Theraplay: A new treatment using structured play for problem children and their families*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jernberg, A., & Booth, P. B. (1999). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jernberg, A., Hurst, T., & Lyman, C. (1969). Here I am [16 mm film]. Evanston, IL: The Theraplay Institute.
- Jernberg, A., Hurst, T., & Lyman, C. (1975). There he goes [16 mm film]. Evanston, IL: The Theraplay Institute.
- Lampi, H. (n.d.). *Theraplay with a sensitive toddler born prematurely*. Recuperado de: <http://www.Theraplay.org>
- Lovett, J. (2007). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. New York, NY: Free Press.
- Mäkelä, J. (2003, Fall/Winter). What makes Theraplay effective? Insights from developmental sciences. *Theraplay Institute Newsletter*, 9–11.
- Mäkelä, J. (2005). Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä [The importance of touch in the development of children]. *Finnish Medical Journal*, 60, 1543–1549.
- Munns, E. (2000). (Ed.) *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Munns, E. (2009). (Ed.) *Applications of family and group Theraplay*. New York, NY: Jason Aronson.
- Myrow, D. (1999/2000, Winter). Theraplay for children with ADHD. *The Theraplay Institute Newsletter*, 3–6.
- O'Connor, K. J. (2004, Spring). Creating a coherent attachment history: Combining Theraplay and cognitive-verbal interventions. *The Theraplay Institute Newsletter*, 5–8.
- Panksepp, J. (2013). Affective neuroscience: Implications for understanding emotional feelings and development of new therapeutics. En D. J. Siegel and M. Solomon (Eds.), *Healing moments in psychotherapy* (pp. 169–193). New York, NY: Norton.
- Porges, S.W. (2011). *The polyvagal theory: Neuropsychological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York, NY: Norton.
- Pynoos, R., Rodriguez, N., Steinberg, A., Stuber, M., & Frederick, C. (1998). *UCLA PTSD index for DSM-IV*. Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program.
- Reiff, M. (1994, Spring). *Theraplay for children with PDD/Autism*. The Theraplay Institute Newsletter, 1–7.
- Robison, M., Lindaman, S., Clemmons, M. P., Doyle-Buckwalter, K., & Ryan, M. (2009). “I deserve a family”: The evolution of an adolescent’s behavior and beliefs about himself and others when treated with Theraplay in residential care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(4), 291–306.
- Rubin, P. B., & Tregay, J. (1989). *Play with them—Theraplay groups in the classroom: A technique for professionals who work with children*. Springfield, IL: Thomas.

- Rubin, P. B., & Winstead, M. L. R. (in press). Inklusion – leg – børnegrupper: Udvikling af prosociale fællesskaber [Classroom fun: How group theraplay improves social and emotional development]. Copenhagen, Denmark: Hans Reitzels Forlag.
- Salo, S. (2014, Summer). Theraplay during and after pregnancy: Building ways of being together. *The Theraplay Institute Newsletter*, 9–14.
- Schieffer, K. (2013). *Sunshine Circles®: Nurture your classroom with play*. Evanston, IL: The Theraplay Institute.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9–20.
- Shahmoon-Shanok, R. (1997). Giving back future's promise: Working resourcefully with parents of children who have severe disorders of relating and communicating. *Zero to Three*, 17(5), 37–48.
- Shapiro, F. (2006). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2006). An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(4), 248–256.
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out*. New York, NY: Jeremy P. Tarcher/Putnam.
- Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. *Zero to Three*, June/July, 10–16.
- Steinberg, A., Brymer, M., Decker, K., & Pynoos, R. S. (2004). The UCLA PTSD reaction index. *Current Psychiatry Reports*, 6, 96–100.
- Stern, D. N. (1974). The goal and structure of mother-infant play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 13(3), 402–421.
- Sunderland, M. (2006). *The science of parenting: Practical guidance on sleep, crying, play, and building emotional well-being for life*. New York, NY: DK Publishing.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3–48.
- Tronick, E. Z., & Beeghly, M. (2011). Infants' meaning-making and the development of mental health problems. *American Psychologist*, 66(2), 107–119.
- Tronick, E. Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P.,...Stern, D. N. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290–299.
- Tronick, E. Z., Ricks, M., & Cohn, J. F. (1982). Maternal and infant affective exchange: Patterns of adaptation. In T. Field & A. Fogel (Eds.), *Emotion and early interaction* (pp. 83–100). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Williamson, G. G., & Anzalone, M. (1997). Sensory integration: A key component of the evaluation and treatment of young children with severe difficulties in relating and communicating. *Zero to Three*, 17(5), 29–36.
- Winstead, M. L. R. (2009, Fall/Winter). Theraplay with children in foster care: A case study. *The Theraplay Institute Newsletter*, 5–9.

NOTAS

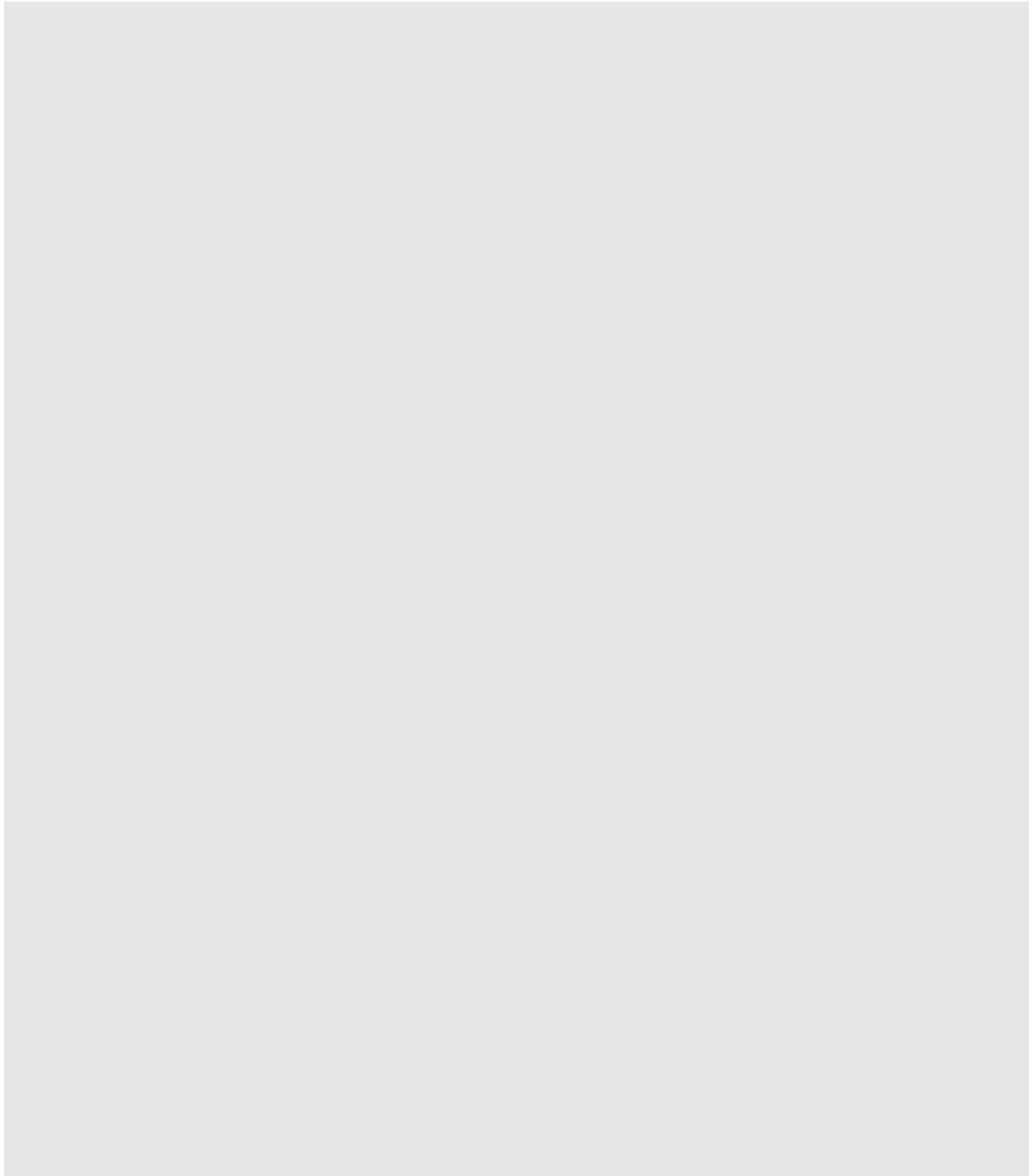
- ¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.
- ² Los datos de los ejemplos y estudios de caso fueron cambiados de manera cuidadosa con el fin de proteger la confidencialidad de las familias.
- ³ En este capítulo, el término cuidador se refiere al padre, biológico, adoptivo o sustituto, así como a un cuidador de la familia o no.
- ⁴ Se puede encontrar información detallada sobre entrenamiento, certificación y supervisión en la página oficial de The Theraplay Institute, <http://www.theraplay.org>
- ⁵ Lo ideal es observar el MIM detrás de un espejo de un solo sentido al mismo tiempo que se graba en video, pero no es indispensable.
- ⁶ Si el cuidado del niño es un problema, y éste no es capaz de cuidar de sí mismo mientras se reúnen los cuidadores con el terapeuta, sugerimos que la discusión se realice por vía telefónica en otro momento.
- ⁷ Hay varias excepciones para disponer la separación física entre el cuidador y el niño, por ejemplo, cuando el niño es muy pequeño, si es temeroso o está asustado, si padece de ansiedad de separación o si fue recientemente adoptado o cambió de casa y cuidador. No recomendamos que el cuidador observe detrás del espejo de un solo sentido si no está acompañado de un segundo terapeuta, pues se sentirá desconectado de la experiencia.
- ⁸ Muchas parejas separadas o divorciadas no participan juntas en Theraplay a causa de la naturaleza de su relación. Cuando una pareja está junta y su relación es muy conflictiva, está incluso clínicamente indicado el trabajo por separado con cada uno.
- ⁹ Combinar la discusión de retroalimentación y la práctica del cuidador no es lo ideal, pero puede ser necesario en algunos escenarios o cuando la autorización del tratamiento constituye una dificultad.
- ¹⁰ El tratamiento con clientes que ha vivido experiencias traumáticas graves es más prolongado de lo que suele requerir un tratamiento típico de Theraplay.



Capítulo 9

Terapia de juego ecosistémica

Kevin J. O'Connor



Modelo ecosistémico

El modelo de terapia de juego ecosistémica (TJE) apareció en la literatura por primera vez en 1991 (O'Connor, 1991). Desde entonces, se ha refinado y desarrollado; la descripción más completa de la teoría y su aplicación que se ha presentado hasta el momento es la de *Play Therapy Treatment Planning and Interventions: The Ecosystemic Model and Workbook*, segunda edición (O'Connor y Ammen, 2013). Aunque la teoría subyacente en la TJE siempre se ha presentado en la literatura como específica de la terapia de juego, en realidad, se trata de un modelo teórico que se puede aplicar con facilidad al trabajo con clientes de cualquier edad y con cualquier problema. A lo largo de este capítulo se tratarán las razones por las cuales la teoría tiene una aplicabilidad universal. Sin embargo, es importante reconocer que esta universalidad significa que el terapeuta de juego de orientación ecosistémica no está obligado a emplear diversos modelos teóricos alternos al trabajar con padres y familias, ni siquiera al proporcionar terapia individual o de pareja para clientes adultos. Esto permite que el terapeuta desarrolle e implemente intervenciones de elevada calidad de manera consistente a distintos clientes y en diferentes momentos.

Desde aquel momento en que apareció por primera vez en la literatura, la TJE se ha descrito como una integración de múltiples teorías. En años recientes, la importancia y pertinencia de los enfoques integrativos o prescritivos de la terapia en general, y de la terapia de juego en particular, han tenido cada vez mayor reconocimiento en la literatura. Sin embargo, la definición de las teorías y prácticas integrativas o prescriptivas no siempre ha sido clara, ambas parecen muy similares a lo que solía denominarse **eclecticismo**, que siempre ha contado con partidarios y opositores. Quienes defienden los modelos integrativos se centran en la flexibilidad que se le permite al terapeuta para elegir elementos de cualquier teoría o técnica que mejor se ajuste a las necesidades del cliente. Quienes argumentan en contra de estos modelos los describen como un “eclecticismo de fregadero,” un enfoque ateorico del tratamiento en el que el clínico aplica técnicas de varias escuelas de pensamiento sin conocer la teoría que subyace en ellas (Norcross, 1987). Este enfoque, advierte Norcross, es azaroso e ineficaz, por decir lo menos, y puede, en realidad, ser perjudicial para algunos clientes.

En los peores casos, las teorías o modelos integrativos no cuentan con una teoría general definida con claridad que sirva de guía al terapeuta para elaborar su conceptualización del caso o para tomar decisiones en relación con el tratamiento.

En vez de apoyarse en una sola teoría que organice su trabajo, el terapeuta toma decisiones clínicas con base en sí mismo, el cliente o el problema. En el enfoque determinado por el terapeuta, éste elige las teorías o técnicas con las que se siente cómodo y para las que tiene habilidades. Se trata de un enfoque excelente en la medida

en que el terapeuta que lo emplea está consciente del alcance de sus habilidades y está dispuesto a referir a otro terapeuta a los clientes a cuyas necesidades no pueda ajustarse. En el enfoque determinado por el cliente, el terapeuta elige teorías e intervenciones con las cuales el cliente se sienta cómodo. Por ejemplo, a los clientes que no se sienten cómodos creando o implementado un programa de reforzamiento con su hijo no se les debe pedir que sigan un modelo conductual, aun cuando éste parezca adecuado para los problemas que presenta el niño. El aspecto positivo de este enfoque es que garantiza que el cliente se comprometa por completo en el proceso terapéutico. El aspecto negativo es que el terapeuta puede verse forzado a ofrecer servicios con los cuales no se siente del todo cómodo, por lo que el cliente, tal vez, no obtenga el tratamiento que mejor puede ajustarse a sus necesidades. En el enfoque determinado por el problema, el terapeuta elige la teoría o intervención más adecuada para los problemas que presenta el cliente. A primera vista, éste podría ser un enfoque muy científico, y parece ser totalmente consistente con la tendencia en el campo de la psicología a favorecer el uso de tratamientos que cuentan con sustento empírico. Sin embargo, este enfoque tiene dos inconvenientes potenciales. Una vez más, el terapeuta puede ser forzado a implementar intervenciones que no conoce lo suficiente o para los que no cuentan con las habilidades necesarias. Además, puede ser muy difícil ajustar un método de tratamiento específico a las necesidades del cliente típico que presenta muchos problemas multifacéticos o un cliente que está inmerso en un sistema que no respaldará o implementará el tratamiento ideal.

Cuando se utilizan bien, las teorías integrativas no se limitan a retomar al azar elementos de otras teorías o técnicas, sino que sirven como metateorías que proporcionan al terapeuta un modelo sólido para tomar decisiones para integrar ideas y métodos. La mayor parte de los profesionales de la psicología en general y de la terapia de juego en particular están dejando de adherirse a una sola teoría, delimitada, y prefieren adoptar un enfoque metateórico (Drewes, Bratton y Schaefer, 2011). La teoría ecosistémica es una metateoría. Como se presenta en este capítulo, la TJE retoma múltiples teorías, como psicoanálisis, relaciones objetales, apego, cognitivismo, conductismo, sistemas familiares y desarrollo, así como múltiples modelos terapéuticos, por ejemplo, Theraplay®¹ (Booth y Jernberg, 2010) y la terapia de realidad (Glasser, 1975). La TJE tiene la suficiente flexibilidad para permitir que el terapeuta integre nuevos desarrollos a medida que surgen. Debido a que estas teorías contienen elementos que se contradicen directamente, la teoría ecosistémica tiene la misión de argumentar la justificación para integrarlas. De hecho, la TJE ofrece al terapeuta la justificación para elegir un elemento teórico y no otro, así como un modelo sólido en el cual fundamentar la conceptualización de los casos y desarrollar, implementar y evaluar sus planes de tratamiento.

Como es evidente en su nombre, la terapia de juego ecosistémica tiene, en primer lugar, fundamentos ecosistémicos. Esto significa que cada elemento de un caso (es decir, valoración, conceptualización, implementación y evaluación de la intervención) depende por completo del contexto en el que el niño y su familia están inmersos. A menudo, la

importancia del enfoque ecosistémico es más clara en el proceso de conceptualizar el caso. Por lo general, el diagnóstico sigue un proceso lineal de toma de decisiones. El terapeuta verifica la presencia de síntomas específicos que se enlistan en los diversos trastornos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edición, *DSM-5*, (American Psychiatric Association [APA], 2013) y, si encuentra un número suficiente de ellos correspondientes a un trastorno, hace el diagnóstico. Por otro lado, la conceptualización del caso considera tanto los síntomas como su contexto y la posibilidad de un complejo interjuego entre ellos. Los niños que han sufrido abuso o lesiones traumáticas, o que han sobrevivido a un desastre natural pueden presentar síntomas del trastorno de estrés postraumático, pero las causas subyacentes del padecimiento requieren enfoques diferentes de tratamiento. A lo largo del proceso terapéutico, el terapeuta debe considerar el impacto de los diversos sistemas en el niño, el impacto de éste en los sistemas en los que se encuentra inmerso y el impacto de un sistema en otro. También es importante recordar que incluso los sistemas con mayores conflictos se resisten al cambio y tratan de mantener su homeostasis, por lo que es muy probable que cualquier cambio en un sistema provoque rechazos o resistencias de otros sistemas. Esto se debe a que, en cierto nivel, para los sistemas o las personas que lo conforman, el cambio puede ser más amenazante que los síntomas presentes, porque estos ya son conocidos y suelen representar el mejor intento del cliente o del sistema para lidiar con alguna forma de dolor psicológico. Muchos cuidadores son reacios a probar con nuevas formas de manejo de la conducta o de disciplina; con frecuencia usan este estribillo, “Ah, ya probé con eso y no funcionó.” Sin embargo, al mismo tiempo, admiten sin ningún empacho, que lo que hacen está lejos de ser eficaz. Cuando se les presiona, muchos declaran dos razones para resistirse al cambio. Una es el temor a perder el poco control que tienen de su situación. Las cosas deben ser terribles si se salen de control, pero ¿y si empeoran? La otra es simplemente su sensación de no disponer de la energía emocional o física necesaria para hacer cambios. Están tan agotados, que la idea de hacer cualquier clase de cambio les parece abrumadora. Para abordar esta resistencia, el terapeuta de la TJE dirige su trabajo a asegurar que las necesidades relativas a los distintos sistemas y personas sigan siendo satisfechas conforme ocurren los cambios.

En segundo término, la TJE toma en cuenta el nivel de desarrollo de los niños en todas las etapas del proceso de tratamiento. De hecho, un paso rutinario de la evaluación previa al tratamiento es llevar a cabo un examen o una evaluación del desarrollo. Cuando la mayor parte de los niños entra al tratamiento, sus síntomas se han presentado desde algunos meses o algunos años antes. El dolor emocional y los síntomas desvían la energía psíquica limitada que todos tenemos de los procesos cotidianos normales, como lograr adquisiciones importantes del desarrollo. La manifestación más grave de este fenómeno es el enanismo psicosocial (Money, 1992), en el cual incluso el desarrollo físico del niño se atrofia hasta que se resuelve el dolor psíquico. Aunque todas las áreas de desarrollo físico, emocional, social y moral, se consideran en la TJE, el desarrollo cognitivo es central, porque determina la capacidad de los niños para comprender sus problemas e involucrarse en su solución junto con el terapeuta. Efectivamente, el desarrollo cognitivo

crea un límite superior en la capacidad del niño para avanzar en otras áreas del desarrollo. Por ejemplo, los niños no pueden alcanzar el nivel superior del desarrollo moral de Kohlberg (1976, 1979, 1984) sino cuando adquieren la capacidad de formular hipótesis y pensar de manera abstracta. Esto no significa que los niños con capacidades cognitivas especiales tengan necesariamente progresos equivalentes en otras áreas de su desarrollo, sino que el grado en que puedan progresar en estas otras áreas será contingente a su nivel de desarrollo cognitivo.

Más allá del grado en que se centra el nivel de desarrollo y los sistemas en los que se encuentra inmerso el niño, hay otros cinco elementos específicos de la TJE.

Primero, mientras que todas las teorías y modelos de psicoterapia y terapia de juego reconocen la importancia de la relación terapeuta-cliente, ésta tiene un papel central en la TJE. En psicoanálisis, el cliente desarrolla una relación transferencial con el terapeuta, en la que revive y resuelve elementos de sus relaciones primarias tempranas (Lee, 1997; O'Connor, Ewart y Wolheim, 2001; O'Connor y Lee, 1991; O'Connor, Lee y Schaefer, 1983; O'Connor y Wolheim, 1994). Sin embargo, al mismo tiempo, el analista está preparado para interactuar con los clientes lo menos posible para evitar contaminar la transferencia de los asuntos interpersonales de su pasado generando asuntos reales en la relación terapéutica. En la terapia centrada en el cliente, éste experimenta la consideración positiva incondicional de terapeuta, la cual se considera el elemento curativo primordial de este tratamiento (Axline, 1947; Landreth, 2012; Rogers, 1942, 1951, 1957, 1959, 1961).

A pesar de esto, el terapeuta está preparado, como el analista, a enfocarse en la observación del juego del cliente más que en involucrarse con él de manera directa. Se considera que esta postura de observación y apoyo empodera al cliente y evita la posibilidad de que el terapeuta imponga sus puntos de vista y no interferir con el impulso del cliente de autorrealización (Rogers, 1942, 1951, 1957, 1959, 1961). En la TJE, el carácter central y la naturaleza de la relación terapeuta-cliente es mucho más afín a la de Theraplay (Booth y Jernberg, 2010), donde el terapeuta asume la responsabilidad de todos los aspectos de las sesiones y se involucra por completo con el niño en todo momento.

Segundo, el imperativo para el terapeuta en la TJE de asumir la responsabilidad de las sesiones se suele interpretar como directividad. Esto no necesariamente es cierto. Todas las formas de terapia de juego se sitúan a lo largo de un continuo respecto de qué tanto el terapeuta dirige la sesión de juego. En un extremo se sitúan las terapias nada directivas en las que se permite al niño conducir y determinar el contenido y el curso de la sesión. Tanto la terapia psicoanalítica como la centrada en el cliente se ubican en este extremo del continuo. En el otro, se encuentran las terapias en las que el terapeuta es muy directivo, asume la responsabilidad e incluso controla el contenido y el curso de la sesión. En este extremo, se ubican las formas más conductuales de la terapia de juego y Theraplay (Booth y Jernberg, 2010). Varios autores han ubicado la TJE de manera equivocada en el extremo directivo del continuo. De hecho, la TJE está muy orientada a las metas, pero no necesariamente es directiva. En la TJE, el terapeuta formula las metas

del tratamiento en su conjunto, por una razón en particular e, incluso, ciertas actividades para las sesiones. Aunque él es responsable de determinar cómo y cuándo cumplir las metas, esto no necesariamente significa que dirigirá la sesión. En lugar de ello, quiere decir que el grado en el que el terapeuta estructura la sesión es inversamente proporcional al nivel de desarrollo del niño. Esto es parecido al patrón de interacción entre los cuidadores sanos y sus hijos. Los cuidadores proveen de manera natural más estructura y guía cuando interactúan con niños muy pequeños. Les dicen qué vestir, cuándo comer y cuándo dormir. A medida que la capacidad del niño para autorregularse aumenta, el cuidador le permite asumir más control, y sólo interviene cuando es necesario. En la TJE, el terapeuta hace lo mismo. Con niños pequeños que no se pueden regular por sí mismos, el terapeuta es muy directivo y estructura cada aspecto de la sesión que sea necesario. Con niños mayores, puede ser por completo no directivo y permitir que el niño realice autoexploraciones y encuentre solución a los problemas de manera más espontánea.

Tercero, la mayor parte de las teorías de la terapia de juego también se ubican en un continuo que va de las más vivenciales a las que son de naturaleza más verbal y cognitiva. Las terapias de juego conductual y centrada en el cliente, así como Theraplay (Booth y Jernberg, 2010), se encuentran en el extremo vivencial del continuo y se enfocan en propiciar experiencias positivas, promotoras de salud como estrategia esencial de intervención. El psicoanálisis y la terapia de juego cognitiva se sitúan en el otro extremo, pues se basan más en la introspección y en la solución cognitiva de problemas para ayudar al niño a resolver sus síntomas. En la TJE, el terapeuta se puede desplazar de un extremo a otro del continuo, dependiendo del nivel de desarrollo del niño. Los niños pequeños de manera natural aprenden más de la experiencia, mientras que los mayores pueden realizar un aprendizaje más completo basado en el lenguaje. Sin importar qué tanto se acerque a estos extremos, en la TJE, el terapeuta nunca renuncia al enfoque opuesto. Otra vez, él semeja el modo en que los cuidadores interactúan con sus niños. No importa qué tanto entiendan los niños, sus cuidadores siempre les hablan, y se dan cuenta de la importancia de su tono de voz para regular al niño y saben que éste sólo aprende a usar el lenguaje escuchándolo. Los cuidadores también se dan cuenta de que por más que le hablen sobre algo al niño, éste puede aprender más de una sola experiencia. Del mismo modo, en la TJE, el terapeuta sigue usando cierta interpretación y solución verbal de problemas básicos con los niños más pequeños o con los clientes con menor madurez en su desarrollo, mientras que ofrece oportunidades para el aprendizaje vivencial a los mayores o a los niños más maduros.

Cuarto, la manera en que se dispone el cuarto de juego, los juguetes y los materiales son únicos en la TJE. No se concede un valor terapéutico al cuarto de juego por sí mismo, sino que se considera un contenedor neutral de la relación terapéutica. Como tal, no debe distraer de ningún modo al niño en su interacción con el terapeuta y para participar en el juego. Además, a diferencia de la mayoría de los cuartos de juego, no se le da al niño libre acceso a los juguetes o materiales, sino que el terapeuta controla los objetos que se le permite tomar. La logística del escenario de un cuarto de juego de la

TJE se detalla más adelante en este capítulo.

Quinto y último, el desarrollo de un contrato explícito en un tratamiento con bases fenomenológicas con el niño puede ser el elemento más distintivo de la TJE. En la mayor parte de las teorías y modelos de terapia de juego, el niño tiene, en el mejor de los casos, sólo una idea vaga de por qué está en tratamiento, y metas mucho menos específicas. En estos modelos, cuando los niños adquieren consciencia de las metas, suele ocurrir al principio del tratamiento, pero esta consciencia suele desvanecerse con el paso del tiempo hasta que llegan a creer que van a terapia sólo a jugar. En la TJE, el terapeuta, junto con el niño, crea un contrato terapéutico específico. Por lo general, esto ocurre en la transición de las entrevistas iniciales y la evaluación al tratamiento propiamente dicho. Con base en las entrevistas iniciales, el terapeuta determina las emociones y, o conductas que son más angustiantes para el niño. Éstas pueden no ser la razón por la que el cuidador lo llevó a terapia; sin embargo, debido a que causan molestias al niño, son las que pueden motivarlo a trabajar en busca del cambio. El cuidador puede estar angustiado por la agresión del niño, mientras que éste cree que la agresión le da una sensación de control que necesita mucho y, por lo tanto, estará reacio a renunciar a ella. Para el niño, el asunto que puede subyacer en su conducta es la ansiedad. El contrato terapéutico podría ser tan simple como decir “Sé que no te gusta sentirte preocupado o nervioso todo el tiempo. Tú y yo trabajaremos juntos para que pases menos tiempo preocupado y tengas más tiempo para jugar y divertirme.” Este tipo de contrato funciona bien incluso con niños pequeños, siempre y cuando cuenten con un dominio mínimo del lenguaje para entenderlo. Con niños mayores, el contrato puede ser más elaborado e incluir algunos síntomas específicos de manera explícita. En cada sesión, el terapeuta se da al menos una oportunidad para reafirmar el contrato en relación con el contenido o la actividad en turno. Una intervención formal, como el entrenamiento en relajación, puede introducirse como un modo de tener control o de “ser el jefe” de la ansiedad. Otro modo sería introducir un juego sencillo para necesariamente practicar la manera de escapar de la ansiedad divirtiéndose al mismo tiempo. Se piensa que la reafirmación regular del contrato terapéutico mejora la calidad de sus vidas y evalúa la eficacia de cualquier intervención específica y de la terapia en su totalidad.

Otro aspecto relativamente exclusivo de la TJE no es específico del proceso terapéutico, sino del papel del terapeuta. La TJE no sólo permite al terapeuta, sino que lo impulsa a asumir distintos papeles en su trabajo para mejorar la vida del niño. Al adoptar una perspectiva ecosistémica, el terapeuta puede darse cuenta del modo en que los distintos sistemas en que está inmerso el niño interfieren o facilitan la salud general del niño y su desarrollo. Esto implica el trabajo con los cuidadores o con la familia en su conjunto. También significa que las necesidades del niño se abordan consultando con maestros, pediatras o, incluso, representantes legales. Como consultor, el terapeuta trabaja en condiciones de igualdad con los representantes de distintos sistemas. Terapeuta y maestro pueden trabajar juntos para diseñar modos adecuados en el salón de clases para manejar la ansiedad del niño y mejorar su capacidad de poner atención y aprender. En la TJE, el terapeuta incluso va un paso adelante y adopta el papel de defensor. En

este caso, intenta colaborar con los representantes de otros sistemas, pero está dispuesto a ser confrontativo si es necesario. Tiene que ser muy cuidadoso al determinar cuándo ir más allá de los límites del papel tradicional del terapeuta de juego. De ser posible, otros, como los cuidadores, deben recibir ayuda para trabajar de modo directo con los demás sistemas y hacer los cambios necesarios para cubrir las necesidades del niño. El terapeuta sólo debe asumir estos papeles alternos si eso en verdad ayuda a cubrir las necesidades del niño y no interfiere con el proceso terapéutico o altera el funcionamiento futuro de los otros sistemas.

Ejemplo de caso

El Dr. Smith trabajó con un niño llamado James, quien tenía sobredotación intelectual y un trastorno grave de Gilles la Tourette que provocó alteraciones importantes en el salón de clases. La escuela de James había decidido resolver el problema cambiándolo a un grupo de educación especial, que le daría contención. Aunque este plan habría cubierto las necesidades de la escuela, significaba que James pasaría el día en un salón cuyos demás alumnos tenían retrasos significativos del desarrollo. Cuando fue evidente que la escuela intentaba coaccionar a los padres de James para que aceptaran esta decisión, el Dr. Smith los acompañó a una reunión con los directivos de la escuela. Al principio, intentó ser cordial al abordar el conflicto entre los pares de la escuela y las necesidades educativas de James. Cuando se dio cuenta de que los directivos no estaban dispuestos a formular un plan alternativo, el Dr. Smith señaló el hecho de que su plan, de hecho, violaba las leyes educativas del estado y, por lo tanto, se le podía prohibir la implementación de su plan por medios legales. A la larga, pudo trabajar con los padres de James y el personal de la escuela para desarrollar un plan alternativo que cubría mejor las necesidades de James.

Habiendo revisado algunos conceptos y elementos exclusivos de la TJE, ahora se hablará de la manera en que la TJE estructura los elementos comunes a prácticamente todas las teorías de la intervención terapéutica, incluyendo su filosofía subyacente, la teoría de la personalidad, su conceptualización de la psicopatología, el concepto de cura (metas del tratamiento) y la teoría de qué elementos de la terapia la hacen curativa.

Filosofía

La mayoría de los modelos teóricos no articulan las filosofías en las que se basan. La filosofía subyace en una teoría, al menos, en tres niveles: visión general del mundo, valores y enfoque científico. A nivel de la visión del mundo, la mejor descripción de la TJE dicta que se basa en el contextualismo (Price, 2008). En esta perspectiva filosófica, hay ciertos valores fijos (como no hacer daño), pero prácticamente todas las acciones se deben evaluar en su contexto. Por ejemplo, hubo un periodo de la historia en que el exorcismo tenía sentido como intervención primaria, porque se creía que la posesión demoniaca era la causa de la enfermedad mental. Cuando nuestro conocimiento de las enfermedades mentales se basó en modelos más intrapsíquicos y médicos, otras intervenciones empezaron a predominar. A menudo, el contextualismo subyace en muchos modelos empleados para comprender e incorporar temas culturales en la teoría y práctica de la terapia de juego. A nivel de los valores, la TJE utiliza modelos principalmente humanistas (Law, 2011) o utilitarios (Mill, 1863/2007) cuando se trata de tomar decisiones relacionadas con valores, que son una parte ineludible de los procesos de diagnóstico, planeación del tratamiento e intervención. En este modelo, se evalúan las conductas y situaciones con base en el grado en que maximizan el beneficio total y minimizan el impacto negativo. Así, las conductas se consideran problemáticas si y sólo si causan daño. Cuando no hay daño, no hay necesidad de implementar una intervención. Incluso un síntoma tan grave como las alucinaciones no necesariamente causa daño al niño que las experimenta ni a quienes lo rodean y, por lo tanto, podemos cuestionarnos si siempre que un niño tiene alucinaciones es necesario la terapia. Cuando estas empiezan a interferir en su calidad de vida o lo convierten en un peligro para sí mismo o para otros, entonces, desde luego, el tratamiento es necesario.

Por último, a nivel del enfoque científico, la TJE combina dos filosofías hasta cierto punto opuestas, a saber, la filosofía de la ciencia occidental o dura y la fenomenología (Giorgi, 1983, 1985). El enfoque de las ciencias duras tiende a ser la visión predominante entre quienes viven en culturas industrializadas. De acuerdo con esta postura filosófica, todas las preguntas tienen sólo una respuesta correcta. Es interesante que, incluso las ciencias más exactas, como las matemáticas y la física, están descubriendo problemas para los que las respuestas son más caóticas que lineales. Desde la perspectiva fenomenológica, sólo se puede responder a las preguntas desde la perspectiva única del observador (Giorgi, 1983, 1985). La respuesta correcta de una persona en cierta situación puede estar equivocada para otra persona en circunstancias diferentes. Aunque los cuidadores y los niños casi nunca ven los problemas del mismo modo, eso no significa que unos estén equivocados y otros no. Tampoco significa que se puede ignorar alguna perspectiva al implementar una intervención. Por otro lado, cuando el pequeño Billy le pega a su hermana, ésta y los padres verán esta situación como un problema grave, pero para Billy, ésta puede ser la solución más eficaz para que su hermana no toque ni rompa sus juguetes. Abordar un problema de manera fenomenológica significa garantizar que tanto la hermana de Billy como sus juguetes estén a salvo. Las implicaciones de este enfoque filosófico son evidentes en el modo en que el terapeuta realiza el contrato terapéutico para abordar las necesidades del niño y sus cuidadores, aun

cuando estos contratos puedan resultar conflictivos en apariencia.

Personalidad

El grado en que diversas teorías de la terapia de juego se ocupan de definir la personalidad varía enormemente. En un extremo del continuo, se encuentra la teoría psicoanalítica, que dispone de un modelo de la personalidad muy desarrollado y bien elaborado. La teoría de la personalidad de Freud (1933) incluye cuatro componentes principales: energía/pulsión, estructura, topografía y desarrollo. Freud postuló la libido, una variante sexualizada del instinto de supervivencia,² como la energía primaria que motiva la conducta humana. Al mismo tiempo, postuló que la psique humana es un sistema cerrado, semejante a uno hidráulico, que dispone de una cantidad limitada de energía. Por lógica, la energía que se dirige hacia una función implica una merma en la energía disponible para otras funciones. Freud propuso tres instancias en la estructura de la personalidad: ello, yo y superyó. También propuso un modelo topográfico de la personalidad, que consta de los sistemas consciente/preconsciente e inconsciente. Por último, desarrolló un modelo complejo de las etapas del desarrollo psíquico, oral, anal, fálica, de latencia y genital. Aunque el modelo tiene muchas limitaciones de género, culturales y científicas, es probable que sea la teoría de la personalidad más completa de todo el campo de la psicología.

En el otro extremo del continuo de la complejidad, se ubica la teoría conductual y el modelo centrado en el cliente, que le sigue de cerca. La teoría conductual tradicional se limita a eliminar por completo el concepto de personalidad en favor de una teoría del estímulo-respuesta (Skinner, 1966). El ser humano no tiene una personalidad estable que permita detectar patrones predecibles de conducta, sino que su conducta consiste sólo de respuestas específicas, predecibles a los estímulos. Si podemos definir con precisión los estímulos, también podemos predecir con exactitud la conducta. El modelo centrado en el cliente predomina en el campo de la terapia de juego en EUA y tiene su fundamento en una teoría de la personalidad que es mucho menos compleja que la psicoanalítica. Aunque la teoría centrada en el cliente o humanista de la personalidad ha evolucionado desde su surgimiento, Rogers (1951) hizo 19 propuestas en las que describió cómo las personas ven y experimentan su entorno, cómo y por qué reaccionan a estas percepciones de un modo y no de otro, y cómo estas experiencias y patrones de respuesta se organizan en un sentido de sí mismo.

El modelo de la personalidad propuesto por la teoría ecosistémica no está, ni de cerca, tan bien desarrollado ni es tan completo como el psicoanalítico; sin embargo, cubre elementos clave que los terapeutas de juego necesitan para formular de manera sólida la conceptualización de un caso y, a su vez, para desarrollar un plan de tratamiento específico para cada cliente.

Impulsos y motivación básicos

La mayor parte de las teorías de la terapia de juego postulan un impulso o motivación primarios que subyacen en la conducta humana. En la terapia de juego psicoanalítica existe el concepto de libido, concepto híbrido que incorpora la energía sexual y el impulso básico de supervivencia. En la terapia centrada en el cliente existe un impulso de autorrealización. En la terapia conductual, la motivación para maximizar las recompensas y evitar el castigo. En la TJE existen dos impulsos interrelacionados que, se piensa, subyacen en casi toda la conducta humana. Uno es el impulso de supervivencia, que en este caso se entiende de un modo más parecido al impulso conductual de maximizar las recompensas y evitar los castigos que al concepto psicoanalítico de libido. El impulso de supervivencia es el más primitivo de los impulsos humanos y da origen a múltiples impulsos de orden superior, en el mismo sentido que la jerarquía de necesidades de Maslow (1970). En la base de ésta, se encuentran las necesidades básicas para la supervivencia, como aire, agua y comida. En el siguiente nivel están las necesidades básicas de seguridad, como el refugio y cierto nivel de control sobre la propia supervivencia. En el tercer nivel se encuentran las necesidades humanas de afiliación y pertenencia. En el cuarto nivel, las necesidades individuales de autoestima y logro. Por último, en la cima de la jerarquía, se encuentra la necesidad de autorrealización. Se considera que el ser humano tiene la motivación de cubrir sus necesidades y dar prioridad a las necesidades inferiores de la jerarquía. En la TJE, el otro impulso fundamental es el de apego, que se considera como inextricablemente relacionado con el impulso de supervivencia. El ser humano nace con una dependencia absoluta respecto de sus cuidadores y una incapacidad total para cubrir sus necesidades; en consecuencia, sus probabilidades de sobrevivir aumentan en gran medida si forman un apego a un cuidador. Al mismo tiempo, la experiencia de tener un cuidador para cubrir las necesidades estimula y refuerza el proceso de apego en el niño. Cualquiera que sea el impulso primario, ambos son cruciales para el funcionamiento humano sano.

Interacción mente-cuerpo

Distintas teorías de la terapia de juego hacen mayor o menor hincapié en la importancia de la interacción mente-cuerpo. Desde sus inicios, el psicoanálisis reconoció el grado en que la mente puede afectar al cuerpo, en especial cuando exploró las causas de los trastornos conversivos, en los cuales el cliente desarrolla síntomas psíquicos inexplicables en términos médicos. En años más recientes, la neuropsicología ha dado grandes pasos identificando la importancia de la interacción cerebro-cuerpo, sobre todo en los primeros años de vida. Las experiencias tempranas, en particular la de estar en una relación con un cuidador sintonizado influye enormemente en el desarrollo cerebral (Schoore y Schoore, 2008; Siegel, 2009). A su vez, el desarrollo cerebral afecta la capacidad de regulación emocional y las relaciones interpersonales futuras del niño (Schoore, 2000, 2003, 2009).

Por lo general, se hace menor hincapié en el grado en que el estado físico del niño afecta su funcionamiento psicológico. Desde una leve enfermedad hasta un padecimiento

médico grave o crónico afectan la salud mental de los niños. Todo cuidador sabe cuán deprimido o irritable se puede volver un niño que sufre de algo tan sencillo como un resfriado. El impacto a corto y largo plazo de una enfermedad grave, como el cáncer, y los tratamientos correspondientes y a menudo debilitantes, pueden causar estragos en la vida emocional de los niños y alterar su desarrollo psicosocial. Incluso los medicamentos que se prescriben por lo común, como el inhalador para el asma, pueden tener un impacto negativo en el estado de ánimo y la conducta de los niños. Es importante que el terapeuta de juego esté consciente del potencial impacto de diversas enfermedades, tratamientos médicos y medicamentos en sus clientes, para que puedan dirigir la terapia de juego en la dirección correcta.

Papel del desarrollo

La TJE también reconoce que la estructura y función de la personalidad del niño cambia con el tiempo. El lector puede encontrar una discusión completa del modelo de la TJE en *The Therapy Primer* (O'Connor, 2000). En el modelo, el principal centro de atención es el papel del desarrollo cognitivo para determinar el modo en que los clientes comprenden y reaccionan a los problemas que encaran en la vida, así como a las intervenciones de la terapia de juego. Debido a que los niños se encuentran en etapas inferiores del desarrollo en relación con sus contrapartes adultas, es más probable que malentienda sus experiencias y tengan dificultad para realizar un trabajo verbal-cognitivo con un nivel elevado de abstracción en la terapia. Dadas estas limitaciones, las intervenciones de juego con los niños más pequeños tienen que ser más vivenciales aun cuando se incluya también un trabajo cognitivo y verbal. En el otro extremo del continuo de desarrollo, los niños pueden participar en un trabajo complejo cognitivo-verbal, aunque este aprendizaje aún se deba reforzar con aprendizaje vivencial de manera regular.

Patología

Aunque, en la TJE, el terapeuta emplea los diagnósticos del tradicional *DSM-5* (APA, 2013), la forma en que conceptualiza la psicopatología deriva del modo en que el modelo describe y define la personalidad.

Definición

En la TJE, la patología surge cuando los niños son incapaces de cubrir sus necesidades o son incapaces de hacerlo sin interferir con la satisfacción de las necesidades de otros. Cuando, por la razón que sea, los niños no pueden hacer esto, recurren a cualquier estrategia y conducta que tengan a su disposición para resolver esta deficiencia. Los síntomas aparecen como conductas problemáticas cuando obtienen un reforzamiento intermitente o cuando el niño se queda sin ideas y continúa realizando conductas que ya

no son funcionales. Con el tiempo, el niño se queda “atorado” empleando un conjunto de respuestas que no son funcionales o que lo son en grado mínimo. Así, los síntomas infantiles no constituyen la patología *per se*, sino que representan su mejor esfuerzo para abordar la patología –la necesidad no cubierta. En algunos casos, los intentos del niño para cubrir sus necesidades interfieren con la búsqueda de otros para cubrir las propias. Cuando un niño asustado intenta recobrar su sensación de seguridad y control actuando de manera agresiva, interfiere con la necesidad de otros de sentirse a salvo. Aunque la estrategia puede ser eficaz, no es apropiada (Glasser, 1975). La filosofía humanista puede ser útil para ayudar al terapeuta a determinar si un síntoma es inapropiado de acuerdo con el grado en el que sus consecuencias negativas exceden a los beneficios.

Ejemplo de caso

A la edad de 6 años, Brian ya había sufrido años de maltrato físico a manos de sus dos cuidadores y, al final, fue retirado de su casa y ubicado en una casa hogar. Cuando se le envió a terapia a la edad de 8 años, ya había pasado por varios hogares debido a su tendencia a los arranques de furia homicida cuando se sentía amenazado o marginado de alguna manera. Una vez aventó un cuchillo a una cuidadora cuando ella se negó a darle una galleta. La mayoría de los adultos que interactuaban con Brian consideraban patológica su conducta agresiva y se esforzaban por eliminarla por cualquier medio posible. Sin embargo, el terapeuta de la TJE vio que la patología radicaba en el grado en que la necesidad de Brian de sentirse a salvo y tener control no estaba cubierta por los continuos cambios de residencia. La agresión era su mejor modo de cubrir esas necesidades.

De acuerdo con cualquier estándar, la conducta de Brian en el contexto de su ubicación en casas hogar era sumamente inapropiada, porque amenazaba no sólo la seguridad, sino la vida de quienes se encontraban a su alrededor. Al mismo tiempo, Brian era víctima de un fuerte acoso escolar, o *bullying*, durante el cual un pequeño grupo de niños se burlaban de él y luego lo amenazaban.

Irónicamente, en la mayoría de estas situaciones, Brian reaccionaba encerrándose en lugar de defenderse. Sin embargo, en varias ocasiones, cuando pasaban de las burlas y amenazas al contacto directo, Brian reaccionaba con violencia dando puñetazos y patadas a los acosadores. Es un poco difícil determinar qué tan inapropiada es su conducta en estas situaciones. Aunque el terapeuta no quería tolerar la agresión de Brian, tampoco quería hacerlo sentir que debía regresar a su papel de víctima pasiva de abuso en sus interacciones con compañeros.

En este caso, el terapeuta decidió seguir cuatro pasos. Primero, se encargó de ayudar a Brian a identificar distintos niveles de amenaza. Desde luego, no obtener una galleta no representaba una amenaza inmediata, mientras que la intimidación se encontraba en un nivel más alto de amenaza y, sin duda, el contacto físico en un

encuentro hostil representaba un alto nivel de amenaza. Segundo, el terapeuta se esforzó para ayudar a Brian a diferenciar los sentimientos asociados con los distintos niveles de amenaza que van de la decepción y la ansiedad al miedo genuino por su seguridad. Mediante estos dos pasos, el terapeuta también ayudó a Brian a diferenciar el nivel de amenaza y los sentimientos asociados con los diversos escenarios actuales de los que corresponden a sus experiencias de maltrato físico del pasado. Por último, el terapeuta trabajó de manera simultánea en dos aspectos distintos del problema. Primero, se encargó de abordar la patología subyacente ayudando a Brian a encontrar la manera de cubrir sus necesidades de seguridad y control en diversas situaciones y en todos los escenarios posibles. Segundo, trabajó con Brian para desarrollar una gama de respuestas a estos distintos niveles de amenaza y sentimientos. Aunque el terapeuta se centró en enseñar a Brian respuestas no violentas, se mostró abierto a la posibilidad de que se presentaran situaciones donde defenderse sería una respuesta apropiada, siempre y cuando el objetivo de la respuesta fuera protegerse y no lastimar a su atacante. Casi todo este trabajo cognitivo se sustentó en el uso del juego de simulación y de roles.

Etiología y mantenimiento

Al formular la conceptualización del caso, el terapeuta de la TJE debe considerar la etiología de la patología infantil, así como los factores que la sustentan o la mantienen en el presente. De acuerdo con el enfoque sistémico, el terapeuta busca las causas subyacentes de los síntomas del niño en los sistemas individual, diádico o de un nivel superior, así como el potencial de la interacción de estos sistemas para crear dificultades. En el nivel individual, algunos niños son propensos por su naturaleza a desarrollar síntomas en respuesta al estrés y las presiones de la vida. Los niños que nacen con diversos trastornos neurológicos, de desarrollo o del aprendizaje, así como con autismo o trastornos sensoriales tienen mayor probabilidad de tener dificultades para interpretar de manera exacta y responder a los problemas en sus vidas sin importar qué tan buen trabajo hagan sus cuidadores o qué tanto apoyo reciban de otros sistemas. Del mismo modo, algunos cuidadores, por su naturaleza, tienen menor capacidad de cubrir con eficacia las necesidades de los niños sin importar que tan funcionales y responsivos sean. En el nivel diádico, incluso un niño y su cuidador sanos pueden tener dificultad para establecer una dinámica interpersonal positiva. Por alguna de muchas razones, pueden ser prácticamente incapaces de establecer una relación colaborativa acorde con las metas (Bowlby, 1969, 1982) en la que ambos cubran sus necesidades. Por último, incluso cuando un niño sano recibe cuidados óptimos, puede desarrollar síntomas si algo va mal en cualquier otro sistema en el que se encuentren inmersos el niño o el cuidador. Muchos niños sanos enfrentan situaciones en la escuela, como la confrontación con maestros no sanos en el aspecto emocional o la intimidación de parte de compañeros difíciles y, en

consecuencia, sus necesidades más básicas no se cubren. Muchos cuidadores enfrentan situaciones difíciles en los lugares donde trabajan.

El estrés causado por estos sistemas afecta de modo negativo la interacción de la diada y, a su vez, esto produce síntomas en el niño, el cuidador o en ambos. Del mismo modo, los problemas en los sistemas individual, diádico o de nivel superior pueden mantener los síntomas de los niños una vez que aparecieron. Por desgracia, muchos niños que asisten a terapia de juego experimentan dificultades en este nivel, por lo que el tratamiento debe tener en cuenta todos los demás niveles para que su eficacia sea óptima.

Metas del tratamiento

Tres metas primarias son pertinentes en todo tratamiento infantil de la TJE, y las tres derivan de la definición de psicopatología de este modelo. La primera meta es ayudar al niño a cubrir sus necesidades de manera eficaz y apropiada. La segunda es maximizar el apego de los niños a los otros que están presentes en su ambiente; esta meta tiene dos funciones. Por un lado, dado el grado en que son dependientes de los demás para cubrir sus necesidades básicas, establecer relaciones de apego garantiza que hay personas afectuosas alrededor para ayudar a los niños a cubrir sus necesidades. Por otro lado, enfocarse en el apego garantiza que los niños no se harán demasiado centrado en sí mismos o narcisistas mientras buscan la manera de cubrir sus necesidades. Las relaciones de apego sanas siempre son recíprocas, así que tanto el niño como la persona a la que está apegado encuentran beneficios mutuos. La tercera meta es dirigir el tratamiento en la dirección que lleve al niño a reanudar su desarrollo normal a medida que la energía que antes se desviaba a sus síntomas queda libre y está disponible para impulsar el desarrollo óptimo en todas las áreas, física, cognitiva, emocional y social.

Más allá de las metas comunes de todo tratamiento de la TJE, los clientes también tienen metas individuales, las cuales:

- Son determinadas por el terapeuta, los padres y el niño en conjunto tomando en cuenta las necesidades y demandas de los distintos sistemas en que se encuentran inmersos
- Equilibran las necesidades del cliente, la familia y los sistemas pertinentes para asegurar que tantas personas como sea posible cubran sus necesidades de la mejor manera posible
- Se plantean en el contrato terapéutico tanto con el niño, como con los cuidadores
- Por lo regular, el terapeuta las articula de modo que el cliente, sus familia y los representantes de los sistemas en los que se encuentra inmerso estén plenamente conscientes del propósito y dirección del proceso terapéutico

Por último, el éxito del tratamiento se mide de acuerdo con el grado en que el terapeuta, los padres y el niño concuerden en que se han cumplido las metas establecidas en el contrato terapéutico.

Elementos curativos

En la TJE, el desarrollo de una alianza de trabajo sólida entre el terapeuta y el niño, así como el proceso de ayudar al niño a mitigar su conjunto de respuestas se consideran esenciales para la solución de sus síntomas. La alianza terapeuta-cliente es condición necesaria, pero no suficiente para que el resultado del tratamiento sea exitoso. En el contexto de la relación, los niños deben encontrar la manera de abandonar su conjunto de respuestas y aprender nuevas maneras, más funcionales y apropiadas, de cubrir sus necesidades. El término **conjunto de respuestas** se usa con frecuencia en educación para describir los patrones de respuesta que las personas aprenden a usar cuando enfrentan repeticiones de sus problemas familiares. Si le damos a un niño una página con problemas sencillos de adición y, entre ellos, uno de sustracción a mitad de la página, es muy probable que el niño no se dé cuenta y resuelva el problema como si se tratara de una suma y no de una resta. La repetición creada por responder los problemas iniciales ocasiona que el niño utilice la estrategia de sumar frente a todos los problemas aunque esté equivocada. En la TJE, los síntomas de los niños se conceptualizan como conjuntos de respuestas. Se trata de patrones de conducta que representan el mejor intento de los niños para cubrir sus necesidades e, incluso si ya no funcionan o sólo lo hacen en raras ocasiones, los niños siguen empleándolos, porque son los que conoce y porque no sabe qué otra cosa puede hacer.

Por ello, el terapeuta, en la TJE, les ayuda (también a los cuidadores) a romper esos conjuntos de respuestas ayudándolos a redefinir el problema y proporcionándole experiencias alternas y, cuando es posible, haciendo ambas cosas.

Los niños rompen su conjunto de respuestas en la terapia de juego como resultado de sus cambios cognitivos o vivenciales. En la TJE, el terapeuta puede modificar la cognición del niño en una de dos maneras. Puede ayudar al niño a redefinir el problema para que le sea posible responder de nuevas formas. Por lo general, esto se hace mediante la reestructuración. Por ejemplo, Joey llegó a terapia porque experimentaba una culpa terrible después de que su hermano menor murió de leucemia. Joey creía con firmeza que su resentimiento y antagonismo hacia este hermano habían sido la causa de su enfermedad y, por lo tanto, de su muerte. Por medio de una combinación de educación médica, psicoeducación y reestructuración, el terapeuta pudo ayudar a Joey a darse cuenta de que él no pudo ser la causa de la leucemia aunque lo hubiera querido, porque simplemente no tiene el poder para hacerlo. Otra posibilidad, era que el terapeuta interviniera en el área cognitiva enseñándole al niño una estrategia diferente para responder. A los niños muy ansiosos se les enseña a respirar despacio y con profundidad para reducir los síntomas físicos de la ansiedad y para manejar el grado en que estos interfieren en su vida. Otra posibilidad, es que el terapeuta le enseñe a una niña que sufre acoso escolar en el patio de recreo a no ir con el maestro y decirle lo que pasó, porque los demás niños consideran esa acción como “chismosear” y, por ello, aumenta el acoso. En lugar de eso, el terapeuta le enseñó a procurar que ella y sus amigas jueguen haciendo mucho ruido donde el director pueda verlas. Esto permite que el director observe con

regularidad a los niños sin que ellos tengan que solicitarle ayuda. Aunque no es la solución ideal, esta nueva estrategia constituye una manera en que la niña se sienta segura sin convertirse en el chivo expiatorio.

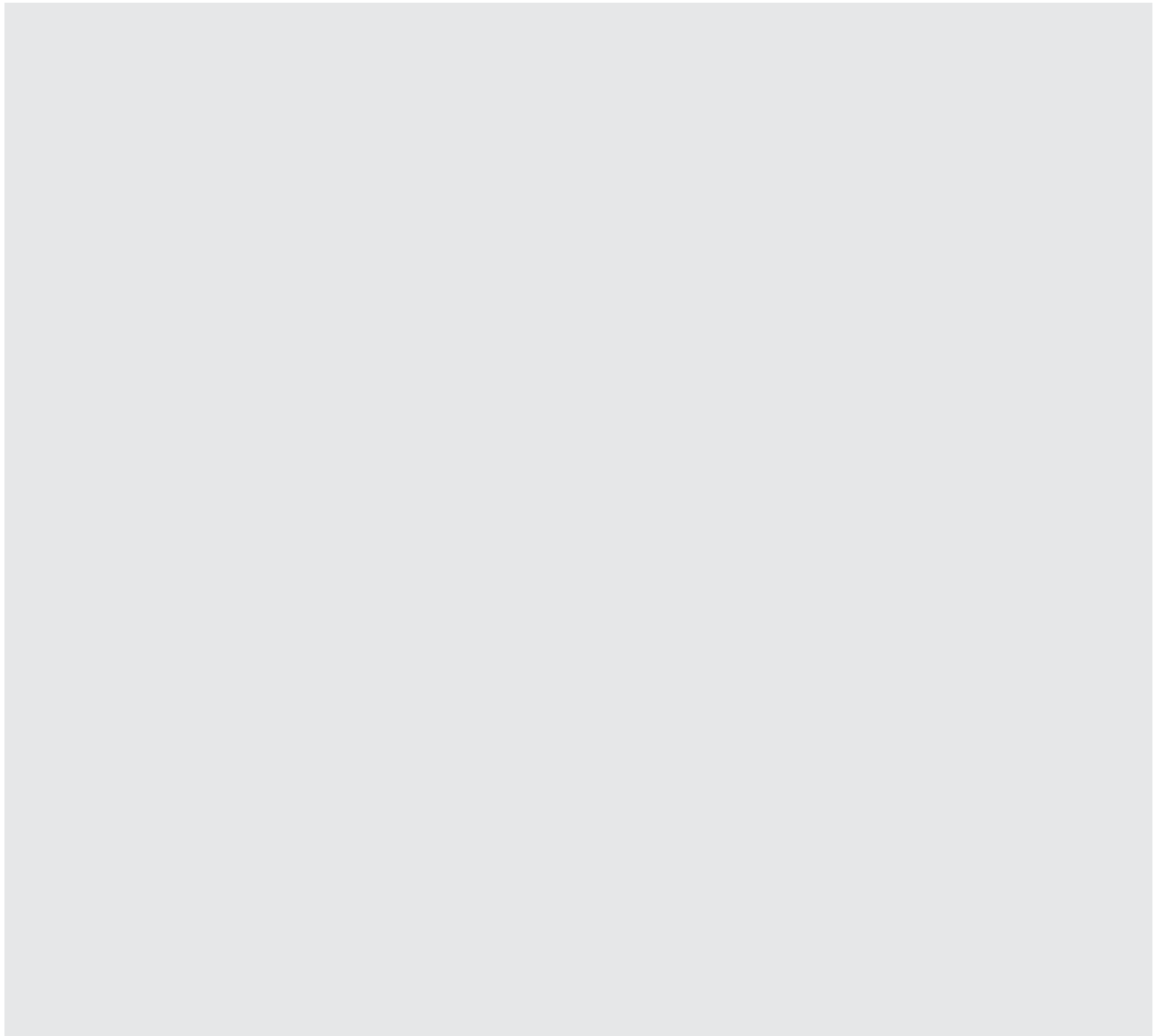
Los niños también pueden aprender nuevos conjuntos de respuestas en la terapia de juego como resultado de tener experiencias en las que sus patrones usuales de respuesta no son eficaces ni reciben reforzamiento. Por ejemplo, algunos niños están hipervigilantes en respuesta a experiencias de maltrato físico y tienden a evitar la interacción directa con otros, porque temen que se desencadene la agresión. En la TJE, el terapeuta debe ser cuidadoso para evitar que el niño se resista a establecer una relación terapéutica y para reforzar cualquier acercamiento en este sentido. Esto es fácil de hacer utilizando juguetes interactivos y actividades. La meta es que el niño tenga la suficiente diversión para superar su miedo. El proceso de interactuar con un terapeuta que no se desanima por la resistencia del niño y que es capaz de ayudarlo a participar en un juego muy interactivo al mismo tiempo que se divierte permite que el niño se dé cuenta de que no está en peligro y que rompa su conjunto de respuestas evitativas. Ofrecer al niño experiencias para dominar ciertas situaciones es otra manera común de romper los conjuntos de respuestas problemáticas de los niños.

El juego de dominio –de habilidades o situaciones– tiene una particular eficacia para superar síntomas como temores focalizados o conducta obsesivo-compulsiva. Los niños que tienen miedo a la oscuridad pueden aprender a dominar sus temores jugando a las escondidillas con una lámpara en espacios abiertos o en un cuarto oscuro. El espacio para este juego tiene que ser un poco oscuro, y la persona que se encarga de buscar a los demás debe tener una lámpara fácil de prender y apagar. En vez de tratar de tocar a los otros participantes, como se suele jugar, la meta de este juego es tocar a los demás con un rayo de luz de la lámpara. Para la mayoría de los niños ser capaz de eliminar la oscuridad con sólo apretar un botón es suficiente para hacerlos menos temerosos, sobre todo cuando la experiencia se presenta acompañada de diversión. Del mismo modo, muchos niños pueden dominar sus miedos a los procedimientos médicos a través del juego de fantasía en el que ellos son el doctor que atiende a su muñeco o animal de peluche favoritos. Otra posibilidad es que el objeto mismo al que teme el niño se convierta en parte del juego. Un niño que tiene miedo a los monstruos puede simular ser uno de ellos mientras el terapeuta modela primero el miedo y luego su dominio. En la sesión de juego, se puede hacer una máscara de monstruo y el terapeuta y el niño se turnan para ser el que tiene miedo y el que lo causa.

El libro *There's a Nightmare in My Closet* (Mayer, 1986) puede ser un gran punto arranque para aprender cómo hacer máscaras de monstruos y para normalizar los temores infantiles.

El juego de dominio también se puede emplear para superar pensamientos y conductas repetitivos, como los que se observan en los trastornos obsesivo-compulsivos. En estas experiencias correctivas, la meta es hacer que el síntoma luzca tonto al mismo tiempo que se le brinda al niño la sensación de tener cierto control. Una niña pequeña que acudió a tratamiento había tratado de manejar su antigua ansiedad creando muchas reglas para sí

misma, como poner la ropa en un orden específico y comer sus alimentos en una secuencia de colores. Su terapeuta eligió invitarla a un juego de fantasía donde entraron a “la Tierra de las Muchas Reglas”, en la que ellos eran el rey y la reina. Por cada regla que uno creaba, el otro debía intentar ir más allá. El rey (el terapeuta) declaró, “Nadie en el cuarto de juego puede traer puestos los zapatos.” La reina agregaba que tampoco podían usar calcetines. El terapeuta dijo que sólo podían poner el pie en cada dos azulejos... y así seguía el juego. Cada vez que jugaban, el terapeuta podía crear las reglas hasta el punto de que era difícil para los dos moverse por el cuarto. Al hacerlo, la niña empezó a hacer reglas para anular las del terapeuta. Conforme hacía esto, el terapeuta empezó a identificar los pros y los contras de las reglas y cómo éstas podían dar libertad o encerrar, al mismo tiempo que se aseguraba de que el juego era divertido y tonto (esto incluía agitar una varita mágica demasiado grande al decir la nueva regla). Poco a poco, la niña rompió el conjunto de respuestas señalando cómo las reglas a veces interferían con la diversión.



PROCEDIMIENTO

En los siguientes párrafos, la teoría de la TJE se presenta de forma operacionalizada y se describen los elementos únicos de su implementación.

Requisitos, entrenamiento y características del terapeuta

La práctica eficaz de la TJE exige que el terapeuta cumpla, al menos, con los siguientes criterios para convertirse en una Terapeuta de Juego Registrado respaldado por la *Association for Play Therapy* (2014).

Educación

Grado de maestría o superior en el campo de la salud mental cursando asignaturas de desarrollo infantil, teoría de la personalidad, principios de psicoterapia, psicopatología del niño y el adolescente y ética; y debe cubrir 150 horas de instrucción específica de terapia de juego.

Experiencia clínica

Experiencia clínica general, como se requiere para obtener una cédula como proveedor de servicios de salud mental, con un mínimo de 500 horas de trabajo supervisado en terapia de juego.

Cédula profesional

Una licencia vigente que goce de reconocimiento para ofrecer servicios independientes de salud mental.

Más allá de estos requisitos básicos, el terapeuta de juego ecosistémico debe tener conocimiento académico y experiencia clínica con los múltiples sistemas en los que los niños y sus familias se encuentran inmersos, como los sistemas culturales, educativos, legales y médicos, por nombrar algunos. Por último, es importante que el terapeuta continúe su desarrollo profesional de manera permanente, para mantenerse al corriente de los numerosos cambios que ocurren en el campo del desarrollo infantil, la psicopatología, los métodos de tratamiento y la terapia de juego.

En nuestra sociedad cada vez más globalizada, el conocimiento y la consciencia cultural son esenciales para la práctica competente y ética de la terapia de juego. En este contexto, la palabra cultura se emplea en un sentido inclusivo para referirnos a todos los aspectos de la diversidad, como género, roles de género, orientación sexual, religión, raza, grupo étnico, edad, capacidad física y estatus socioeconómico, por nombrar sólo algunas de las variables de mayor relevancia. El modelo de consciencia, habilidades y

conocimiento (ASK, por sus siglas en inglés) se suele citar como el mejor ejemplo de buena práctica y responsiva en términos culturales (Pedersen, 1994). En el nivel de consciencia, el terapeuta está literalmente consciente de cómo actúan sus propias influencias culturales en sus vidas y en las de los clientes. Aunque nunca es posible alcanzar una consciencia total, es importante que el terapeuta revalore el grado en que consideran el papel potencial que todos los aspectos de la diversidad tienen en el inicio de sus síntomas y en la búsqueda de las soluciones o apoyo cruciales.

Aunque hay algunas habilidades específicas que el terapeuta de juego necesita para trabajar con ciertas poblaciones, el modelo ASK se enfoca en dos habilidades amplias importantes para trabajar con distintos clientes. Una de ellas se denomina mentalidad científica, que se refiere a la capacidad de formular hipótesis basadas en la diversidad concernientes a sus clientes y, entonces, de ponerlas a prueba de modo sistemático en el proceso terapéutico, en vez de partir de presupuestos y actuar como si se tratara de hechos (Sue, 1998). La otra habilidad se denomina dimensionar dinámico, que se refiere a la capacidad de determinar el grado en que un cliente es parecido o diferente a los miembros de un grupo diverso (Sue, 1998). El siguiente ejemplo de caso ilustra el uso de estas dos habilidades.

Ejemplo de caso

El Dr. Stevens conocía muy bien prácticas de crianza muy estrictas para los niños y el uso regular del castigo corporal entre los miembros de un grupo fundamentalista cristiano de su zona. También sabía que este grupo había recibido críticas constantes de parte de los servicios de protección a la infancia, que consideraban que algunas de las prácticas del grupo lindaban con el maltrato. Con base en su conocimiento, el Dr. Stevens hipotetizó que los padres de su nuevo cliente, un niño de 6 años con ansiedad extrema, empleaban prácticas similares para educar al niño y que éstas podrían ser la causa de parte de la ansiedad del niño. En vez de asumir que esto era verdad o de arriesgarse a alejar a la familia preguntando directamente sobre sus métodos de crianza, decidió poner a prueba su hipótesis de manera indirecta en el curso de sus interacciones con el niño y los padres. A través de este proceso, descubrió notables diferencias entre los padres en cuanto al grado en que se apegan a las creencias y prácticas de su religión. Al final, el Dr. Stevens determinó que estas diferencias contribuían más a la ansiedad del niño que cualquiera de sus creencias o prácticas.

Las competencias culturales exigen que el terapeuta de juego tenga, al menos, conocimientos básicos de distintos temas culturales que influyen en la vida de sus clientes. En primer lugar, es importante tener conocimientos básicos de cómo se manifiesta la variable específica de diversidad en la población no clínica. Incluso si trabajamos con una gran cantidad de clientes pertenecientes a un grupo étnico, religioso o de cualquier otra clase, es importante conocer e interactuar con otros miembros que no estén en tratamiento. En segundo lugar, es importante saber cómo encontrar información precisa acerca de los grupos que no se conocen. Por fortuna, la tecnología moderna pone al alcance de la mano el acceso a la información. No toda la información es exacta y, por la falta de estándares para las publicaciones electrónicas, depende del terapeuta separar lo importante de lo secundario. Por último, es importante no utilizar a los clientes como fuente primaria sobre la diversidad por dos razones. Una es que los clientes están ahí para recibir los servicios que necesitan con desesperación, y no para dar información gratis al terapeuta.

La otra es que un cliente no necesariamente representa a la mayoría de las personas del grupo al que pertenece.

También es importante tener conocimiento de cómo funcionan otros sistemas, como el educativo y el legal, debido a que tienen un impacto en la vida de todos los niños a lo largo de diferentes etapas de la misma. En la TJE, debe tener un conocimiento básico de las leyes educativas en la jurisdicción donde trabaja, así como de la manera en que estas leyes y directrices se implementan en las escuelas y distritos escolares, porque esta información puede influir en el plan de tratamiento. Por ejemplo, aunque se le exige a los estados que proporcionen educación a todos los niños, se sabe que un distrito escolar del centro de California hace todo lo posible para presionar a los padres de niños “difíciles” para que continúen su educación en sus casas y los amenazan con expulsar a sus hijos si no obedecen. Si el clínico sabe de esta situación, estará mejor preparado para ayudar a los padres a defender lo que es mejor en términos educativos y clínicos para su hijo, y no sólo lo que mejor conviene para las necesidades de la escuela. Del mismo modo, cuando se trabaja con niños implicados en algún proceso legal, es importante conocer el funcionamiento e interacción o falta de ella de los distintos sistemas. Por ejemplo, la mayoría de los estados tienen juzgados para resolver asuntos del ámbito familiar (donde se deciden cosas como quién debe quedarse con la custodia de un niño) y juzgados de lo penal y civil (donde se tienden las demandas legales). Por lo general, estos juzgados trabajan de manera independiente, así que sus fallos pueden no ser congruentes unos con otros. La decisión de retirar o no a un niño del cuidado del abusador se toma en el juzgado de lo familiar, y esto es por completo independiente de que el juzgado de lo penal condene a prisión al abusador. Es decir, un niño puede ser retirado del cuidado de alguien que no fue encontrado culpable de abuso en el juzgado de lo penal y, a la inversa, podría ser dejado al cuidado de alguien declarado culpable. Del mismo modo, alguien que defiende los intereses podría hacer una demanda pidiendo una compensación monetaria de parte del abusador por el daño y los cuidados requeridos para el niño. El fallo de esta demanda no necesariamente dependerá de que el tribunal penal declare culpable al

presunto abusador. Aunque los detalles del funcionamiento de las leyes está más allá del alcance del entrenamiento y conocimiento del terapeuta, es necesario tener una comprensión básica de él, porque puede ser de gran utilidad para ayudar a los niños inmersos en estos sistemas para que afronten los procesos legales y sus resultados.

Además del entrenamiento académico y la experiencia clínica, es importante que el terapeuta sea capaz de ver los problemas desde múltiples perspectivas y tenga límites personales y profesionales adecuados. Mantener una postura fenomenológica sólida al trabajar con niños y sus familias hace más fácil ver los problemas desde la perspectiva de distintas personas involucradas y empatizar de manera genuina con ellas. Hasta cierto punto, la empatía básica nos permite ver el mundo a través de los ojos del cliente. Un conocimiento bien fundamentado sobre el desarrollo infantil y su impacto sobre la manera en que los niños comprenden y responden a su mundo también fomenta la empatía. Si todos los factores se mantienen constantes, la edad del niño al momento del divorcio de sus padres tendrá una enorme influencia en la manera en que responde al evento. Es probable que un niño de 18 meses esté muy preocupado por las separaciones con un padre o el otro durante las visitas. Un niño de 5 años puede sentir una responsabilidad abrumadora por la separación. Uno de 10 años puede estar muy preocupado por el impacto del divorcio en la continuidad de sus amistades en casa o su escuela. Del mismo modo, el conocimiento intelectual de las experiencias vitales de un grupo puede promover la empatía. Una cosa es ver el dolor de un niño que informa que se burlan de él por ser afeminado, y otra cosa muy diferente es aumentar el conocimiento de los elevados niveles de violencia en contra de los jóvenes que no se ajustan a las expectativas de género en las escuelas, y de depresión en esta población.

La capacidad de mantener límites personales adecuados ayuda al terapeuta de dos maneras. Aunque la capacidad de ser empático y ver los problemas desde perspectivas múltiples es esencial para ser un buen terapeuta, hacerlo puede ocasionar que quiera intervenir de modos que no son del interés del niño ni de su familia. La empatía con un niño que vivió abuso puede provocar con facilidad fantasías de rescate.

Un cuidador recalcitrante puede provocar resentimiento o, incluso, furia. Los límites personales adecuados ayudan al terapeuta a atender los intereses reales del niño, independientemente de sus propios sentimientos. Al mismo tiempo puede ser muy adecuado que el terapeuta asuma distintos papeles para defender los intereses de sus clientes. Mientras más salga del consultorio y entre en las vidas reales de sus clientes, el terapeuta necesita estar más consciente de la importancia de los límites personales y profesionales.

Ejemplo de caso

La Dra. Kern trabajaba con una niña pequeña llamada Amy, quien atravesaba por una prolongada quimioterapia contra el cáncer de hueso. A medida que el tratamiento

progresaba, Amy se apegaba cada vez menos a él; por el contrario, las náuseas se hacían más y más intensas, y ella bajaba de peso. El equipo médico trataba de ayudarla normalizando su experiencia y refiriéndose a ella como “la mejor vomitadora de la historia del hospital.” Mientras tanto, Amy se deprimía más y su madre, Kathryn se sentía más frustrada. La Dra. Kern sentía que se debía hacer algo más para ayudar a la niña, por lo que solicitó permiso a Kathryn para ponerse en contacto directo con el oncólogo. Por un lado, ella pensaba que el oncólogo sería más responsivo a las preocupaciones de otro profesional que a las de los padres. Por otro, reconocía que, aunque éste fuera el caso, haría sentir desempoderada a Kathryn y le resultaría más difícil proteger a Amy en el futuro. Dados los riesgos, la Dra. Kern decidió ayudar a Kathryn a aprender cómo moverse en el sistema médico y apoyarla en su deseo de hacer lo mejor para su hija. Kathryn aprendió un poco de terminología médica para poder comunicar sus inquietudes al doctor. También habló con padres de otros niños enfermos de cáncer y se enteró de un fármaco que se usa para tratar las náuseas de adultos que se someten a la quimioterapia. Cuando Kathryn se acercó al oncólogo preparada con toda esta información nueva, él aún se negó a dar a Amy este fármaco argumentando que posee algunas propiedades adictivas que le preocupaban. Con el apoyo de la Dra. Kern, Kathryn tomó la decisión de llevar a Amy a otro hospital para recibir una segunda opinión. El nuevo oncólogo concordó en que la situación de Amy era grave y necesario probar con el medicamento. En el curso de las siguientes semanas, Amy recuperó peso, y su madre mostró un claro orgullo, porque estaba mejor informada y se había involucrado de una manera mucho más activa en el tratamiento de su hija. En este caso, la decisión de la Dra. Kern de no defender directamente a la niña, sino empoderar a la madre para hacerlo, ayudó tanto a la niña como a la madre y fortaleció su relación.

CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La teoría ecosistémica se puede usar para guiar el tratamiento de clientes de cualquier edad y antecedentes culturales, sin importar los problemas que presentan, porque está diseñada para tomar en consideración estas variables. Del mismo modo, la teoría y modelo de la TJE son tan flexibles que se pueden adaptar a las necesidades de cualquier niño. El terapeuta ajusta el grado en que estructura la sesión de acuerdo con el nivel de desarrollo del niño y su necesidad de ser regulado o la capacidad de autorregularse. En la TJE, el terapeuta también ajusta el equilibrio de las intervenciones cognitivas y vivenciales que realiza en las sesiones de terapia de juego de acuerdo con el nivel de desarrollo del niño y de sus capacidades cognitivas. Por último, el terapeuta es experto en encontrar la manera de combinar técnicas de juego con el conjunto creciente de tratamientos con sustento empírico para implementar estrategias eficaces de intervención en el cuarto de juego.

Logística

Como se mencionó en este capítulo, la disposición del cuarto de juego en la TJE, los juguetes y materiales es exclusiva de este modelo.

Cuarto de juego, juguetes y materiales

En la TJE, no se considera que el cuarto de juego por sí mismo posea un valor terapéutico, sino que es un contenedor neutral de la relación terapéutica. Por lo tanto, no debe distraer de ningún modo al niño en su interacción con el terapeuta o en su participación en el juego. Un cuarto de juego también minimiza la probabilidad de que el niño realice conductas peligrosas o problemáticas y de que el terapeuta se vea obligado a poner límites. Lo ideal es que el cuarto de juego cuente con superficies resistentes al agua y la mugre, con un piso de vinil y paredes lavables. Una alfombra puede ser un área cómoda para jugar en el piso o realizar actividades tranquilas. Una mesa pequeña se utiliza para los juegos de mesa o las actividades artísticas. Más allá de estos artículos básicos, el cuarto de juego está despejado de modo que el niño disponga de espacio suficiente para el juego activo. A diferencia del tradicional cuarto de juego centrado en el niño, donde los juguetes se disponen en estantes y los niños tienen fácil acceso a ellos, en el caso de la TJE, los juguetes están guardados y sólo el terapeuta tiene acceso a ellos, por ejemplo, en cajones cerrados con llave o, incluso, fuera del cuarto de juego. De este modo se logran varias cosas. Primero, evita que el niño se distraiga al entrar al cuarto de juego, pues podría atender sólo a los juguetes en vez de interactuar con el terapeuta.

Theraplay es un excelente ejemplo de que bastan pocos juguetes para crear una interacción terapéutica entre el niño y el terapeuta (Booth y Jernberg, 2010). Segundo, tener pocos juguetes en el cuarto de juego significa que el niño no puede usar los juguetes como un medio para evitar el trabajo terapéutico. Si se le da la libertad de elegir, muchos niños preferirían jugar algo de contenido neutral, como ajedrez y damas, y evitarían abordar sus temores o problemas. Cuando el terapeuta limita el acceso a los juguetes, el niño se involucra con mayor facilidad en la terapia de juego. Por último, tener a su disposición pocos juguetes bien elegidos significa que el terapeuta requerirá establecer menos límites. Los niños que son muy desorganizados o carecen de autorregulación, a menudo, pasan de un juguete a otro con mucha rapidez, lo cual puede tener graves consecuencias. Aunque parezcan estar divirtiéndose, el desorden resultante, con frecuencia, los hace sentirse más desorganizados y sin regulación. Además, esto puede obligar al terapeuta a retrasar el inicio de la sesión para volver a poner en orden el cuarto. Con niños que tienen inclinación a las conductas destructivas y agresivas, el terapeuta puede limitar de manera cuidadosa los juguetes disponibles para reducir la probabilidad de que el niño realice conductas inapropiadas o peligrosas. Aunque el establecimiento de límites es una experiencia terapéutica, para la mayoría de los niños es mejor contar con un ambiente estructurado que reduzca la necesidad de establecer límites y maximice, de ese modo, el juego y la interacción positiva con el terapeuta.

Aunque está limitado el acceso a los juguetes para el niño en cualquier momento de la sesión, en la TJE el terapeuta requiere una amplia variedad de juguetes y materiales entre los cuales elegir lo más adecuado. Para trabajar con una población clínica general, se requieren juguetes de las siguientes categorías: sensoriomotores, de simulación (centrada en el cuerpo, transicional, centrada en el juguete), juegos de mesa, motricidad gruesa, construcción, arte, música y educación. Entonces, de cada categoría, el terapeuta debe tener juguetes adecuados para niños de distintos niveles de desarrollo. Por ejemplo, aunque los juguetes sensoriomotores suelen estar dirigidos a niños muy pequeños, los niños mayores también disfrutan los juguetes con propiedades multisensoriales, como la arena o los marcadores aromatizados. Además, el terapeuta requiere contar con una serie de juguetes que se ajusten a las necesidades y temas específicos de un cliente o población. Los niños que han tenido experiencias traumáticas relacionadas con intervenciones médicas, con frecuencia, necesitan jugar con miniaturas o accesorios y equipos médicos para promover el juego catártico y adquirir una sensación de dominio sobre dichas experiencias.

Del mismo modo, los niños que han sido víctimas de un crimen suelen jugar con miniaturas de policías o patrullas, o con juguetes de tamaño natural como las esposas.

Con un conjunto adecuado de juguetes para elegir, el terapeuta, por lo general, selecciona de cinco a siete juguetes/materiales para una sesión determinada con base en distintos criterios, entre los que se encuentra el nivel de desarrollo. Se eligen tres juguetes/materiales de acuerdo con este criterio: un juguete debe estar un poco por debajo del nivel de desarrollo del niño y debe ser fácil de usar, otro debe corresponder al nivel de desarrollo exacto, y el tercero debe plantear ciertas dificultades para el niño.

También deben incluirse dos o tres juguetes que despierten el contenido relacionado con las metas del tratamiento y las necesidades o asuntos subyacentes del niño. Por último, se pueden agregar uno o dos juguetes que apoyen al resto de los materiales y promuevan la interacción entre el niño y el terapeuta, o que sean relativamente neutrales y permitan que el niño se tome un descanso del trabajo terapéutico cuando sea necesario. Aunque suelen elegirse de cinco a siete juguetes, es por completo factible conducir una sesión entera sin que se usen juguetes u otros materiales.

En la siguiente tabla se muestran ejemplos de juguetes que puede elegir un terapeuta para una sesión con un niño en edad escolar que experimenta considerable ansiedad en relación con la escuela:

	Juego	Nivel de desarrollo	Contenido terapéutico	Otros beneficios
Pelota	Atrapar	En o por debajo del nivel del niño	Neutral	Promueve la interacción con el terapeuta
Venda	Gallina ciega	En o por debajo del nivel del niño	Puede provocar un poco de ansiedad que el terapeuta puede interpretar en su relación con la ansiedad escolar	Promueve la interacción con el terapeuta
Un juego de mesa de dificultad moderada	Juego de mesa	Por encima del nivel del niño	Puede despertar temas de ansiedad relacionados con la competencia en la escuela	Promueve la interacción con el terapeuta
Materiales escolares	Juego centrado en juguetes en el que el contenido se relaciona con el contexto escolar	Por debajo del nivel del niño	Aborda de manera directa el problema del niño	Puede usarse para escenificar en el juego de roles los mecanismos de afrontamiento
Miniaturas de niños, adultos y mobiliario escolar como escritorios o pizarrones	Juego de simulación centrado en el cuerpo en el cual el niño simula ser un alumno o maestro en la escuela	En el nivel del niño	Aborda de manera directa el problema del niño	Permite al niño tomar mayor distancia respecto del contenido en comparación con el juego de simulación centrado en el cuerpo
Hojas blancas, marcadores, tijeras, cinta adhesiva	Juego expresivo	En el nivel del niño	Puede o no estimular contenidos terapéuticos específicos	Concede al niño un descanso frente a los contenidos si es necesario

Frecuencia y duración del tratamiento

De la misma manera que la mayor parte de las terapias de juego, la sesión de TJE se llevan a cabo una vez a la semana. Los niños más pequeños o los que tienen problemas significativos de separación pueden requerir sesiones más frecuentes, sobre todo al

principio del tratamiento. Las sesiones semanales deben continuar por algún tiempo después de que los síntomas han remitido para asegurar que los logros se mantengan al terminar la terapia. El número total de sesiones necesarias para completar el tratamiento varía mucho dependiendo de la edad del niño, el tipo de problemas y la capacidad de los distintos sistemas en que está inmerso para apoyar el tratamiento y los cambios que va presentando a lo largo del proceso terapéutico. En el caso de un niño de 5 años de edad, bien ajustado con excepción de algunos síntomas fóbicos leves acordes con su edad, sus síntomas pueden reducirse en sólo cinco o siete semanas. Situaciones más complejas pueden demandar muchas más sesiones. Además, para algunos niños que tienen dificultades crónicas en el área de la salud mental, un trabajo de apoyo de largo plazo puede ser beneficioso. En estos casos, la meta no es eliminar por completo los síntomas, sino mejorar la capacidad del niño para afrontarlos en el contexto de sus propios cambios de desarrollo y los cambios naturales en el ambiente, como el grado escolar y el maestro. Sin importar la duración de un tratamiento, el intervalo entre las sesiones debe aumentar poco a poco conforme se acerca la terminación para darle al niño tiempo suficiente en el que se ajuste a la inminente separación, pues los niños desarrollan un apego emocional importante hacia el terapeuta en mayor medida que los adultos.

Entrevista inicial y evaluación

Antes de diseñar e implementar el plan de tratamiento, el terapeuta obtiene una historia completa y realiza las evaluaciones necesarias para conceptualizar el caso. En la entrevista inicial, se abordan todos los sistemas en los que el niño o su familia están inmersos. En *Play Therapy Treatment Planning: The Ecosystemic Model and Workbook* (O'Connor y Ammen, 2013) se incluyen formatos en papel y en línea para obtener una historia completa y realizar un examen del estado mental y una revisión de los sistemas antes de iniciar el tratamiento. Aunque varía el grado en que los profesionales de la salud realizan evaluaciones más allá de la entrevista inicial, se deben considerar como rutinarios dos tipos de evaluación: una del desarrollo y una del funcionamiento global y de los síntomas del niño que sirvan como línea base.

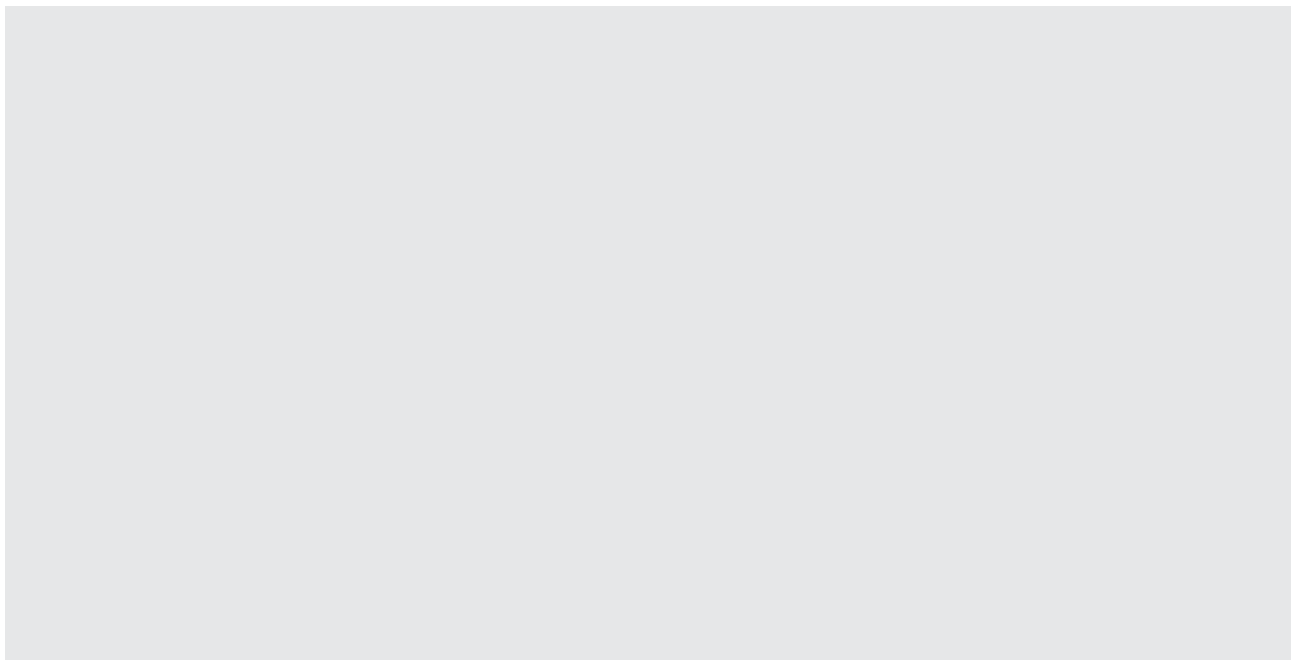
El examen completo del desarrollo permite al terapeuta determinar el grado en que los síntomas han interferido con los progresos acordes con la edad y lo guía en la planeación inicial del tratamiento. Muchos niños que llegan a terapia han experimentado síntomas tan graves por periodos prolongados, que su desarrollo en varias áreas se ha inhibido. Un niño de 10 años de edad que vivió maltrato desde muy pequeño puede estar trabajando aún en el desarrollo de un apego primario, tarea que suele cumplirse en los primeros dos años de vida. Este niño requerirá que se hagan ajustes al tratamiento para adecuarse a sus necesidades de desarrollo aunque no correspondan a su edad cronológica.

El *Developmental Teaching Objectives Rating Form* (DTORF; Wood, 1992a, 1992b) es muy útil para tener una idea general del desarrollo del niño en las cuatro áreas:

conductual, social, de la comunicación y académica. Es un instrumento fácil de usar y da una lista de las posibles metas del tratamiento. El DTORF está diseñado para aplicarse como parte de una entrevista semiestructurada con adultos que conocen bien al niño. Aunque la mayor parte de la información se suele obtener del cuidador primario, las aportaciones de otros, como el maestro del niño, son útiles para determinar la consistencia de su funcionamiento en distintos contextos. Por cada área, hay una lista de reactivos en orden jerárquico que cubren el desarrollo en esa área desde el nacimiento hasta los 16 años. Los reactivos se verifican con base en la capacidad del niño para realizar la conducta de manera consistente.

Se alcanza el tope del niño en cada área cuando no cumple con dos reactivos consecutivos con regularidad. Las conductas de estos dos reactivos se convierten en metas del tratamiento. En consecuencia, al aplicar el instrumento se establecen al menos ocho metas para el niño, dos de cada área.

El DTORF se diseñó para emplearse en escuelas, lo cual tiene algunas ventajas y desventajas cuando se trata de aplicarlo en el contexto clínico. En el lado positivo, este instrumento se diseñó para aplicarse en repetidas ocasiones a intervalos regulares, por lo que con él se puede medir el progreso del niño de manera periódica. Debido a que está diseñado para que lo apliquen maestros y no clínicos es más sencillo que otras herramientas tradicionales. El hecho de que los reactivos hagan referencia a conductas más comunes en el salón de clases que en casa también es una ventaja y una desventaja. La ventaja es que las metas se pueden comunicar con sencillez al niño y el maestro las puede implementar. La desventaja es que algunos reactivos son más difíciles de valorar para un cuidador. Una última ventaja es que el DTORF se puede responder en línea. La página de DTORF (www.dtorf.com) permite que el terapeuta imprima las metas del niño así como un plan de tratamiento personalizado y orientado conductualmente para monitorear su progreso.



PROCESOS Y ETAPAS DEL TRATAMIENTO

Proceso del tratamiento

Como se describió antes en la sección de los poderes curativos, la TJE se enfoca en ayudar al niño a romper su conjunto de respuestas problemáticas, que aquí se definen como medios inapropiados de cubrir sus necesidades. Una vez que se altera el conjunto de respuestas, los niños están dispuestos a aprender y usar nuevas conductas que cubran sus necesidades de un modo más eficaz y apropiado. La necesidad de ser capaz de romper los conjuntos de respuestas de manera regular es particularmente alta en los niños, porque atraviesan cambios constantes de desarrollo, lo cual los obliga a reemplazar antiguas conductas por otras nuevas. Por lo tanto, todos los procesos de la TJE están dirigidos a facilitar este proceso sano de cambio conductual y de adaptación al desarrollo.

El proceso de reemplazar los conjuntos de respuestas disfuncionales por respuestas nuevas y más funcionales se logra desafiando en términos cognitivos y vivenciales los patrones existentes de conducta. Todas las sesiones de TJE combinan intervenciones vivenciales (actividad/juego) y cognitivas (discusión y solución de problemas). Como se afirmó antes, el equilibrio entre estas dos esferas está determinado por el nivel de desarrollo del niño.

Etapas del tratamiento

Introducción y exploración

En las fases de introducción y exploración, el niño conoce al terapeuta, el cuarto de juego, los juguetes y los materiales. Debido a que los niños no acuden a terapia por su propia voluntad, sino que los llevan, porque su conducta o síntomas causan problemas a otros, pueden requerir tiempo para hacerse a la idea de estar en terapia. Dependiendo de sus experiencias interpersonales del pasado, también puede requerir tiempo para aceptar a un adulto, sobre todo a uno que se encuentra en una posición de autoridad. Por otro lado, algunos niños llegan con muchas necesidades a terapia, por lo que se aferran con rapidez a cualquiera que le ofrezca apoyo en su estado de angustia. Sin importar cómo se presenten los niños al inicio, reacios, indiferentes o aferrados al terapeuta, es importante recordar que casi nunca se revelan a sí mismos en las primeras sesiones de terapia.

Aceptación tentativa

Una vez que conocen al terapeuta, el salón de juego y los juguetes, casi todos los niños deciden que le darán una oportunidad a la terapia. Durante la fase de aceptación tentativa, a veces, tratan de evitar profundizar en los contenidos terapéuticos, sobre todo si han vivido experiencias traumáticas. Debido a que los niños tienden, por naturaleza, a evitar el “trabajo” terapéutico, es importante que el terapeuta de juego mantenga el contrato en primer plano en esta etapa o correrá el riesgo de que el niño vea las sesiones como un tiempo para practicar un juego placentero y evitativo. Cuando esto sucede, cualquier intento posterior de parte del terapeuta para focalizar el tratamiento puede encontrarse con una fuerte resistencia e incluso, un sentimiento de traición de parte del niño.

Reacción negativa

Cuando el progreso de la terapia llega al punto en que el niño rompe sus conjuntos de respuesta y considera que sus síntomas y patrones de conducta ya no cubren sus necesidades de manera eficaz y apropiada, experimenta una sensación muy agradable de estar atrapado entre el deseo de cambiar y el miedo al cambio. Por lo general, esto se manifiesta en forma de regresión o resistencia, y se le denomina fase de reacción negativa. Los clientes adultos pueden no presentarse en algunas sesiones de esta fase como un modo de evitar el trabajo terapéutico y la necesidad de hacer más cambios. Debido a que alguien más lleva a los niños a terapia, es más común que ellos manifiesten su resistencia en las sesiones. Algunos lo hacen de manera pasiva hablando poco y centrando su atención en los juguetes o en el juego. Otros, sobre todo los que tienen historias de violencia y agresión, pueden actuar con mucha agresividad en la medida en que su equilibrio es amenazado por la sola idea del cambio. Debido a que esta conducta, por lo general, aparece antes que los cambios positivos, es importante que el terapeuta y los cuidadores la vean como una señal de progreso y no como regresión o fracaso del tratamiento. Si los adultos pueden reconocer el miedo al cambio del niño y le ofrecen apoyo y andamiaje extra, entonces la mayoría de niños pasará a la siguiente fase.

Crecimiento y confianza

La fase de crecimiento y confianza es donde ocurre la mayor parte de los cambios. En ésta, los niños han roto sus conjuntos de respuestas y son capaces de reestructurar sus experiencias tempranas y de desarrollar medios más eficaces y apropiados de cubrir sus necesidades. Además, los niños cambian de formas primordialmente vivenciales a otras más cognitivas para procesar sus problemas y ensayar las soluciones. Por supuesto, el grado en que se presenta este cambio depende del nivel de desarrollo del niño. Por lo general, los niños preescolares y los de los primeros grados de la escuela primaria seguirán basándose en las maneras vivenciales de comunicación y aprendizaje. Los niños más grandes y los preadolescentes adoptan los medios cognitivos de comunicación y solución de problemas, pero recurren al juego para relajarse y recobrar la energía. En la parte final de esta etapa, el terapeuta debe ayudar al niño a consolidar y generalizar los

logros que ha conseguido.

Terminación

Cuando se estabilizan las nuevas habilidades del niño para cubrir sus necesidades de manera eficaz y apropiada, es momento de empezar a planear la terminación del tratamiento. Debido a que la comprensión de la terapia por parte del niño es limitada se requiere manejar con mucho cuidado esta fase. Algunos clientes acuden a terapia porque sufren, quieren ayuda y esperan terminar el tratamiento cuando cumplan sus metas, pero los niños, por su parte, son llevados a terapia porque sus conductas provocan angustia a alguien más. Con frecuencia, los niños no quieren ayuda, y cuando lo hacen, no comprenden cómo será esa ayuda.

Los niños entran a terapia recelosos de las intenciones de sus cuidadores y del terapeuta, y sólo poco a poco llegan a confiar en el proceso terapéutico y a construir una poderosa conexión emocional con el terapeuta. A medida que sus vidas mejoran y se dan cuenta cuán mejor se sienten, los niños se sienten acongojados por la idea de terminar la relación a la que atribuyen sus mejorías. Para muchos, la terminación no es una recompensa por el gran trabajo que han realizado, sino un castigo.

Los aspectos negativos de la terminación se pueden reducir en gran medida si el terapeuta mantiene el contrato y las metas en primer plano en todas las sesiones. Así se asegura de que el niño esté consciente del propósito de la terapia y también permite que asuma un papel activo en la implementación de los cambios y el monitoreo del progreso. El terapeuta puede introducir la idea de terminación gradual desde el principio, al tiempo que la vincula con la capacidad del niño para mantener los cambios por sí solo. Por lo general, la terminación empieza espaciando más las sesiones de juego, cada dos semanas, cada tres semanas y cada mes. De este modo, el niño puede desligarse poco a poco de la relación terapéutica, pero sabiendo que el terapeuta sigue ahí. Lo ideal es que, cuando la terminación sea definitiva, deje las puertas abiertas para que el niño pueda regresar a terapia si lo desea más adelante. En casos donde no es posible terminar la terapia de manera gradual, como cuando el terapeuta abandona su lugar de trabajo, es mejor hacérselo saber al niño con la mayor anticipación posible. En la terapia de corto plazo, esto significa decirle desde el principio cuántas sesiones habrá en total. Esto le da al niño cierto grado de control respecto de qué tanto se involucra en la terapia y con el terapeuta. Aunque puede propiciar que el niño no participe al cien por ciento en la terapia, es mejor que someterlo a una terminación difícil, porque podría dificultar que los niños recurran a la terapia en el futuro si regresan los problemas o surgen otros nuevos.

EJEMPLO DE UN CASO COMPLICADO

Entrevista inicial y evaluación previa

Sarah tenía 3 años de edad cuando sus padres, Jane y Steve Williams, la llevaron a tratamiento con la Dra. Gray. Los padres adoptaron a Sarah cuando tenía 4 meses de edad; los señores Williams eran una pareja mayor, angloamericana que adoptó a Sarah en un orfanato de Sudamérica varios años después de descubrir que serían incapaces de procrear hijos. El orfanato ofrece muy buenos cuidados a los niños, pero la mayoría de ellos no recibe mucha atención o afecto. Desde el principio, los Williams notaron que Sarah estaba hipervigilante todo el tiempo, pues miraba con atención su ambiente. Al principio, sintieron que todo marchaba bien, porque Sarah mostró signos de apego a ambos en los primeros seis meses posteriores a la adopción. Sin embargo, conforme pasó el tiempo, Sarah se hizo más y más reactiva, pues sus respuestas emocionales y fisiológicas se hicieron más intensas a un número cada vez mayor de estímulos ambientales. Cuando entró a tratamiento, los estímulos novedosos o intensos la hacían llorar y gritar con un terror evidente hasta 15 minutos después de que desaparecía el estímulo. Incluso después de calmarse, Sarah seguía hablando del estímulo y su miedo a que regresara. Los miedos de Sarah hacían imposible su interacción con pares y su asistencia diaria a la escuela. Aunque la familia había reducido sus interacciones con el mundo externo para evitar los episodios de temor, cada vez les era más difícil acomodarse a sus necesidades y tener algo parecido a una vida normal.

Después de la entrevista inicial se realizaron algunas medidas de evaluación. Se llenó el DTORF con base en la información que los padres de Sarah proporcionaron. Los resultados se presentan en la sección Metas iniciales del tratamiento, más adelante en este capítulo. Se aplicó el Método de Interacción Marschak (MIM) (Lindaman, Booth y Chambers, 2000; Marschak, 1960) con Sarah y su madre para descartar dificultades subyacentes en el apego como un factor que contribuya a los episodios de temor. En el MIM se pide a los padres que realicen distintas tareas sencillas con sus hijos mientras son observados y videograbados, en este caso a través de un espejo de un solo sentido. A lo largo del MIM, Sarah trató más de aferrarse a su madre que de colaborar. La madre tuvo dificultades para lograr que Sarah participara en las tareas nuevas o para calmarla cuando se sentía sobreestimulada y empezaba a llorar o protestar. Aunque la madre fue capaz de salir del cuarto como se le indicó, Sarah respondió sentándose inmóvil y gritando mientras la madre estaba fuera del cuarto. La diada no logró terminar ninguna de las tareas después de la de separación, porque la sra. Williams no lograba apaciguarla una vez que alcanzaba cierto nivel de falta de regulación.

Además, se hicieron otras mediciones que servirían como línea base. Se hizo una lista de todos los estímulos que provocan miedo a Sarah. Se pidió a los padres que llevaran un registro de los estímulos desencadenantes, la duración e intensidad de la respuesta de

temor y cualquier otra cosa que consideraran importante para poner fin a estos episodios. Esta información sirvió para distinguir tres patrones de respuesta un poco diferentes que antes los padres consideraban lo mismo. Un tipo de respuesta refleja un genuino terror de parte de Sarah. En estos episodios, ella lloraba más que gritar, se sacudía y adoptaba una expresión facial particularmente inexpresiva mientras se aferraba a su madre. Estos episodios eran los que con mayor frecuencia provocaban que Sarah recordara con insistencia cualquier cosa que hubiera desencadenado el episodio. El segundo tipo de respuesta implicaba más gritos que llanto y solía estar acompañada de conductas oposicionistas, pues Sarah se negaba a participar en actividades o terminar tareas que se le habían asignado. La última categoría incluía respuestas de temor después de las cuales era más fácil que Sarah se calmara, pero también mostraba un rostro inexpresivo. Estos episodios eran mucho más breves y a menudo pasaban desapercibidos para los adultos. Además, eran los que se resolvían con mayor facilidad si los padres trataban de darle seguridad hablándole y brindándole apoyo físico y emocional.

Para concluir, Sarah fue enviada con un terapeuta ocupacional para determinar si era, por naturaleza, demasiado sensible a los estímulos. Esto sucedió debido a que los padres indicaron que Sarah siempre había sido hipersensible a los estímulos normales e hipervigilante a los peligros de su ambiente. El terapeuta ocupacional confirmó que Sarah era fácil de sobreestimar con casi cualquier estímulo. Aunque era sensible sobre todo a los estímulos auditivos, también tendía a reaccionar de modo negativo a los movimientos súbitos y a los destellos de luz, y a evitar las texturas o sensaciones inusuales. Con base en estos hallazgos, Sarah empezó a asistir a sesiones de terapia ocupacional además de la terapia de juego.

Conceptualización ecosistémica del caso

Al revisar la historia y los distintos resultados de la evaluación, la Dra. Gray concluyó que dos factores habían interactuado y contribuido a los problemas de Sarah. Uno fue la falta de experiencias de apego durante su estancia en el orfanato. Aunque recibía cuidados adecuados, el contexto tal vez contribuyó a la hipervigilancia de Sarah, porque esa conducta la ayudaba a evitar estímulos negativos o, al menos, prepararse para ellos, o para buscar oportunidades de obtener cuidados y alimentos. El otro factor era su hipersensibilidad biológica. Ésta quizá contribuyó y reforzó su hipervigilancia. Debido a la hipersensibilidad, Sarah aprendió a evitar los estímulos y situaciones nuevos siempre que fuera posible. En vista de que la evitación era eficaz para reducir sus temores, poco a poco evitó más y más situaciones. Aunque esto, al parecer, había funcionado bien en sus primeros años de vida, se volvió problemático cuando fue creciendo y tuvo necesidad de interactuar más con su ambiente.

En los primeros meses después de que fue adoptada, la hipervigilancia de Sarah disminuyó debido al repentino y notable aumento de atención y cuidados en sintonía que

recibió. Por fortuna, esto le permitió crear un apego inicial sólido con sus padres. El aspecto negativo fue que el apego adquirió un carácter ansioso. En el apego ansioso, los niños se aferran a sus cuidadores porque temen perderlos y temen al mundo externo a la relación cuidador-niño. En el caso de Sarah, la hiperreactividad sensorial intensificó en gran medida el miedo al ambiente. Conforme el apego a sus padres aumentó, Sara enfocó su hipervigilancia en el ambiente y encontró más y más razones para sentir seguridad cuando sus padres estaban cerca y para ver peligros en su ambiente ante la ausencia de los padres.

Cuando fue referida a la terapia ocupacional, la necesidad de seguridad estaba mejor cubierta en el contexto de su relación con sus padres, sobre todo cuando estaba cerca de ellos físicamente. Sin embargo, esta necesidad no estaba cubierta fuera de la relación padres-hijo. Frente a estímulos o situaciones nuevos, ella se sentía tan sobreestimulada que experimentaba terror. Esto produjo tres patrones. El primero y el más obvio eran los episodios de terror durante los cuales Sarah estaba inconsolable. Debido a que en este tipo de episodios Sarah a veces podía evitar tareas o demandas desagradables, ella había sido condicionada de manera gradual a responder a las cosas que no le gustaban del mismo modo que respondía ante las cosas que temía. Por último, las situaciones de temor leve hacían recaer a Sarah, quien volvía a su conducta hipervigilante y retraída. Aunque leve, ésta era la más problemática de las tres respuestas, porque era la que los adultos menos notaban y, por lo tanto, la que menos servía para cubrir sus necesidades.

Metas iniciales y contrato terapéutico

Después de la entrevista inicial y el proceso de evaluación, los Williams aceptaron el contrato terapéutico, que indicaba que se llevarían a cabo sesiones de terapia de juego individual y en diadas para promover un apego seguro en Sarah, reducir sus respuestas de temor y aumentar su capacidad de interactuar de manera positiva con otros adultos, niños de su edad y su ambiente. Dada su edad, el contrato con Sarah fue muy sencillo. La Dra. Gray dijo a Sarah, “Sé que estás muy asustada. Estar asustado es una sensación, en verdad, mala. Mi trabajo es asegurarme de que pases menos tiempo asustada y más tiempo divirtiéndote”. Para ser congruente con la práctica de la TJE, esta meta se reiteraba al menos una vez en cada sesión.

Con base en la información reunida en la entrevista inicial y la evaluación, la Dra. Gray desarrolló las siguientes metas terapéuticas para Sarah.

Metas relacionadas con sus necesidades

Sarah:

- Se sentirá más segura y mostrará menos respuestas de ansiedad frente a diversos estímulos, personas y situaciones

- Se sentirá menos desamparada y desarrollará modos de sentir como si tuviera cierto control más allá de gritar
- Desarrollará una mejor autoestima y un mejor sentido de logro/dominio de habilidades a medida que sus temores disminuyan, ella pueda funcionar mejor y ser exitosa en su ambiente

Los padres de Sarah:

- Aprenderán a protegerla mejor de la sobreestimulación
- Aprenderán a identificar con mayor consistencia los tres tipos de respuestas de temor que ella presenta

Metas relacionadas con el apego

Sarah:

- Sentirá un apego más seguro hacia sus padres y podrá recurrir a ellos como base segura para manejar sus respuestas de temor, lo cual se manifestará en su mayor capacidad para tolerar las separaciones respecto de sus padres y con interacciones más regulares con niños de su edad

Los padres de Sarah:

Dominarán las habilidades necesarias para responder de manera diferenciada ante las respuestas de temor de Sarah

Metas de desarrollo²

Sarah:

- Podrá demostrar respuestas físicas apropiadas a los estímulos
- Participará en términos verbales y físicos en las actividades que impliquen movimiento con niños de su edad en casa o en la guardería
- Emitirá palabras sueltas reconocibles en distintas actividades para obtener respuestas de niños de su edad
- Empleará palabras de manera espontánea para compartir información mínima con un niño de su edad
- Participará de manera espontánea en actividades de juego paralelo que indiquen que tiene consciencia de sus compañeros

Fases del tratamiento³

Las metas terapéuticas que se acaban de presentar se organizaron de acuerdo con su intensidad y, luego, se integraron en el plan general de tratamiento, abordando las metas “más fáciles” al principio y las más difíciles se reservaron para la fase de crecimiento y confianza.

Introducción y exploración

A lo largo de la entrevista inicial y la evaluación, Sarah había respondido con un temor intenso al contexto de la clínica y a la Dra. Gray, podía tolerar la presencia de la doctora en el cuarto al principio del MIM. Sin embargo, una vez que se sentía sobreestimulada y ansiosa mientras realizaba las tareas del MIM con su madre, Sarah mostró una intensa respuesta de ansiedad cuando la Dra. Gray entró en el cuarto. Esto creó un pequeño problema. Si se permitía a Sarah irse de la clínica antes de recobrar cierto sentido de seguridad, entonces su conducta ansiosa habría recibido un reforzamiento negativo y en el futuro habría sido más probable que repitiera la respuesta de temor para escapar de la clínica. Para evitar esto, la Dra. Gray se quedó en el cuarto con Sarah y su madre mientras impulsaba a ésta a consolar y nutrir a Sarah. Después de casi 15 minutos, la niña no se calmaba en absoluto. La Dra. Gray salió para traerle algunos chocolates. Cuando regresó, se los dio uno por uno a la madre, quien se los dio a Sarah. Poco a poco, la niña dejó de llorar y empezó a seguir con la mirada los chocolates de la mano de la Dra. Gray a la de su mamá. Cuarenta y cinco minutos después, Sarah aún no había mirado a la Dra. Gray, pero había dejado de llorar. En este punto, la Dra. Gray dijo, “Sarah, me alegra mucho que ya no te sientas tan asustada.

Gritaste tanto tiempo que te ves muy, muy cansada. Creo que mamá tiene que llevarte a casa, darte algo de comer y entonces, tal vez, las dos puedan acostarse y leer una historia para que puedas descansar. Le daré a tu mamá el resto de los chocolates para que puedas comerlos en casa. La siguiente vez que vengas con tu mamá a la clínica, puedes traer uno de tus libros favoritos para que lo leamos.” De este modo, la Dra. Gray reconoció el temor de Sarah, el trabajo que le había costado calmarse aunque fuera un poco, y asoció irse de la clínica con calmarse como distinto de gritar, y estableció una interacción potencialmente nutritiva para la siguiente reunión.

La meta primordial de la primera fase del tratamiento era reducir su nivel de ansiedad, lo suficiente para que participará en el proceso de la terapia de juego. Debido a que el cuarto de juego, los juguetes y materiales, así como la terapeuta, la Dra. Gray, eran todos estímulos nuevos, era muy importante el manejo del ambiente para evitar que Sarah se sintiera sobreestimulada. Para abordar esta meta, la Dra. Gray se centró en *organizar horarios, rutinas, ritmos, espacios, actividades y tiempos para que Sarah pudiera habituarse, con el paso del tiempo, al cuarto de juego y a la propia Dra. Gray. También *redujo al mínimo los materiales, víveres, equipo y juguetes para garantizar resultados satisfactorios al ofrecer oportunidades sencillas para usar los materiales de manera apropiada. De hecho, en la primera sesión, el único material que se usó fue el libro que llevaron Sarah y su mamá. La Dra. Gray aumentó la cantidad de materiales y juguetes en el cuarto de juego poco a poco, y, por lo general, le avisaba a Sarah con anticipación

cuándo incluiría alguna otra cosa.

La Dra. Gray también decidió incluir a la madre en las primeras sesiones, pero le pidió que hablara lo menos posible para aumentar la probabilidad de que Sarah atendiera a la Dra. Gray en vez de a ella. En todas estas actividades, Sarah se sentaba en el regazo de su madre mientras interactuaba con la Dra. Gray. Esto le ofreció la experiencia de emplear a su madre como una base segura mientras se adaptaba poco a poco a la presencia de la Dra. Gray. En este periodo, la Dra. Gray jugaba juegos sencillos como los de palmadas, donde se hacía hincapié no sólo en el contacto físico, sino en tratar de aumentar el volumen de las “palmadas” al tiempo que se mantenía la interacción divertida. En el curso de unas cuantas sesiones, Sarah empezó a disfrutar las sesiones y se bajaba de manera espontánea del regazo materno.

Aceptación tentativa

El paso a la fase de aceptación tentativa estuvo marcado por la falta de respuestas claras de temor al cuarto de juego, los juguetes o a la Dra. Gray. Sarah empezó a interactuar de manera directa con la Dra. Gray aunque, con frecuencia, aún tenía una reacción de parálisis en respuesta a cualquier tipo de novedad o sonido fuerte. En la etapa previa, la madre había *brindado a Sarah el impulso para utilizar abrazos, contactos y otras respuestas sensoriales nutricias, como el arrullo. En esta fase, la Dra. Gray empezó a hacer lo mismo. También *introdujo otros estímulos sensoriales agradables y atractivos, e invitó a Sarah a interactuar. Olieron las tiras de perfume que se suelen encontrar en ciertas revistas, así como diversas comidas. Aunque Sarah no podía tolerar tener los ojos vendados, los podía cerrar y tratar de adivinar lo que estaba oliendo.

En el curso de unas cuantas sesiones, la madre empezó a permanecer sentada en silencio y leer durante la sesión, mientras que Sarah dejó de vigilarla, pues se sentía hasta cierto punto segura en el nuevo ambiente. Después de dos sesiones como ésta, la señora Williams de una manera muy práctica le dijo a Sarah que se iba a sentar a leer en el pasillo para no interrumpir el juego. Con sólo un ligero titubeo, Sarah dejó salir a su madre. A partir de ese momento, las sesiones de juego se dividieron en dos. La señora Williams estaba en la primera parte. Cuando se introducían actividades o materiales nuevos, la madre interactuaba directamente con Sarah y la Dra. Gray. En estas actividades nuevas, ella *guiaba físicamente las respuestas de Sarah con el fin de enseñarle cómo responder y evitar que se sintiera abrumada por el temor de responder de manera incorrecta o sólo no saber qué hacer. La señora Williams y la Dra. Gray se aseguraron de *hablar acerca de cuánta diversión habría en la actividad nueva con el fin de tranquilizar a Sarah a medida que aprendía los nuevos patrones de conducta.

En otras sesiones, una vez que Sarah empezaba a usar los materiales nuevos o a participar en un juego nuevo, la señora Williams asumía el papel del público ante el cual Sarah demostraba su creciente dominio de habilidades y la diversión que obtenía en el juego.

Reacción negativa

A pesar de lo difícil que había sido para Sarah superar sus temores al principio de la terapia de juego, las resistencias que mostró en la fase de reacción negativa fueron relativamente leves. Ya que había empezado a dominar algunos de sus temores más intensos, Sarah tendía más hacia el segundo tipo de respuestas negativas que sus padres notaron a partir de la entrevista inicial. En estos episodios, era mucho más difícil decir si el temor de Sarah era genuino o si su motivación principal era evitar la tarea que debía realizar. En esos momentos, la Dra. Gray primordialmente *modeló la conducta esperada con palabras y acciones sencillas y positivas. La mayor parte del tiempo, esto era suficiente para conseguir que Sarah regresara al juego. En algunas ocasiones, Sarah pasó a un estado intenso de falta de regulación. Una de ellas ocurrió cuando, por casualidad, oyó el ruido de un auto fuera de la clínica. Después de mostrar una breve respuesta de paralización, empezó a gritar y trató de huir del cuarto de juego. La Dra. Gray, de inmediato, puso a Sarah en su regazo y *la sostuvo con firmeza y le brindó apoyo hablándole muy poco. Empezó a canturrear y a mecer a Sarah. Cuando ésta había dejado de gritar, la Dra. Gray empezó a hablar acerca del estímulo desencadenante y la respuesta de Sarah. Tan solo diez minutos después, Sarah logró regresar a un juego tranquilo y la Dra. Gray le dio un fuerte reforzamiento por haber dominado su respuesta de temor. También señaló que esto era justo por lo que trabajaban diciendo, “Estuviste tan asustada por ese fuerte ruido que no pudiste evitar gritar. Pero esta vez, fuiste capaz de decirte a ti misma que el ruido estaba muy lejos y te calmaste. Entonces, pudiste seguir jugando. Eso es lo que queríamos que sucediera: estar menos asustada significa jugar más.” Después de esta experiencia no planeada, Sarah parecía aceptar por completo a la Dra. Gray como alguien que reconocía sus temores y que le ayudaba a aprender a manejarlos.

Crecimiento y confianza

En la fase de crecimiento y confianza, la Dra. Gray principalmente promovió la participación de Sarah en muchas actividades lúdicas para implementar la desensibilización sistemática a diversos estímulos. Empezaron a jugar juegos como la gallina ciega y Simón dice. En el juego Simón dice, la Dra. Gray incluía instrucciones como, “Simón dice, aplaude lo más fuerte que puedas” al tiempo que modela un aplauso fuerte. Casi todo el tiempo, Sarah podía tolerar estímulos nuevos cuando se introducían en un formato de juego. Ellas empezaron a realizar más sesiones de juego al aire libre, donde había más probabilidades de que Sarah se viera expuesta a estímulos inesperados. Fue sorprendente que Sarah disfrutara en especial salir a cazar bichos, volteando las hojas o piedras para ver qué descubría. A pesar de que muchos de los bichos que encontraban se movían con mucha rapidez, Sarah los toleraba, al parecer porque eran pequeños y siempre los podía cubrir de inmediato si era necesario. En esta fase, la Dra. Gray aumentó de manera significativa su uso del lenguaje para ayudar a Sarah a reconocer los pensamientos subyacentes en sus temores (sobre todo, ansiedad de

separación) y a discutir las estrategias potenciales de afrontamiento: “A veces, soplas muy despacio, puedes hacer que tus temores se vayan muy lejos.” La Dra. Gray también siguió empleando *la proximidad y el apaciguamiento físicos y las interacciones verbales y físicas con Sarah con el fin de prevenir la sobreestimulación y manejarla cuando apareciera.

Terminación

Después de casi un año de tratamiento, las respuestas de temor de Sarah habían disminuido hasta el punto de que podía asistir a preescolar con regularidad. Aún tenía una disposición a paralizarse en situaciones nuevas, pero podía leer las señales de la conducta de quienes la rodeaban, y así podía comportarse en concordancia.

Aunque con frecuencia ella parecía “actuar” como si no estuviera asustada, en lugar de, en verdad, no tener miedo, esta conducta imitativa le permitió seguir participando en las actividades hasta que se divertía otra vez.

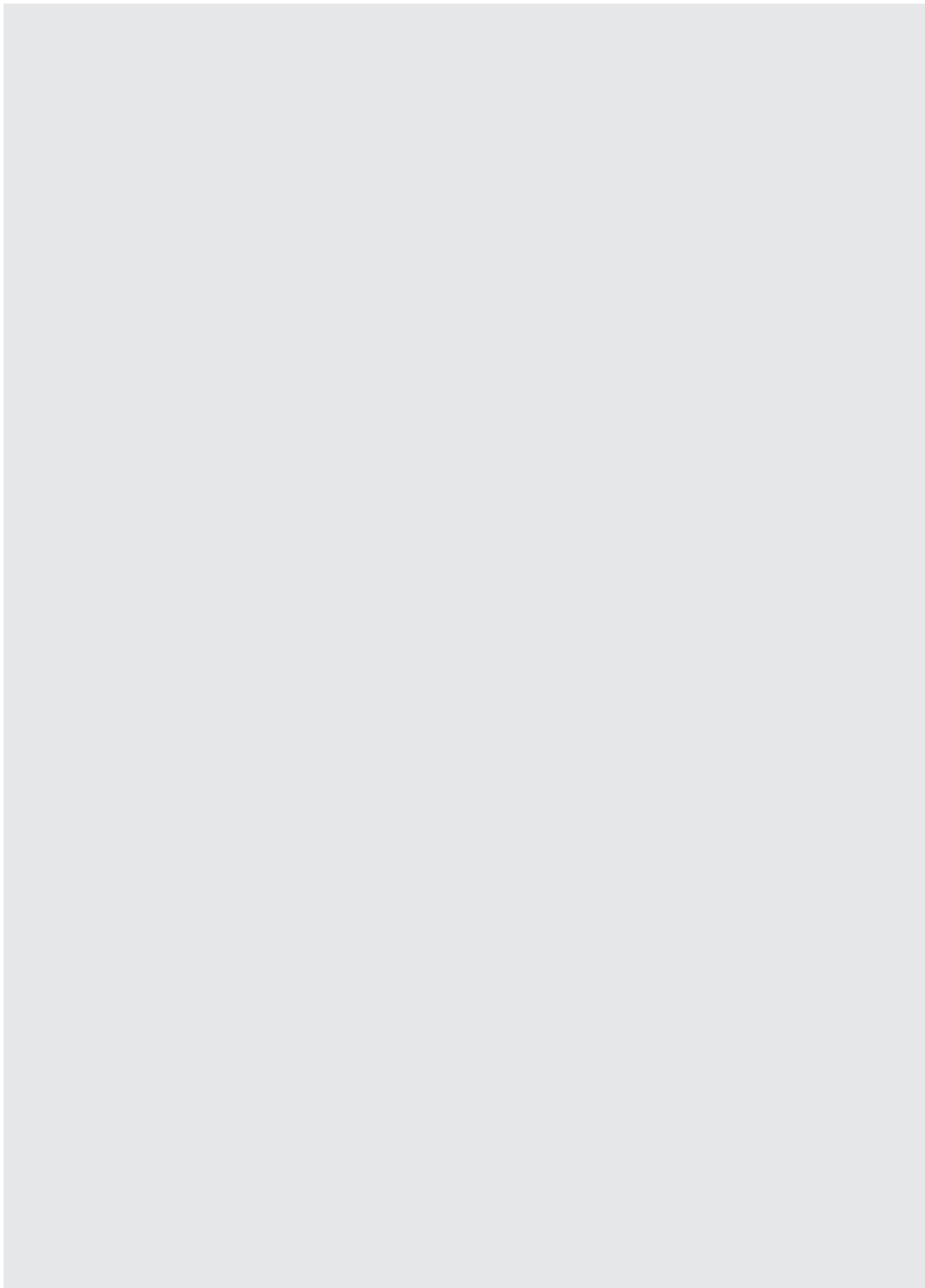
En el curso del tratamiento, Sarah se había apegado mucho a la Dra. Gray, en quien veía a la persona que la había rescatado de sus temores casi permanentes. Debido a ello, la terapia de juego se suspendió de un modo muy lento. Primero, la señora Williams volvió a estar presente en la mayoría de las sesiones, pero ahora, en lugar de funcionar como una base segura o una observadora pasiva, conducía más la sesión mientras la Dra. Gray era la observadora. En algunas sesiones, la Dra. Gray incluso salía del cuarto por periodos breves para que madre e hija tuvieran su tiempo en el cuarto de juego. A medida que las sesiones se centraban menos en el manejo de los temores de Sarah, ella tuvo una ligera regresión y empezó a dormir en el dormitorio de los padres otra vez. Debido a que los Williams se sentían cómodos manejando esta situación por su cuenta, el proceso de terminación siguió su marcha y las sesiones se programaron cada dos semanas en vez de cada semana, como se había hecho hasta entonces. Dos meses después, la Dra. Gray expresó el orgullo que sentía, porque Sarah era capaz de manejar sus temores, así como su alegría porque Sarah podía divertirse en muchos escenarios. Debido a que el contrato se había articulado con regularidad, pudo hablar con Sarah acerca de que su trabajo estaba a punto de concluir y de que tenía la capacidad de manejarse por sí misma. Juntas, la Dra. Gray, la señora Williams y Sarah decidieron que las siguientes sesiones serían mensuales. Después de tres meses, las tres decidieron que la cuarta sesión sería la última e incluiría una fiesta para celebrar todos los logros de Sarah. Ella y su mamá planearon por completo la fiesta y la Dra. Gray adoptó el papel de invitada. Mientras comían bocadillos, platicaron de todas las cosas a las que Sarah había tenido miedo. La niña se mostró sorprendida por cuan larga fue la lista, y muy orgullosa por haber logrado dominar todos esos miedos.

INVESTIGACIÓN

En la actualidad, el campo de la salud mental se enfoca en dos tipos de investigación cuando se trata de evaluar la eficacia de cualquier forma de psicoterapia. Uno se utiliza para establecer una intervención o técnica como un **tratamiento con sustento empírico** (EST, por sus siglas en inglés). El otro se conoce como **práctica basada en evidencias** (EBP, por sus siglas en inglés) y se emplea para documentar la eficacia de la terapia con un cliente individual. Para que se reconozca como EST, la intervención o técnica debe contar con un manual y sujetarse a rigurosas pruebas científicas. Por lo tanto, los modelos teóricos, en realidad, no pueden tener sustento empírico, porque no son lo suficientemente delimitadas para ponerlas a prueba. Por ejemplo, muchos tratamientos con sustento empírico se fundamentan en la teoría cognitivo-conductual, pero la terapia cognitivo-conductual en su conjunto no se considera que cuente con sustento empírico. Por ello, la terapia de juego ecosistémica (TJE) en la actualidad no se considera un EST, y tal vez nunca lo sea. Sin embargo, se podría hacer con facilidad un manual de muchas técnicas promovidas por la TJE y ponerlas a prueba. Por ejemplo, sería posible determinar si tener un contrato terapéutico explícito con un niño y usarlo con regularidad para ayudarlo a comprender la justificación de las actividades de juego específicas y el curso de la terapia de juego en su conjunto da por resultado una reducción más rápida de los síntomas en comparación con las intervenciones menos orientadas a las metas.

La terapia de juego ecosistémica busca ser implementada como una práctica basada en evidencias y, debido a su formato y estructura, se presta para hacer una evaluación continua del progreso del cliente y de la eficacia del tratamiento. El modelo requiere que el terapeuta establezca una línea base del funcionamiento del niño y, a partir de ella, hacer la planeación del tratamiento. Además, el terapeuta debe evaluar con regularidad el progreso del niño con el fin de seguir implementando las actividades de juego bien planeadas. Por último, el modelo promueve la incorporación de las EST que han demostrado ser eficaces para abordar los problemas que presenta el cliente. Lo que hace única a la terapia de juego ecosistémica es su capacidad para modificar las EST establecidas para adaptarlas a las necesidades de los niños tomando en cuenta su nivel de desarrollo e incorporando el juego como herramienta esencial por sí misma y como medio para hacer intervenciones más atractivas para los niños.

Por ejemplo, los ocho componentes de la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma (TCC-FT; Cohen, Mannarino y Deblinger, 2012; National Child Traumatic Stress Network, 2008), que es una EST de gran prestigio, podrían incorporarse con facilidad en la práctica de la terapia de juego ecosistémica. Para ilustrar esto, un componente de la TCC-FT implica ayudar al niño a expresar y modular una amplia gama de emociones. *Ilumina Tu Vida* (O'Connor, 1983) es una técnica de juego y de artes expresivas diseñada de manera específica para emplearse en la TJE y enseñar al niño palabras que denominan emociones y brindarle un modo concreto, visual para expresar la cantidad e intensidad de sus experiencias emocionales.



CONCLUSIÓN

La terapia de juego ecosistémica (TJE) es una forma de la terapia de juego sistemáticamente focalizada, responsiva en términos de desarrollo, orientada a las metas y adecuada para los niños que presentan una amplia gama de problemas. La TJE hace mucho hincapié en comprender y optimizar los papeles de los diversos sistemas en los que se encuentra inmerso el niño, y en garantizar que las necesidades de éste se cubran de manera eficaz y apropiada. La TJE también constituye un modelo responsivo en términos de desarrollo en el que la conceptualización del caso, las metas y los métodos de tratamiento se modifican de manera significativa para ajustarse mejor a las necesidades y el nivel de desarrollo del niño. La TJE es una metateoría integrativa que permite al terapeuta de juego retomar conceptos y estrategias de muchas otras teorías y emplear una gran variedad de técnicas, incluyendo tratamientos con sustento empírico. La TJE hace hincapié en el poder de la relación entre el niño y el terapeuta para ayudarlo a romper los conjuntos de respuestas problemáticas y remplazarlos con maneras más funcionales y flexibles de responder ante los problemas cotidianos. Por último, la TJE se presta para la práctica basada en evidencias de la terapia de juego y para hacer uso de tratamientos con sustento empírico.

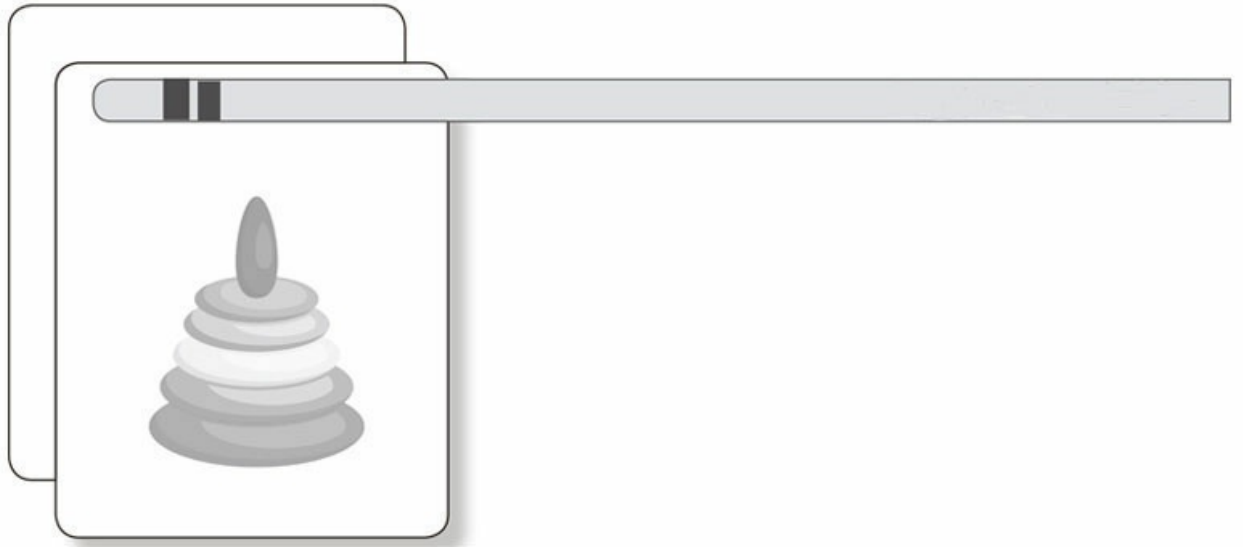
■ REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Association for Play Therapy. (2014) *RPT/S credentialing guide*. Fresno, CA: Author. Recuperado de: http://c.ymcdn.com/sites/www.a4pt.org/resource/resmgr/RPT_and_RPT-S_Credentials/RPTS_Guide.pdf
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Booth, P. B., & Jernberg, A. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment based play* (3rd ed.) San Francisco, CA: Jossey-Bass/Wiley.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books. (Original work published 1969)
- Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2012). *Trauma focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York, NY: Guilford Press.
- Drewes, A. A., Bratton, S. C., & Schaefer, C. E. (2011). *Integrative play therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Freud, S. (1933). *Collected papers*. London, England: Hogarth Press.
- Giorgi, A. (1983). Concerning the possibility of phenomenological psychological research. *Journal of Phenomenological Psychology, 14*(2), 129–169.
- Giorgi, A. (1985). The phenomenological psychology of learning and the verbal learning tradition. En A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research* (pp. 23–85). Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Glasser, W. (1975). *Reality therapy*. New York, NY: Harper & Row.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach. En T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior: Theory, research and social issues*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Kohlberg, L. (1979). *Development in judging moral issues*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development*. San Francisco, CA: Harper.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Law, S. (2011). *Humanism: A very short introduction*. London, England: Oxford University Press.
- Lee, A. (1997). Psychoanalytic play therapy. En K. O'Connor and L. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation*. New York, NY: Wiley.
- Lindaman, S. L., Booth, P. B., & Chambers, C. L. (2000). Assessing parent-child interactions with the Marschak Interaction Method (MIM). En K. Gitlin-Weiner, A. Sandgrund, & C. E. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (2nd ed., pp. 371–400). New York, NY: Wiley.
- Marschak, M. (1960). A method for evaluating child-parent interaction under controlled conditions. *Journal of Genetic Psychology, 97*, 3–22.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper and Row.
- Mayer, M. (1968). *There's a nightmare in my closet*. New York, NY: Dial Books.
- Mill, J. S. (2007). *Utilitarianism*. Mineola, NY: Dover Books. (Original work published 1863)
- Money, J. (1992). *The Kaspar Hauser syndrome of "psychosocial dwarfism": Deficient statural, intellectual, and social growth induced by child abuse*. New York, NY: Prometheus Books.
- National Child Traumatic Stress Network. (2008). *Trauma focused CBT manual, Version 2*. Recuperado de: http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/TF-CBT_Implementation_Manual.pdf
- Norcross, J. C. (1987). *Casebook of eclectic psychotherapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- O'Connor, K. J. (1991). *The play therapy primer*. New York, NY: Wiley.
- O'Connor, K. J. (2000). *The play therapy primer* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.
- O'Connor, K. J. (1983). The Color-Your-Life technique. En C. E. Schaefer & K. J. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 251–258). New York, NY: Wiley.
- O'Connor, K. J., & Ammen, S. (2013). Play therapy treatment planning and interventions: *The ecosystemic model and workbook* (2nd ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- O'Connor, K. J., Ewart, K., & Wolheim, I. (2001). Psychodynamic psychotherapy with children. En V. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Advanced abnormal psychology* (pp. 463–480). New York, NY: Plenum Press.

- O'Connor, K. J., & Lee, A. (1991). Advances in psychoanalytic psychotherapy with children. En M. Hersen, A. Kazdin, & A. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook*. New York, NY: Pergamon Press.
- O'Connor, K. J., Lee, A., & Schaefer, C. E. (1983). Psychoanalytic psychotherapy with children. En M. Hersen, A. Kazdin, & A. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook*. New York, NY: Pergamon Press.
- O'Connor, K. J., & Wolheim, I. (1994). Psychodynamic psychotherapy with children. En V. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Advanced abnormal psychology* (pp. 403–417). New York, NY: Plenum Press.
- Pedersen, P. (1994). *A handbook for developing multicultural awareness* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Price, A.W. (2008). *Contextuality in practical reason*. London, England: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science* (Vol. 3, pp. 184–256). New York, NY: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2(1), 23–47.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: W.W. Norton.
- Schore, A. N. (2009). Right-brain affect regulation: An essential mechanism development, trauma, dissociation, and psychotherapy. En D. Fosha, D. J. Siegel, & M. Solomon (Eds.), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, and clinical practice* (pp. 112–144). New York, NY: Norton.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20.
- Siegel, D. J. (2009). Mindful awareness, mindsight, and neural integration. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 137–158.
- Skinner, B. F. (1966). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts. (Original work published 1938)
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440–448.
- Wood, M. M. (1992a). *Developmental Teaching Objectives Rating Form—Revised technical reportc*. Athens, GA: Developmental Therapy Institute.
- Wood, M. M. (1992b). *Developmental Teaching Objectives Rating Form—Revised user's manual*. Athens, GA: Developmental Therapy Institute.

NOTAS

- ¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.
- ² En realidad, en la teoría de Freud, tal como Laplanche (1971) lo pone de manifiesto en *Vida y muerte en psicoanálisis*, la pulsión –cuya energía es la libido– es distinta del instinto en tanto que no está determinada genéticamente. (*Nota del traductor*)
- ² Todas las metas de desarrollo se adaptaron a partir del DTORF de Sarah.
- ³ En esta sección, las oraciones y las frases precedidas por un asterisco son metas adaptadas de un Plan de Intervención Conductual Positiva formulado a partir del DTORF de Sarah en la página de este instrumento (<http://www.dtorf.com>).



Capítulo 10

Terapia de juego prescriptiva

Charles E. Schaefer y Athena A. Drewes

La terapia de juego prescriptiva es un enfoque terapéutico que incorpora varias teorías y técnicas con el fin de personalizar la intervención de acuerdo con las necesidades específicas que diversos clientes tienen. El objetivo principal es resolver los problemas específicos que llevan a un cliente a terapia, y no mejorar su bienestar psicológico general ni su desarrollo personal. Así, la tarea del terapeuta es desarrollar junto con el cliente una serie de metas alcanzables, una formulación coherente del problema (una explicación basada en evaluación integral del por qué de la presencia de los problemas o qué los está causando) y un plan de tratamiento confeccionado de acuerdo con los problemas y situaciones específicos del cliente.

El enfoque de psicoterapia prescriptiva no es nuevo (Dimond, Haven y Jones, 1978; Goldstein y Stein, 1976; Beutler y Harwood, 1995) y es muy probable que continúe extendiéndose en los años por venir.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Cada escuela de psicoterapia se basa en una serie de postulados, principios o creencias medulares, que funcionan como piedra angular del enfoque. En la siguiente sección, se describen los seis principios básicos de la terapia de juego prescriptiva.

Principio 1: tratamiento individualizado

El objetivo general de la terapia de juego prescriptiva es confeccionar una intervención que cubra las necesidades individuales del cliente de modo que responda a la famosa pregunta para los clínicos que planteó Gordon Paul (1967, p. 111): “¿*Qué* tratamiento, brindado por *quién*, es el más eficaz para *este* individuo con este problema *específico*, en *qué* serie de circunstancias y *cómo* funciona?” Como Maimónides (Garfinkle, 1912), el famoso sabio y médico, enseñó hace ocho siglos, “El médico no debe tratar a la enfermedad, sino a la persona que la padece.”

Debido a que lo que funciona para una persona puede no funcionar para otra, en la terapia prescriptiva se busca confeccionar la intervención no sólo para el trastorno, sino también para las características personales y la situación del cliente (Norcross y Wampold, 2011).

Principio 2: terapéutica diferencial

La terapia de juego se ha desarrollado en la mayor parte de sus 100 años de historia con base en el supuesto de “una luz verdadera.” En esencia, ésta es una posición no prescriptiva que sostiene que la falta de evidencia de lo contrario significa que el enfoque de tratamiento preferido por el terapeuta es igualmente aplicable en la mayoría o en todos los tipos de problemas. Desde esta perspectiva, el tratamiento, en esencia, empieza con independencia de la información diagnóstica. La dificultad que plantea este supuesto es que ninguna escuela teórica (p. ej., rogeriana, adleriana, jungiana) ha demostrado la suficiente fuerza para producir un cambio óptimo en los muy diversos y complejos trastornos psicológicos que se han identificado (Smith, Glass y Miller, 1980).

El enfoque prescriptivo de la terapia de juego (Kaduson, Cangelosi y Schaefer, 1997) se basa en la premisa medular de la terapéutica diferencial (Francis, Clarkin y Perry, 1984), la cual sostiene que algunas intervenciones son más eficaces que otras para ciertos trastornos, y que un cliente que se beneficia poco de un tipo de terapia de juego, puede beneficiarse más de otra (Beutler, 1979; Beutler y Clarkin, 1990). Rechaza el veredicto del pájaro dodo, según el cual las principales formas de psicoterapia tienen la misma eficacia en distintos trastornos (Beutler, 1991; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975;

Norcross, 1995). En vez de forzar a los clientes, a la manera de la cama de Procasto, para adaptarse a una modalidad terapéutica, en la terapia prescriptiva, los remedios varían para cubrir diferentes necesidades de tratamiento de los clientes.

A pesar de los elementos “comunes” o “no exclusivos” que caracterizan a todas las terapias eficaces, hay cada vez mayor evidencia que demuestra que las intervenciones específicas funcionan mejor para trastornos o síndromes específicos (Chambless y Ollendick, 2001). Se ha encontrado sustento de la solidez de efectos específicos de los tratamientos en estudios metaanalíticos sobre los resultados de las psicoterapias. Estos estudios han encontrado que la media de los tamaños de efecto de factores específicos superar de manera consistente la de los factores comunes (Lambert y Bergin, 1994; Stevens, Hyman y Allen, 2000).

Principio 3: enfoque transteórico

Con el fin de confeccionar de manera eficaz la intervención de acuerdo con las necesidades individuales de un cliente, el terapeuta debe ser transteórico o ecléctico. El psicoterapeuta ecléctico, haciendo uso de un criterio triple de evidencia empírica, experiencia clínica y deseos del cliente, selecciona los mejores agentes terapéuticos de diferentes teorías y técnicas para un cliente (Norcross, 1986). Rechaza la estricta adherencia a una sola escuela o sistema y, en lugar de ello, elige lo que es más válido y útil de un amplio espectro terapéutico. Esta postura exige la sustitución del estado tradicional, estrecho de miras, de los campos teóricos con el enfoque nuevo y flexible del pluralismo psicoterapéutico.

El terapeuta prescriptivo tiene la convicción de que mientras disponga de más recursos en su repertorio, complementados con el conocimiento acerca de sus distintas maneras de aplicarse, tendrá mayor eficacia en la amplia variedad de problemas que se encuentran en la práctica clínica (Goldstein y Stein, 1976). Utilizar más de una modalidad psicoterapéutica ayuda al terapeuta a evitar la trampa que Abraham Maslow describió como, “Si la única herramienta que tienes es el martillo, todos los problemas empezarán a parecer un clavo (p. 15).”

De acuerdo con Norcross (1987), el “eclecticismo sintético” implica combinar varias teorías en una intervención coordinada. Esto difiere del “eclecticismo de fregadero”, el cual, de acuerdo con Norcross, es un enfoque ateorico del tratamiento. En este último, el clínico aplica técnicas de varias escuelas de pensamiento de un modo que ignora la teoría que subyace en ellas. Este enfoque, advierte Norcross, es poco sistemático e ineficaz en el mejor de los casos pero, puede ser dañino para algunos clientes.

Las encuestas de clínicos han indicado que muchos se identifican como eclécticos, lo cual hace al enfoque ecléctico transteórico, la orientación teórica más popular en muchas disciplinas y en todo el mundo (Brabeck y Welferl, 1985; Norcross, 2005; Prochaska y Norcross, 1983). Un sondeo entre terapeutas (Phillips y Landreth, 1995) encontró que la

orientación ecléctica es por mucho el enfoque más común entre los encuestados. Aunque la psicoterapia ecléctica, transteórica (Prochaska, 1995) no se enseña en los programas de posgrado, es muy probable que se mantenga como la opción preferida de la mayoría de los clínicos en EUA y en el resto de los países (Norcross, 2005).

Como Goldfried (2001) señaló:

La mayoría de nosotros, como terapeutas, al final aprendemos que no podemos funcionar de manera eficaz sin salirnos del modelo teórico en que fuimos entrenados originalmente, y tenemos que reconocer que la fortaleza de otra orientación a veces puede complementar sinérgicamente las limitaciones de nuestro propio enfoque. (p. 12)

El extendido movimiento ecléctico refleja una ruptura con la ortodoxia purista, del mismo tratamiento para todos, antes mencionada, junto con una mucho mayor apertura entre los psicoterapeutas para adaptarse a diferentes contextos de la vida del cliente; así confecciona sus estrategias de acuerdo con las circunstancias y necesidades de cada uno.

Principio 4: psicoterapia integrativa

Debido a que el terapeuta que practica la terapia prescriptiva no está confinado a una sola escuela, con frecuencia combina varias teorías y técnicas para fortalecer una intervención y ampliar su campo de práctica. El término **psicoterapia integrativa** se utiliza para describir cualquier enfoque multimodal que combine dos o más teorías. Así, las estrategias de juego individual, grupal y familiar se pueden integrar para tratar un mismo caso, o las teorías psicodinámicas y humanistas pueden combinarse en un tratamiento. Una intervención integrada, de componentes múltiples refleja la naturaleza compleja y multidimensional de la mayor parte de los trastornos psicológicos, lo cual se debe al hecho de que son causados por una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. En vista de que la mayoría de los trastornos están multideterminados, requieren de un tratamiento integrado y multifacético. El hecho de que hay una alta comorbilidad entre muchos trastornos psicológicos, como el trastorno de la conducta y el de déficit de atención/hiperactividad (TDAH), también señala la necesidad del enfoque integrativo. Los niños con TDAH, con frecuencia, requieren de una intervención multifacética que combine medicamentos psicotrópicos, entrenamiento del manejo parental, grupos de juego de habilidades sociales y psicoterapia individual. Así, en los 30 últimos años, el campo de la terapia de juego ha visto crecer el movimiento hacia la integración (Drewes, Bratton y Schaefer, 2011).

Es claro que el terapeuta prescriptivo necesita ser integrativo y ecléctico; sin embargo, muchos prefieren denominarse *integrativos* más que *eclécticos* (Norcross y Prochaska, 1988). El tipo de psicoterapia integrativa practicada por la mayoría de los psicoterapeutas

de juego prescriptivo es “integrativa asimilativa” (Drewes et al., 2011). Esto significa que empezaron sus carreras con fundamentos firmes de una orientación teórica, por lo general la centrada en el niño, y luego de manera gradual, incorporaron o asimilaron varias prácticas de otras escuelas en el curso de su carrera (Messer, 1992). La integración teórica no puede ser apresurada, porque requiere de un conocimiento profundo y entrenamiento en distintas orientaciones teóricas.

Principio 5: correspondencia prescriptiva

Debido a que se han encontrado distintos índices de mejora entre distintos procedimientos terapéuticos, en la terapia de juego prescriptiva, el terapeuta busca la “correspondencia” entre la intervención más eficaz y el trastorno específico (Norcross, 1991).

Ante esto, casi todos los terapeutas apoyan la premisa de que el tratamiento debe ser confeccionado a la medida de las necesidades de cada caso o guardar correspondencia con éstas. Así se entiende, incluso, de manera intuitiva. Sin embargo, la correspondencia prescriptiva en el nivel óptimo va más allá del simple conocimiento intuitivo. Difiere de la típica correspondencia del siguiente modo.

El fundamento más usual para que la intervención guarde correspondencia con las necesidades del cliente es una teoría de la psicoterapia más que –en el nivel más alto– encontrar una correspondencia directa entre un agente de cambio y la causa del trastorno. Al formular el plan de tratamiento, el terapeuta elige un agente de cambio terapéutico que esté diseñado para eliminar o reducir la *causa* del problema. Así, tratando no sólo los síntomas sino la causa subyacente, será menor la probabilidad de que el problema reaparezca en el futuro.

Por ejemplo, Theraplay®¹ (Munns, 2009), una intervención de juego orientada al apego, sería una opción lógica que guarda correspondencia con un niño que tiene un trastorno del apego. Al mismo tiempo, la terapia de juego de abreacción/reconstrucción (Prendiville, 2004) es una intervención focalizada en el trauma dirigida a niños que han vivido un trauma o una situación estresante reciente. La terapia de juego cognitiva se centra en cambiar los pensamientos disfuncionales que desencadenan la ansiedad y la depresión en niños.

Una de las metas de una evaluación completa previa a la selección del tratamiento es identificar la causa subyacente del trastorno, para que el terapeuta pueda elegir el agente de cambio (un poder terapéutico del juego) que mayores probabilidades tenga de curar el factor determinante o causal que subyace en los síntomas que presenta el cliente. Aunque la **terapia causal** –terapia diseñada para eliminar la causa del problema– sería la forma más elevada de la correspondencia prescriptiva, no siempre es posible identificar el proceso patológico que subyace en el problema, o bien la causa precipitante puede ya no estar operando. En esos casos, el terapeuta recurre a las bases para que el tratamiento

guarde correspondencia con el cliente, como la correspondencia informada por la evidencia y la correspondencia cliente-terapeuta.

La correspondencia informada por la evidencia (Bohart, 2005) confecciona una intervención para un cliente considerando tres factores principales: tratamientos con sustento empírico para trastornos específicos, necesidades y preferencias del cliente, y variables del terapeuta, como juicio clínico y experiencia práctica. El uso combinado de estos tres criterios se ha denominado **práctica basada en evidencias**. Al principio, la práctica basada en evidencias se determinaba aplicando las mejores evidencias encontradas en la investigación para tratar el trastorno de un cliente, pero las versiones subsiguientes de la toma de decisiones basadas en evidencias exigían al clínico incluir su propia experiencia profesional, así como las necesidades y preferencias del cliente antes de elegir el mejor plan de tratamiento (Haynes, Devereaux y Guyatt, 2002; Kazdin, 2008).

La correspondencia cliente-terapeuta implica que las características personales del cliente guardan correspondencia con las del terapeuta, es decir, que tienen similitudes en variables como personalidad, valores, antecedentes, género y niveles conceptuales, entre otras.

En caso de que el terapeuta no se sienta cómodo implementando las mejores intervenciones para tratar los problemas de un cliente, el terapeuta lo enviará con otro profesional capaz de tratarlo. Así, la selección del tratamiento en la terapia de juego prescriptivo es sistemática, intuitiva y centrada en el terapeuta.

Principio 6: evaluación completa

Albert Einstein dijo, “Si tuviera una hora para resolver un problema, le dedicaría 55 min a pensar en el problema y 5 min a pensar en la solución.” Los clínicos de la terapia de juego con frecuencia se encuentran bajo presión para hacer una evaluación rápida del cliente. Debido a que muchas evaluaciones completas pueden ser muy costosas y prolongadas, las fuentes de financiamiento, los protocolos de agencias y los padres con frecuencia buscan una evaluación e inicio del tratamiento rápidos. Sin embargo, es necesario hacer una evaluación clínica completa por varias razones:

- Proporciona al terapeuta una comprensión profunda del niño, la familia y los orígenes de las dificultades actuales
- Permite al terapeuta personalizar el tratamiento de acuerdo con las necesidades individuales y los problemas del cliente
- Es eficaz en términos de costos a largo plazo, porque reduce la duración del tratamiento al focalizarse en la causa probable del problema y, así, implementar el mejor tratamiento
- Ayuda a los padres a comprender los orígenes de los problemas actuales del niño

Métodos

Una evaluación completa implica: a) informantes múltiples –padres, niño, maestros; b) métodos múltiples –entrevista clínica, instrumentos estandarizados como listas de chequeo de conductas (Achenbach y Edelbrock, 1983), escalas de valoración (Conners, Sitarenios, Parker y Epstein, 1998), observación directa del niño, así como de las interacciones padres-hijo (Schaefer, 2014); y c) evaluación continua a lo largo del tratamiento para monitorear los progresos.

Contenido

En una encuesta reciente de terapeutas de juego experimentados (Schaefer y Gilbert, 2012) se encontró que los siguientes datos sobre el problema y las necesidades del cliente son los que se obtienen en la evaluación inicial con el fin de desarrollar un plan de tratamiento individualizado:

El problema

- Naturaleza del problema
- Historia de terapias previas
- Preferencias/expectativas del tratamiento de los padres
- Disposición y motivación para el cambio del niño y su familia
- Directrices con bases empíricas para tratar los problemas actuales

El cliente

- Historia familiar
- Fortalezas del cliente
- Historia de traumas
- Historia médica
- Historia de desarrollo

Con base en los datos de la evaluación se prepara una formulación individualizada del caso antes de comenzar la terapia. La formulación del caso es un resumen con fundamentos teóricos, descriptivo y explicativo de los problemas/asuntos (así como de las fortalezas) más importantes del cliente y la causa o los probables factores que contribuyen. Esta formulación lleva al desarrollo de un plan individualizado de tratamiento –“una prescripción” que especifica las metas y las estrategias del tratamiento. Es necesario realizar evaluaciones adicionales a lo largo del tratamiento con el fin de evaluar el progreso y revisar el plan de tratamiento si se requiere.

PRÁCTICAS MEDULARES

A la luz de los principios básicos antes descritos, en la terapia de juego prescriptiva, el terapeuta busca implementar las siguientes prácticas medulares.

Tratamientos con sustento empírico

En el pasado, el campo de la psicoterapia ha dependido demasiado de prácticas con pocas evidencias que las respalden y, peor aún, de prácticas con resultados pobres. La terapia se ha implementado con base en “eso que siempre hemos hecho” en lugar de hacerlo con base en las evidencias que indican qué funciona mejor. La investigación sobre la eficacia de las intervenciones en terapia de juego siguen creciendo a un ritmo acelerado (Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005, 2014), pero aún existe una gran distancia entre los tratamientos con sustento empírico y lo que se pone en práctica en el campo. Uno de los primeros criterios empleados por la terapia de juego prescriptiva para ajustar la intervención a un trastorno psicológico fue la evidencia científica de qué funciona mejor para el trastorno que padece el cliente. Éste es un enfoque de abajo-arriba en la medida en que las intervenciones son eficaces sustentadas por datos empíricos y están sujetas a validación científica constante. Si no se ha informado de tratamientos con sustento empírico para un trastorno en particular, el terapeuta prescriptivo echa mano de sus propias experiencias y, o las de otros terapeutas para determinar qué ha funcionado mejor en la práctica real. Si no se encuentra información en la investigación ni en la práctica, el terapeuta recurre a la teoría más convincente que una los mecanismos de cambio con el trastorno.

Mecanismos del cambio terapéutico

En años recientes ha habido un viraje partiendo del desarrollo de teorías elaboradas, formales, de la psicoterapia en dirección de la focalización en identificar los mecanismos básicos del cambio terapéutico —es decir, las fuerzas curativas que no están ligadas a una teoría o modelo específicos (Beutler y Harwood, 2000). Los mecanismos del cambio no son teorías, sino descripciones de relaciones observadas. Son más generales que las técnicas y más específicas que las teorías.

Quizá la pregunta básica que enfrenta el terapeuta de juego en la actualidad tiene que ver con los mecanismos del cambio en la terapia de juego, es decir, ¿cuáles son las fuerzas terapéuticas que, en verdad, producen el cambio deseado en la conducta del cliente (Schaefer, 1993; Schaefer y Drewes, 2014)? Una vez que se ha identificado el ingrediente activo en la intervención de juego, se pueden eliminar los factores inertes y

desarrollar intervenciones eficientes en términos de tiempo y costos (Goldfried, 1980). Por lo tanto, además de la investigación de los resultados, el terapeuta de juego prescriptivo busca en la investigación del proceso y en el análisis de los componentes (Hunsley y Rumstein-McKean, 1999) para identificar los mecanismos del cambio terapéutico se subyacen en los resultados eficaces. Además, busca de manera continua las variables moderadoras y mediadoras que lo ayuden a comprender las relaciones entre un tratamiento de juego específico y el resultado (Shadish y Sweeney, 1991).

Las principales fuerzas terapéuticas del juego (Schaefer, 1993) se listan a continuación. Los mejor conocidos son el poder de comunicación (p. ej., los niños pequeños se expresan mejor a través de actividades lúdicas que con palabras), el poder de enseñanza (p. ej., los niños aprenden y recuerdan mejor cuando la enseñanza es divertida y amena), el poder de estimular la autoestima (p. ej., los niños adquieren un sentido de poder, control y competencia a través del juego), y el poder de mejorar las relaciones sociales (p. ej., el apego padres-hijo a través de las interacciones lúdicas).

A. Facilita la comunicación

1. Expresión/comprensión de sí mismo
2. Pensamientos y sentimientos conscientes
3. Acceso al inconsciente
4. Enseñanza directa
5. Enseñanza indirecta

B. Promueve el bienestar emocional

1. Contracondicionamiento de los afectos negativos
2. Abreacción
3. Catarsis
4. Emociones positivas
5. Inoculación del estrés
6. Manejo del estrés

C. Mejora las relaciones sociales

1. Relación terapéutica
2. Apego
3. Competencias sociales
4. Empatía

D. Aumenta las fortalezas personales

1. Solución creativa de problemas
2. Resiliencia
3. Desarrollo moral
4. Desarrollo psicológico acelerado
5. Autorregulación
6. Autoestima

El terapeuta de juego prescriptivo de manera continua busca adquirir una comprensión más profunda de todos los poderes terapéuticos del juego y trata de determinar los trastornos para los que cada uno de estos mecanismos se aplica mejor. Con base en su comprensión de estos poderes, intenta encontrar la correspondencia entre los remedios terapéuticos y las causas o determinantes del trastorno. Por ejemplo, es probable que la terapia de juego orientada al apego sea la mejor opción de tratamiento para un niño que presenta señales de un apego inseguro (Benedict y Mongoven, 1997). Del mismo modo, con base en un análisis funcional, Kerney y Silverman (1999) identificaron cuatro causas principales de la negativa de los niños a ir a la escuela: evitación de los estímulos que provocan una sensación general de afectos negativos, escape de las situaciones sociales y evaluativas aversivas, búsqueda de atención, y, o reforzamiento positivo. Estos autores encontraron que niños que recibieron el tratamiento prescriptivo (encontrar la correspondencia entre un remedio específico y la causa de un trastorno) mostraron mejoras sustanciales. Sin embargo, quienes recibieron un tratamiento no prescriptivo, en el que no hubo intención de descubrir la causa subyacente mostraron un empeoramiento de los síntomas. Incorporando todos estos poderes curativos del juego, o al menos la mayoría, en su repertorio, el terapeuta de juego prescriptivo es capaz de ofrecer tratamientos específicos para una amplia gama de trastornos psicológicos.

Enfoque pragmático

Un principio general que guía al terapeuta de juego descriptivo es: si funciona, úsalo. El enfoque pragmático es consistente con los escritos filosóficos de destacados pensadores de EUA, como William James, John Dewey y Charles Pierce. La idea central es que la verdad de una teoría o el valor de una técnica es demostrado por sus consecuencias prácticas –es decir, su **utilidad** (Fishman, 1998). La mejor intervención terapéutica es la que cumple con su objetivo en un caso individual con la mayor eficacia y el menor costo posibles.

El terapeuta pragmático no permite que su adherencia a una teoría o que sus presuposiciones lo cieguen a lo que funciona y a lo que no para tratar un trastorno en el mundo real. Se opone a la idea de que alguna teoría constituya la mejor manera de pensar acerca de los temas clínicos, o que alguna técnica ofrezca la única y verdadera manera de tratar a todos los clientes que sufren (Silverman, 1997). Así, siempre está abierto a los nuevos enfoques que resuelvan problemas con éxito.

Directrices de la mejor práctica

La premisa básica detrás de las directrices de la mejor práctica es que se han acumulado suficientes evidencias en la investigación para ofrecer una guía en relación con las intervenciones que han obtenido los mejores resultados en trastornos específicos. Las directrices del tratamiento ayudan al clínico a actualizar su entrenamiento para incluir los últimos hallazgos, que no sólo deben mejorar la eficacia del tratamiento, sino también dar confianza al cliente en que el clínico se basa en el conocimiento científico de vanguardia. Esto, a su vez, impulsará a los clientes a buscar tratamiento y continuar en él hasta el final. Las directrices de tratamiento que aparecen en la tabla 10-1, preparado por los autores, presentan las intervenciones en terapia de juego con sólido sustento empírico para diversos trastornos infantiles. Por lo general, directrices de la práctica clínica basada en evidencias como las que aparecen aquí son promulgadas por un equipo de trabajo convocada por una organización profesional (Perry, 2003).

Tabla 10-1. Directrices de la práctica

Padecimiento/trastorno infantil	Intervención de juego sustentada en la investigación
Temores y fobias	Desensibilización sistemática (Knell, 2000; Mendez y Garcia, 1996), imaginaria emotiva (King, Mallory y Ollendick, 1998; Malhotra, Rajender y Bhatia, 2012; Shepard, 2009)
Trastorno de estrés postraumático	Terapia de liberación (Galante y Foa, 1986; Kaduson, 2006)
Agresión	Terapia de juego grupal (Bay-Hinitz, Peterson y Quilitch, 1994; Dubow, Huesmann y Eron, 1987; Orlick, 1981)
Reacción de ajuste	Terapia de liberación (Brown, Curry y Tillnich, 1971; Burstein y Meichenbaum, 1979; Rae, Werchel y Sanner, 1989)
Negativista/desafiante	Terapia de interacción padres-hijos (Budd y Hella, 2011; Eyberg et al., 2001; Herschell, Calzada, Eyberg y McNeil, 2002)
TDAH	Terapia de juego grupal cognitivo-conductual (Kaduson y Finnerty, 1995; Hansen, Meissler y Ovens, 2000), terapia de juego centrada en el niño (Ray, Schollekorb y Tsai, 2007), terapia de interacción padres-hijos (Johnson, Hall y Prieto, 2000)
Abuso sexual	Terapia de juego específica para abuso (Corder, 2000; Finkelhot y Berliner, 1995), terapia de juego cognitivo-conductual (Springer y Misurell, 2012), terapia de juego integrativa focalizada en el trauma (Gil, 2012)
Trastorno de la conducta	Programa <i>Incredible Years</i> (Webster-Stratton y Reid, 2003, 2009)
Ansiedad	Terapia de juego cognitivo-conductual (Barrett, 1998; Barrett et al., 2001)
Trastorno obsesivo-compulsivo	Terapia de juego cognitivo-conductual (March y Mullen, 1995)
Obesidad	Terapia de juego grupal (White y Gauvin, 1999)
Problemas de relación con pares	Terapia de juego grupal (Nash y Schaefer, 2011; Schaefer, Jacobson y Ghahramanlou, 2000)
Trastorno de apego reactivo	Theraplay (Booth y Koller, 1998; Munns, 2009)
Enojo	Terapia cognitivo-conductual (Lochman, Fitzgerald y Whidby, 1999)

Autismo	Terapia de juego conductual (Rogers, 1991), grupo de juego integrado (Neufield y Wolfberg, 2010; Wolfberg y Schuler, 1993)
Enfermedad crónica	Terapia de juego filial/familiar (VanFleet, 2000)
Hijos de padres divorciados	Terapia de juego grupal (Pedro-Carroll, 2005; Pedro-Carroll y Cowen, 1985), terapia filial (Bratton, 1998)
Aflicción	Terapia de juego grupal (Netel-Gilman, Siegner y Gilman, 2000; Zambelli y DeRosa, 1992)
Familias sustitutas/adoptivas	Terapia de juego filial/familiar (VanFleet, 1994, 2006)

El equipo de trabajo compila una lista de las mejores prácticas a partir de una revisión de la investigación actual sobre los resultados. Ésta es una manera importante de ligar la práctica clínica con la investigación científica (Hayes y Gregg, 2001).

La División de Psicología Clínica de la *American Psychological Association* creó un equipo de trabajo especial cuyo propósito expreso era promover la difusión de tratamientos psicológicos validados con datos empíricos (Chambless, 1995). Al principio, el equipo de trabajo identificó y publicó 22 tratamientos de buena reputación para 21 diferentes síndromes. Esperamos que la *Association for Play Therapy* pronto creará un equipo de trabajo interdisciplinario para desarrollar y publicar una lista de consenso de las intervenciones de juego basadas en evidencias.

Papel del terapeuta

El terapeuta que desea practicar la terapia de juego prescriptivo debe conocer más de una teoría y técnica de la terapia de juego. Sería acertado que el terapeuta sea competente en al menos una forma directiva y otra no directiva de la terapia de juego, porque ambas serán necesarias para tratar una amplia variedad de problemas. Además, debido a que la terapia de juego prescriptiva es, en esencia, un enfoque centrado en la persona, el terapeuta siempre debe tratar de comprender y tratar a la persona detrás del trastorno.

El papel de terapeuta en el enfoque prescriptivo varía dependiendo del enfoque específico del juego elegido para cada cliente. Por ejemplo, el terapeuta debe ser directivo y estructurado cuando implemente una estrategia conductual o Theraplay, pero debe ser no directivo cuando siga la orientación centrada en el niño. El grado en que se proporciona apoyo, introspección o enseñanza depende del enfoque elegido. A veces, el terapeuta entrena a los padres del niño para ser compañeros en el tratamiento, pero este entrenamiento a padres está contraindicado en otros casos. Así, la terapia de juego prescriptiva es la más adecuada para terapeutas abiertos, flexibles y pragmáticos, así como hábiles para adaptar un protocolo de tratamiento a su estilo personal. Gil y Shaw (2009) presentaron un detallado caso para ilustrar la aplicación de la terapia de juego prescriptiva con un niño.

Desafíos

Se ha sugerido que una debilidad de la psicoterapia prescriptiva es su falta de inversión en la generación de teoría. De hecho, el principal interés del terapeuta prescriptivo no es desarrollar teorías, sino identificar los mecanismos del cambio que subyacen en la psicoterapia exitosa de todos los tipos y desarrollar una correspondencia prescriptiva entre los mecanismos del cambio y los determinantes subyacentes de un trastorno. En esencia, se trata de una metateoría que trasciende las teorías individuales del cambio terapéutico al mismo tiempo que utiliza las fuerzas curativas de múltiples teorías.

El primer desafío para el terapeuta prescriptivo es la necesidad de ser competente en más de una orientación terapéutica. El segundo desafío es la necesidad de un entrenamiento más amplio, que está implícito en este enfoque. Como parte de su entrenamiento de posgrado, el terapeuta prescriptivo, por lo general, recibe una enseñanza profunda y supervisión en una o dos escuelas importantes de la psicoterapia. Entonces, amplían poco a poco las áreas de sus competencias a través de la supervisión y la participación en talleres e institutos de educación continua. Con la convicción de que el aprendizaje es un proceso de toda la vida, el terapeuta prescriptivo adquiere poco a poco conocimiento profundo y habilidades en varias escuelas de la terapia de juego, como humanista, psicodinámica, cognitivo-conductual, así como las tres principales modalidades: terapia de juego individual, grupal y familiar.

Un tercer desafío del enfoque prescriptivo es que la flexibilidad puede degenerar en un desfile sin sentido de enfoques. De acuerdo con Hans Eysenck (1981), “el eclecticismo puede convertirse en poco menos que un revoltijo de teorías, una confusión de procedimientos y una mezcla de terapias” (p. 2).

Sin embargo, cuando el terapeuta sigue un procedimiento lógico y sistemático para lograr la correspondencia prescriptiva entre remedio y trastorno, esta crítica no se aplica.

CONCLUSIÓN

Este capítulo contiene un panorama general de las premisas básicas y las prácticas medulares del enfoque prescriptivo de la terapia de juego. En ésta, el terapeuta recurre a varios enfoques terapéuticos para tener a su disposición una amplia variedad de agentes de cambio. Luego, confecciona la intervención terapéutica de acuerdo con las necesidades del cliente utilizando cuatro fuentes de información: empírica, evidencia, experiencia clínica/conocimientos, preferencias/contexto del cliente y las causas probables del problema actual.

En la actualidad, la mayoría de los terapeutas de juego está adoptando cada vez más el enfoque prescriptivo en su práctica. Esto significa que hay pocos puristas, o tal vez ninguno, que se adhiera de manera estricta y dogmática a una sola orientación teórica (Kazdin, Siegel y Bass, 1990). Si el impresionante crecimiento y desarrollo que el campo de la terapia de juego experimentó en el siglo XX continúa a lo largo del siglo XXI, es muy probable que esto se deba al enfoque prescriptivo (transteórico, ecléctico, integrativo, informado por la evidencia), que cada vez es implementado con mayor frecuencia y amplitud por clínicos de todo el mundo.

■ REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist*. Burlington, VT: Queen City Printing.
- Barrett, L. F. (1998). Discrete emotions or dimensions? The role of valence focus and arousal focus. *Cognition & Emotion, 12*(4), 579–599.
- Barrett, L.F., Gross, J., Christensen, T.C. & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion, 15*(6), 713–724.
- Bay-Hinitz, A.K.; Peterson, R.F., & Quilitch, H.R. (1994). Cooperative games: A way to modify aggressive and cooperative behaviors in young children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*, 435–446.
- Benedict, H. E., & Mongoven, L. (1997) Thematic play therapy: An approach to treatment of attachment disorders in young children. En H. G. Kaduson, D. Cangelosi, & C. E. Schaefer (Eds.), *The playing cure: Individualized play therapy for specific childhood problems* (pp. 277–315). Northvale, NJ: Aronson.
- Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific 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. En J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training (2nd ed.)*. New York, NY: Wiley.
- Brabeck, M. M. & Welfel, E.R. (1985). Counseling theory: Understanding the trend toward eclecticism from a developmental perspective. *Journal of Counseling Development, 63*, 343–348.
- Bratton, S. C. (1998). Training parents to facilitate their child's adjustment to divorce using the filial/family play therapy approach. En 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., & Tillnich, E. (1971). How groups of children deal with common stress through play. En N. E. Curry & S. Arnaud (Eds.), *Play: The child strives toward self-realization*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Budd, K., & Hella, B. (2011). Delivering parent-child interaction therapy in an urban community clinic. *Cognitive & Behavioral Practice, 18*(4), 502–514.
- 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.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J., & Epstein, J. (1998). Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(4), 279–291.
- Corder, B. F. (2000). Using games and game play in group therapy with sexually abused children and adolescents. En 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.

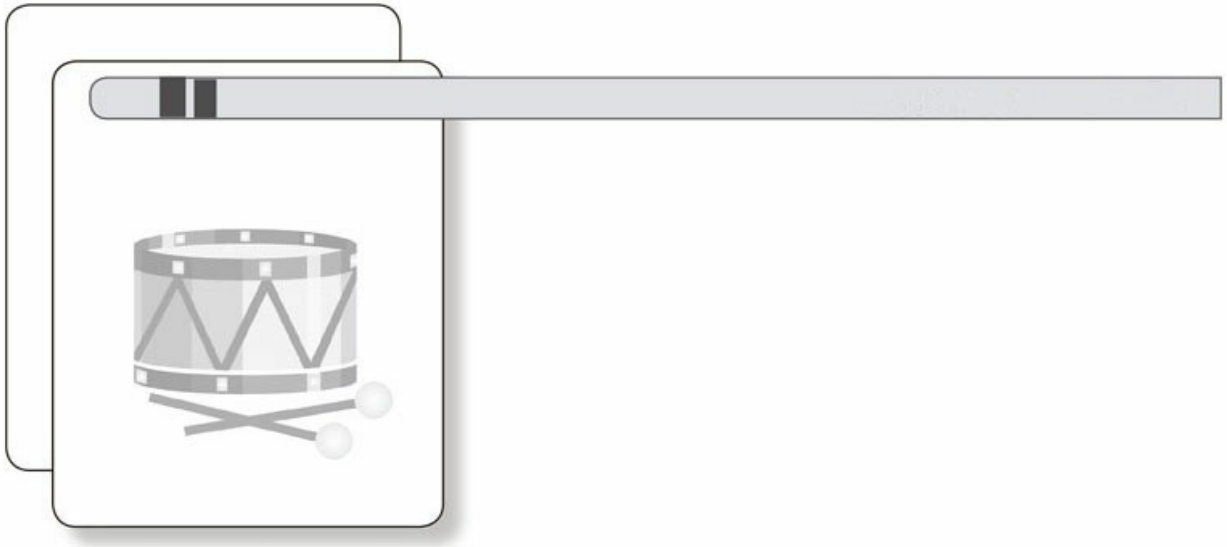
- Drewes, A. A., Bratton, S. C., & Schaefer, C. E. (2011). *Integrative play therapy*. Hoboken, NJ:Wiley.
- Dubow, E. J., Huesmann, L. R., & Eron, L. D. (1987). Mitigating aggression and promoting prosocial behavior in aggressive elementary school boys. *Behavior Research and Therapy*, *25*, 525–531.
- 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: 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.
- Fenichelhor, 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: 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.
- Garfinkle, J. (Ed.). (1912). *The eight chapters of Maimonides*. New York, NY: Columbia University Press.
- Gil, E. (2012). Trauma-focused integrated play therapy (TF-IPT). En P. Goodyear- Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment*. Hoboken, NJ:Wiley.
- Gil, E., & Shaw, J. (2009). Prescriptive play therapy. En K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy theory & practice* (2nd ed., pp. 451–488). Hoboken, NJ:Wiley.
- 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 reflections* (p. 12). 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.
- Haynes, R., Devereaux, P., & Guyatt, G. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence Based Medicine*, *7*, 36–38.
- Herschell, A., Calzada, E., Eyberg, S. M., & McNeil, C. (2002). Parent-child interaction therapy: New directions in research, *Cognitive & Behavioral Practice*, *9*(1), 9–16.
- Hunsley, J., & Rumstein-McKean, O. (1999). Improving psychotherapeutic services via a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, *55*, 507–517.
- Johnson, B., Hall, L., & Prieto, L. (2000). Parent-training through play: Parent-child interaction therapy with a hyperactive child. *The Family Journal*, *8*(2), 180–186.
- Kaduson, H. G. (2006). Release play therapy for children with post-traumatic stress disorder. En H. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- 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. E. (2008). Evidence-based treatment. *American Psychologist*, *63*(3), 146–159.
- Kazdin, A. E., 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 nonprescriptive 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. En H. Kaduson & C. E. 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. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143–189). New York, NY:Wiley.

- Lochman, J. E., Fitzgerald, D. R., & Whidby, J. M. (1999). Anger-management with aggressive children. En 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.
- Malhotra, S., Rajender, G., & Bhatia, M. (2012). Psychotherapeutic management of night-time fears. *Delhi Psychiatric Journal*, *15*(1), 228–229.
- March, J. S., & Mulle, K. (1995). Manualized cognitive-behavioral psycho-therapy for obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, *9*, 175–184.
- Maslow, A.H. (1966). *The Psychology of Science: A Reconnaissance*. New York: Harper & Row.
- 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. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York, NY: Basic Books.
- Munns, E. (Ed.). (2009). *Application of family and group therapy*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Nash, J. B., & Schaefer, C.E. (2011). Social skills play group for children with disruptive behavior disorders. En A. Drewes, B. Bratton, & C. E. Schaefer (Eds.), *Integrative play therapy* (pp. 95–104). Hoboken, NJ: Wiley.
- Netel-Gilman, E., Siegner, S., & Gilman, R. (2000). The use of the “goodbye game” with bereaved children. En C. E. Schaefer & S. E. Reid (Eds.), *Game play* (2nd ed., pp. 213–232). New York, NY: Wiley.
- Neufield, D., & Wolfberg, P. (2010). From novice to expert: Guiding children on the autism spectrum in integrated play groups. En C. E. Schaefer (Ed.), *Play therapy for preschool children* (pp. 277–289). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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. En 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.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology in Session*, *67*(2), 127–132.
- Orlick, T. (1981). Positive socialization via cooperative games. *Developmental Psychology*, *17*, 426–429.
- Parry, G. (2003). Clinical practice guidelines in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*(6), 337–351.
- Paul, G. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, *31*, 109–119.
- Pedro-Carroll, J. (2005). Fostering resiliency in the aftermath of divorce: The role of evidence-based programs for children. *Family Court Review*, *43*(1), 52–64.
- 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.
- Prendiville, E. (2014). Abreaction. En C. E. Schaefer & A. Drewes (Eds.), *The therapeutic powers of play* (2nd ed., pp. 83–98). Hoboken, NJ: Wiley.
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. En A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 403–440). New York, NY: Guilford Press.
- 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.

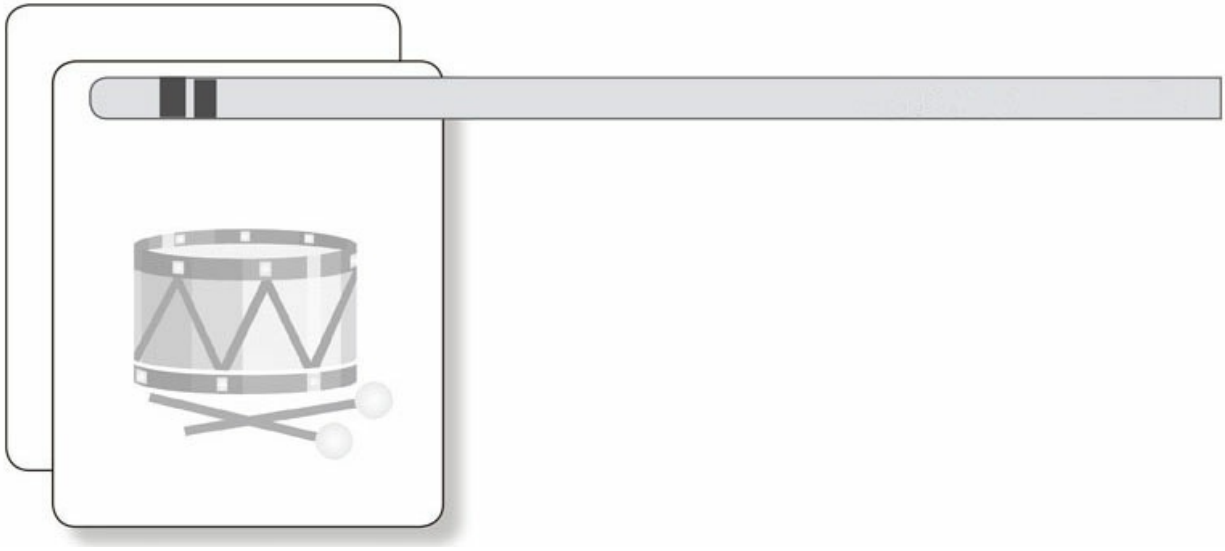
- Rae, W. A., Werchel, F., & Sanner, J. H. (1989). The psychosocial impact of play on hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology, 14*, 611–627.
- Ray, D., Schollekorb, A., & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy, 16*(2), 95–111.
- Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2005). *Empirically based play interventions for children*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C.E. (Eds.). (2014). *Empirically based play interventions for children* (2nd ed.). 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. (Ed.). (1993). *The therapeutic powers of play*. Northvale, NJ: Aronson.
- Schaefer, C. E. (2014). *Play observation of mother-child interaction style*. Unpublished manuscript.
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (Eds.) (2014). *The therapeutic powers of play* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schaefer, C.E. & Gilbert, J. (2012). What Play Therapists need to know about a child to develop an Individualized Treatment Plan. *Play therapy, 7*, 4, 10–12.
- Schaefer, C. E., Jacobson, A. E., & Ghahramanlou, M. (2000). Play group therapy for social skills deficits in children. En 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.
- Shepard, L. (2009). The use of emotive imagery and behavioral techniques for a 10-year-old boy's nocturnal fear of ghosts and zombies. *Clinical Case Studies, 8*(2), 99–112.
- Silverman, W. K. (1997). Using what works to help children manage stress and anxiety: An appeal for pragmatism. In *Session: Psychotherapy in Practice, 3*(1), 103–108.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psycho-therapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Springer, C., & Misurell, J. (2012). Game-based cognitive-behavioral therapy individual model for child sexual abuse. *International Journal of Play Therapy, 21*(4), 188–201.
- 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. En K. O'Connor & C. E. 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. En H. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children*. New York, NY: Wiley.
- Van Fleet, R. (2006). Short term play therapy for adoptive families. En H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short term play therapy for children* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- 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 child-centered play therapy and coaching skills to promote children's social and emotional competence and build positive relationships. En 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. En C. E. Schaefer (Ed.), *Short term psycho-therapy 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.

NOTA

¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.



Parte 3
Técnicas esenciales



Capítulo 11

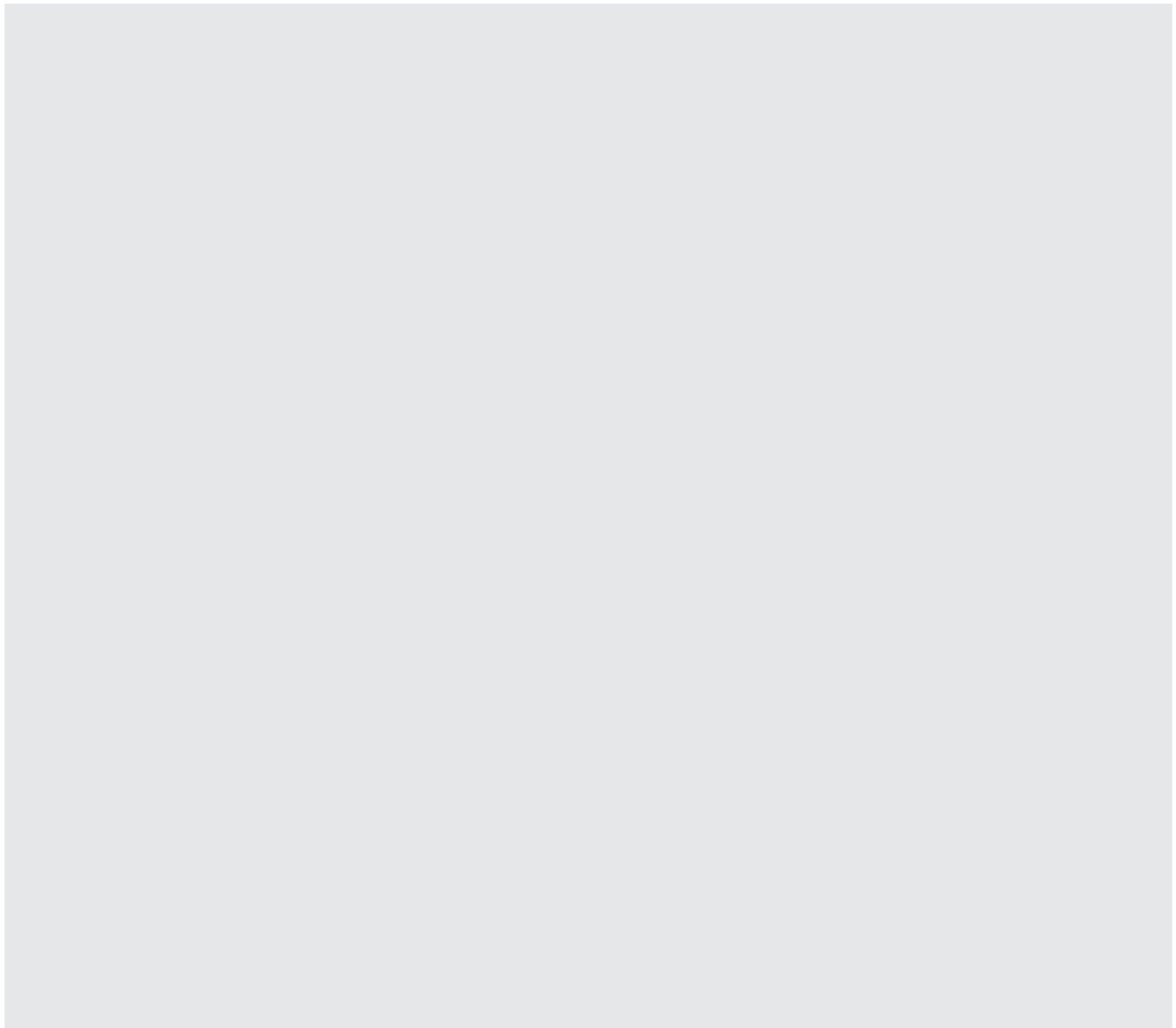
Terapia de juego con arena/arenero

Linda E. Homeyer

“Los niños piensan con las manos.”

–Margaret Lowenfeld

Una charola con arena, juguetes pequeños, objetos en miniatura y tal vez un poco de agua –¿quién se dio cuenta de que artículos tan sencillos serían tan poderosos en manos de aquellos que necesitan ser comprendidos, y de aquellos que buscan comprender? Estos artículos sencillos son la base de la terapia con arenero.



TEORÍA

Los componentes del arenero en el escenario terapéutico se utilizan con mucha frecuencia y con un gran número de clientes, en distintos contextos y para un amplio espectro de dificultades clínicas. Esta técnica se originó con Margaret Lowenfeld en la década de 1920. Lowenfeld (1979, 1993) quería encontrar una manera para que los niños expresaran su mundo interno emocional y psicológico de un modo adecuado en términos de desarrollo. Ella quería “ayudar a los niños a producir algo que tuviera valor por sí mismo y que fuera independiente de cualquier teoría en cuanto a su naturaleza” (Lowenfeld, 1979, p. 3). En vez de imponer una teoría o constructo externo al niño, ella buscaba aprender de él y comprender lo que experimentaba. En este sentido, Lowenfeld fue ateórica; su método del arenero, llamado técnica de los mundos, se desarrolló a partir de los mundos que construían los niños y que nutrieron su experiencia clínica. Afirmaba que los clínicos de otras teorías –freudianos, adlerianos o jungianos– encontrarían en la técnica de los mundos componentes y constructos que sustentarían su visión teórica. De acuerdo con Lowenfeld, esto ocurre no como “mero resultado del cumplimiento de deseos,” sino “porque con toda certeza estarán presentes ahí” (Lowenfeld, 197, p. 7). De hecho, esto es lo que hace tan valioso el trabajo de la terapia con arenero: los profesionales de la salud mental de todas las disciplinas y de todos los enfoques teóricos y clínicos pueden lograr buenos resultados utilizando esta técnica. Encontramos en los mundos de los clientes significados que se ajustan al modo en que conceptualizamos sus dificultades, del mismo modo en que los hacemos en la terapia verbal. La técnica de los mundos se sigue usando, sobre todo en el Reino Unido, y ahora se considera una faceta de la obra de Lowenfeld que se conoce como terapia de juego proyectiva (T. Woodcock, comunicación personal, 27 de febrero, 2013).

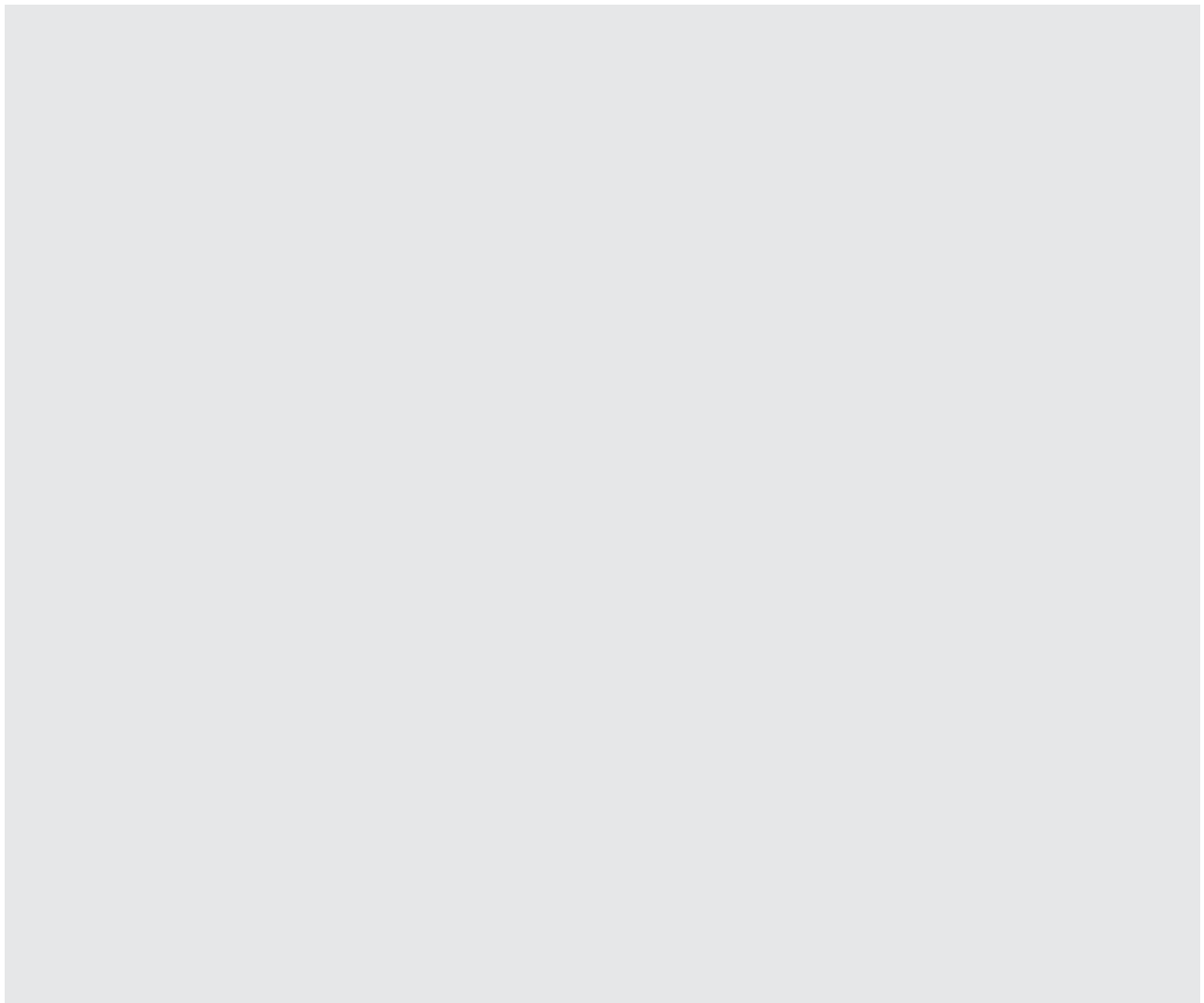
Dora Kalff (1971), quien se adhirió a la psicología analítica de Carl Jung, desarrolló el juego con arena después de estudiar un tiempo bajo la tutoría de Lowenfeld en la década de 1950 (Ryce-Menuhin, 1992). El juego con arena tiene muchos adeptos y ha sido la principal forma de la terapia de juego con arena en todo el mundo. En las siguientes cuatro décadas, el juego con arena fue la forma predominante de la terapia con arenero en la literatura profesional sobre el tema. Entre los autores actuales del juego con arena se encuentran John Allan (1988), Lois Carey (1999), Joel Ryce-Menuhin (1992), Barbara Turner (2005) y Estelle Weinrib (1983).

Para poner la obra de Lowenfeld y Kalff en el contexto del movimiento de la terapia de juego, en la misma época Anna Freud (1928) y Melanie Klein (1932) se ocupaban de desarrollar la terapia de juego psicoanalítica. Un par de décadas después, Virginia Axline (1947) desarrollaría lo que ahora se conoce como terapia de juego centrada en el niño.

A medida que los profesionales de la salud mental empezaron a utilizar la terapia con arenero desde una perspectiva no jungiana, se empezó a publicar una literatura profesional de más amplio alcance. Como ejemplos, se pueden citar a Violeta Oaklander, quien escribió sobre el uso del arenero en la terapia infantil con base en la teoría Gestalt (1978); la perspectiva adleriana de Terry Kottman (www.encouragementzone.com;

2011); el trabajo humanista de Steve Armstrong (2008); y el enfoque general de Barbara Labovitz-Boik y E. Anna Goodwin (2000), entre muchos otros. Linda Homeyer y Daniel Sweeney escribieron por primera vez acerca del enfoque transteórico de la terapia con arenero en 1998, publicaron una segunda edición en 2011. Ellos definen la terapia con arenero como “un modo expresivo y proyectivo de psicoterapia que implica el despliegue y procesamiento de asuntos intrapersonales e interpersonales a través del uso de materiales específicos del arenero como medio no verbal de comunicación, guiado por el cliente y facilitado por un terapeuta entrenado” (Homeyer y Sweeney, 2011, p. 4). Ellos sugieren que los profesionales de la salud mental deberían incorporar la terapia con arenero en sus enfoques y trabajen con clientes integrándola en sus procesos terapéuticos.

Para el propósito de este capítulo, a menos que se indique otra cosa, el término **terapia con arenero** se usará de manera genérica para hacer referencia al espectro entero de terapia de juego con arena/arenero, independientemente de la teoría a menos que el uso específico del nombre de un enfoque o teoría sea necesario para mantener la claridad y especificidad.



PROCEDIMIENTO

La terapia con arenero brinda al profesional de la salud mental una técnica expresiva y vivencial que se emplea de una manera deliberada y con cierto propósito para hacer avanzar la terapia. La teoría o enfoque de la consejería empleada por el profesional de la salud mental afectará de manera directa el cuándo, por qué y cómo del uso de la experiencia con el arenero. Para el terapeuta cognitivo-conductual, sería para ayudar al niño a practicar, utilizando miniaturas en el arenero, la manera de enfrentar las situaciones de acoso en la escuela. Para el terapeuta adleriano, sería para ayudar al cliente a comprender su lógica privada o para mostrar sus recuerdos tempranos. Sweeney, Minnix y Homeyer (2003) usaron la terapia con arenero para hacer un análisis de los estilos de vida. En la terapia familiar, se usaría para que el subsistema de los cuidadores comprendiera la perspectiva del subsistema de los hijos. Taylor (2009) describe el uso de la terapia con arenero en la terapia focalizada en las soluciones. Para el terapeuta transteórico o integrativo, significaría elegir alguna de las muchas aplicaciones, como las ya mencionadas u otras, de la terapia con arenero con base en la evaluación de las dificultades únicas de cada cliente.

Requisitos, entrenamiento y características del terapeuta

Un gran número de profesionales de la salud mental practica la terapia con arenero. En EUA, esto requiere contar al menos con un posgrado en el área de la salud mental, supervisión clínica y una licencia o certificación apropiada. También es necesario asistir a programas de educación continua para conservar la licencia o certificación.

En otros países puede haber requisitos similares o diferentes para ejercer profesiones en el área de la salud mental.

Todos los códigos éticos de las diversas disciplinas de la salud mental concuerdan en que el terapeuta no debe ejercer más allá del alcance de su entrenamiento. Por lo tanto, educación, entrenamiento y supervisión son esenciales para adquirir la competencia necesaria. La *Association for Play Therapy* (APT) de EUA establece requisitos específicos para ser un Terapeuta de Juego Registrado (RPT, por sus siglas en inglés). La APT considera a la terapia con arenero como parte del campo más amplio de la terapia de juego. Los profesionales de la salud mental que deciden añadir la terapia con arenero a su trabajo podrían emplear ese entrenamiento y supervisión específicos, identificado claramente dentro del movimiento de la terapia de juego, para cumplir parte de los requisitos para ser una RPT. Estos requisitos se pueden encontrar en www.a4pt.org. Organizaciones similares de otros países pueden tener sus propios estándares de afiliación.

En las universidades de EUA existen 177 programas que ofrecen cursos específicos de terapia de juego y terapia con arenero (APT, 2014). El trabajo en los cursos de posgrado

supone una experiencia didáctica y clínica sólida que cumple con los estándares del nivel universitario a través de un proceso curricular aprobado por las universidades. Además, en las universidades de EUA existen 22 centros de formación en terapia de juego aprobados por la APT (2014) que amplían la calidad de la enseñanza, entrenamiento y supervisión de la terapia de juego y la terapia con arenero.

Diversos terapeutas que trabajan con arenero ofrecen programas de certificación en el uso de métodos particulares de terapia con arenero. Estos programas proporcionan una experiencia secuencial, profunda y rigurosa. Por lo general, también tener supervisión es un requisito. Estos programas de entrenamiento pueden ser muy útiles para los profesionales de la salud mental que buscan una preparación profunda en un enfoque específico del trabajo con el arenero.

La asociación profesional de terapia con arenero, la *International Society for Sandplay Therapists* (ISST) tiene varias sucursales de nivel nacional y secciones estatales en EUA. ISST cuenta con niveles de practicante y de certificación (<http://www.isstsociety.com>). En cada nivel, se establecen requisitos específicos para el entrenamiento, la experiencia personal y la supervisión.

La *Association for Sandplay Therapy* (AST) es una nueva organización profesional (www.SandplayAssociation.com). Sigue los principios y enseñanzas de Dora Kalff. Tiene dos niveles de registro: Terapeuta de Juego con Arenero Registrado (STR, por sus siglas en inglés) y Terapeuta-Supervisor de Juego con Arenero Registrado (STR-S), y ambos deben cumplir con los requisitos de entrenamiento, experiencia personal y supervisión.

Aun cuando la afiliación no sea una meta, un requisito o un deseo, éstas y otras asociaciones profesionales nacionales e internacionales son fuentes de los mejores estándares viables de la práctica.

Características del cliente

Un valor primordial de la terapia con arenero es su aplicabilidad con una amplia variedad de clientes, que pueden ser niños, preadolescentes, adolescentes, adultos, diadas de cuidador-niño, parejas o familias. Se han empleado grupos de terapia con arenero a lo largo del ciclo vital desde niños hasta ancianos. Los escenarios en que se puede implementar incluyen consultorios privados, escuelas, organismos comunitarios, hospitales, casas-hogar para ancianos, empresas, centros de internamiento y centros de detención juvenil, entre otros.

Es necesario que el cliente cuente con habilidades de pensamiento abstracto para beneficiarse del procedimiento típico de la terapia con arenero: construir una escena en el arenero utilizando miniaturas y reflexionar sobre el significado de la escena a través de la discusión verbal con el terapeuta. Por lo general, esto requiere que el cliente tenga un nivel de desarrollo de al menos 12 años de edad. Lo niños más pequeños o los que presentan regresiones no pueden reflexionar sobre el significado de este modo y utilizan

la arcilla y los juguetes como en la terapia de juego tradicional en miniatura. Estos clientes pequeños o con regresiones juegan en la arena con los juguetes de una manera dramática, igual que lo harían en el cuarto de terapia de juego más tradicional.

No es realista en términos de desarrollo ni apropiado esperar que los niños pequeños, con retrasos en el desarrollo o con regresiones puedan crear escenas en el arenero y después sentarse a hablar sobre ellas. Dicho esto, los clientes pequeños pueden comunicarse en gran medida a través de sus interacciones con el arenero y los materiales. Por ejemplo, una niña de preescolar fue enviada con la consejera escolar por su conducta distraída en el salón de clases. La niña realizó un arenero con construcciones, vehículos, personas y animales colocados de manera caótica, todos revueltos. Varias cosas estaban encima de otras, algunas en la orilla del arenero. El segundo arenero creado pocos días después se veía casi igual. El nivel de caos preocupaba a la consejera escolar, pues sabía que esto reflejaba el mundo interno de la niña. Sólo después de consultar con la madre de la niña se reveló con plenitud el significado del arenero: los padres no le habían comunicado que era inminente una mudanza a otra ciudad. La niña había captado el mensaje de que su vida y su casa estaban a punto de cambiar, y no podía manejar los pensamientos de qué podría significar eso. Ella enfrentaba una nueva experiencia en su vida y no tenía puntos o información de referencia. Se distraía en el salón de clases preguntándose qué significaría mudarse y no podía manejar las emociones resultantes. La consejera escolar recomendó a los padres que informaran a la niña del próximo cambio de residencia y les sugirió maneras de reducir su ansiedad. El tercero y último arenero que realizó días después fue notablemente sencillo y organizado: una casa con un farol cerca, una cama de bebé un grupo de figuras de la familia. En la escuela, regresó a los niveles de atención de antes. Aunque esta niña no habló sobre los mundos que creó, se comunicó con claridad con los adultos de su alrededor, quienes tomaron las medidas necesarias para cubrir sus necesidades.

Indicaciones y contraindicaciones

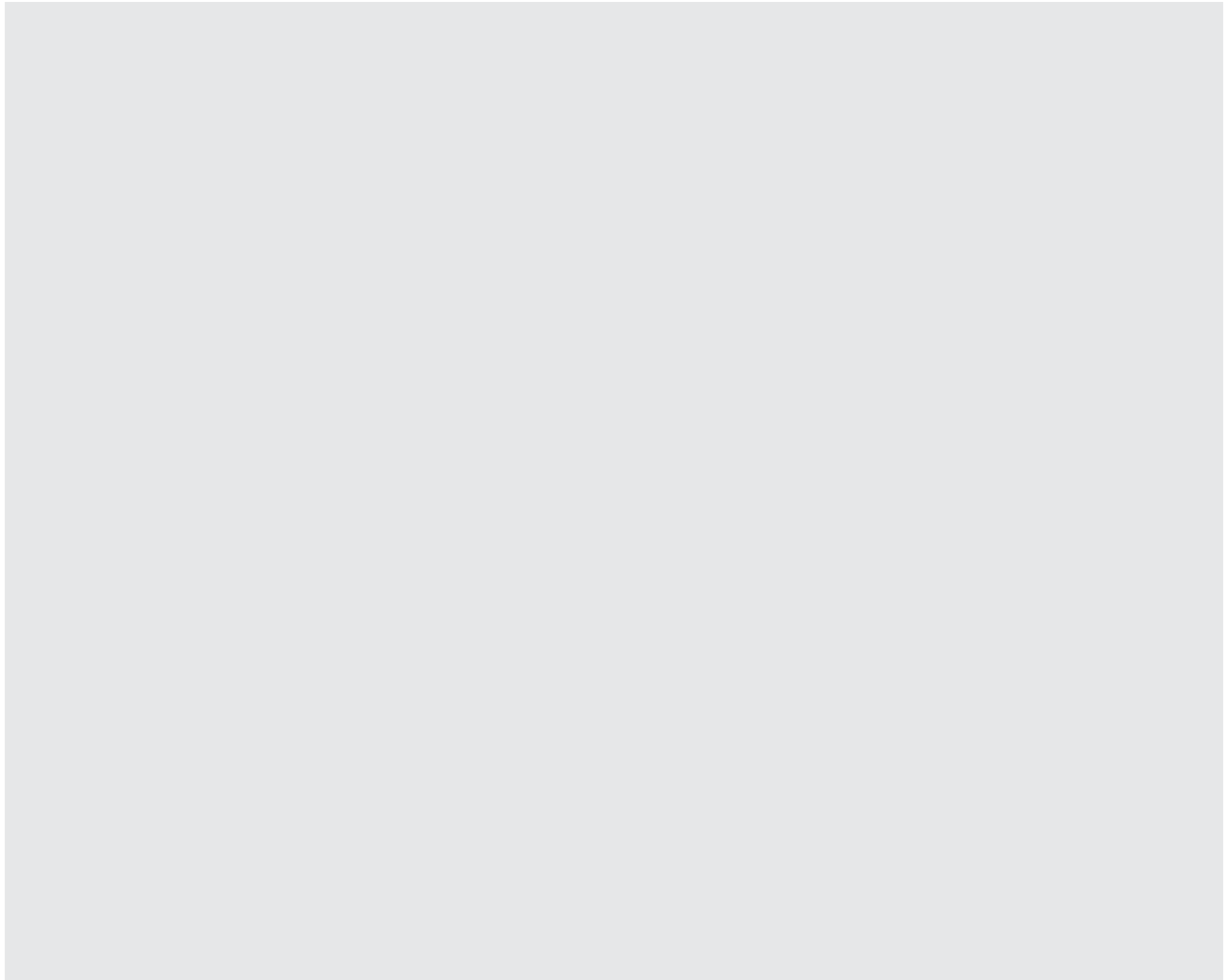
A algunos clientes les encanta trabajar en la arena, pero a otros no. Incluso Lowenfeld escribió sobre los niños que la adoran y los que no tanto (1979). Los terapeutas que utilizan con regularidad la terapia con arenero saben que esto es cierto. Algunos clientes planean de una sesión a otra qué construirán y llegan a sesiones subsiguientes con planes para el siguiente arenero. Otros pueden mirar por largo tiempo las miniaturas en los estantes, pero no logran terminar un arenero, porque se limitan y se censuran ellos mismos. Otros usan el movimiento de sus manos a través de la arena como una forma de reducir la ansiedad, de calmarse a través de la estimulación táctil o de cuidarse al mismo tiempo que hablan de sus creaciones en la arena.

En culturas donde la arena se considera “sucía” por naturaleza, a muchos clientes no les parece aceptable o placentero usar la arena. En estos casos, si se trata de promover

actividades vivenciales, se recomienda la selección de otras modalidades.

Muy pocos diagnósticos o sintomatologías excluyen el empleo de la terapia con arenero. La psicosis es una de esas excepciones. Si el tratamiento debe enfocarse en ayudar al cliente a mantenerse en contacto con la realidad, está contraindicada cualquier técnica vivencial que, por fuerza, requiera la fantasía o representaciones simbólicas. Turner (2005) escribe que los terapeutas con un entrenamiento especial y mucha experiencia pueden usar el arenero en las fases de reintegración que siguen después de los episodios psicóticos (2005, p. 82). Sin embargo, Turner recomienda que el terapeuta sea sumamente cuidadoso al usar el arenero con clientes que tienen psiques frágiles o que padecen psicosis.

Para algunos clientes con mucha ansiedad, la interacción táctil con la arena y las miniaturas puede resultar abrumadora, mientras que para otros puede resultar un medio expresivo relajante, expresivo y organizador en términos emocionales. En este punto, el entrenamiento, la experiencia clínica y la supervisión son esenciales. Al igual que las actividades vivenciales en el proceso terapéutico, la evaluación del terapeuta respecto de lo adecuado de este medio, la disposición del cliente y el objetivo terapéutico son cruciales para que el tratamiento sea exitoso y ético.



Se requiere cierta cantidad de material para ofrecer la experiencia del arenero a los clientes. Al menos, una charola con arena y una serie de miniaturas son indispensables. Esto ocupa lugar sin importar cualquier posible disposición del consultorio. Muchos terapeutas de juego tienen su arenero y su colección de miniaturas en un cuarto de juego tradicional. Esta organización, quizá, es tanto filosófica, como práctica. Algunos terapeutas, como los consejeros escolares, sólo pueden tener un cuarto para un arenero y una pequeña colección de miniaturas, pues no disponen de suficiente espacio para un cuarto de juego completo. Si trabajan en una escuela primaria o secundaria, de manera continua practican la terapia de juego en miniatura. Otros terapeutas pueden ofrecer terapia con arenero en casas hogar o en otro tipo de escenarios a donde el terapeuta se desplaza. Pueden viajar a las casas de los clientes con las miniaturas separadas en pequeñas cajas separadas por categorías, todas dentro de una maleta con ruedas, y pueden guardar una caja de plástico con tapa para la arena. Otra alternativa es tener un cuarto específico sólo para la terapia con arenero, con estantes llenos de una enorme colección de miniaturas cubriendo las paredes y varias opciones de arenero. El poder de la terapia con arenero se observa en que los clientes pueden trabajar con eficacia en cualquiera de estos escenarios.

Disposición del cuarto, juguetes y materiales de la terapia con arenero

El cuarto para la terapia con arenero tiene tres elementos primarios: una charola con arena, una colección de miniaturas y agua. El tamaño y la forma de la charola varían de acuerdo con el enfoque teórico. En la terapia de juego con arena, el tamaño estándar es de $72 \times 50 \times 8$ cm (Kalff, 2003; Turner, 2005). Como señaló Kalff, este tamaño “limita la imaginación del niño que juega y, así, actúa como un factor regulador y de protección” (2003, p. 8). Turner escribe que la forma rectangular en el juego con arena ofrece “un lugar en el que el arquetipo central del Sí-mismo se puede manifestar,” con lo cual indica que si la charola es cuadrada o redonda (configuraciones arquetípicas), “la atracción hacia una consciencia asentada en la realidad estaría ausente” (2005, p. 289). Otros enfoques pueden usar la típica charola rectangular de dimensiones iguales o similares, octogonal o redonda de distintos tamaños (Homeyer y Sweeney, 2011). Algunos terapeutas emplean charolas redondas más pequeñas que los clientes pueden poner en las esquinas de charolas rectangulares más grandes. Los consejeros escolares podrían utilizar los envases de la comida para llevar como charolas individuales pequeñas para los estudiantes durante las experiencias de orientación en el salón de clases; esto permite que todos los alumnos tengan su propio arenero para trabajar al mismo tiempo. Opciones semejantes se utilizan en las experiencias de entrenamiento en terapia con arenero. Sin importar el tamaño y la forma, la mayoría concuerda en que el interior de la charola debe

pintarse de azul para representar agua en el fondo y el horizonte a los lados (Homeyer y Sweeney, 2011; Turner, 2005).

Una botella con atomizador permite al terapeuta controlar la cantidad de agua usada durante la sesión, al tiempo que da libertad al cliente de usar tanta como le parezca necesario. Si el terapeuta emplea el arenero varias veces al día, entonces se debe ofrecer a cada cliente agua en pequeñas cantidades en la botella con atomizador. De este modo, se controla la posible saturación de la arena al final del día, y la mayoría de los areneros húmedos se secan durante la noche. Kalf y otros recomiendan disponer de dos areneros, uno seco y uno húmedo, para que los clientes tengan más flexibilidad al crear sus mundos (Turner, 2005).

Elegir miniaturas es una tarea agradable y muy importante para la mayoría de los terapeutas. Una vez que empieza el proceso de selección, con frecuencia es difícil contenerse. La clave es contar con cierta variedad de miniaturas en cada categoría. Homeyer y Sweeney (2011) formularon una lista de categorías; en ella, se recomienda tener varios artículos de cada categoría para desarrollar una colección equilibrada en cuanto a profundidad y amplitud.

- Místicas/espirituales: figuras religiosas, bolas de cristal, oro, cáliz, pirámide
- Fantasía: magos, pozo de los deseos, dragones, unicornios, dibujos animados, personajes de películas infantiles, cofres de tesoro
- Personas: grupos familiares, oficios y profesiones, diferentes etapas de la vida, personajes históricos, soldados, personas de distintas etnias y razas
- Animales: prehistóricos, salvajes/de zoológico, de granja/domésticos, aves, marinos, insectos
- Transportes: carros, camiones, helicópteros, aviones, motocicletas, camionetas cubiertas
- Construcciones: casas, escuelas, castillos, fortalezas, faros, iglesias/templos/mezquitas
- Vegetación: árboles (con y sin hojas), arbustos, cactus, flores
- Vallas/puertas/señales: barricadas, vías de tren, semáforos, conos para la carretera
- Objetos de la naturaleza: conchas marinas, piedras, fósiles, ramitas, zaras
- Objetos del paisaje: sol, luna, estrellas, cuevas, túneles, monumentos, puentes, buzones
- Objetos variados: artículos para el hogar, herramientas, armas, artículos médicos, botellas de alcohol
- Herramientas para suavizar y mover la arena: espátula, cepillo (pp. 21-24).

Para la terapia de juego con arena se recomiendan categorías similares, pero se incluyen figuras arquetípicas, elementos de la naturaleza (fuego, hielo, norias, molino de viento, entre otros), sombras y figuras relacionadas con la muerte (Turner, 2005). Aunque la mayoría de los terapeutas continúan haciendo más grandes sus colecciones a lo largo del tiempo, al inicio 300 figuras más o menos son suficientes para que el cliente haga su trabajo (Homeyer y Sweeney, 2011). Muchos terapeutas no pueden resistirse a seguir adquiriendo miniaturas al caminar en la playa, ven con detenimiento lo que hay en las

tiendas de regalos de los aeropuertos, en las tiendas de segunda mano y curiosoan lo que llevan los vendedores a los congresos. En todos lados hay opciones. Aunque los terapeutas disfrutan esto, debemos recordar que nuestra colección debe ser equilibrada para que no resulte abrumadora para los clientes.

Dependiendo del espacio terapéutico disponible, las miniaturas pueden ordenarse en estantes o guardarse en cajas. Para la mayoría de los clientes, es más fácil maniobrar cuando pueden localizar por ellos mismos lo que quieren usar en el arenero. Las miniaturas deben estar ordenadas por categorías en estantes distintos. Esto hace más fácil para el cliente encontrar lo que desea, y el terapeuta puede colocarlos en el mismo lugar cuando termina la sesión. Quienes necesitan tener sus materiales en un cuarto de usos múltiples pueden utilizar un armario con puertas de llave para que los objetos no estén a la vista y estén seguros. El armario podría tener cubos en los que se organicen las miniaturas por categoría. Para los que tienen aún menos espacio, o los que tienen que ir de un lugar a otro, las miniaturas se pueden guardar en cajas de plástico, cada una con una o dos categorías. Las cajas pueden llevarse en maletas con ruedas, para que sea más fácil transportarlas. Quienes van de un cuarto a otro dentro de las mismas instalaciones pueden llevar las cajas en un carrito, en el cual se puede adaptar un arenero en la parte de arriba. Muchas configuraciones son posibles, pero se recomienda que las miniaturas estén ordenadas de manera consistente para facilitar al cliente la selección.

El arenero puede colocarse en una mesa o ser parte de un carrito para facilitar el movimiento. Debe haber dos sillas para que el cliente y el terapeuta puedan sentarse para hablar sobre las creaciones del arenero. El arenero debe colocarse cerca de las miniaturas con espacio suficiente para que el cliente pueda moverse alrededor de él. El terapeuta se sienta cerca del arenero, pero no demasiado, para que pueda ser parte de la construcción psicológica del arenero sin ser entrometido ni estorbar en los movimientos del cliente (Homeyer y Sweeney, 2011).

Se puede utilizar un pincel para quitar el polvo de las miniaturas antes de devolverlos a los estantes o a donde se guarden. Esto es de especial utilidad cuando la arena húmeda se adhiere a ellas. Algunos terapeutas ponen las miniaturas en un colador o tamiz y lo sacuden para remover la arena. Mezclar porciones de arena mojada y seca después de una sesión puede dejar la arena apenas húmeda, de modo que se pueda utilizar con el siguiente cliente. Amontonar la arena en forma de volcán durante las noches es un buen método para que se seque si quedó demasiado mojada en el curso de las sesiones de un día. Es importante monitorear con atención la botella de agua.

También es útil disponer de un segundo arenero, sobre todo cuando se trabaja con niños pequeños. Una caja de plástico más honda ayuda a contener la arena que se sale durante la parte más activa del juego de los niños pequeños. También funciona como un arenero que puede contener mayor cantidad de agua para un cliente de cualquier edad.

Frecuencia y duración del tratamiento

La frecuencia del uso del arenero depende de las necesidades de los clientes, de los objetivos terapéuticos y del enfoque del terapeuta. Éste puede decidir usar el arenero de manera consistente en todas las sesiones, desde la entrevista inicial hasta la terminación. Otros lo usan de un modo más selectivo, cuando tienen un propósito particular, dentro de un plan general de tratamiento. No hay criterios para limitar su uso, siempre y cuando los objetivos terapéuticos se cumplan y el cliente siga involucrado en el proceso.

Homeyer y Sweeney (2011, p. 34-43) sugieren un protocolo de seis pasos:

1. *Preparación del cuarto:* el arenero se ubica cerca de las miniaturas con un espacio amplio para que el cliente camine alrededor de él con libertad. El terapeuta debe sentarse a un lado, pero lo suficientemente cerca para observar (e interactuar, si esto es consistente con su enfoque). Las miniaturas deben colocarse en el estante de manera apropiada. El terapeuta debe hacer una última revisión antes de que lleguen los clientes para estar seguro de que la arena no contiene ningún objeto enterrado y está relativamente suave, de modo que ofrezca un espacio neutral para que los clientes empiecen a trabajar.
2. *Introducción:* el terapeuta hace sugerencias directivas (“Muéstrame cómo es ser acosado”) o no directivas (“Construye una escena en la arena”). La sugerencia tiene una relación directa con el propósito del terapeuta al usar el arenero. La sugerencia debe ser clara y formularse de un modo apropiado para la edad del cliente. Los niños, y algunos adultos, funcionan de un modo muy concreto; en este caso, es mejor utilizar un enfoque directivo: “Elige tres cosas que son como los acosadores en tu vida” o “Elige tres cosas que representen tu temor.” Cuando lo ha hecho, el terapeuta dice, “Agrega más cosas para contar la historia.”
3. *El cliente crea la escena en el arenero:* mientras el cliente trabaja en la arena, la interacción depende de la manera en que trabaje el terapeuta. Algunos enfoques son muy interactivos durante la construcción de la escena, pero otros prefieren que el cliente termine la escena y después se discute y procesan las creaciones en el arenero. “Por favor, construye tu escena y avísame cuando hayas terminado; entonces hablaremos sobre ella.” Por lo general, esta instrucción es suficiente para establecer la estructura necesaria. La edad del cliente también puede influir en la manera en que se estructura la sesión. En el caso de niños pequeños, lo adecuado para su nivel de desarrollo es que el terapeuta los siga de manera verbal mientras juegan, como se hace en la terapia de juego más tradicional.
4. *Poscreación:* cuando el terapeuta prefiere esperar a que el cliente termine la escena en la arena, se toma un momento para observarla desde la perspectiva del cliente. Si es posible, el cliente y el terapeuta se sientan del mismo lado del arenero desde donde el cliente construyó la escena, y se toman un momento para estar frente al arenero y pensar con detenimiento en su significado. Badenoch (2008) y Kestly (2014) recomiendan al terapeuta tomarse tiempo para ayudar al cliente a tender un puente entre su trabajo creativo, simbólico y emocional del hemisferio cerebral derecho y el

trabajo lógico, secuencial y verbal del hemisferio cerebral izquierdo. Entonces, el terapeuta escucha al cliente desplegar la historia y el significado del arenero haciendo preguntas ingeniosas e inquisitivas.

El arenero puede cambiar en este paso. El cliente puede decidir agregar, mover o cambiar los símbolos a medida que habla sobre la escena. El terapeuta le puede pedir que elija otro símbolo y que lo agregue al arenero, por ejemplo, si el cliente habla sobre un concepto importante evocado por el arenero, pero que no está presente en él.

En otras ocasiones, el terapeuta podría ver un momento oportuno para llevar la discusión del contenido del arenero y al cliente a un nivel más profundo, y solicitar un cambio o una nueva escena. Esto puede ofrecer una manera dinámica y poderosa para trabajar con el cliente.

5. *Limpieza del arenero*: en este paso hay dos posibilidades. Algunos terapeutas solicitan al cliente que limpie el arenero. Por ejemplo, los Adlerianos suelen pedir al cliente que saque las miniaturas y las regrese a los estantes. Esto es parte de una relación equitativa y del desarrollo del interés social. Otros, como los Jungianos/juego con arena, prefieren dejar la escena del arenero intacta para honrar el trabajo y para que el cliente se vaya con la escena aún intacta a nivel psicológico. Esto permite que el cliente conserve en la mente una imagen visual y que, a menudo, en la siguiente sesión siga hablando de ella lo que pensó en intervalo entre las sesiones.

6. *Documentar la sesión*: como todas las sesiones terapéuticas, las notas clínicas para documentar su contenido son un requisito ético y legal. La mayor parte de los terapeutas prefieren fotografiar desde arriba la escena terminada. A otros les gusta tomar otra foto desde la perspectiva del cliente, quizá, incluso tomada por éste. Muchos niños quieren conservar la foto de su escena. Los teléfonos celulares ofrecen un medio fácil para documentar esta forma visual de la terapia. El terapeuta debe mantener la seguridad y confidencialidad de las fotos del teléfono celular. El resto de las notas de la sesión debe ajustarse a otros formatos usados por el terapeuta: temas, símbolos o metáforas clave o repetitivas y significado del arenero para el cliente, entre otros rubros.

ETAPAS Y ESTRATEGIAS DEL TRATAMIENTO

La flexibilidad de la terapia con arenero ofrece a los profesionales de la salud mental una gran diversidad de aplicaciones. Como mencionamos antes, los objetivos terapéuticos son factores decisivos para elegir cuándo y cómo usar la terapia con arenero con el cliente. Esto influye en el plan de tratamiento inicial. La terapia con arenero puede cubrir algunas de las metas originales del tratamiento, por lo que se puede incluir en el plan inicial, por ejemplo, como técnica para construir relaciones. Esto sería útil con clientes que no van por su propia voluntad, como algunos adolescentes y personas que asisten por mandato judicial; también serviría para los clientes que han recibido información excesiva sobre sus problemas, sienten vergüenza al respecto o sólo tienen dificultades para expresarse de manera verbal. Por ejemplo, una consejera escolar de nivel bachillerato empleaba la terapia con arenero en las tres escuelas que tenía asignadas. Todos sus clientes estaban en libertad condicional. Ella encontró que el arenero era un medio muy eficaz, porque estos adolescentes se mostraban recelosos para conectar o hablar con una figura de autoridad, incluso una consejera escolar. Ella descubrió que era crucial que nadie más supiera que ellos jugaban con juguetes. (También encontró que necesitaba más carros de policía y policías de los que normalmente utilizaba.) Era absolutamente indispensable que el espacio de trabajo fuera confidencial para protegerlo de intromisiones inesperadas, que por desgracia suelen ser demasiado comunes en contextos escolares.

Los planes de tratamiento pueden cambiar a medida que la dinámica de los clientes y las necesidades clínicas se despliegan en el proceso terapéutico. La terapia con arenero ofrece un cambio estratégico en su modalidad de intervención. Ha constituido un cambio útil de ritmo después de muchas sesiones en las que los clientes sólo hablan. Es un método por medio del cual el cliente puede profundizar en lo que aún no ha sido accesible en la interacción verbal o explicarlo mejor. También es útil la experiencia con el arenero para aquellos que han participado por largo tiempo en la consejería, pues se beneficiarían de trabajar de una manera diferente y nueva. Es de especial utilidad para quienes ya han aprendido la jerga de la terapia y, en apariencia, están trabajando, pero en realidad se desvían o se resisten. Algunos clientes adultos acceden a un nivel más profundo de su dolor emocional y angustia mediante las técnicas y actividades vivenciales como el arenero.

Los clientes que no acuden por su propia voluntad, sobre todo los adolescentes, quienes con frecuencia pierden contacto con el lenguaje de las emociones, encuentran un nuevo modo de comunicarse. La terapia con arenero es muy eficaz en momentos estratégicos como estos y otros en el curso de un tratamiento.

Terapia con arenero para diadas padre-hijo

Cuando un niño es atendido por medio de la terapia de juego tradicional, con frecuencia la inclusión del cuidador para que trabaje junto con el niño en un arenero de tamaño estándar ofrece información importante y facilita el proceso. Se puede usar para evaluar nuevas habilidades que se enseñaron a los padres en consultas previas, o los progresos en la interacción y comunicación. Por ejemplo, Janie, una niña de 10 años de edad con un retraso en el desarrollo social que fue criada por la abuela, fue atendida en el cuarto de terapia de juego. Janie trabajaba sobre cuestiones relacionadas con un enojo, cuyo origen se relacionaba con el dolor que le causó la muerte de su abuelastro (su figura paterna) y en otras alteraciones sumamente estresantes de la familia. Grace, su abuela, tenía sus propias dificultades por la muerte de su esposo, la pérdida de su trabajo, que ocurrió pocos días después, y las mismas situaciones familiares. Grace tenía problemas para establecer y mantener los límites y las consecuencias apropiadas. Trabajar con Janie dentro de los límites naturales del arenero parecía la oportunidad para que Grace revisara esas dificultades en una experiencia aquí-y-ahora en presencia de la terapeuta, quien observó cómo se desplegaban las situaciones y, por lo tanto, pudo comprender de una manera más completa lo que estaba ocurriendo.

La terapeuta trazó una línea de separación en la arena con la mano para designar un espacio equitativo para cada una. La meta era ofrecerles un espacio demarcado si es que querían una separación, pero cuya frontera se podía “borrar” con facilidad si decidían construir una escena compartida más grande. La indicación fue sólo “construir una escena en la arena que representara su mundo;” eso era suficiente para abrir las puertas a la creatividad individual, pero se enfocaba específicamente en ellas. Ambas trabajaron del mismo lado del arenero y empezaron a tomar miniaturas de los estantes. Grace eligió una casa y la colocó en la esquina más cercana a ella con el frente hacia el interior del arenero. Agregó un poco de vegetación, luego un solo tramo de cerca frente a la casa. Janie empezó a ocupar el espacio más cercano a ella con animales: leones, tigres, jirafas, gorilas y cebras, entre otros. A medida que colocaba las miniaturas, se dio cuenta de que su abuela ponía el tramo de cerca junto a su casa. De inmediato, Janie puso cercas a lo largo de todo el lado de su espacio para separarlo del de su abuela. Al hacerlo, se extendió más allá de la parte que le correspondía, de modo que se quedó con dos terceras partes del arenero. Grace se dio cuenta, pero no dijo nada. Era claro que Janie ocupó más de la mitad del espacio de su mundo compartido y se sentía con la libertad de mover los límites a su conveniencia.

Conforme siguió la sesión, Grace puso una jirafa al otro lado de la cerca que estaba enfrente de la casa. Parecía que se estaba uniendo al amor de Janie por los animales y, en general, compartiendo intereses similares. (Algunas semanas antes, pasaron el día de Navidad en el zoológico, en lugar de pasarlo en casa, que se sentía muy vacía debido a la muerte del esposo/abuelo). Poco después, Janie cambió una de las jirafas que había puesto de su lado por la de Grace. Al parecer, Janie sabía que podía tomar cualquier cosa que quisiera de su abuela, pero esta vez le dio algo a cambio, aunque la abuela no lo hubiera pedido. Janie controló el intercambio sin avisar, pedir permiso ni decir nada. Sin hacer comentarios, Grace terminó su mundo con más elementos del paisaje. Janie

también parecía haber terminado, pero, en el arreglo final de las miniaturas, desplazó la cerca que separaba su parte de la de su abuela acercándola más a la casa de su abuela. Janie no sólo quería más espacio, sino que también estaba invadiendo el espacio de su abuela sin pedirlo ni hacer ninguna negociación. Grace permaneció en silencio mientras veía como se hacía más pequeño su espacio, sin tratar de establecer un límite para evitarlo ni pedir a Janie que moviera la cerca más atrás. Janie tampoco cambió su conducta de reajustar los límites establecidos por las cercas.

Más tarde, hablando sólo con la abuela, la terapeuta señaló la conducta de Janie de apropiarse de más y más espacio. Grace seguía observando la escena del arenero y, al fin, murmuró, “Ella me quita todo mi espacio... y mi tiempo... y mi energía. Es como si me quedara sin espacio para respirar.” Después de esta sesión, Grace lucía con renovada energía y había internalizado más poder para trabajar en nuevas técnicas para, en su papel de cuidadora, establecer límites a la conducta de Janie antes de que se intensificara. Con una serie de límites establecidos por la terapeuta con Janie en las sesiones de terapia de juego, el progreso general empezó a agilizarse y las interacciones en casa se estabilizaron de una manera más sana. También empezaron a asistir a un centro local que ofrece servicios a personas que han sufrido pérdidas importantes; contaba con grupos separados de niños y adultos. Esto las ayudó a reconocer una frente a la otra su dolor de una manera más abierta, mientras continuaban en los procesos grupales recibiendo apoyo.

Sesiones familiares y grupales de terapia con arenero

Hay distintas maneras de poner en práctica sesiones grupales o familiares. La primera es que cada miembro de la familia o integrante del grupo trabaje en su propio arenero. La otra, que tal vez es mejor utilizar después de haber trabajado de la primera manera, es que en conjunto todos trabajen en un gran arenero. Se puede mandar a hacer un arenero grande para el trabajo en grupo. Sin embargo, un modo fácil de tener un arenero grande movable y desarmable es usar cuatro piezas de madera de $90 \times 5 \times 10$ cm para ponerlas a los lados; con unos ángulos que se consiguen en tiendas de herramientas para el hogar se fijan las piezas de madera para que se mantengan unidas; se coloca un lienzo azul del que usan los pintores para cubrir el interior. Entonces, sólo se tiene que vaciar la arena. Esto se puede hacer en poco tiempo y es fácil de desarmar para guardarlo bajo el sofá, en un armario o en algún otro lugar. Con esto obtenemos un área de 8 metros cuadrados para trabajar con familias y grupos. Si se trabaja con muchas personas, será necesario hacer más grande la colección de miniaturas, pero no mucho. La manera en que el grupo o la familia se comportan disponiendo de recursos limitados puede dar información al terapeuta y ser útiles para desarrollar las habilidades que requieren los participantes.

En las sesiones familiares, el terapeuta puede pedir a una familia demasiado indiferenciada que trabaje en areneros separados para aprender a tener pensamientos y

acciones separados. Los areneros individuales también son útiles para familias fragmentadas que requieren tiempo para relacionarse entre sí otra vez. La decisión de utilizar un arenero grande depende de la comprensión clínica del proceso y las necesidades de los clientes. Algunas veces se empieza a trabajar con el arenero grande delimitando el área que le corresponde a cada miembro de la familia. En otras ocasiones es más terapéutico trabajar sin estos límites trazados de manera artificial. Tratándose de parejas se puede trabajar de este mismo modo, es decir, que cada uno empiece con su propio arenero. Después, los dos individuos pueden construir juntos un arenero de tamaño regular. Higgins-Klein (2013) presenta un ejemplo integral de cómo se usa la terapia con arenero en su modelo de la terapia de juego familiar basada en la consideración. Carey (1999) y Gil (1994) también ofrecen muchos ejemplos del trabajo con niños y familias empleando la terapia con arenero. Estos y otros autores amplían el uso de los areneros en la terapia familiar desde diversas perspectivas.

Kestly (2001, 2010) escribe sobre los grupos de amigos en las escuelas. Éste es un formato eficaz para trabajar con niños en contextos grupales. Permite que el proceso y la dinámica grupales operen con eficacia al mismo tiempo que los niños utilizan formas predominantemente no verbales para expresarse. Después de un periodo suficiente para que los niños trabajen de manera individual en sus areneros, se brinda tiempo para que cada uno comparta la historia de su arenero. Esto promueve la confianza en sí mismos, un sentido de pertenencia y un espacio terapéutico para trabajar sus dificultades. Más adelante en este capítulo, se describen dos proyectos de investigación que utilizan, en parte, el formato grupal de Kestly.

Los formatos grupales también se usan con grupos de trabajo, de apoyo, de supervisión y de profesores, entre otros. Por ejemplo, se usó un arenero muy grande, de 3×1 m, en un evento de entrenamiento en terapia con arenero que duró todo el día. La creación que se desarrolló en el curso del día no sólo infundió un sentido lúdico, creativo y de pertenencia en el entrenamiento, sino que también dio por resultado muchas hipótesis acerca de la creación final.

Genogramas de juego

Los genogramas de juego, promovidos y enseñados por Gil (2003), son una forma interesante y útil de aprovechar las miniaturas fuera del arenero. El cliente empieza dibujando su genograma en un pliego de papel (45×60 cm es un buen tamaño). Después, el cliente elige una miniatura que simbolice a cada miembro de su familia y lo coloca en el lugar correspondiente en el genograma. La discusión posterior puede revelar mucho acerca de la percepción que tiene de sí mismo y del resto de su sistema familiar. Si el tiempo lo permite, se puede pedir al cliente que agregue miniaturas que reflejen las relaciones que hay entre los miembros de su familia. Se pueden utilizar figuras interesantes: cadenas, monedas/dinero, puentes, espadas y piedras “mágicas”, entre otras

cosas. Este proceso ofrece al terapeuta una gran cantidad de información sobre la familia, la perspectiva que el cliente tiene de ella y el nivel de conocimiento que tiene de asuntos multigeneracionales. Los genogramas de juego se usan con individuos que trabajan dificultades cuyo origen está en la familia, con parejas que acuden a consejería prematrimonial y grupos de hermanos, entre otras posibilidades.

Genograma de prácticas parentales

El mismo proceso de los genogramas de juego se puede emplear para elaborar un genograma de prácticas parentales. Para ello, el cliente utiliza miniaturas como símbolos del modo en que actúa como padre o madre y en el que actuaron sus propios padres con él. También se puede emplear enfocándose en el impacto multigeneracional de las prácticas parentales, lo que funcionó y lo que no funcionó, así como los cambios que tal vez sean necesarios. Explorar las prácticas parentales de dos o tres generaciones también puede revelar los secretos familiares y ayuda a que los clientes se den cuenta de cuán difícil puede ser cambiar los métodos y estilos parentales.

Importancia del tiempo

Con frecuencia, cuando el cliente entra al cuarto, podemos preguntar de manera casual, “¿Cómo estuvo tu día?” o alguna otra pregunta inocua para tender un puente entre la realidad externa y el contexto clínico. Otra forma de hacerlo, al mismo tiempo que se ayuda al cliente a enfocarse en los objetivos terapéuticos, es enfocándose en la experiencia. Se proporcionan al cliente algunos marcadores y una cartulina o papel para dibujar (30 × 60 cm es un buen tamaño). Después, se pide al cliente que tome una miniatura en la que tenga un interés especial en ese momento, la coloque en cualquier lugar sobre el papel y dibuje un ambiente para que viva ahí. Esto ofrece al cliente la oportunidad de no tener que empezar de inmediato a hablar y de activar su hemisferio cerebral izquierdo brindándole un medio no verbal creativo, en el que pueda sentirse más entusiasmado. Este ejercicio parece funcionar tanto con clientes que siempre van de prisa y necesitan bajar su velocidad física y mental, como con estudiantes después de (o en) la escuela que pueden sentirse desconectados. Le brinda al cliente un espacio físico, emocional y psicológico para adentrarse en el proceso terapéutico.

CONSIDERACIONES NEUROBIOLÓGICAS

Las implicaciones de la neuropsicología son esenciales para comprender la eficacia de la terapia con arenero. En vista de la cada vez mayor cantidad de investigaciones y de sus aplicaciones en el campo de la salud mental (Badenoch, 2008; Gaskill y Perry, 2013; Perry, 2006; Perry y Pate, 1994; Siegel, 1999; van der Kolk, 2006), es indispensable mantenerse informado en esta área. Badenoch (2008) explica los procesos neuropsicológicos implicados en la interacción del cliente con la arena y las miniaturas. Tocar la arena y las miniaturas activa el cerebro inferior. El sistema límbico recibe la información del tronco cerebral e identifica una reacción emocional a la arena, y envía el mensaje al neocórtex, el cual decide el significado que le asigna y la integra (van der Kolk, 2006, p. 279).

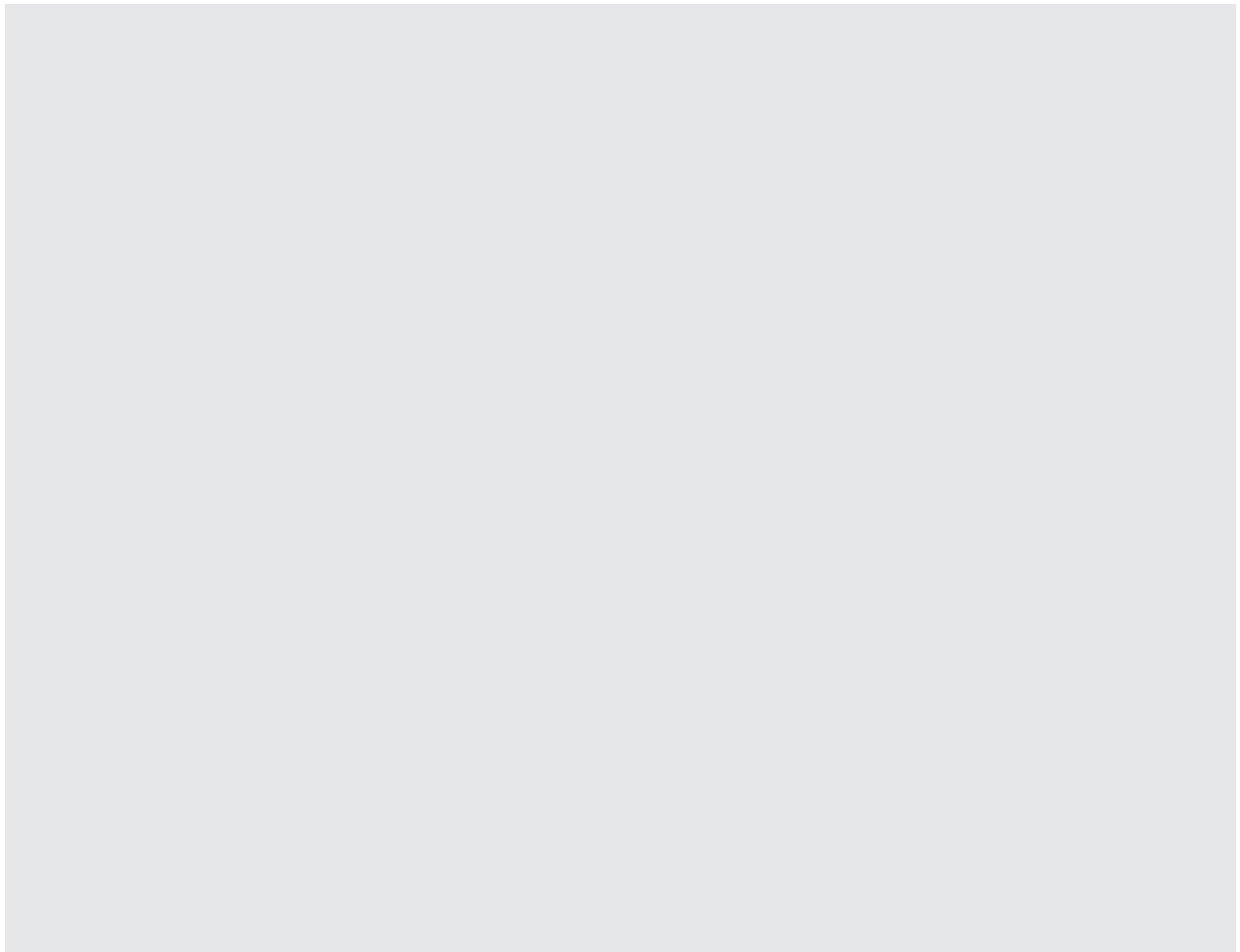
Los clientes con ansiedad pueden pasar largos periodos moviendo las manos entre la arena, dejándola caer entre los dedos o enterrando las manos en ella. Si el sistema límbico encuentra agradable y tranquilizante esta experiencia táctil, la amígdala se calma (Siegel, 1999).

Por ejemplo, un cliente de 9 años de edad, enviado a terapia por problemas de ansiedad, trabajaba bien en el arenero y hablaba, en esencia, acerca de sus escenas. Durante toda la sesión, mientras construía y hablaba, movía con regularidad las manos entre la arena. A veces, la mueve de un lado al otro del arenero, o cubre y descubre sus manos. Con frecuencia, esto basta para reducir la ansiedad del cliente a un nivel en el que es posible el procesamiento verbal, secuencial, lógico del hemisferio cerebral izquierdo. En casos más graves, como sabemos gracias a las neurociencias, el área de Broca, que controla la producción del lenguaje, puede desactivarse debido a un flujo excesivo de sangre (como ocurre ante los recuerdos de experiencias traumáticas, por ejemplo) y se cancela la capacidad de hablar (van der Kolk, 2006).

En muchos casos, el trauma tiene su origen en experiencias tempranas de negligencia, privaciones y, o abuso. Se almacena como recuerdos implícitos en la parte inferior del hemisferio derecho junto con sus componentes sensoriales (Siegel, 1999). Steele y Raider (2001) afirman que “antes de que el recuerdo traumático se pueda codificar, expresar mediante en lenguaje e integrarse de manera satisfactoria, debe ser recuperado y externalizado implícitamente en sus formas simbólicas sensoriales (icónicas)” (p. 3). La terapia con arenero constituye la intervención terapéutica que permite al cliente externalizar y comunicar tales recuerdos implícitos. La gran variedad de miniaturas que el cliente usa para construir una escena en la arena promueve el surgimiento de tales representaciones simbólicas y metafóricas. “Arraigada en el cuerpo, el juego con arena se despliega a través de la región límbica y la corteza, y se extiende por los dos hemisferios a medida que lo simbólico se despliega en forma de palabras” (Badenoch, 2008, p. 220). Badenoch indica que procesar la creación en el arenero “en una conversación verbal... estimula la integración bilateral... [y así] desarrolla la experiencia regulatoria” (2008, p. 227). Las memorias implícitas se transforman en creaciones explícitas en la arena, y se pueden procesar y comprender verbal y cognitivamente. La imagen que resulta se vuelve

a almacenar y a contextualizar en el hemisferio derecho. Esto es lo que Kestly (2014) y McGilchrist (2009, 2010) denominan experiencia cerebral derecha-izquierda-derecha, y discuten en sus obras. McGilchrist articula este movimiento derecha-izquierda-derecha como “algo que surge del mundo del hemisferio derecho, se procesa en el nivel intermedio del hemisferio izquierdo y regresa al nivel superior del hemisferio derecho.” (2009, p. 126)

Por medio de la investigación en neuropsicología y neuroimágenes, van der Kolk (2006) informa que los clientes que han tenido experiencias traumáticas tienen problemas “con la atención y la memoria de trabajo, que impide tener un desempeño adecuado manteniendo la concentración y, por lo tanto, el interés en la actividad presente” (p. 280). Las actividades vivenciales, como el trabajo con arenero, ayudan a brindar una imagen visual creada por el cliente y a disponer de una idea o metáfora estables que se puede discutir a un ritmo que tome en cuenta las necesidades y capacidades del cliente. Las creaciones en el arenero, como el juego o el arte creado por el cliente, son una forma externalizada del contenido, lo cual permite al cliente distanciarse lo necesario y obtener algo abstracto a partir de lo concreto. De este modo, el cliente procesa las experiencias traumáticas mediante la terapia con arenero; por ello, el terapeuta puede usar la terapia con arenero como una intervención bien fundamentada para el trauma.



INVESTIGACIÓN

Estar consciente de la eficacia de cualquier tratamiento en salud mental es importante. Ayuda al terapeuta a elegir el tratamiento que tendrá los mejores resultados para el cliente. La investigación sobre los resultados de la terapia con arena es sumamente limitada. Aunque hay una gran cantidad de estudios de caso publicados, artículos teóricos y literatura sobre la práctica clínica en general, todavía son muy pocos los estudios bien diseñados sobre los resultados o la eficacia.

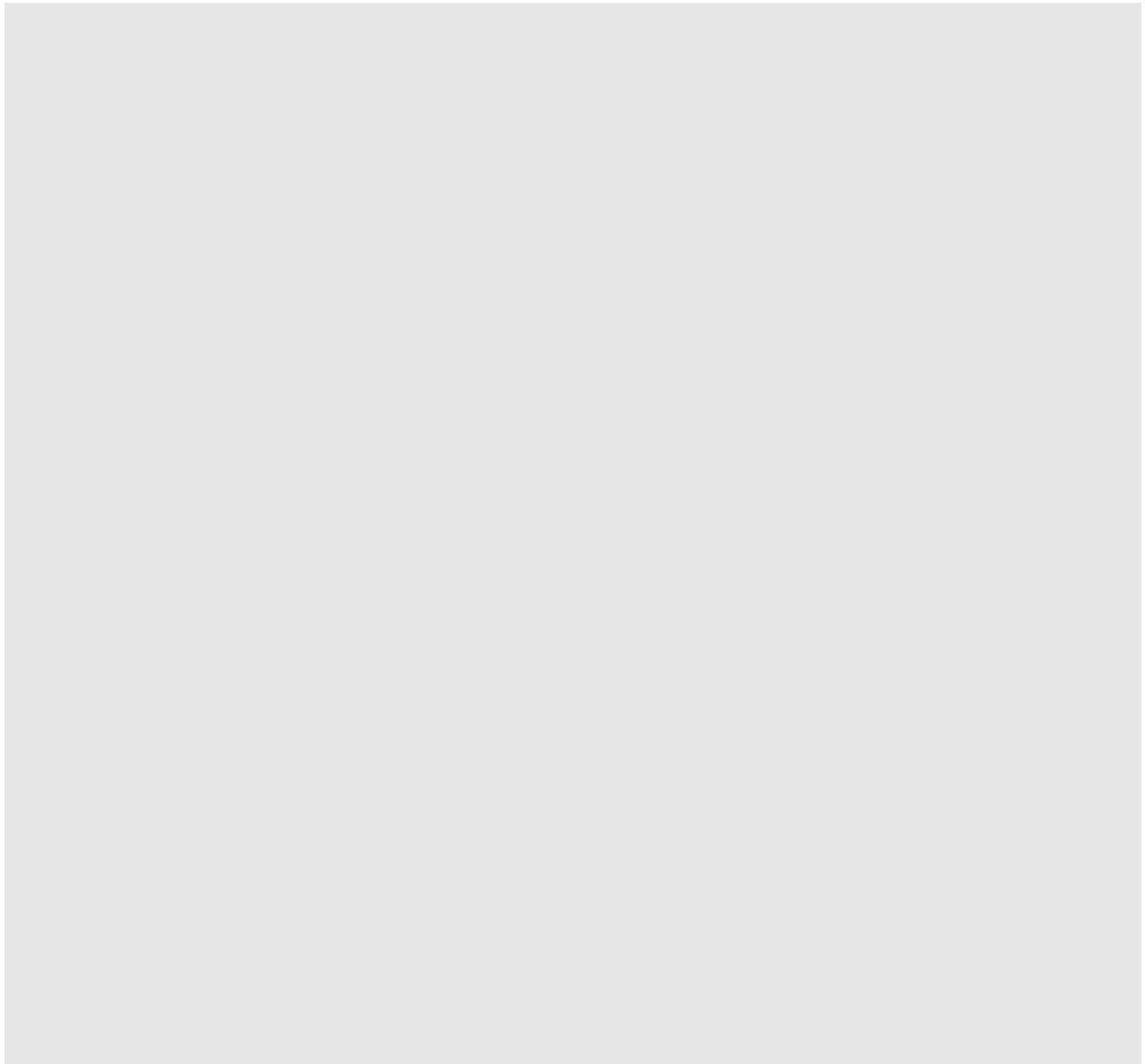
Como técnica, la terapia con arenero se ajusta con facilidad a otras teorías de la consejería que cuentan con sustento empírico como tratamiento. Por ejemplo, los terapeutas que practican la terapia cognitivo-conductual (TCC) pueden incorporar la terapia con arenero como técnica para ayudar al cliente a elaborar las distintas fases del protocolo de tratamiento. La ventaja de la terapia con arenero es que se puede emplear dentro de un protocolo de tratamiento preexistente.

Hay dos estudios bien diseñados sobre los resultados de la terapia grupal con arenero realizados por Flahive (2005) y Shen (2006). Presentaron sus resultados utilizando el tamaño del efecto d de Cohen (1977). Flahive llevó a cabo una investigación con grupo control y medidas previas y posteriores al tratamiento. Participaron 56 niños de 9 a 12 años de edad, que fueron asignados al azar al grupo experimental o al grupo control y fueron estratificados de acuerdo con el género y el grupo étnico. Los estudiantes fueron enviados por sus maestros debido a conductas que alteraban la clase, problemas de interacción con compañeros y síntomas de ansiedad, tristeza o retraimiento. Cada grupo de tratamiento estuvo integrado por 3 estudiantes, y constó e 10 sesiones semanales. Los datos previos y posteriores al tratamiento se obtuvieron por medio de los formatos respondidos por maestros y cuidadores del *Behavior Assessment System for Children* (Reynolds y Kamphaus, 1992). Todos los terapeutas siguieron el protocolo de sesiones de 6 pasos de Homeyer y Sweeney (1998, 2011). Todos los miembros de los grupos hicieron un arenero en un contexto no directivo siguiendo la simple indicación “Crea un mundo en la arena.” Cuando terminaban, todos tenían la oportunidad de compartir la historia de su arenero. Hubo diferencias significativas en la escala total de problemas ($d = 0.52$) tomando en cuenta los informes de los maestros. Mientras que los estudiantes del grupo de tratamiento tuvieron leves mejoras, los del grupo control mostraron una peor conducta. Los maestros también informaron cambios significativos en las conductas internalizadas entre ambos grupos ($d = 0.59$). Las conductas externalizadas mostraron cambios significativos tomando en cuenta los informes de cuidadores y maestros ($d = 0.54$ y $d = 0.63$, respectivamente) (Flahive y Ray, 2007).

Shen (2006) estudió a 37 niñas de primero de secundaria. También empleó un diseño de medidas previas y posteriores al tratamiento para estudiar los cambios en la autoestima. Estas medidas se realizaron mediante el *Self-Perception Profile for Children* (Harter, 1985). Los grupos de tratamiento constaron de cuatro niñas que vieron dos veces a la semana por un total de 9 sesiones. Las niñas realizaron areneros en un contexto directivo con tópicos específicos importantes para la autoestima, como

relaciones, aceptación social y apariencia física. El análisis de los resultados reveló que las niñas en el grupo de autoestima mejoró en las medidas de competencia escolar ($d = 0.64$), apariencia física ($d = 0.52$), autovalía global ($d = 0.83$) y conducta ($d = 0.46$) (Shen y Armstrong, 2008).

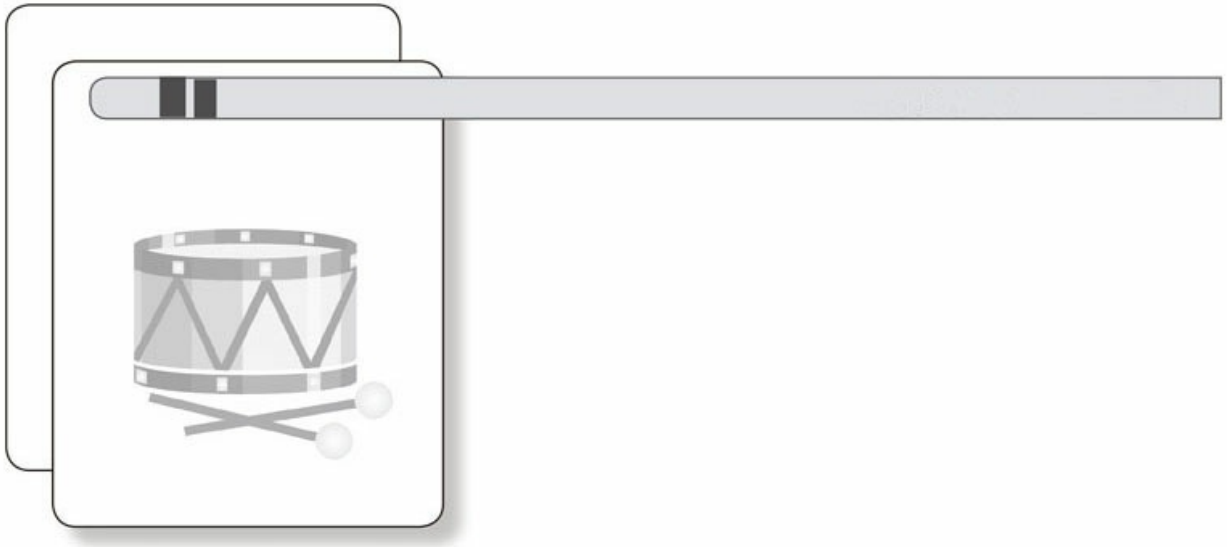
Es crucial tener más investigaciones puesto que el campo de la salud mental sigue bajo la influencia de los requisitos del modelo médico para los tratamientos con sustento empírico. Kestly (2014) sugiere que los campos de la terapia de juego y de la terapia con arenero empiezan a defender el uso de los tratamientos en salud mental como basados en la ciencia, que honran el método científico, pero que dan crédito a las prácticas promisorias basadas en las neurociencias. Sin duda, como profesionales de la salud mental, debemos usar intervenciones y tratamientos eficaces. Al menos, se deben usar y articular las mejores prácticas que se han desarrollado a partir de teorías bien fundamentadas y aceptadas, la literatura profesional y la investigación empírica.



■ REFERENCIAS

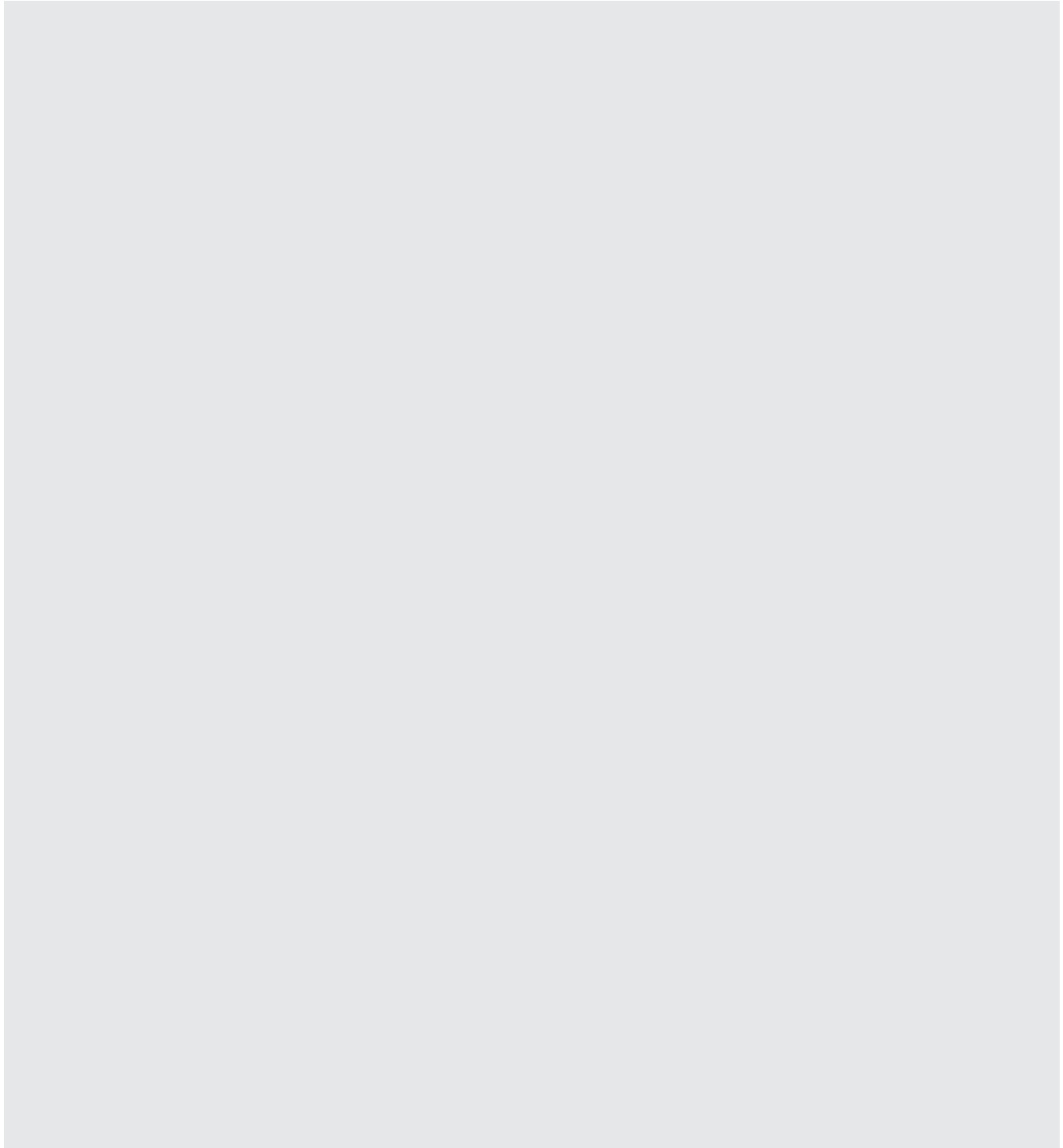
- Allan, J. (1988). *Inscapes of the child's world: Jungian counseling in schools and clinics*. Dallas, TX: Spring.
- Armstrong, S. A. (2008). *Sandtray therapy: A humanistic approach*. Dallas, TX: Ludic Press.
- Association for Play Therapy (APT). (2014). *Report of APT growth in 2013*. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=31007>
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist*. New York, NY: Norton.
- Carey, L. (1999). *Sandplay therapy with children and families*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, NY: Academic Press.
- Flavive, M., & Ray, D. (2007). Effect of group sandtray work with adolescents. *Journal for Specialists in GroupWork*, 32, 362–382.
- Flahive, M.W. (2005). Group sandtray therapy at school with preadolescents identified with behavioral difficulties. (Doctoral dissertation, University of North Texas). *Dissertation Abstract International*, AAT 3196148.
- Freud, A. (1928). *Introduction to the technique of child analysis*. New York, NY: Disease Publishing.
- Gaskil, R., & Perry, B. D. (2013). The neurobiological power of play: Using the neurosequential model of therapeutics to guild play in the healing process. En C. Malchiodi & D. Crenshaw (Eds.), *Play and creative arts therapy for attachment trauma* (pp. 178–194). New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E. (1994). *Play in family therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E. (2003). Play genograms. En C. Sori & L. Heckler (Eds.), *The therapist's notebook for children and adolescents: Homework, handouts, and activities for use in psychotherapy* (pp. 49–56). New York, NY: Haworth Press.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. Denver, CO: University of Denver.
- Higgins-Klein, D. (2013). *Mindfulness-based play-family therapy*. New York, NY: Norton.
- Homeyer, L., & Sweeney, D. S. (1998). *Sandtray: A practical manual*. Canyon Lake, TX: Lindan Press.
- Homeyer, L., & Sweeney, D. S. (2011). *Sandtray therapy: A practical manual* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Kalff, D. (1971). *Sandplay: Mirror of a child's psyche*. San Francisco, CA: C. G. Jung Institute.
- Kalff, D. (2003). *Sandplay, a psychotherapeutic approach to the psyche*. Cloverdale, CA: Temenos Press.
- Kestly, T. (2001). Group sandplay in elementary schools. En A. Drewes, L. Carey, & C. E. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (pp. 329–349). New York, NY: Wiley.
- Kestly, T. (2010). Group sandplay in elementary schools. En A. Drewes, L. Carey, & C. E. Schaefer (Eds.), *School-based play therapy* (2nd ed., pp. 257–281). Hoboken, NJ: Wiley.
- Kestly, T. (2014). *The interpersonal neurobiology of play: Brain-building interventions for emotional well-being*. New York, NY: Norton.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. London, England: Hogarth Press.
- Kottman, T. (2011). *Play therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Labovitz-Boik, B., & Goodwin, E.A. (2000). *Sandplay therapy: A step-by-step manual for psychotherapists of diverse orientations*. New York, NY: Norton.
- Lowenfeld, M. (1993). *Understanding children's sandplay: The world technique*. Cambridge, England: Anthony Rowe Ltd.
- Lowenfeld Trust. (2013). Recuperado de: <http://www.lowenfeld.org.uk>
- McGilchrist, I. (2009). *Master and his emissary: The divided brain and the making of the western world*. New Haven, CT: Yale University Press.
- McGilchrist, I. (2010). Reciprocal organization of the cerebral hemispheres. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(4), 503–515.
- Oaklander, V. (1978). *Windows to our children's world*. Moab, UT: Real People Press.

- Perry, B. D. (2006). Applying the principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. En N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). New York, NY: Guilford Press.
- Perry, B. D., & Pate, J. E. (1994). Neurodevelopment and the psychobiological roots of post-traumatic stress disorder. En L. Koziol & C. Stout, *The neuropsychology of mental disorders: A practical guide* (pp. 81–98). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior assessment system for children: Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Ryce-Menuhin, J. (1992). *Jungian sandplay: The wonderful therapy*. New York, NY: Routledge.
- Shen, Y. (2006). The impact of school-based group sandtray counseling on the self-esteem of young adolescent girls. (Doctoral dissertation, Texas A&M University–Commerce). *Dissertation Abstract International*, AAT 3245238.
- Shen, Y., & Armstrong, S. A. (2008). Impact of group sandtray therapy on the self-esteem of young adolescent girls. *Journal for Specialists in Group Work*, 33, 118–137.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing brain*. New York, NY: Guilford Press.
- Steele, W., & Raider, M. (2001). Structured sensory intervention for traumatized children, adolescents, and parents. *Trauma and Loss: Research and Interventions*, 1(1), 8–20.
- Sweeney, D. S., Minnix, G., & Homeyer, L. (2003). Using the sandtray for lifestyle analysis. *Journal of Individual Psychology*, 59(4), 376–387.
- Taylor, E. R. (2009). Sandtray and solution-focused therapy. *International Journal of Play Therapy*, 18(1), 56–68.
- Turner, B. (2005). *Handbook of sandplay therapy*. Cloverdale, CA: Temenos Press.
- van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *New York Academy of Sciences*, 1071, 277–293.
- Weinrib, E. (1983). *Images of self: The sandplay therapy process*. Boston, MA: Sigo Press.



Capítulo 12
**Metáforas e historias en la terapia de
juego**

Pat Pernicano



INTRODUCCIÓN

Metáforas, historias y terapia de juego son, todas, herramientas con las que el terapeuta puede tener acceso al mundo interno del niño, ayudarlo a darle sentido, conectar con otros y descubrir soluciones para los problemas. Las historias ilustran la universalidad y la normalidad contextual de la condición humana.

Contar historias es una tradición muy antigua. Las fábulas de Esopo, los cuentos de hadas y las leyendas de los nativos de América enseñan lecciones memorables, mientras que películas como *La lista de Schindler* preservan y transmiten una historia importante a la siguiente generación. El libro de Milne, *Winnie the Pooh*, ofrece lecciones de vida, mientras que los *comics* de Pastis, *Pearls Before Swine* Doonesbury, ofrecen comentarios sociales (Pernicani, 2014). La saga de *Harry Potter* ofrece un significado simbólico de la vida contra la muerte, el amor contra el odio, y el bien contra el mal (Oldford, 2011).

En *101 healing Stories for Kids and Teen: Using Metaphors in Therapy* (2005), Burns describe cómo las historias dan información, educan, enseñan valores, construyen experiencias, facilitan la solución de problemas e impulsan el cambio o la curación. En *Healing with Stories: Your Casebook Collection for using Therapeutic Metaphors* (2007), Burns brinda una fascinante serie de estudios de caso de terapeutas famosos que ilustran el uso de las metáforas en el tratamiento.

Los temas de juego son metáforas coherentes por sí mismas, como triunfo/conquista, valentía/valor, poder/control, dependencia/independencia, abandono/separación, seguridad/protección, caos/inestabilidad, dolor/pérdida/desesperanza, perdón/venganza y dominio/competencia (Drewes, 2010; Erickson, 2011b).

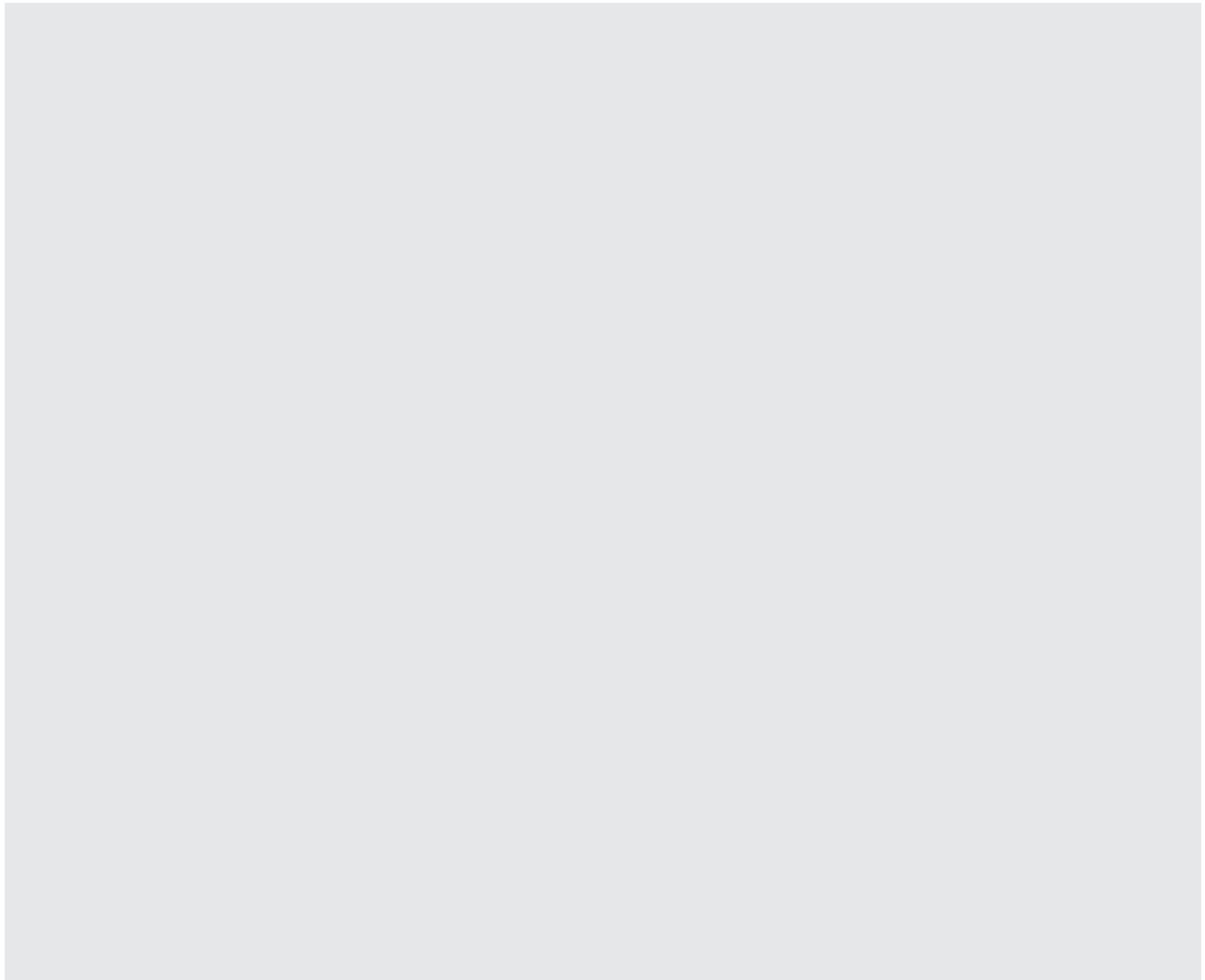
De acuerdo con Jeff Zeig (2008), cuando un terapeuta logra conectar los puntos **para** los clientes, éstos hacen poco más que usar el hemisferio cerebral izquierdo, el lado lógico, para seguir la línea punteada de la conformidad. En cambio, las historias y metáforas conducen al cliente a utilizar el hemisferio derecho, el lado creativo, para conectar los puntos de su propia vida de maneras significativas. Los niños realizan un procesamiento no consciente, simbólico y encuentran soluciones a medida que escuchan historias, así que contar historias, al igual que las metáforas y la terapia de juego, permite la comunicación en múltiples niveles (Gil, 2013). En un taller del *XI International Erickson Congress*, Betty Erickson (2011a) señaló que el lenguaje en las historias se encuentra en capas, y el escucha oye a nivel consciente el mensaje superficial, pero al mismo tiempo responde a significados más profundos: “Sabemos qué sabemos sin saber cómo sabemos” (p. 2).

En *Using Trauma-Focused Metaphor and Stories*, Pernicano (2014) afirma:

El impacto de las historias terapéuticas es cognitivo y emocional, pues algunas metáforas van hipnóticamente a tocar por la puerta de atrás, la de los procesos emocionales y sensoriales del hemisferio cerebral derecho. Con frecuencia, durante la lectura de una historia o en las semanas siguientes, la familia, el niño o el cuidador experimentan un avance, adquieren un nuevo conocimiento y actúan con base en él, o experimentan un

crecimiento emocional. El apego (seguridad y amor) se desarrolla en las áreas límbicas del hemisferio derecho, en especial en la amígdala, y las historias terapéuticas parecen tener el poder de desencadenar a nivel emocional la consciencia interpersonal y el cambio en las relaciones. (p. 20)

La metáfora es el lenguaje del juego: “A través de la comunicación metafórica, los niños pueden revelar sus preocupaciones, demostrar sus deseos, expresar sus emociones, obtener una comprensión más clara de sus experiencias y crear soluciones para sus problemas” (Snow, Ouzts, Martin y Helm, 2005, p. 63). De acuerdo con Gil (2013), las historias y metáforas terapéuticas cambian las representaciones, mejoran la memoria, explican o ilustran algún punto, inauguran estrategias y ponen en tela de juicio algo que antes se había visto de una sola manera. El juego permite que el niño proteja al sí-mismo proyectando experiencias en otro objeto; en la terapia, el terapeuta debe poner mucha atención en el significado simbólico del juego del niño. Después de oír una historia, el juego del niño puede indicar sus deseos y temores que hasta ese momento no habían sido hablados. Los niños, en su transparencia, se identifican con los personajes de las historias; revelan confusión, recuerdos y sentimientos dolorosos, y buscan soluciones a sus problemas. Las historias ponen el escenario y el trampolín para el cambio del cliente.



TEORÍA

Las metáforas e historias deben usarse con base en una orientación teórica, como la centrada en el cliente, cognitivo-conductual, adleriana, narrativa, familiar, Gestalt, jungiana, psicoanalítica, de las relaciones objetales y psicodinámica. Los fundamentos teóricos del clínico guían la manera en que utiliza el material. Dependiendo de ellos, las metáforas e historias se usan para descubrir, cambiar o crear significados; enseñar o modelar conceptos; ver cambios; alterar esquemas; cambiar conductas; utilizar el lenguaje y los temas del niño; inducir un estado hipnótico; acceder a los procesos inconscientes; fortalecer las relaciones padres-hijos; cambiar o construir narrativas personales; propiciar momentos de autodescubrimiento; o reducir las defensas o las resistencias. Los tratamientos orientados a las soluciones (Ciuffardi, Scavelli y Leonardi, 2013; Selekman, 2005), la hipnoterapia (Austin, 2011; Erickson, 2011a, 2011b; Linden, 2007; Olness y Kohen, 1996; Yapko, 1990, 2007), terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) (Hildebrandt, Fletcher y Hayes, 2007), los enfoques adlerianos (Kopp, 2007), la terapia ericksoniana (Close, 2004; Garcia-Sanchez, 2007; Mills, 2007), la terapia filial (Homeyer y Morrison, 2008; Landreth, Bratton, Kellam y Blackard, 2008), las terapias narrativas (Perry, 2007; Smith y Nylund, 2007; White y Epston, 1990), los enfoques de la consideración (Kabat-Zinn, 2011), las terapias cognitivo-conductuales (TCC) (Blenkiron, 2010; Friedberg y Wilt, 2010), la terapia con arcilla (White, 2006), la terapia de arte y expresiva (Malchiodi, 2005, 2008), el trabajo con arena (Homeyer y Sweeney, 2010) y numerosas terapias de juego más (Bratton y Ray, 2000; Drewes, 2009, 2010; Drewes, Bratton y Schaefer, 2011; Duffy, 2011; Gil, 1994, 2006, 2013; Malchiodi, 2008; Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005; Schaefer y Cangelosi, 2002), todas utilizan historias o metáforas. En la terapia de juego centrada en el niño, el terapeuta sigue al niño en su juego, lo que le da la oportunidad de observarlo e interpretar y utilizar las metáforas que surgen durante el juego (Axline, 1974).

La obra de Milton Erickson, descrita por Haey en *Uncommon Therapy* (1993) y por Rosen en *My Voice Will Go With You* (1991), abogaba por el uso de historias y metáforas en la terapia de niños y adultos. Carlson (2001) y Esparza (2001) ofrece resúmenes excelentes de la obra de Erickson y de esta escuela de pensamiento. Erickson pensaba que el inconsciente es fuente de energía positiva, maleable y afectada por la experiencia, postuló que el terapeuta influye en la experiencia inconsciente del cliente proporcionándole información nueva, despertando sentimientos en él y creando nuevas experiencias mediante historias. Gil (2013) se refiere a Erickson como un maestro en el arte de contar historias; sus historias poco comunes y agudas metáforas daban a sus clientes la libertad de crear significados, aun cuando las historias que contara no necesariamente eran las que ellos oían. Con frecuencia utilizadas en la hipnoterapia, las historias mueven al escucha a un estado vulnerable y receptivo de buena disposición; en el caso de los niños, esta disposición es para jugar. Los niños pequeños, con su propensión al pensamiento mágico, suspenden provisionalmente la realidad y responden a los aspectos no lógicos de las historias metafóricas como si fueran reales. En un taller de

1993 sobre la hipnosis orientada a las soluciones, Bill O’Hanlon demostró la manera en que los individuos ven de distinto modo las cosas cuando se encuentran en estado de trance y tienen experiencias de autoconocimiento que los impulsan hacia el cambio.

Los niños experimentan problemas cuando las narrativas que viven no corresponden a la realidad; en efecto, las experiencias pasadas (y su impacto) se preservan, y los niños se comportan como si ellas aún fueran reales. Viven como si lo que experimentaron no cambiara ni pudiera hacerlo. Desarrollan creencias y sentimientos en relación consigo mismos y los demás (con base en su experiencia) que deben examinarse y ponerse en duda para que puedan crear nuevas narrativas (White y Epston, 1993). Un niño en terapia tiene una historia que contar sobre sí mismo y su experiencia; así, el terapeuta de juego y el cliente construyen en conjunto una metáfora o historia de la experiencia del niño, y éste revela su mundo contextual en el juego (Cattanach, 2009; Chazan, 2002; Meichenbaum, 1993). Los clientes desarrollan nuevos mundos posibles (creencias y actitudes sobre sí mismos, los demás y el mundo); por medio del reencuadre, la validación, la empatía y la construcción conjunta que le ofrece el terapeuta, el cliente crea nuevas narrativas coherentes que hacen que el cambio sea “imaginable y alcanzable” (Meichenbaum, 1993, p. 5). Oldford (2011) describe el uso narrativo de los cuentos de hadas y de la historia de Harry Potter para ayudar a los clientes a reescribir, reinterpretar e integrar su pasado. La terapia de juego permite a los niños desconstruir y reconstruir su comprensión narrativa sobre lo que han experimentado. Kathryn y Marc Markell (2008) describen con mayor profundidad cómo la saga de Harry Potter y otras historias conocidas pueden ayudar a los niños a lidiar con el dolor.

La teoría psicoanalítica postula que cuando los niños están expuestos a historias que reflejan sus luchas, al menos en parte inconscientes, utilizan la identificación y proyección con los personajes. Se identifican con las necesidades, deseos y frustraciones del personaje más parecido a ellos, en el mejor de los casos, el protagonista (Carlson, 2001). Entonces, los niños pasan por la abreacción y la catarsis, mediante las cuales encuentran un alivio emocional (a nivel verbal y no verbal). Por último, alcanzan la introspección y la integración con una mayor consciencia y comprensión de sí mismos.

En última instancia, el juego del niño refleja su desarrollo neuronal, que incluye la capacidad de regulación emocional, el funcionamiento cognitivo y la competencia interpersonal.

Mientras más sabemos sobre las conexiones neurobiológicas y el papel del hemisferio cerebral derecho en el trauma y el apego, comprendemos mejor la manera en que las historias tienen la capacidad de inaugurar procesos en el hemisferio izquierdo, activan las memorias sensoriales, desencadenan fuertes emociones aún no resueltas y estimulan el autoconocimiento que impulsa hacia el cambio conductual. (Pernicano, 2014, p. 19)

Gabbard afirma en *The Metaphor Play* de Meares (2005), “a pesar de la complejidad de las redes neuronales, se pueden formar nuevas” en la terapia.

Cozolino (2010) escribe sobre el terapeuta como un neurocientífico cuyas narrativas integrativas (que emergen en la relación terapéutica), resonancia (desencadenada por los

sistemas cerebrales de espejo), movimiento (activación del equilibrio y los sistemas motores), sintonización (sentir los estados emocionales de otros a nivel cerebral) y empatía facilitan el apego y el cambio terapéutico, de modo que los clientes pueden experimentarse de una manera diferente. Desde este punto de vista, la terapia es una conexión de cerebro a cerebro que da por resultado un cambio neurobiológico.

Con frecuencia, las narrativas surgen a partir de recuerdos implícitos (emocionales o sensoriales) que hace mucho se olvidaron y son difíciles de procesar, pero que contribuyen a un afrontamiento rígido y desorganizado. Un terapeuta sintonizado y empático puede ayudarlo a encontrar una manera más integrada de afrontar las situaciones. Cozolino describe el caso de un hombre de 60 años de edad que estaba muy aislado, inflexible y con demasiadas reglas. Resultó que había estado separado de sus padres para esconderse de los nazis en la casa de un amigo. Él era un “buen niño”, y en el pequeño lugar donde se escondía daba de vueltas en un triciclo una y otra vez sin hacer ruido, a veces durante horas. Después se reencontró con sus padres y “olvidó” esa experiencia. Cozolino y el hombre se dieron cuenta de que él aún se sentía atrapado y paralizado por el miedo. En la historia que crearon en conjunto, el hombre volvió a ser niño y con el tiempo se subió a un triciclo invisible y salió de su escondite a través de las paredes de su “prisión” sintiéndose libre y sin miedo. En ese momento volvió a sentirse niño, con todas las emociones que eso implicaba, pero ahora era libre de ir a donde quisiera. En una conferencia sobre el trauma, en las Cataratas del Niágara, y en sus libros *The Mindful Therapist* (2010) y *The Developing Mind* (2012), Siegel (2013) habló acerca de la integración neuronal que tiene lugar durante el juego compartido, la resonancia emocional y la sintonización sensible, gracias a las cuales el cliente “se siente comprendido,” desarrolla habilidades de afrontamiento y cambia su idea de sí mismo y de los demás. Desde la perspectiva de Siegel, la conexión sintonizada, de cerebro a cerebro, entre el terapeuta y el cliente da por resultado una integración y un funcionamiento cerebral de arriba a abajo, de derecha a izquierda y de adentro hacia afuera. La terapia de juego, y sus numerosas herramientas, consta de un conjunto de actividades que facilitan la integración del cerebro. ¿Qué mejor herramienta que una historia metafórica para guiar al cliente hacia el hemisferio derecho (para activar sensaciones, recuerdos y emociones) y, entonces, usar el lenguaje para encontrar un significado de lo que se representa en el juego?

INVESTIGACIÓN

Clínicos e investigadores han tratado de identificar los elementos específicos inherentes del juego que lo convierten en agente de cambio terapéutico (Reddy et al., 2005). Algunos de los principales factores son su poder para la comunicación, enseñanza, abreacción y establecimiento de *rapport*. Los estudios de los últimos veinte años indican que la terapia de juego tiene un efecto moderado; la participación de los padres en la terapia del niño (como en la terapia filial) y la duración de la terapia (Ray, Bratton, Rhine y Jones, 2001) son dos factores relacionados con los resultados positivos. La comunicación regular con los padres y su participación en la narración de historias y el juego fortalece las relaciones padres-hijos, mejoran la comprensión de las dificultades de los niños y aseguran una mejor continuación del proceso terapéutico en casa. Homeyer y Morrison (2008) describen varias terapias de juego que han mostrado su eficacia de una amplia variedad de problemas, también hacen hincapié en que el uso de la terapia de juego centrada en el cliente o no directiva, junto con la participación de personas significativas para el niño como los maestros y, o los padres, aumenta la eficacia.

PROCEDIMIENTO/TÉCNICA

Hay muchos libros, capítulos y artículos sobre el uso de las historias, metáforas y técnicas narrativas en la terapia de juego –demasiadas para abordarlas en detalle. Kopp (1995), Burns (2005, 2007) y otros autores han escrito bastante sobre el uso de las metáforas e historias generadas por el cliente y el terapeuta. La narración mutua de historias, una de las primeras técnicas para trabajar con historias terapéuticas, ofrece un enfoque estructurado, psicodinámico para ayudar a los niños a procesar deseos y “el mundo real” (Gardner, 1971).

El juego del *squiggle*, creado por Winnicott en 1971, fue adaptado más tarde por Claman en 1980 cuando incorporó la técnica de la narración mutua de historias (Schaefer y O'Connor, 1983).

En su presentación en el *Erickson Congress* de 2011, Consuelo Casula afirmó, “En la historia insertamos sugerencias para suscitar curiosidad e interés, reencuadrar creencias, emociones y actitudes negativas, superar transiciones, preparar y consolidar cambios, reforzar o aflojar lazos, transmitir la alegría de vivir, y aumentar y empoderar la resiliencia.” A través del juego, el niño empieza a sentirse capaz, creativo y eficaz.

Una historia terapéutica a) tiene una meta, b) transmite un mensaje en el que se incorpora la meta, c) con frecuencia es divertida, d) contiene enseñanzas, y e) normaliza la situación (Erickson, 2011b). Mientras se cuenta la historia, ocurre un trance conversacional (un estado compartido que corresponde más al hemisferio derecho y ofrece fácil acceso a la memoria implícita y a los estados emocionales/sensoriales) cuando el terapeuta se enfoca atentamente en el escucha, la voz tiene ritmo y ocupa el papel principal, hay una fuerte conexión interpersonal, sintonizada y transmitida por la sinceridad, honestidad, vulnerabilidad y apertura del terapeuta. La mayoría de las personas cambian sin dificultades del estado consciente de la mente (del hemisferio izquierdo) al del inconsciente creativo (del hemisferio derecho), parecido al trance, por medio de la imaginación, el lenguaje terapéutico (metáfora/historia), el juego o la hipnosis. En este estado, los niños procesan información de distinta manera, y puede acceder a una nueva comprensión y nuevos recursos. La realidad puede quedar suspendida por un momento y surgen nuevas posibilidades.

Las historias terapéuticas conmueven el corazón de los escuchas y remueven las emociones incluso en el cliente más cauteloso, el trance conversacional aumenta la probabilidad de que esto ocurra (Erickson, 2011a). Es muy útil guiar al cliente para que describa el problema en forma de metáfora; entonces, juntos la clarifican empleando detalles descriptivos y el lenguaje sensorial, pues esto ayudará a encontrar soluciones para el problema metafórico (Austin, 2011). En *Family Therapy: Assessment and Treatment Ideas*, Gil (2013) señala que el hemisferio derecho utiliza símbolos, metáforas, fantasía y juego para procesar la información. Al principio del tratamiento, da buenos resultados realizar actividades para el hemisferio derecho en la medida de lo posible, pues estas amplifican el impacto de la metáfora y conduce a la reflexión. La evaluación cognitiva del hemisferio izquierdo es útil una vez que el hemisferio derecho ha cumplido

con su trabajo. Esto es de especial importancia cuando se trabaja con traumas, porque las historias y las actividades lúdicas provocan con menor probabilidad una catástrofe dependiente del estado o una respuesta de pelea/huida durante el trabajo narrativo del trauma, y ayudan al afrontamiento cognitivo y emocional. Pernicano (2014) ofrece guías, numerosas historias y actividades para trabajar con niños de 9 años de edad en adelante que han tenido experiencias traumáticas, y con sus cuidadores.

Drewes (2009) incluye un panorama general de la investigación en terapia de juego en el volumen que editó sobre la integración de ésta con la TCC; Cattanach, en el mismo volumen, revisa los enfoques narrativos. En cuanto a la creación de historias, Kottman y Ashby (2002) sugieren situar la historia en el pasado o en el futuro para ayudar al niño a suspender por un momento la realidad y facilitar los procesos de proyección. Entonces, terapeuta y cliente crean juntos una descripción detallada de los personajes haciendo hincapié en las características físicas, emocionales y mentales. Es importante incluir información visual, auditiva, olfatoria, cinestésica y táctil en la historia para activar los sentidos del niño.

Blenkiron (2010) publicó un volumen único sobre el uso de historias y analogías en la TCC. Presenta un panorama general de los tratamientos en que se usan las metáforas e historias como intervenciones diagnósticas independientes (metáforas por tipo de problema). Diseñadas más para el trabajo con adultos, las metáforas e historias que este libro contiene se pueden usar con facilidad junto con la terapia de juego para tratar niños, adolescentes y familias.

El **modelo del cuento de hadas**, una intervención para trabajar con traumas basada en evidencias, se vale de cuentos de hadas como metáfora del cambio (véase www.childtrauma.com; Greenwald, 2009). *A Fairy Tale*, un libro de dibujos escrito por Ricky Greenwald e ilustrado por Katrina Jones Baden (Greenwald y Baden, 2007) que se usa en el trabajo con traumas, está disponible en el sitio de internet al igual que *Slaying the Dragon*, un libro de autoayuda para legos en casos de trauma (Greenwald, 2014).

Slaying the Dragon incluye intervenciones como la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual, entrenamiento a padres, trabajo con el apego, resolución de traumas y prevención de recaídas/reducción del daño; sin embargo, el libro de dibujos también es útil en la terapia de juego con niños y adolescentes. *Treating Problem Behavior: A Trauma-Informed Approach* de Greenwald (2009) incluye el cuento de hadas y la descripción detallada del modelo de tratamiento especializado para el trauma que puede poner en práctica el terapeuta.

Cualquier terapeuta creativo puede usar metáforas e historias en la terapia de juego siguiendo estos pasos (Pernicano, 2014, pp. 26-27):

- Elegir o crear una historia que semeje o retome los problemas del cliente, sus características (actitudes, creencias, sentimientos o conductas), la meta o el propósito de la sesión y, o la fase del tratamiento.

- En la historia, el personaje debe resolver el conflicto y alcanzar el resultado deseado (Gil, 2013).
- Adaptar la historia al nivel de desarrollo del niño, de modo que el material se encuentre dentro de la zona de desarrollo próximo (es decir, que contenga habilidades que el niño aún no domina, pero que son alcanzables con la ayuda del terapeuta) (Carlson, 2001).
- Contar o leer la historia con el niño, el cuidador o ambos. Si el niño sabe leer, se puede turnar con el terapeuta la lectura. Es necesario reducir parafrasear la historia para un niño pequeño o con periodos de atención cortos.
- Después de leer, el terapeuta espera a ver qué surge de manera espontánea antes de hacer observaciones o interpretaciones. Si se presenta la oportunidad, ayuda al niño a ligar la historia con su propia experiencia, percepción o sentimientos.
- Mostrar curiosidad recalando la metáfora, el tema, el proceso y el resultado de la historia. Se puede hacer preguntas para clarificar la percepción del niño y, o el cuidador, como “¿Por qué crees que esto sucedió?”, “¿Qué le aconsejarías al personaje?” o “¿Qué crees que causó esto?”
- Pasar a una actividad planeada o dirigida por el cliente que derive de la historia o su respuesta a la historia abordando temas, esquemas o sentimientos que aparecen en ella.

Las historias terapéuticas se pueden preseleccionar o crearse y contarse de manera espontánea a medida que surgen los temas metafóricos. Proporcionan psicoeducación (normalizan un problema, dan información sobre los síntomas o sobre problemas como violencia doméstica y trauma), propician la identificación con un personaje, reducen las defensas y se abren camino a través de la negación (la historia “jala” al cliente al hemisferio derecho y evita los procesos racionales, ayudándolo a acceder a sus emociones y a conectarse con sentimientos del pasado), pone en marcha la introspección, y, o introduce habilidades de afrontamiento o de solución de problemas (el personaje de la historia adopta una técnica basada en evidencias o alcanza una nueva comprensión). Hay libros de terapia de niños sobre cómo recuperarse después de experiencias traumáticas, violencia doméstica, apego, pérdida y duelo, adaptación al divorcio de los padres, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad, acoso escolar, manejo del enojo, miedo a la oscuridad, déficit de atención, adopción y cuidados sustitutos, entre otros. Valerse de las historias de otros ahorra tiempo, pero cualquier terapeuta puede aprender el arte y la habilidad de crear historias y enseñar a los niños cómo crear las suyas.

Pernicano (2014) describe maneras en que el terapeuta puede elaborar sus propias historias y usarlas en el tratamiento de niños y familias. En cuanto a la creación de personajes:

Si el personaje principal es un animal, debe tener características que se ajusten a las dificultades actuales y crear conjuntos de respuestas útiles en el niño. El problema del personaje tiene que ser significativo para que la necesidad de resolverlo sea intensa.

Por ejemplo, un águila no debería tener miedo de volar, y una rana obsesivo-compulsiva pronto moriría de hambre si no pudiera comer moscas sin antes lavarlas. Es fácil ver a un pavo real como un presumido, y hay

una energía que se percibe como agresiva en los dragones, leones y cocodrilos. El personaje del niño puede ser víctima o la persona a cargo que ofrece consejos. Cualquiera de estas opciones es útil cuando el cliente se percibe como la víctima y requiere desarrollar la autoeficacia. Un personaje atacante debe tener una o más características de alguien que haya lastimado al niño: conductas peligrosas, nada de fiabilidad, egoísmo, arrogancia, egocentrismo, crueldad o falta de consideración hacia los demás. La acción de la historia debe recordar al niño algo que ha experimentado. (p. 21)

Las historias son buenas herramientas en la terapia de juego familiar, en la medida en que los padres oyen y aceptan cosas de los personajes que no aceptarían si provinieran del terapeuta, además, revelan cosas en el juego que de otro modo se reservarían para sí. El terapeuta puede brindar una metáfora o pedir a la familia que elija una. En *Play in Family Therapy* (1994), Eliana Gil explica modos creativos de involucrar a la familia en la narración de historias, el arte y el juego con títeres.

En la terapia familiar con un niño y una madre muy crítica, “Primero lo primero” (Pernicano, 2010a) mostró ser una historia útil para ilustrar el impacto de la conducta negativa de la madre en su hijo. En la historia, un mono “sabelotodo” deja que su amigo se revuelque en arenas movedizas mientras él lo sermonea y le critica sus intentos por mantenerse a flote. Tiene una cuerda en las manos, pero no la usa. A medida que les leía la historia, ella se veía avergonzada, y riéndose dijo, “Dios mío, es exactamente igual que su papá y yo. La siguiente vez que me porte así, ¡voy a ver el dibujo de las arenas movedizas y los monos!” El niño exclamó, “Mamá, es igual que tú. Desearía que me hicieras algunos elogios cuando haga algo bien.” En la siguiente sesión, el niño mencionó que ya estaba obteniendo “más fichas buenas” y más atención positiva de parte de su madre.

Es importante que la historia se ajuste a la edad y funcionamiento del cliente. Con niños pequeños (que están en la etapa preverbal o preescolar o que tienen capacidades de lenguaje limitadas), es mejor contar una historia breve y sencilla. El terapeuta hace participar al niño mientras cuenta la historia haciendo preguntas sobre los personajes, la acción (“¿Qué crees que pasó después?”) y el resultado (“Me pregunto por qué hizo eso” o “¿Qué podríamos hacer para ayudarlo?”).

La representación de la historia, sobre todo con títeres o figuras de acción, atrapa al niño pequeño, y es muy importante que el terapeuta refleje la intensidad de los afectos del niño. Después de la historia, el terapeuta implementa una intervención directiva (planeada, estructurada) o no directiva (el niño elige los materiales para jugar). Por ejemplo, una niña de 3 años de edad que presenció el asesinato de su madre tenía pesadillas y había dejado de hablar con normalidad, pues sólo susurraba. Ella presentaba una regresión y no se separaba de su cuidador. “La pequeña mariposa y la cosa mala” (Pernicano, 2014) es una historia escrita para emplearse en casos de trauma, pero el concepto de “cosa mala” también podría emplearse para otro tipo de problemas. Esta historia describe a una mariposa que tiene pesadillas y cuyas alas ya no funcionan después de haber presenciado la “cosa mala.” La historia guía al niño a compartir y a poner punto final a los malos recuerdos y a enredarlos en una red dentro del consultorio. La niña empezó a hablar más fuerte y dormía mejor en las noches. Había llegado a

terapia paralizada a nivel emocional, la historia la ayudó a descongelarse con dulzura.

Los niños de primaria disfrutaban del juego directivo usando acuarelas, juegos de mesa, el arenero, moldeando arena, el pizarrón y los títeres. El juego no directivo implica que el niño use los juguetes o materiales del cuarto de juego para participar en la “construcción metafórica” de su propia elección (Snow et al., 2005).

Los preadolescentes y adolescentes responden de manera favorable a las técnicas de juego, como las historias con *squiggle*, el juego de roles o el psicodrama, las artes expresivas o la música, las creaciones en la arena (moldear arena mojada o seca) y la escritura creativa (poesía, teatro o la continuación de una historia metafórica). Un niño había sido víctima de abuso y a diario padecía “catástrofes.” Estaba muy interesado en los temas y personajes de *Star Wars*, sobre todo en Obi-Wan Kenobi, Yoda, Luke Skywalker y Darth Vader, le gustaba mucho dibujar en el pizarrón. El terapeuta eligió la historia “Escalando una montaña” (Pernicano, 2013) para reducir la excitación/agitación y darle una sensación de control/empoderamiento. La historia había dado buenos resultados con adultos y niños para establecer una distancia psicológica respecto del dolor, enojo, ansiedad, miedo y aflicción, pues constituye una herramienta de afrontamiento durante el trabajo de exposición. En esta historia, el cliente construye una jaula al pie de la montaña, encierra a los “tipos malos” (o al dolor, recuerdos, aflicción y enojo, en este caso), coloca guardias elegidos por él y “escala” la montaña como decida (por ejemplo, teleférico, telesquí, escalera eléctrica, escaleras, sendero, cinturón cohete). Mientras sube por la montaña, el cliente se detiene en tres ocasiones para mirar hacia abajo prestando mucha atención a la reducción de la excitación y el tamaño cada vez menor de la jaula y su contenido. En los momentos apropiados, se destacan las diferencias en términos de tiempo y espacio entre el “entonces” (cuando estaba al pie de la montaña) y el “ahora.” Se puede emplear la relajación o el trance inducido antes de comenzar el ejercicio de imaginación guiada. Esto permite que el cliente altere de manera hipnótica los desencadenantes sensoriales y emocionales (sonidos desagradables pueden desaparecer mientras estás más arriba, las personas temidas se ven como hormigas desde la cima, mientras más alto escales, más lejos estás de los recuerdos dolorosos). Al escalar la montaña, el cliente adquiere distancia psicológica y dominio sobre cualquier cosa que se encuentre al pie de la montaña. En la primera parada, se tiene la oportunidad de practicar la relajación, reducir la ansiedad y adquirir control sobre la excitación en vista de las señales diferentes. En la segunda parada, las señales son menos intensas y el cliente experimenta mucho menor ansiedad. En la cima, casi todos los clientes se sienten triunfadores, empoderados y seguros para hablar acerca de lo que se quedó al pie de la montaña sin sentir un impacto emocional tan intenso.

Cuando terminó el ejercicio, se invitó al niño a dibujar la escena con base en lo que creó en la mente (figura 12-1).

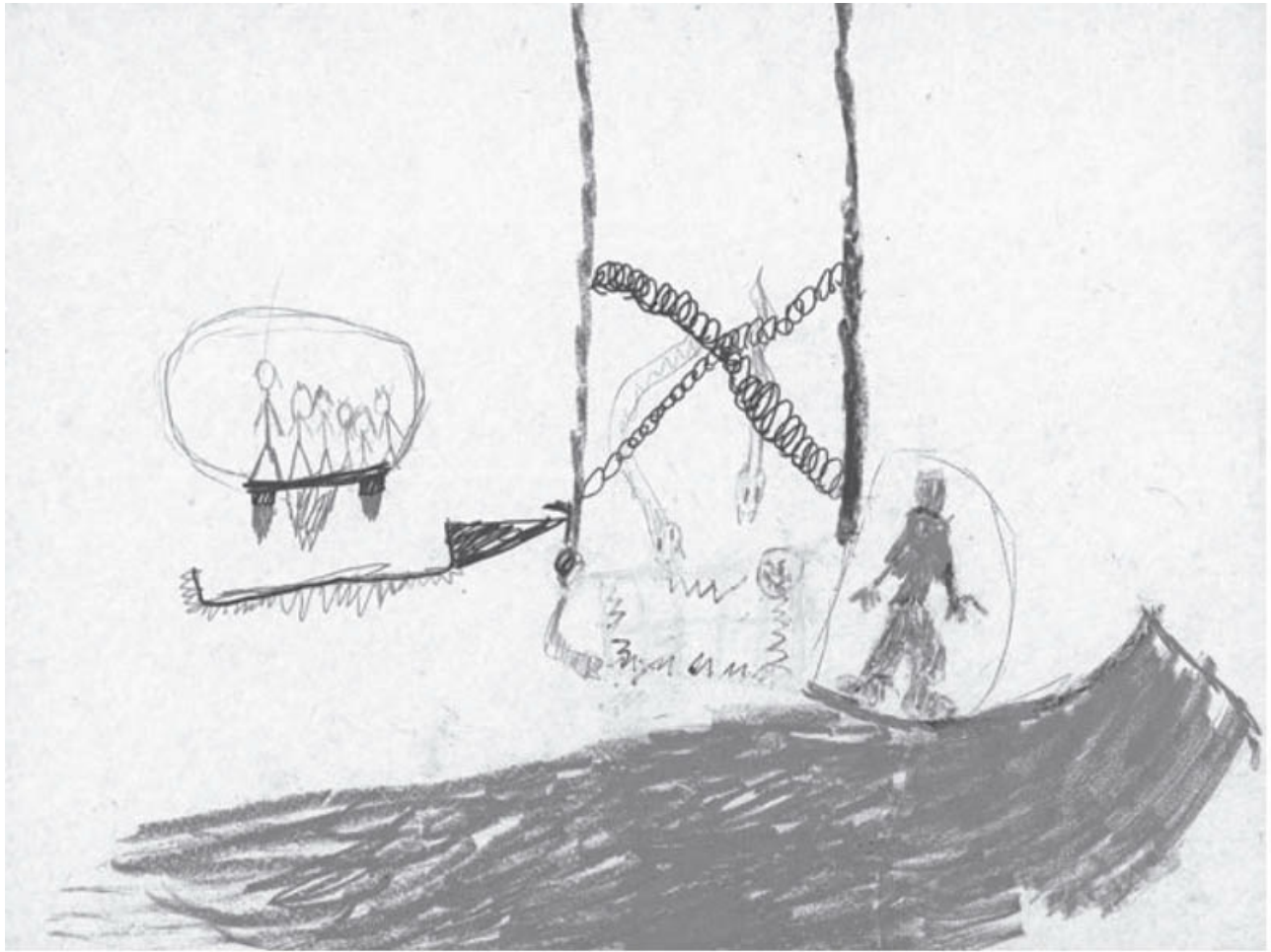


Figura 12-1

Las instrucciones para esta tarea dirigida son: a) dibuja o construye una escena donde tú b) encierres a los tipos malos en una fuerte jaula que diseñes al pie de la montaña; c) determina el número de cerraduras necesarias para que no se puedan escapar de la jaula los tipos, sentimientos o recuerdos malos; d) designa a los guardias (animales, personas o ambos); y e) crea una manera de tu elección para subir y bajar de la montaña (por ejemplo, teleférico, telesquí, escalera eléctrica, sendero). El resto de los detalles dependen del cliente. El niño dibujó la jaula custodiada por un guardia enorme que estaba de pie en un lugar alto a prueba de fuego frente a la jaula. Ésta tenía 85 cerraduras, y sólo el guardia y él tenían las llaves. Puso una araña gigante encima de la jaula para “succionarles la sangre si intentaban escapar.” La jaula pendía de cadenas sobre un hoyo donde había fuego. Envolvió a sus agresores con cinta adhesiva. Enroscó serpientes mortales en las cadenas, “sólo por si acaso” los tipos malos podían salir alguna vez. Se colocó a él y a sus hermanos en un carro de propulsión a chorro, a prueba de fuego, (como un telesquí) encima de la jaula. Los niños se impulsaron solos para ascender y descender mientras les gritaban a los tipos malos. Estaba muy metido en la actividad y sonreía mientras tenía el control de la situación. Fue una poderosa descripción de su

miedo y su gran necesidad de seguridad, protección, autocontrol y autonomía. Por medio de la imaginación guiada, el niño fue alentado a subir despacio más y más, y a mirar hacia abajo a los tipos malos encerrados en la jaula, haciéndole notar que el peligro cada vez estaba más lejos y ni el fuego ni los tipos malos podrían alcanzarlo. Después de esta sesión, la frecuencia e intensidad de sus explosiones de enojo disminuyeron y siguió procesando el abuso que vivió.

Su hermana menor creó una escena muy diferente aunque las instrucciones fueron las mismas. Su jaula tenía más de 2 000 cerraduras. Un león la custodiaba el lado izquierdo “para agarrar de la garganta a los encerrados si intentaban escapar,” y una serpiente venenosa, el lado derecho. Un águila vigilaba desde las alturas “para agarrarlos,” y una araña venenosa estaba dentro de la jaula. La niña dijo, “Nosotros [los niños] estamos a salvo en la cima de la montaña. Ellos son malos. Nosotros les aventamos popó de león, águila y serpiente.” Les vendó los ojos y dijo, “Ellos no merecen ver este hermoso lugar,” luego les ató las manos, los pies y la boca con cinta adhesiva “para que yo no escuche sus malas palabras.” En una sesión posterior, representó en su juego esta escena utilizando una pequeña jaula para aves, títeres como guardias y muñecos que envolvió bien con cinta adhesiva (figura 12-2).



Figura 12-2.

En la siguiente sección se presentan ejemplos detallados de metáforas e historias que se usan en la terapia de juego. Se trata de casos, historias y técnicas que ilustran, pero no agotan la infinidad de posibilidades que se encuentran en la literatura. Hay cinco maneras principales en que se usan las historias en la terapia de juego.

1. El terapeuta utiliza metáforas introducidas por el cliente y elige o crea una historia basada en dicha metáfora.

Una clienta adulta experimentaba miedo y siempre vigilaba a pesar de que ahora vivía en un lugar seguro. Dijo riéndose, “Estoy buscando minas en la tierra.” Yo sonreí y dije, “Sí, en Disneylandia.” Después, escribí “Buscando minas terrestres en Disneylandia” (Pernicano, 2011) y se lo leí en la siguiente sesión. Ella dibujó sus minas de tierra (personas y eventos significativos del pasado y presente) y las etiquetó; luego empezó a hablar acerca de las maneras para detonar y desactivar las minas que quedaban para que pudiera disfrutar de Disneylandia.

Una adolescente que se hacía cortes en el cuerpo usó la palabra *dañado* para describirse. Leímos “El tazón de vidrio cuarteado” (Pernicano, 2010b, 2011), una historia sobre el resquebrajamiento y la curación “de adentro hacia afuera.” Regresó en la siguiente sesión con una hermosa obra de arte, un colorido dibujo de un tazón con cuarteaduras. Estaba etiquetado con eventos y personas que había dejado “dañados” o “quebrados” sus sentimientos. Hablamos sobre qué clase de “calor” con el suficiente poder podría usar para derretir su dolor y calmar sus intensas emociones. Decidimos que el calor (enojo, indignación justificada, determinación, orgullo de sí misma, perdón) que requería podía venir de que ella se cuidara, llevara un diario y hablara sobre sus sentimientos. En el curso del tratamiento, al final dibujó un nuevo tazón “de su creación” y lo enmarcó. No había más cuarteaduras en él; en su lugar, escribió las fortalezas y las clases de calor que la ayudaban a no cortarse.

2. El terapeuta introduce una metáfora que arroja luz sobre los problemas del cliente y le cuenta o lee una historia que contenga esa metáfora.

Un niño que vivía con su abuela estaba “enojado con el mundo.” En sus intensas explosiones cotidianas, mordía, gritaba y peleaba. No hacía caso de las órdenes de los adultos y, en la escuela, se escondía debajo del escritorio cuando creía que estaba en problemas. Al principio del tratamiento, no me saludaba en la sala de espera, no hacía contacto visual conmigo y jugaba solo, la mayor parte del tiempo en silencio. Su juego era agresivo y a veces decía que quería matar a los demás. Me preocupaba su escasa regulación emocional y sus dificultades de apego. Al final de cada sesión iba al arenero, donde seguía una batalla y los malos ganaban. Con el tiempo, sugerí que los buenos podían trabajar juntos para encontrar la manera de ganar –después de todo, nadie puede pelear solo en una batalla– y le leí una historia acerca de un pequeño pez abandonado por sus padres que fingía ser un tiburón para ahuyentar a todos y estar a salvo. Más adelante en la historia, un verdadero tiburón “lo descubre” como un impostor y casi se lo come. Un gran banco de peces rodea al pequeño y lo rescata, recordándole, así, que “la seguridad y la amistad están en las multitudes.” Después de escuchar la historia, el niño pidió usar los títeres para representar la historia, y me invitó a jugar con él. Él tomó el papel del tiburón y me pidió ser una pequeña rana (porque no había un títere de pez).

En la siguiente sesión, preguntó si podía usar los títeres otra vez para representar la historia del pez. De nuevo, él tomó el papel del tiburón y yo, el de la ranita. Cuando el tiburón trató de morder/comer a la rana, sugerí que cooperáramos para proteger a la rana y él aceptó. En el curso del juego, dijo que el tiburón era como el ex novio de su madre. Terminó invitándome a combatir a los malos junto con él en el arenero, y sin siquiera mirarme dijo, “Todos necesitan a un amigo, como tú dijiste.” Colocó personajes medievales en dos bandos para la batalla. Él dirigió el juego, y mi participación; por primera vez, los buenos ganaron.

En la siguiente sesión familiar, creó una nueva clase de escena, en la cual llenó el arenero en su mayor parte de ranas y serpientes. Hacía contacto visual, sonreía y nos decía a mí y a su abuela, “Éste es el día de los buenos. Sólo tienen permiso de estar los amigos. Como tú dijiste, todos necesitamos amigos.” Colocó el dólar de goma en el centro del arenero como personaje principal. Me invito a jugar con él, “Tú puedes ser la rana más grande, y yo seré el dólar,” y siguió rodeando al dólar de amigos (figura 12-3).



Figura 12-3.

Sólo me tomó un minuto hacer la conexión entre las ranas y las sesiones de juego anteriores con la rana y el tiburón. Había empezado a dominar su miedo, la confianza que tenía en nuestra relación le permitió invitarme a entrar en su mundo. Los avances que ocurrieron a lo largo de varios meses de sesiones semanales también se reflejaron en su funcionamiento en casa y en la escuela. Tenía menos explosiones, era menos agresivo, se unió a un grupo de Boy Scouts, mejoró su contacto visual y empezó a relacionarse con los demás y a participar en el salón de clases. La historia del pez lo había enganchado, le permitió confiar en mí, sentirse seguro y creer en sí mismo.

3. El terapeuta elige una historia con el fin de aclarar el diagnóstico.

Una niña de 8 años de edad, de acuerdo con sus padres sustitutos, estaba muy alejada de los demás y era difícil conectar con ella. Se quedaba mirando con dirección al vacío y a veces no respondía cuando le hablaban tanto en las sesiones como en casa. Hasta donde se sabía, no había ninguna historia de abuso, pero era probable dadas sus circunstancias familiares. Participó bien en la terapia de juego usando historias, títeres y arte, pero seguía alejada en términos emocionales. A mitad de una sesión de juego, anunció, “Mis recuerdos circulan por mi cerebro como un río. Flotan y yo trato de atraparlos. A veces, atrapo uno y puedo retenerlo un momento, pero después se va,” y después siguió jugando. Por ello, decidí evaluar en particular los procesos de disociación.

Le conté la historia abreviada de “Un lugar seguro llamado hogar,” que trata de una niña que se encuentra a sí misma en una casa donde todas las puertas están cerradas. No tiene la llave, pero oye voces de distintos tiempos que provienen de los cuartos; ellas aseguran que la conocen. Al fin, encuentra la llave y abre las puertas. Invita a los demás a hablar con ella y compartir sus historias. La niña me miró sorprendida cuando terminé de contar la historia y dijo, “Todos esos otros son parte de ella, ¿o no? ¿Como sus recuerdos?” Le dije que era muy inteligente al darse cuenta de eso.

Luego, jugamos y cerca de 10 minutos después, se detuvo de manera abrupta y dijo sonriendo, “Yo tengo amigos imaginarios que tú conoces.” Agregó, “¿Alguna vez te dije que oigo voces? Los demás niños creen que estoy loca.” Yo le confirmé que no estaba loca, y que muchos niños que han sufrido abuso oyen voces y tienen amigos imaginarios. Esta breve intervención ayudó a aclarar su diagnóstico y a planear su tratamiento.

4. Introducir una historia para poner en tela de juicio con suavidad el pensamiento mágico, un punto ciego o una negación en el niño o en los padres.

Cuando le pregunté a una niña de 5 años de edad por qué asistía a terapia, ella respondió, “Mi papá me mintió. Prometió que me dejaría ir a casa y luego me retuvo. Nos lastimó a mí y a mi mamá cuando trató de llevarme con él.” La madre de la niña confirmó que esto había ocurrido un par de meses antes. Desde entonces, la niña no dormía sola, tenía pesadillas, mojaba la cama y no quería separarse de su madre. Pensaba que había sido su culpa que su padre lastimara a su madre, pues decía, “Debía dejar que me llevara; así no habría lastimado a mi mamá.”

Comenzamos la terapia de juego familiar enfocándonos en reducir su ansiedad y en que se recuperara del trauma, y ellas tuvieron buenos avances. Leí la historia “El mono de en medio” (Pernicano, no publicado) y luego sugerí que usáramos títeres para representarla. La niña dirigió la acción y tomó el títere del mono. La madre lo jalaba de un brazo y yo, en el papel de padre (con el títere del cocodrilo), lo jalaba del otro. La niña se puso muy sensible y le dijo al cocodrilo que se detuviera, que la estaba lastimando. Su mamá y yo “la salvamos”, y le puso cinta adhesiva al cocodrilo en el hocico. Le dijo, “¡Tienes que ir a la cárcel!” Justo antes de que la niña metiera a la cárcel al cocodrilo, dijo, “Tiene un problema con el enojo. Es malo ¡Tiene que calmarse!” Le sugerí que le enseñara al cocodrilo cómo respirar y relajarse usando la piedra de la meditación que había conocido la semana anterior. Se le dice al niño que, cuando funciona, la piedra se pone tibia. Esa es una señal de que el niño está tranquilo y relajado. Escuchamos música que incluía un cuenco tibetano mientras sosteníamos las piedras y respirábamos. La regla es que cada vez que escucháramos el sonido del cuenco cerraríamos los ojos y escucharíamos el sonido hasta que se desvaneciera.

La niña nos dio una piedra a cada una, y luego dijo con indignación, como sólo una niña de 5 años puede hacerlo, “¡Él necesita CINCO piedras!” Con ira empujó cinco piedras en la boca del cocodrilo. Le enseñó cómo respirar y librarse del enojo mientras sostenía las piedras; luego lo metió a la cárcel. Entonces, sugerí que le dijera al cocodrilo cómo la hacían sentir sus actos. Señalándolo agitando el dedo, le dijo con firmeza, “¡Eres malo!” Nos lastimaste a mí y a mi mamá. Tienes que controlar tu carácter.” Cinco minutos después, preguntó, “¿Crees que podemos quitarle la cinta de la boca y sacarlo de la cárcel? Tal vez ya está listo para ser bueno.” Yo dije, “Sé que lo amas y *quieres* que tu papá cambie ¿Crees que está listo?” Ella dijo, “No lo sé.” Le preguntó a su madre, “¿Crees que él *quiera* cambiar? ¿Crees que sea bueno si le digo que sea bueno?” La madre sostuvo las manos de la niña y, mirándola a los ojos, dijo, “No creo que *quiera* cambiar, y no creo que vaya a cambiar. Así ha sido toda su vida. Él no cree que tenga un problema. Pero no dejaré que te lastime otra vez. Te voy a mantener a salvo.” La niña me miró y dijo, “Creo que necesita un poco más de tiempo; vamos a dejar la cinta en su boca y a él, en la cárcel.” Mediante la metáfora, una historia y las técnicas de juego, esta niña abordó sus sentimientos ambivalentes hacia su padre y aceptó la protección de su madre. Empezó a dormir en su propia cama y hubo una reducción paralela de sus pesadillas y ansiedad.

5. El terapeuta elige una historia para enseñar una técnica específica (solución de problemas, afrontamiento cognitivo, manejo de los sentimientos, por ejemplo) que aparece en la historia.

A veces, el personaje de una historia modela una técnica terapéutica para que el cliente la aprenda y la practique en la terapia de juego. Un niño de 6 años de edad llegó con fobias y ansiedad de separación.

Se eligió la terapia de juego cognitivo-conductual: relajación, modelamiento de habilidades de afrontamiento, juego de roles, reestructuración cognitiva, exposición a

situaciones temidas y ensayos conductuales. Elegí una historia acerca de un águila que compraba zapatos deportivos para ir caminando a Tennessee, porque tenía miedo de volar; esta historia ilustra la exposición, la reestructuración cognitiva y la reducción de ansiedad.

Después de leer la historia, “enseñamos” al títere del águila habilidades de relajación y respiración, y practicó con el títere. Hablamos de los riesgos y beneficios de volar, ayudamos al águila a elevarse y le aseguramos que tendría un vuelo exitoso. A continuación, el niño practicó la valentía usando los guantes de Hulk para tocar las cosas a las que tenía miedo tocar, y rugiendo para mostrar su “poder.” Jugamos al Hombre Araña (su héroe), quien tenía que dominar su miedo a las alturas para trepar y colgarse de cabeza para ayudar a las personas. El niño hacía girar telarañas con las manos mientras practicábamos y jugábamos. Su madre participó en algunas sesiones, practicaban en su casa entre una sesión y otra. Sus padres informaron de una notable reducción de las conductas fóbicas y de evitación, así como un aumento de la confianza en sí mismo en situaciones en las que antes tenía miedo.

Requisitos, entrenamiento y características del terapeuta

Para usar las metáforas e historias, el terapeuta requiere una comprensión básica del desarrollo infantil y entrenamiento en terapia de juego. Debe ser capaz de evaluar las habilidades de juego, los periodos de atención, la capacidad de lenguaje, el desarrollo cognitivo y la comprensión emocional, porque las intervenciones con juego e historias requieren una gran flexibilidad, espontaneidad y creatividad. Además, debe observar el juego del niño y escucharlo con atención para poder captar el material emocional o temático conectado con sus antecedentes e historia.

Características del cliente e indicaciones/contraindicaciones

Todo mundo puede jugar, y contar historias es una actividad conocida por los niños de cualquier edad. Pero no hay una historia que sirva para todos, por lo que el terapeuta tiene que encontrar la que se adapte mejor al cliente. Están contraindicadas las historias que despiertan emociones dolorosas demasiado temprano en el tratamiento, antes de que se establezca la alianza terapéutica y el niño tenga habilidades de afrontamiento para manejar la excitación. Esto puede volver a traumatizar al niño y dar por resultado una terminación prematura, la intensificación de los síntomas, descompensación o, incluso, disociación.

Siegel (2013) habla de la importancia de las intervenciones que promueven la integración neurobiológica. Un niño con escasa integración cerebral puede presentar

conductas de afrontamiento demasiado rígidas (demasiado organizadas) o demasiado caóticas (desorganizadas y sin armonía). En algunos niños predomina la actividad del hemisferio cerebral izquierdo, con un pensamiento concreto y dicotómico (en blanco y negro), una lógica rígida, juego mecánico, emociones demasiado controladas y poca activación. Estos niños no están en contacto con los sentimientos propios o de los demás. Otros niños se sienten abrumados con facilidad y encuentran difícil pensar con claridad debido al exceso de activación emocional y sobrecarga sensorial del hemisferio derecho. El cliente demasiado rígido puede practicar un juego ritualizado, sobrecontrolado; parece “demasiado adulto” para su edad; o puede presentar síntomas obsesivos y compulsivos o del espectro autista. El niño demasiado caótico experimenta una falta de regulación emocional, hiperactividad y activación excesiva. Las historias, en combinación con la terapia de juego, ayuda a mejorar la integración cerebral aumentando la activación y flexibilidad de los niños rígidos o poca activación, y a calmar/regular a los niños con altos niveles de angustia.

Logística, juguetes y materiales

Emplear metáforas e historias no requiere de un cuarto de juego, por lo que puede ser portátil para quienes disponen de espacios pequeños o trabajan en escenarios como las escuelas.

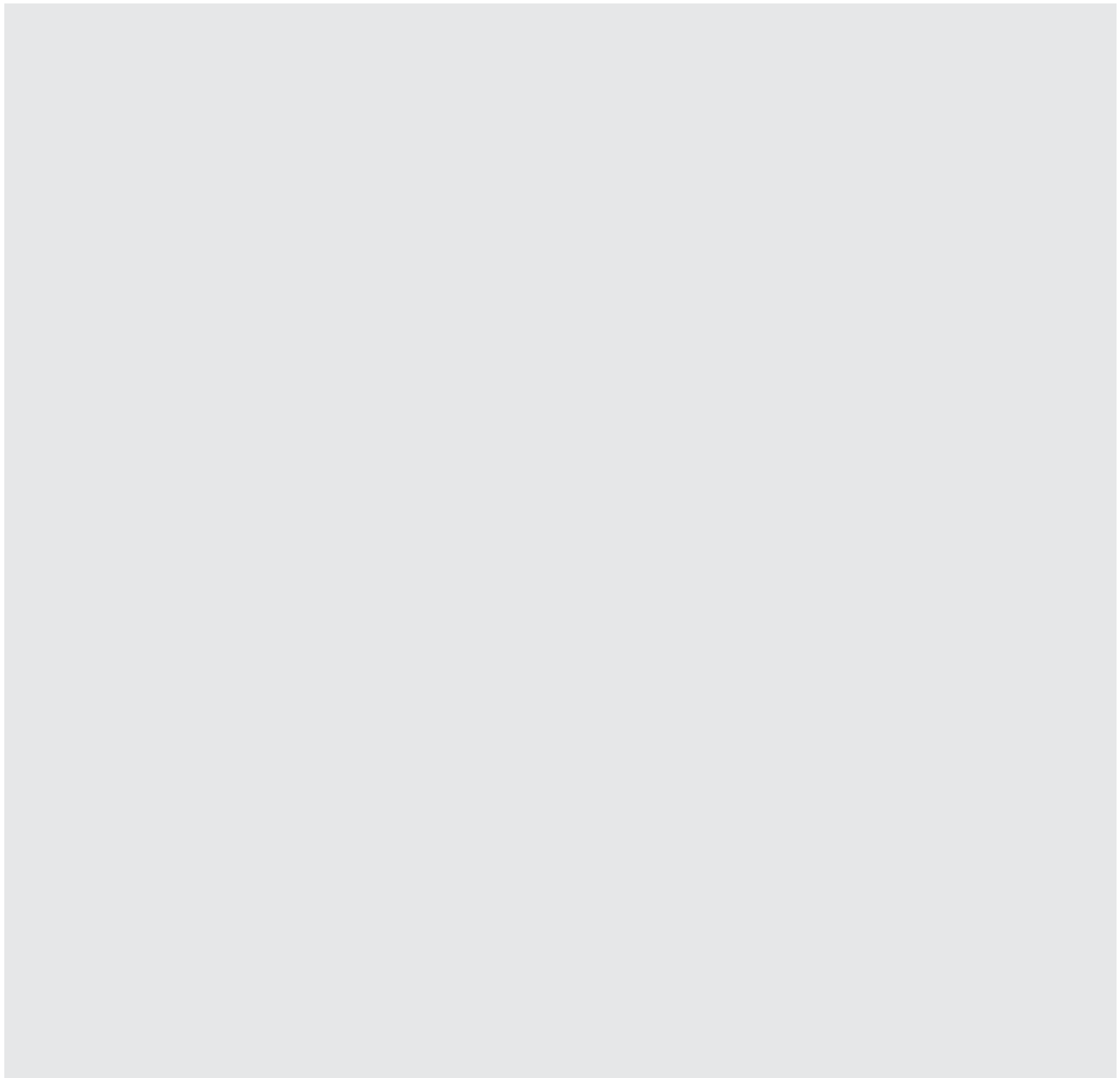
El consultorio de un terapeuta puede contener una serie de historias con facilidad, un poco de arena seca o húmeda para moldear, un pizarrón blanco y marcadores, títeres que se parezcan a los personajes de las historias o que sirvan para distintos papeles, papel para dibujar, marcadores borrables, piedras u objetos para la relajación o meditación, incluso un cuenco tibetano. La autora recomienda consultar otras fuentes para conocer más sobre las técnicas que emplean el arenero (Homeyer y Sweeney, 2010) y arcilla (Whinte, 2006).

Planeación y etapas del tratamiento

Al principio del tratamiento, las metáforas e historias de los niños reflejan su percepción del problema y las actividades lúdicas revelan la intensidad de sus preocupaciones, estilos de afrontamiento cognitivo, sus sentimientos respecto de sí mismos y de los demás, y su capacidad para expresar sus emociones o para controlarlas. Las historias que el terapeuta usa al principio del tratamiento deben despertar emociones en un grado mínimo o moderado, y deben ser de carácter general. Estas historias pueden abordar habilidades de afrontamiento, evitación, toma de decisiones, valor para seguir adelante y barreras para el cambio. Más adelante, las historias pueden ser más desafiantes, despertar emociones

dolorosas, construir nuevas estrategias de afrontamiento y cambiar la visión del niño (respecto de su pasado, sí mismo, los demás).

El modelo de etapas transteóricas del cambio (Prochaska y DiClemente, 1982) es útil para planear el tratamiento. Un cliente en la etapa de contemplación no reconoce que tiene un problema, y algunas historias atraviesan la negación mejor que otras. Alguien en la etapa de contemplación está consciente de que hay un problema, pero no está seguro o no quiere cambiar, así que las historias señalan los riesgos y beneficios del cambio. Una vez que el cliente llega a la etapa de preparación y planea hacer un cambio, las historias le ayudan a planear y alcanzar. Las historias de cambio activo se enfocan en problemas o síntomas específicos, y las historias de mantenimiento abordan los riesgos y la prevención de recaídas. Las historias que se eligen con precisión ayudan al cliente a alcanzar sus metas y avanzar a la siguiente fase del tratamiento (Pernicano, 2011).



CONCLUSIÓN

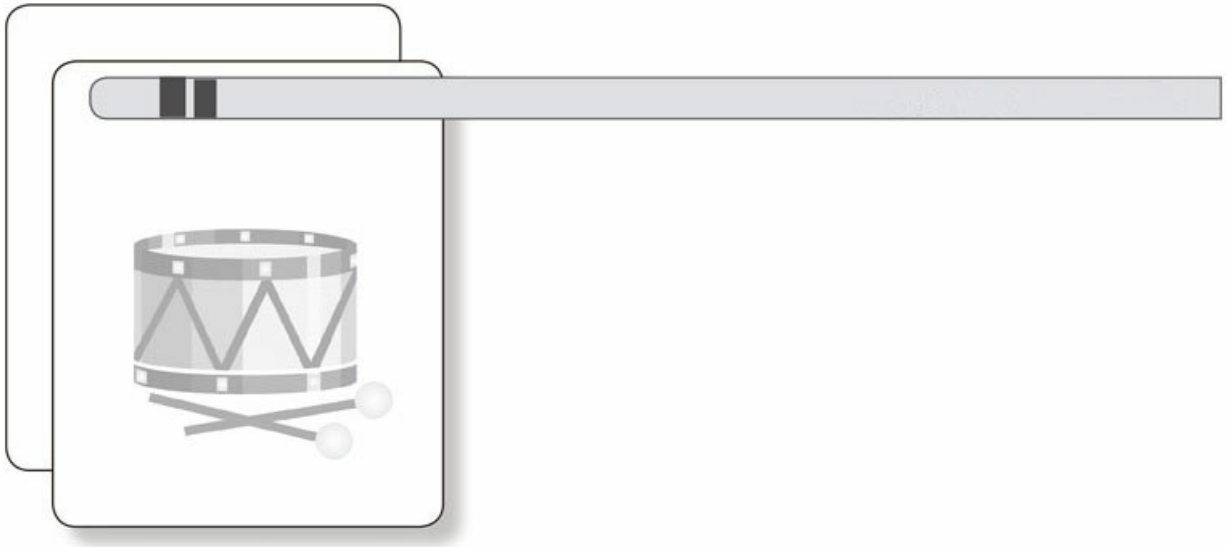
En resumen, las metáforas e historias sirven para clientes de todas las edades en la terapia de juego, sin importar la orientación teórica del terapeuta ni de la modalidad de tratamiento que prefiera. La metáfora es el lenguaje del juego. Las metáforas e historias promueven la integración cerebral, y cuando se utilizan de manera cuidadosa en el tratamiento, conducen al cambio a través de un procesamiento no cognitivo, sensorial y emocional. Estas herramientas invitan a la identificación con los personajes y los temas de las historias, y catapultan al cliente hacia una mejor comprensión de sí mismo y de los demás, la reestructuración cognitiva y el cambio conductual.

■ REFERENCIAS

- Austin, A. T. (2011). *Helping a client explore their metaphor for their problem to discover a solution*. Presented at the 11th International Erickson Congress, Phoenix, AZ.
- Axline, V. M. (1974). *Play therapy*. New York, NY: Ballantine Books.
- Blenkiron, P. (2010). *Stories and analogies in cognitive behavior therapy*. West Sussex, England: Wiley-Blackwell.
- Bratton, S. C., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 47–88.
- Burns, G. (2005). *101 healing stories for kids and teens: Using metaphors in therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Burns, G. (2007). *Healing with stories: Your casebook collection for using therapeutic metaphors*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Carlson, R. (2001). Therapeutic use of story in therapy with children. *Guidance and Counseling*, 16(3), 92–99.
- Casulo, C. (2011). *Transforming Ericksonian methods: Metaphors*. PowerPoint presentation at the 11th International Erickson Congress, Phoenix, AZ.
- Cattanach, A. (2009). Narrative approaches: Helping children tell their stories. En A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Chazan, S. E. (2002). *Profiles of play: Assessing and observing structure and process in play therapy*. New York, NY: Jessica Kingsley.
- Ciuffardi, G., Scavelli, S., & Leonardi, F. (2013). Solution-focused brief therapy in combination with fantasy and creative language in working with children: A brief report. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 1(1), 44–51.
- Close, H. (2004). *Metaphor in psychotherapy*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain*. New York, NY: Norton.
- Drewes, A. (2009). *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence based and other effective treatments and techniques*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Drewes, A. (2010). *How to respond to the child's play through metaphor*. Rome, Italy: Italian Association for Play Therapy.
- Drewes, A., Bratton, S. C., & Schaeffer (Eds.). (2011). *Integrative play therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Duffy, S. C. (2011). *Moving stories: A playful therapeutic storytelling approach for the sand tray*. Perry, ME: By the Sea Seminars.
- Erickson, B. (2011a). *Constructing therapeutic metaphors and stories*, Workshop handout presented at the 11th International Erickson Congress, Phoenix, AZ.
- Erickson, B. (2011b). *Telling stories where they belong*, Workshop handout presented at the 11th International Erickson Congress, Phoenix, AZ.
- Esparza, D. P. (2001). *Therapeutic metaphors and clinical hypnosis*. Recuperado de: <http://www.hypnos.co.uk/esparza.html>
- Friedberg, R., & Wilt, L. (2010). *Metaphors and stories in cognitive behavioral therapy with children*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2), 100–113.
- Garcia-Sanchez, T. (2007). That's not a problem: Metaphor with a disruptive client in Ericksonian group therapy. In G. Burns (Ed.), *Healing with stories*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Gardner, R. (1971). *Therapeutic communication with children: The mutual storytelling technique*. New York, NY: Science House.
- 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. (2013). *Family play therapy: Assessment and treatment ideas*. Presented at the CTAMFT Annual Conference and Meeting, Groton, CT.
- Greenwald, R. (2009). *Treating problem behaviors: A trauma-informed approach*. New York, NY: Routledge.

- Greenwald, R. (2014, September). Slaying the dragon: Overcoming life's challenges and getting to your goals. Northampton, MA: Trauma Institute & Child Trauma Institute. Recuperado de: www.childtrauma.com
- Greenwald, R., & Baden, K. J. (2007). *A fairy tale. [Comic book]*. Northampton, MA: Trauma Institute & Child Trauma Institute. Recuperado de: www.childtrauma.com
- Haley, J. (1993). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York, NY: Norton.
- Hildebrandt, M., Fletcher, L., & Hayes, S. (2007). Climbing anxiety mountain: Generating metaphors in acceptance and commitment therapy. En G. Burns (Ed.), *Healing with stories* (pp. 55–64). Hoboken, NJ: Wiley.
- Homeyer, L., & Morrison, M. (2008, Fall). Play therapy: Practice, issues, and trends. *American Journal of Play*, 210–228.
- Homeyer, L., & Sweeney, D. S. (2010). *Sandtray therapy: A practical manual* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Mindfulness for beginners: Re-claiming the present moment—and your life*. Boulder, CO: Sounds True, Inc.
- Kopp, R. (1995). *Metaphor therapy: using client generated metaphors in psychotherapy*. Bristol, PA: Brunner Mazel.
- Kopp, R. (2007). An empty sadness: Exploring and transforming client-generated metaphors. En G. Burns (Ed.), *Healing with stories* (pp. 30–43). Hoboken, NJ: Wiley.
- Kottman, T., & Ashby, A. (2002). Metaphorical stories. En C. E. Schaefer & D. Cangelosi (Eds.), *Play therapy techniques* (2nd ed., pp. 132–142). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Landreth, G. L., Bratton, S. C., Kellam, T., & Blackard, S. (2008). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.
- Linden, J. (2007). And this little piggy stayed home: Playful metaphors in treating childhood separation anxiety. In G. Burns (Ed.), *Healing with stories* (pp. 44–54). Hoboken, NJ: Wiley.
- Malchiodi, C. (2005). *Expressive therapies*. New York, NY: Guilford Press.
- Malchiodi, C. (Ed.). (2008). *Creative interventions with traumatized children*. New York, NY: Guilford.
- Markell, K., & Markell, M. (2008). *The children who lived: Using Harry Potter and other fictional characters to help grieving children and adolescents*. New York, NY: Routledge.
- Meares, R. (2005). *The metaphor of play: Origin and breakdown of personal being*. New York, NY: Routledge.
- Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 202–204.
- Mills, J. (2007). The door is open, the bird can fly: Merging therapist and client metaphors in child therapy. En G. Burns (Ed.), *Healing with stories* (pp. 128–137). Hoboken, NJ: Wiley.
- Oldford, L. (2011). The use of Harry Potter and fairytales in narrative therapy. *Journal of Integrated Studies*, 1(2), 1–10.
- Olness, K., & Kohen, D. (1996). *Hypnosis and hypnotherapy with children*. New York, NY: Guilford Press.
- Pernicano, P. (2010a). Family-focused trauma intervention: Using metaphor and play with victim of abuse and neglect. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Pernicano, P. (2010b). Metaphorical stories for child therapy: Of magic and miracles. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Pernicano, P. (2011). *Outsmarting the riptide of domestic violence: metaphor and mindfulness for change*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Pernicano, P. (2013). *Climbing the mountain*. Unpublished manuscript.
- Pernicano, P. (2014). Using trauma-focused therapy stories: Interventions for therapists, children and their caregivers. New York, NY: Routledge.
- Perry, C. (2007). Under fire: Reflection and metaphor in narrative therapy. En G. Burns (Ed.), *Healing with stories* (pp. 117–127). Hoboken, NJ: Wiley.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276–288.
- Ray, D., Bratton, S. C., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10, 85–108.

- Reddy, L., Files-Hall, T., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2005). *Empirically based play interventions for children*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosen, S. (1991). *My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson*. New York, NY: Norton.
- Schaefer, C. E., & Cangelosi, D. (Eds.). (2002). *Play therapy techniques*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E. & O'Connor, K. J. (Eds.). (1983). *Handbook of Play Therapy*. New York: Wiley.
- Selekman, M. (2005). *Pathways to change: Brief therapy with difficult adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. New York: Norton.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2013). *Resiliency and neural integration: Harnessing the power of relationships and reflection to cultivate and maintain well-being*. Presented at Trauma and Attachment Conference through the Attachment and Trauma Treatment Centre for Healing, Niagara Falls, Canada.
- Smith, C., & Nylund, D. (Eds.). (1997). *Narrative therapies with children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Snow, M. S., Ouzts, R., Martin, E. E., & Helm, H. (2005). Creative metaphors of life experiences seen in play therapy. En G. R. Walz & R. K. Yep (Eds.), *VISTAS: Compelling perspectives on counseling* (pp. 63–65). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- White, P. (2006). Clay therapy: The clinical application of clay with children. En C. E. Schaefer & H. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: W.W. Norton.
- Yapko, M. (1990). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. (2007). The case of Carol: Empowering decision-making through metaphor and hypnosis. En G. Burns (Ed.), *Healing with stories* (pp. 67–78). Hoboken, NJ: Wiley.
- Zeig, J. (2008). *The utilization of Ericksonian methods in couples and family therapy*. Presented at Marriage and Family Therapy Association Workshop. Louisville, KY.



Capítulo 13. Artes expresivas en la terapia de juego

Julia Gentleman Byers

Para quienes juegan, la fuente de satisfacción radica en el juego mismo.

–Knill, Barba y Fuchs (1994, p. 24)

Arte, música, danza, drama, poesía, narración de cuentos y otras modalidades expresivas han encontrado una amplia aplicación en la terapia de juego. Aunque, con frecuencia, se emplean artefactos o instrumentos del repertorio de intervenciones del terapeuta, casi nunca se han articulado como una forma integrativa de expresión. En la cita de Paulo Knill, el *acto* de jugar es la fuente de satisfacción. También podría decirse que para quienes juegan en el contexto de la relación terapéutica, la satisfacción *vive* en el juego. Knill et al. (1994) afirman, “la naturaleza del juego es atrapar la imaginación” (p. 24). De acuerdo con la raíz latina de **imaginación** (*imago* o imagen) o la raíz paleolítica más general, “cosa reflejada en el agua,” jugar significa llamar a la imagen que está dentro de nosotros. Si *jugar* e *imagen* son tomados como verbos, pueden expresar el papel del terapeuta que se vale de las artes expresivas como alguien que hace partícipe al cliente en el proceso de mirar con atención las reflexiones de un sentido superior de quién y qué aspira ser en el mundo. Usando *jugar* e *imagen* como verbos y sustantivos crea la oportunidad de corporizar el espacio intermedio o marco del ambiente terapéutico. El *espacio intermedio* al que se referirá todo el capítulo es al espacio en el que la persona puede probar nuevos cambios en perspectiva, parecido a la noción de Winnicott (1971) de fenómenos transicionales o a la de Betensky (1973) de fenómenos como-sí, que crea un espacio terapéutico para que los clientes integren de manera creativa los asuntos que los llevaron a terapia. La necesidad del cliente de expresarse se satisface y se actúa en su juego con juguetes y objetos. Este capítulo se enfoca en el uso de artes expresivas específicas y de intervenciones con juego en las sesiones terapéuticas.

TEORÍA

En la investigación transdisciplinaria, el uso de metodologías responsivas (Leavy, 2011) sugiere que cada disciplina (incluyendo las que ofrecen servicios humanos) debe buscar maneras para estar más informados como “un modo de estar vivas” (MacDonald, 2000).

Además, los enfoques centrados en el problema alientan a los investigadores y participantes a explorar sólo el problema o asunto actual, en vez de enfocarse en un panorama más amplio o en la persona como un todo. Cuando se usa la terapia de juego como técnica central de un tratamiento integrativo u holístico, es importante incluir una discusión sobre el campo de las terapias expresivas, en tanto que la terapia de juego se vale de técnicas expresivas. Debido a que uno de sus principios clave es la flexibilidad, la terapia de juego permite una transición fácil entre distintas técnicas expresivas que permiten al terapeuta y al cliente explorar con libertad los problemas y emociones.

Como Landreth (2012) ilustra de una manera muy acertada en *Play Therapy: The Art of the Relationship*, “las percepciones cambian como resultado de las relaciones significativas” (p. 71). Más allá de la postura empática de observar al cliente en un proceso pasivo, el papel del terapeuta es relacionarse a nivel verbal y mental con el cliente desde una postura orientada a la acción. Al anticipar las capacidades naturales del cliente y ser sensible al “fluir” del proceso de la terapia de juego (Csikszentmihalyi, 1990), el terapeuta aumenta las oportunidades del cliente de sentirse empoderado y competente para enfrentar los desafíos de su vida. Se puede plantear la pregunta “¿Por qué hacer una distinción entre los enfoques de psicología de consejería y los de terapia expresiva en relación con la terapia de juego?” En un enfoque de la terapia expresiva, el verdadero *hacer* o *jugar* y *crear* algo nuevo, más allá de la manipulación de los juguetes, es lo que fortalece la experiencia del cliente y ofrece evidencias tangibles de la terapia además de las sesiones mismas.

Por lo general, en la terapia de juego con artes expresivas, el terapeuta adopta un enfoque no directivo (Axline, 1971; Moustakas, 1992) y busca oportunidades para fortalecer el espacio terapéutico. En este contexto, el “espacio terapéutico” se refiere a las conexiones físicas y emocionales entre el terapeuta y el cliente, no sólo al espacio físico donde tienen lugar las sesiones. El terapeuta busca, en todo momento, maneras para compaginar la terapia de juego y las artes expresivas. La noción de que *crear* algo añade profundidad a la autoexploración en la terapia distingue las artes expresivas de la mayor parte de los enfoques de la terapia de juego, donde la interacción entre los juguetes o materiales prefabricados y disponibles es lo más importante. La oportunidad de una participación genuina en el proceso terapéutico mediante los materiales artísticos en el cuarto de juego se ha documentado mucho (véase Green y Drewes, 2013; Norton y Norton, 1997; O’Connor, 2000; Schaefer y O’Connor, 1983).

INVESTIGACIÓN

Aunque se han hecho investigaciones sobre las terapias de drama, arte, música, danza, movimiento y técnicas expresivas intermodales como herramientas de la terapia de juego, hay pocas que aborden las terapias expresivas como *parte* de la terapia de juego.

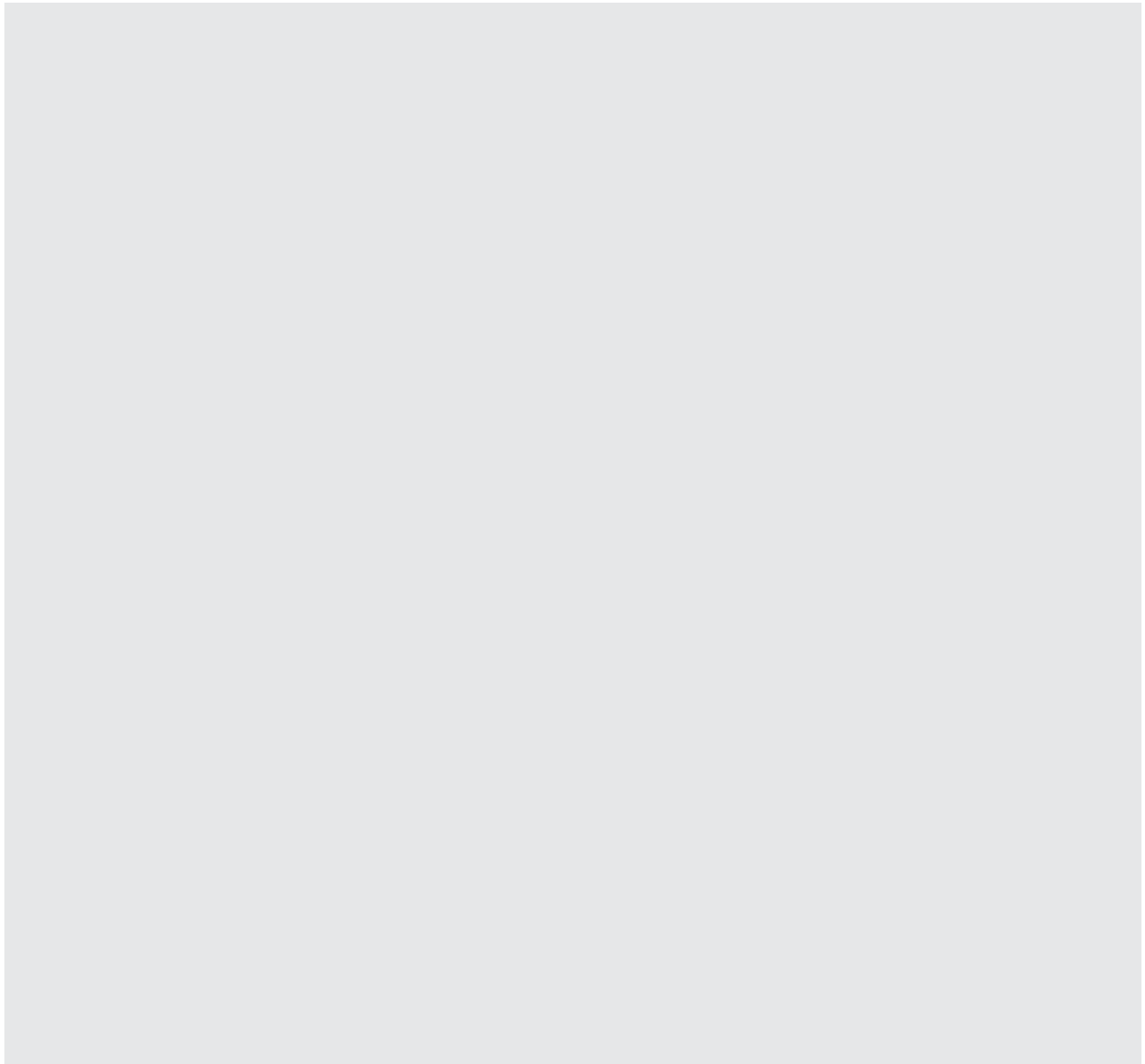
En las últimas décadas, ha aumentado el número de terapeutas que adoptan las técnicas de artes expresivas para utilizarlas en las sesiones de terapia de juego. Eliana Gil (2012) y Cathy Malchiodi (2008), los autores más importantes que practican esta terapia con poblaciones que han tenido experiencias traumáticas, han publicado varios libros instructivos sobre el valor de combinar técnicas de arte y de terapia de juego para ayudar a los clientes a alcanzar distintas metas: superación de ansiedades y pérdidas, dominio de habilidades de afrontamiento, resiliencia y autorregulación para alcanzar el restablecimiento individual, familiar y comunitario. En el área de la terapia familiar (psicoterapia familiar, terapia sistémica, terapia de arte para niños), Lowenstein (2010) editó un libro titulado *Creative Family Therapy Techniques: Play, Art, and Expressive Activities to Engage Children in Family Sessions*.

Incluyó enfoques terapéuticos documentados por más de 20 Terapeutas de Juego Registrados (RTP, por sus siglas en inglés), donde se emplean modalidades de arte y de juego:

- Trudy Post-Sprunk usó el collage “crea-una-familia” para ayudar a las familias a expresar de manera visual sus emociones respecto de su dinámica familiar y para aumentar la consideración que cada miembro tiene del otro.
- Loise Carey incorporó miniaturas en el genoma familiar. Los genogramas se usan mucho en las terapias expresivas, el trabajo social y la psicología de consejería para ilustrar los papeles y las relaciones de los miembros de la familia. Las miniaturas ofrecen a los clientes un elemento extra de control y la posibilidad de manipular o cambiar las relaciones descritas.
- Connie-Jean Latam describió utilizando miniaturas de animales en las sesiones para representar personajes y relaciones en el juego del niño.
- Angela Cavett adaptó la cacería tradicional de animales carroñeros para convertirlo en un juego creativo que aumenta las experiencias positivas dentro de la familia.
- Karen Freud usó cajas de recuerdos para describir de manera visual las relaciones familiares.
- Darryl Hastram alentó a las familias a hacer esculturas familiares con títeres para profundizar la consciencia de las dinámicas familiares.
- Jennifer Olmstead creó una “poción protectora para las noches” en sus sesiones con niños víctimas de abuso para que ellos pudieran llevar consigo la poción y sentirse seguros en su casa.
- Sueann Kennedy-Noziska creó “galletas de la fortuna del adiós” que servían como objetos transicionales durante el proceso de determinación de la terapia.

En estos ejemplos, se incorpora un espíritu generoso, lúdico en el desarrollo de la relación terapéutica. Esto incluye un uso frecuente de los enfoques creativos (como arte, música, danza) con los clientes en las sesiones terapéuticas. Los objetos lúdicos se usan para promover la expresión lúdica y el avance respecto de las metas terapéuticas.

En el área de la terapia de juego grupal, Chapman y Appleton (1999, p. 179-191) conjuntaron el trabajo de otros terapeutas de grupo, como Landgarten (1981), Riley (1999) y Rubin (2005), para utilizar medios artísticos en las sesiones terapéuticas. La colección se enfoca en el juego grupal estructurado o no estructurado y en cómo las instrucciones deben ajustarse a las metas terapéuticas. Integrar el arte en la terapia de juego grupal, ofrece una oportunidad para identificar a nivel visual y comprender los papeles (líder, mediador, seguidor) que los participantes actúan en los procesos grupales. El escenario grupal facilita un espacio seguro e intermedio para que los miembros prueben nuevas actitudes y cambien sus perspectivas.



Entrenamiento y requisitos del terapeuta

En los últimos 50 años, la práctica de la terapia de juego ha crecido a nivel nacional e internacional, por lo que ha aumentado el número de programas de entrenamiento y se ha desarrollado el proceso de registro a través del cual los profesionales pueden certificar su entrenamiento. En la mayoría de los programas de capacitación en terapia de juego, nacionales e internacionales, el terapeuta debe contar con un posgrado en trabajo social, consejería, psicología o disciplinas afines, así como cursos específicos de terapia de juego. Los cursos incluyen un panorama general de la historia y de las técnicas de la terapia de juego, entrenamiento profesional avanzado con poblaciones específicas y supervisión continua de las intervenciones. Debido al creciente interés en la terapia de juego, la *Association for Play Therapy* creó estándares para convertirse en un Terapeuta de Juego Registrado (RTP, por sus siglas en inglés) (www.a4pt.org).

Los aspirantes deben contar con un posgrado en alguna de las disciplinas antes mencionadas y contar con una licencia para trabajar en el área de la salud mental, respaldada por un mínimo de 150 horas de clases sobre terapia de juego y de 50 horas de supervisión mientras acumula la suficiente experiencia clínica.

Como ejemplo de un programa de entrenamiento, la *Lesly University* (Cambridge, Massachusetts) creó un Certificado en Estudios Avanzados de Posgrado en Terapia de Juego para tender un puente entre la psicología de consejería y las terapias expresivas. Los cursos incluyen técnicas específicas de juego y terapia de juego avanzada, hace hincapié en las implicaciones multiculturales para los terapeutas que adoptan un enfoque integrativo con técnicas terapéuticas expresivas (arte, danza, música, drama, por ejemplo).

En el enfoque integrativo de las artes expresivas y la terapia de juego, el terapeuta también puede ser un Terapeuta de Artes Expresivas Registrado (REAT, por sus siglas en inglés). La *International Expressive Arts Therapy Association* (www.ieata.org) exige que un REAT obtenga un grado de maestría o doctorado en terapia de artes expresivas o en una disciplina afín que incluya un entrenamiento en artes expresivas, 500 horas de trabajo clínico, 2 000 horas de experiencia en terapias expresivas de nivel de posgrado y 100 horas de supervisión de casos. Los cursos de posgrado requeridos para ser REAT incluyen los enfoques de terapia de artes expresivas, individual y grupal, ética, psicopatología y desarrollo humano.

Las poblaciones con las que se pueden emplear las terapias expresivas incluyen niños y adolescentes en contextos escolares, centros de rehabilitación o clínicas para tratamiento del abuso, niños en escenarios médicos u hospitalarios, y jóvenes encarcelados y sus familias. Además, cada vez se requiere más ofrecer estos servicios a adultos y ancianos para abordar dificultades relacionadas con el envejecimiento, así como padecimientos

médicos y psiquiátricos. Ciertos adolescentes, adultos y ancianos pueden considerar que los recursos expresivos y lúdicos son infantilizantes. Por lo tanto, se debe ser sensible para que el cliente se sienta cómodo abordando sus recuerdos positivos del juego con el fin de reconectarlo con la vida. Además, en el caso de niños con trastornos sensoriales, puede estar contraindicado el uso de ciertos materiales artísticos, instrumentos, tejidos y otros materiales que los estimulen a nivel sensorial.

Logística

Sea que el cuarto de juego se encuentre en un escenario clínico tradicional, un centro de consejería o algún otro lugar, lo que es invariable es la conceptualización del terapeuta respecto de qué es el juego y la terapia de juego. Mientras más diversos sean los escenarios de trabajo y los problemas infantiles tratados, es mayor la flexibilidad que se requiere del terapeuta. En lo que resta de este capítulo, se muestran varias técnicas que se usan en las artes expresivas en terapia de juego.

Primero, se muestra cómo concebir y crear un cuarto de juego apropiado del modo en que se hace en los grupos de posgrado del Certificado en Estudios Avanzados de Posgrado en Terapia de Juego en la *Lesley University*, donde se utiliza el aprendizaje vivencial. Segundo, se ejemplifica el modelo comunitario de intervención en crisis examinando el trabajo terapéutico con niñas y mujeres de Uganda que vivieron violencia y pérdidas a causa de secuestros y tortura a manos del Ejército de Resistencia de Lord (LRA, por sus siglas en inglés). Tercero, en un enfoque de estudio abierto, local, se presenta un estudio de caso de adultos que padecen ansiedad, depresión y conductas características del desarrollo adulto atrofiado.

En cada uno de estos contextos se hace hincapié en el papel de los medios expresivos para crear, amplificar y dar sentido a la experiencia en terapia de juego. Este proceso se ubica en el nivel de los símbolos metafóricos o alcanza el nivel de diálogo en el que el cliente puede realizar cierto trabajo psicológico de restauración. En cada ejemplo, se ponen “en juego” las siguientes técnicas:

- El proceso de hacer y crear un nuevo juguete
- El proceso de usar un juguete existente que evoque una respuesta integrativa
- La combinación de diferentes formas de arte expresivo para lograr la catarsis del cliente y que éste se reconecte con la comunidad más allá de la contención del espacio terapéutico

Además, cada ejemplo ilustra la manera en que los límites de la experiencia terapéutica se extienden más allá del marco de la sesión de terapia de juego tradicional.

Cuarto de juego, juguetes y materiales

En general, el cuarto de juego debe incluir un cuarto amplio con suficiente espacio para moverse con libertad, pero no tanto que pueda abrumar al cliente. Debe tener la suficiente privacidad para que el cliente se sienta seguro al revelar su información y emociones. Los siguientes artículos también son de utilidad. Una mesa o un área plana de trabajo donde el cliente y el terapeuta puedan realizar las actividades de juego y arte, y estantes para guardar los materiales, juegos de mesa, títeres y otros juguetes, así como cualquier obra o tarea que realice el cliente (Kottman, 2011). Además, entre los materiales para las artes expresivas, debe haber objetos naturales (cáscaras, ramitas, arena, piedras), objetos reciclados (cables, cuerdas, cartulinas, botes de lata), materiales artísticos en general (pintura, marcadores, papel, arcilla, pegamento, cinta adhesiva), pañoletas, instrumentos musicales y de percusión, juguetes comerciales, figuras relacionales (muñecas, figuras de acción, animales) o ambos.

El ambiente de aprendizaje: para entrenar a los futuros terapeutas en el modo de integrar las artes expresivas con la terapia de juego se requiere brindarles experiencias directas usando los materiales y aplicando las técnicas. Entre estas experiencias se debe incluir la autoexploración, análisis reflexivo, salidas para la observación de campo, breves ejercicios de juego de roles dentro y fuera de la clase para que los estudiantes aprendan técnicas vivenciales como espejear, rastrear y reformular los sentimientos (Kottman, 2011) y lecturas integrativas instructivas. Los profesores pueden equipar un salón de clases con un baúl portátil de objetos comunes para jugar (véase Kottman, 2011), materiales básicos de arte y artículos como papel, fieltro o telas que ofrezcan distintas texturas y sensaciones táctiles. Por último, se debe estimular a los estudiantes a donar juguetes y materiales a la clase para las futuras generaciones de nuevos terapeutas.

En una instrucción que uso con regularidad en mis clases de terapia de juego, pido a los estudiantes que imaginen su cuarto ideal para trabajar y que creen un borrador de lo que podría incluir ese espacio. Dibujar su lugar ideal los invita a expresar lo que piensan que es esencial o importante. Después de poner todos sus dibujos en un lugar común, los invito a revisar qué es lo más significativo en todos los trabajos. Exploramos elementos prácticos, como almacenamiento, luz, entradas, agua, áreas de trabajo adecuadas para diferentes necesidades de poblaciones especiales (como escondites y áreas de descanso para cuando el niño se sienta abrumado o desorganizado, y áreas ordenadas donde los clientes puedan experimentar las diferentes etapas de la relación. Utilizando los conceptos de la terapia de artes expresivas que se enfocan en el área central de la hoja de papel como la que contiene los elementos más importantes de la consciencia o preocupaciones centrales del autor, observamos con mucha atención el centro de cada imagen. Se observa el desorden, los colores, la estructura o la falta de elementos del centro. Es importante señalar a los estudiantes la posibilidad de dejar el centro del borrador como un espacio en blanco abierto para representar la importancia de la relación terapeuta-cliente como elemento central de la terapia de juego y, de hecho, de casi todos los procesos psicológicos. Lo que los estudiantes proponen para discutir es la apertura de sus espíritus lúdicos atemperados por sus preocupaciones respecto de cómo confiar en sus habilidades

naturales.

El cuarto de juego “portátil”: a veces, el terapeuta no tiene acceso a un cuarto de juego bien equipado tradicional. Esto es muy frecuente en caso de terapeutas que trabajan en escenarios como escuelas, hospitales y comunidades rurales. Para ellos, contar con un cuarto de juego portátil es la mejor opción.

Como Cattanach (1997) señala en “Settings and Materials for Play Therapy” [Escenarios y materiales para la terapia de juego] en *Children’s Stories in Play Therapy*, “Es muy importante definir el espacio de juego como un área específica en el ambiente para que el niño pueda jugar y no jugar en el mismo ambiente amplio” (p. 37)

Debido a que no siempre hay paredes de ladrillos y cemento, estantes con los materiales de arte y cestos con títeres y bloques, el terapeuta debe estar en sintonía con lo que conforma las verdaderas “paredes” del cuarto de juego. Por ejemplo, se utilizaron cuartos de juego portátiles muy sencillos cuando se trabajó con niñas de Uganda en un pequeño y remoto pueblo llamado Lira. El ambiente al aire libre, en esa ocasión un área ubicada bajo un árbol, aportó las paredes simbólicas del espacio terapéutico. Los materiales se llevaron desde EUA y se dejaron en la comunidad para que los clientes siguieran usándolos. Aunque el terapeuta proporcionó varios objetos lúdicos, ramitas, hojas y guijarros podrían usarse mejor para intercambiar ideas. A medida que las sesiones continuaron, el espacio interior terapéutico entre el cliente y el terapeuta es sostenido haciendo honores a lo que se crea y retiene en la imaginación, sin que sean necesarias las paredes del cuarto de juego tradicional.

El estudio abierto de juego/arte: un estudio abierto de juego/arte es otra alternativa en lugar del cuarto de juego tradicional. Este espacio puede ser de especial utilidad con adultos o ancianos, con quienes el juego y el arte tienen que hacerse más accesibles, asequibles y apropiados para su edad. Uno de estos estudios de juego/arte se instaló en el almacén de una fábrica abandonada de una comunidad rural del centro de Massachusetts. Una organización local no lucrativa había rentado el espacio para llevar a cabo programas que alentaban a ancianos (de 65 años o más) privados de sus derechos a participar en el “juego creativo” como un medio terapéutico para reconectarse con las otras personas aisladas de su comunidad. Muchas de estas personas sufrían de discapacidades desde esclerosis múltiple y lesiones cerebrales hasta enfermedades mentales. Adultos sin hogar también iban al centro en busca de refugio. El almacén tenía vigas viejas de madera y pisos de madera con grietas. Los materiales de juego/arte se colocaron en mesas improvisadas utilizando caballetes como patas y superficies de madera cubiertas con papel de periódico. Montones de juguetes rotos y materiales reciclados se acomodaron en cestos de plástico etiquetados. Para el ojo no entrenado, la escena lucía como un depósito de chatarra o un taller de reparación de juguete y no como un espacio terapéutico. Algunos participantes tenían sus propios contenedores para carros, llantas, camiones y otros vehículos de juguete; muñecos de todo tipo y tamaños, incluyendo algunos con extremidades, pies, manos y cabezas desmontadas; elementos

naturales, como piedras, ramas, cáscaras y frutas secas; objetos reciclados, maderas y telas; incluso había un cesto con superhéroes descartados. Cada sesión incluía juego espontáneo con los juguetes y objetos, que a menudo evocaban los recuerdos de los pacientes de los programas de televisión, películas y héroes con lo que habían crecido. El juego espontáneo y los recuerdos evocados conducían a la discusión entre clientes y terapeutas ahí mismo en el estudio o en sesiones individuales posteriores.

En la práctica de las artes expresivas en la terapia de juego, cualquier lugar puede ser un cuarto de juego, siempre y cuando el terapeuta sea capaz de mantener un espacio psicológico seguro para el cliente, ya sea un salón de clases para alumnos de posgrado con materiales de sobra al alcance de la mano, un árbol a mitad de un pueblo en Uganda disponiendo sólo de la naturaleza y la imaginación para crear el juego, o un almacén que luzca más como un taller de Santa Claus para reparar juguetes que como un estudio de juego/arte. El juego puede realizarse en cualquier lugar y con cualquier material.

Frecuencia y duración del tratamiento

El tratamiento puede ser tan breve como una sola sesión de una hora, o puede durar años en lugares donde se atiende a pacientes internos. La frecuencia y duración, a menudo, depende de los recursos económicos, los protocolos o, en algunos casos, de la ubicación geográfica. Mientras trabajábamos con niñas que vivieron experiencias traumáticas debidas a la guerra en Uganda, la Dra. Jody McBrien y yo estuvimos en el lugar varias semanas en cada una de las cuatro visitas que hicimos a lo largo de tres años.

Principalmente, trabajamos con niñas de tres escuelas de la zona para abordar los problemas relacionados con trauma, depresión, trastorno de estrés postraumático y VIH. Durante nuestras visitas, intentamos ver a cada grupo de niñas al menos tres veces. Cada sesión duró cerca de 1.5 horas. En algunas, nuestro objetivo central era entrevistar a los maestros, al personal y a los estudiantes para evaluar su estado actual de bienestar. En otras, implementamos actividades de juego de artes expresivas diseñadas específicamente para este trabajo con 12 niñas en cada grupo. Cuando no estábamos en Uganda seguíamos en contacto regular con el maestro residente y el consejero, quienes obtuvieron un posgrado en una universidad de Uganda, para supervisar el curso de su trabajo con niñas traumatizadas, niños con VIH y, o huérfanos.

El estudio abierto para adultos en Massachusetts estaba afiliado, aunque gozaba de bastante libertad, al hospital local y a clínicas de salud mental que atendían en consulta externa. Las sesiones de juego creativo se llevaron a cabo una vez a la semana durante un año, con una duración de 1.5 horas cada una. Además, varios artistas, terapeutas retirados o ambos, trabajaban en el estudio todos los días. En promedio, cerca de 20 clientes participaban en el estudio al día. Estos clientes eran adultos que tenían problemas relacionados con un desarrollo psicológico y social atrofiado, habían sido referidos al programa con la convicción de que se beneficiarían de un programa de intervención comunitaria.

Evaluación previa al tratamiento

Para evaluar las necesidades del cliente se requiere sensibilidad a las costumbres locales. En el peor de los casos, el terapeuta debe ser capaz de mantener su presencia ante historias horribles y la evidencia directa de muertes traumáticas, mutilaciones y violencia, así como frente a las cicatrices físicas y psicológicas de los sobrevivientes. Los terapeutas nuevos, con frecuencia, experimentan un trauma vicario y síntomas secundarios asociados con el grave estrés ambiental y emocional. En el caso de mi trabajo con la Dra. McBrien en Uganda, éramos dos mujeres blancas trabajando en una escuela de mujeres negras. Esto exigía tener consciencia de los atributos predominantes asociados con el poder y privilegios de los blancos y tratar de minimizar las preconcepciones al respecto. Teníamos que resaltar en todas las interacciones el reconocimiento de la humanidad en común que hay en el sufrimiento, y la importancia de colaborar para alcanzar la resiliencia y la resolución. Aunque para los propósitos de este capítulo los detalles del trabajo con poblaciones que han vivido traumas graves no están muy elaborados, sería irresponsable restar importancia a la complejidad relacionada con las intervenciones realizadas por “foráneos” en comunidades tan vulnerables y frágiles.

Como lo hace Landreth (2012), la evaluación previa al tratamiento debe ser lo primero en el entrenamiento y reflexión sobre sí mismo de los terapeutas neófitos. El proceso de evaluar el estado emocional de una persona y su disposición para escuchar nuevas ideas y cambiar su perspectiva tiene lugar primero en el salón de clases con los propios aspirantes a convertirse en terapeutas. Una vez que ha recibido el entrenamiento y ha reflexionado sobre sí mismo, el terapeuta neófito puede hacer la evaluación de sus pacientes en cuanto a su disposición para escuchar ideas nuevas y cambiar su perspectiva. La evaluación para el uso de las artes expresivas en la terapia de juego puede ser diferente dependiendo del escenario y la situación. Al trabajar con las niñas de Uganda, el psicólogo consejero residente de la escuela realizó una evaluación mediante la cual identificó a las niñas que más se beneficiarían de la terapia expresiva breve en las intervenciones de terapia de juego. La evaluación incluyó padecimientos médicos, desarrollo educativo y social, síntomas del trastorno de estrés postraumático y mecanismos sintomáticos de afrontamiento. En el estudio de terapia de juego/arte, los clientes fueron enviados al programa por sus psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, trabajadores de casos o enfermeras. Después de evaluar su estado mental para su admisión en el programa, cada cliente fue entrevistado por un terapeuta para revisar sus expectativas del programa, la idoneidad para el trabajo grupal y la historia creativa. Los planes de tratamiento eran individuales con base en la historia psiquiátrica y los intereses en las artes creativas. Entre los temas básicos de la entrevista, estaban la historia psicosocial de los mecanismos de afrontamiento, la disposición para jugar, una línea del tiempo con toda la historia de las experiencias lúdicas infantiles del cliente y sus pasatiempos de la etapa adulta.

Planeación del tratamiento

Contexto, contexto y contexto es una palabra necesaria y base para comprender las metas y los procesos de tratamiento de diferentes casos. La constante es la capacidad inherente del terapeuta para asegurarse de que la terapia sea lúdica mientras busca posibles maneras de impulsar al cliente a que se exprese. Tomando en consideración el contexto, la planeación del tratamiento, por lo regular, se hace en la conversación entre terapeutas, equipos de tratamiento, trabajadores sociales/trabajadores de casos y, siempre que es posible, con los propios pacientes. Cuando las condiciones lo permiten, la participación del paciente en la planeación del tratamiento puede ayudar a crear un plan más realista en el que el paciente adquiriera control de su futuro y del resultado de su trabajo. Por lo general, el plan de tratamiento se crea al inicio para marcar el rumbo de las sesiones en la que paciente y terapeuta estén de acuerdo, pero se revisa varias veces a lo largo del tratamiento.

Hacer intervención en crisis por todo el mundo después de desastres naturales y causados por el hombre plantea desafíos únicos, pues hay dinámicas complejas y cambiantes de fondo en comparación con el trabajo que se realiza en las clínicas de la sociedad occidental. La flexibilidad se vuelve primordial. La meta del plan de tratamiento de las niñas de Uganda fue, aun cuando se disponía de poco tiempo, aumentar las habilidades de comunicación dentro de la comunidad, elevar la autoestima y autovalía de las niñas y brindar mejores habilidades de resiliencia. Siempre cuidándonos de no volver a traumatizar a las niñas, esperamos los indicios y dimos testimonio a sus historias en vez de adelantarnos a hacer preguntas muy inquisitivas que podían causar molestia. Con este telón de fondo, la introducción de los objetos lúdicos fue invaluable para lograr que las niñas se expresaran con mayor libertad y fortalecieran su autoestima. Fue aun más importante el hecho de que las artes expresivas en la terapia de juego resultaron fundamentales como un modo exitoso de expresión. Las niñas pudieron experimentar el alivio de la catarsis sintiéndose contenidas y escuchadas en una comunidad de apoyo, lo cual les permitió construir y, o reconstruir lazos y apoyo entre sí.

En el estudio abierto de juego/arte, las metas del tratamiento se enfocaron en la introducción y el mantenimiento de las habilidades positivas de afrontamiento para mejorar las áreas de desarrollo psicológico y social atrofiadas. Mientras los clientes asistían a las sesiones se impulsaba a las familias y la comunidad en general a celebrar las expresiones creativas de los clientes en una exhibición pública comunitaria. Para algunos, puede parecer innecesario que los adultos desarrollen habilidades artísticas o artesanales. Sin embargo, en esta población, las herramientas del juego/arte promovían la solución de problemas y las conductas moderadas de asumir riesgos que permitían que los clientes abandonaran las conductas rituales negativas. Se realizaron prácticas más sanas y sostenidas de bienestar, que dieron por resultado una mejor calidad de vida.

El caso de Carrie

Carrie tenía 13 años de edad y vivía en Uganda; fue una de las niñas con las que la Dra. McBrien y yo trabajamos. Carrie, cuyo cuerpo delgado y frágil se veía como de 20 kg, había sido concebida cuando su madre fue violada por un soldado del LRA; Carrie nació con VIH. Los maestros de la escuela St. Katherine trataban de integrar a la ahora huérfana en la comunidad. Emma, la consejera escolar, sugirió que Carrie, quien tenía pocos amigos y presentaba síntomas graves de depresión, se beneficiaría de las artes expresivas en la terapia de juego. Aunque la escuela tenía varios cientos de alumnos, sólo podíamos ofrecer servicios a los más necesitados debido a las limitaciones de tiempo y recursos.

Después de que Emma evaluaba y elegía a las niñas entre 13 y 18 años para el tratamiento, comenzábamos con una actividad para construir comunidad en la que se compartían canciones locales y se aprendía el significado de sus nombres africanos y cristianos. Después, las invitaba a encontrar alguna rama, hoja, piedra u otro objeto dentro del recinto escolar con la cual se presentarían y expresarían cómo se sentían en relación con la visita de las *mzungu* (mujeres blancas) y del tiempo especial extra escolar. Las invitábamos a describir sus objetos elegidos en una hoja de papel utilizando pinturas y pinceles. Carrie tomó un pequeño pincel y empezó a dibujar una hoja que había encontrado. La hizo más grande en el dibujo marcando las venas y los caminos dentro de la hoja en colores brillantes. Cada cierto tiempo, observaba a las otras niñas y sonreía. Las mayores, quienes tendían a aislarla, se mostraron interesadas en el recién descubierto talento de Carrie para expresarse.

A continuación, utilizando arcilla mágica para modelar y arcilla roja que se encontraba en el suelo, las niñas se reunieron para hacer animales locales en miniatura: cabras, monos, jirafas, leones y conejos, entre otros. Elegimos esta actividad, porque las niñas no tenían juguetes en casa ni en la escuela, y queríamos que crearan algo que les sirviera como objeto transicional tras nuestra partida. Por razones prácticas, sus animales en miniatura servirían como materiales para otros. Al mismo tiempo, las empoderaría en sentido metafórico para sentirse con mayor control de sus elecciones creativas y su vida metafórica en un lugar donde, en realidad, había poco margen para elegir. Después, las alentamos a trabajar en triadas para crear una historia sobre los animales que hicieron. El “juego corporizado” de crear animales y crear/representar historias extendió sus experiencias de la realidad interna y externa a través de la exploración sensorial de los materiales (Cattanach, 1997). La expresión metafórica de las características de los animales describió la manera en que las jóvenes se sentían, sus estrategias de afrontamiento y las implicaciones de llevarse bien con personas que eran diferentes por dentro o por fuera. Así, establecieron mayor confianza en sí mismas, autoestima y validación para inspirar el juego individual y conjunto más allá de las sesiones.

Sorprendidas por un repentino diluvio mientras jugábamos, rápido corrimos a una construcción abandonada hecha de barro. Aunque el techo goteaba, nos protegió más que el árbol de afuera. Mientras nos resguardábamos, las niñas mayores tomaron a Carrie bajo su cuidado y la animaron a participar en una historia. Juntas crearon el siguiente cuento:

Había una vez,
una tortuga y un ave.
La tortuga le dijo al ave
que quería volar.
El ave pegó alas a la tortuga.
Cuando empezó a volar,
se derritió el pegamento.
Pronto cayó sobre las piedras
y se rompió el lomo.
Por eso, ahora tienen
una concha en su lomo.

Emma y yo pudimos apoyar su valentía para crear la historia y también llamamos la atención al apoyo comunitario que las niñas empezaron a brindarse entre sí. Carrie regresó con su dibujo de la hoja y añadió los caminos por donde la tortuga había continuado. Una joven mayor que ella, con dulzura abrazó a Carrie diciendo que ahora todas recorrerían el mismo camino. Todas conocían y sentían el dolor de las experiencias traumáticas que se expresaban, y como terapeutas podíamos guiar con delicadeza las historias en y a través de la interacción.

Un año después, cuando regresé a su escuela, los consejeros estaban preocupados, porque Carrie se negaba a tomar los medicamentos para el VIH. Cuando ella se enteró de que el grupo de juego/arte y la dama blanca habían regresado, dijo que quería ser parte del grupo otra vez. En otra serie de sesiones, Carrie participó con delicadeza, rodeada de la renovada amistad del grupo. Vio la atención positiva que recibía otra vez de las demás y prometió que retomaría los medicamentos. Las niñas renovaron su compromiso de cuidarla después de la partida de la forastera. Quizás a nivel metafórico, la tortuga y el ave del cuento de las niñas se habían fusionado. Otra vez nos sentamos bajo el árbol y hablamos del futuro que Carrie quería. Terapéuticamente reflejé su elección y validé el hecho de que ella en verdad hacía diferencia en el grupo y fuera de él. Ella descubrió, o más bien redescubrió, una actitud lúdica en las grietas de la vida y la naturaleza de los “juguetes” que se encontraban en la vegetación local.

El caso de Norman

En el centro comunitario de Massachusetts, Norman, un hombre caucásico de 68 años de edad, estatura promedio y complexión fornida, lucía un poco desaliñado y abatido. Sus padres murieron de enfermedades médicas después de los 50 años de edad, y no tenía hermanos. Norman había perdido en fechas recientes su trabajo como operador de maquinaria. Estaba divorciado y también estaba alejado de sus hijos adultos, quienes vivían en California. También había perdido su licencia de conducir debido a que consumía mucho alcohol y manejaba en estado de ebriedad. Fue enviado al centro comunitario por un trabajador social, quien estaba preocupado por su aislamiento y alejamiento de todo sentido de comunidad, porque vivía en un área rural apartada en una casa desordenada que había heredado de sus padres.

En la primera sesión en el estudio de juego/arte, Norman se sentó y con inquietud daba vueltas y aventaba las figuras de plástico que estaban en la mesa. Una ligera sonrisa se dibujó en su cara cuando vio el montón de *Tiddlywinks* (juego de mesa, cuyo objetivo es hacer entrar fichas en un recipiente con ayuda de otra ficha) y recordó cuando jugaba con sus primos en su niñez. Vio una bola de cable enredado, con el que hizo un *Slinky* (muelle en espiral) casero, un juguete conocido por dar saltos de manera independiente y bajar una escalera si se colocaba en el ángulo correcto. En la segunda sesión, Norman fue visto jugando con los carros de juguete Corgi y Dinky, alineándolos, en especial los más viejos y abollados, gruñendo que se veían como él. Quizá su actividad más notable ocurrió en su octava visita, cuando empezó a buscar abiertamente juguetes más que materiales, casi como si quisiera encontrar algo que había perdido hacía mucho tiempo. Cuando se encontró con cierta caja, Norman se sentó con lágrimas en los ojos, pensando en algo que tenía, al parecer, un gran significado. Interrumpiendo su mirada con delicadeza, pregunté qué había atrapado su atención. Con voz entrecortada, señaló un robot mecánico que no había visto desde que tenía 10 años de edad, cuando su padre llegó a su casa con una caja especial como regalo por su cumpleaños. Recordó ese día como uno de los mejores de su vida, cuando su padre en verdad lo llevó consigo, a pesar de que tenía tres trabajos. Recordó a su padre diciéndole que él tenía el control del robot y podría decidir qué hacer con él. Ahora, Norman decidió que era hora de hacerse cargo de su vida en vez de esperar a que los demás le digan qué hacer, como había sido la mayor parte de su vida. Con renovada determinación, solicitó la ayuda de otro hombre del grupo para hacer un carrito de los que se usan en carreras en pendientes, lo cual terminó siendo un proceso muy largo. En el curso de los siguientes meses encontró partes y utilizó pintura para crear el “Super-Robot Mecánico Hombre-Carro.” Mantuvo en marcha la elaboración del robot, promoviendo que los niños de un programa extra escolar cercano hicieran sus propios carros para competir en un día de desafíos. Era evidente que Norman había decidido vivir.

Estrategias de tratamiento

En última instancia, la integración de las artes expresivas en la terapia de juego tradicional mejora el nivel de interacción entre terapeuta y cliente en la relación terapéutica. En las clases, los bosquejos del cuarto de juego ideal hechos por los terapeutas neófitos los estimula a realizar reflexiones internas útiles y necesarias acerca de sus expectativas respecto de lo que es un cuarto de juego. Cuando se ponen a discusión, estos bosquejos brindan a los estudiantes retroalimentación acerca de qué tan preparados y capacitados están para el trabajo terapéutico con niños.

En el caso de las niñas de Uganda, los materiales suaves para esculpir, así como los objetos de la naturaleza encontrados les permitieron crear animales portátiles en miniatura que utilizaron para dar voz a las canciones e historias de aventuras, lo cual les brindó una sensación de mayor seguridad. El movimiento y el hecho de compartir las esculturas crearon una mayor intimidad entre la facilitadora/terapeuta y el grupo. Estas actividades expresivas donde se utilizan juguetes –hechos por el hombre o por la naturaleza– dan fe de su utilidad cuando forman parte de las herramientas del terapeuta. Cuando los clientes han presentado síntomas dis-funcionales por largo tiempo, como aflicción y duelo, ofrecerles opciones para expresarse mediante materiales simbólicos de arte, objetos naturales y juguetes les ayuda a continuar en el proceso de curación. Tener la flexibilidad para emplear el concepto de “sí-mismo como instrumento” (Knill et al., 1994) ayuda a crear una relación terapéutica compasiva. Mi presencia terapéutica con las niñas de Uganda, vía la naturaleza simbólica de sus esculturas blandas, me permitió comprender y explorar con ellas las características proyectadas de los animales que reían y lloraban.

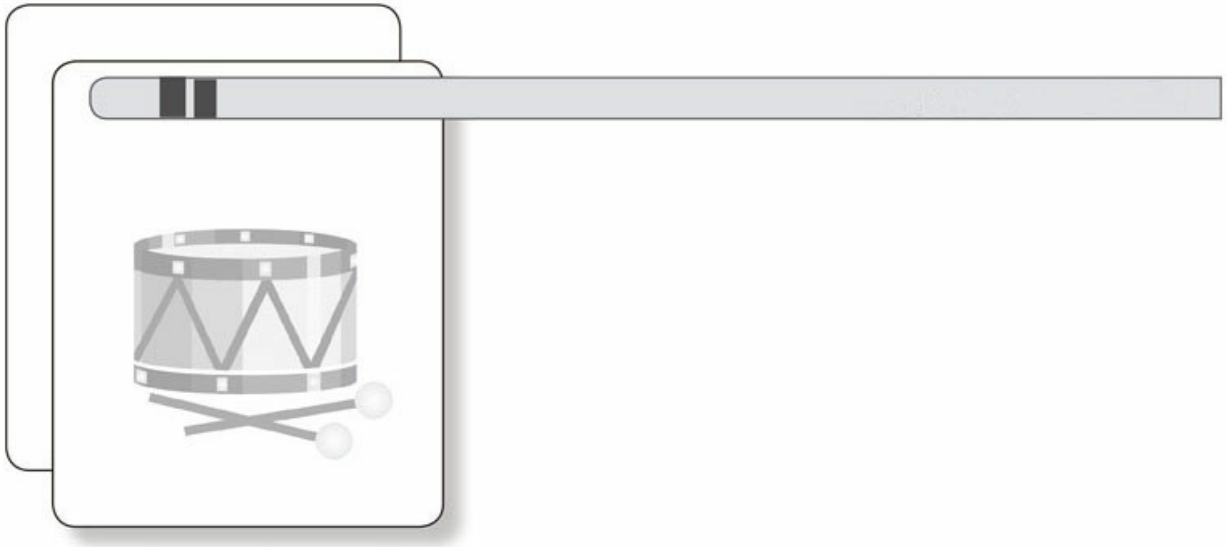
En el estudio abierto de arte, ver lo orgulloso que estaba Norman cuando un niño salió en uno de los carros de carreras que él construyó nos mostró el valor de honrar en nuestros clientes lo mejor de sí. El juego se usa no sólo para evaluar y facilitar el crecimiento de los demás, sino también proporciona al terapeuta un paradigma para evaluarse a sí mismo con una mente abierta e inquisitiva y para promover su propio crecimiento. Como Brown y Vaughan (2009) nos recuerdan, “el juego nos muestra la humanidad que tenemos en común” (p. 199). Por medio de su juego espontáneo y sus creaciones, Norman pudo verse a sí mismo como un ser humano completo en vez de una persona que abusaba del alcohol y tenía una depresión clínica.

CONCLUSIÓN

En resumen, la naturaleza de las artes expresivas en la terapia de juego requiere de habilidades adicionales y estar familiarizado con la estética y los métodos artísticos para mejorar el encuentro terapéutico. Dado que cada vez hay más oportunidades de trabajar con clientes fuera del consultorio tradicional, una mayor comprensión de las artes imaginativas junto con los objetos de juego produce posibilidades únicas para la integración psicológica. Encontrar significados en la integración de sonidos, imágenes, sabores y texturas creadas o tomadas de los objetos de juego aumenta el repertorio del terapeuta. La introducción de las técnicas de terapia expresiva (arte, danza/movimiento, música y drama, entre otras) en la terapia de juego tradicional permite al terapeuta comprender con mayor profundidad la dinámica interna del cliente. El proceso de creación, a diferencia del simple juego con los juguetes, pone a disposición del terapeuta y el cliente una comprensión metafórica y simbólica de lo que sucede con éste. Entran en juego capas enteras de significados.

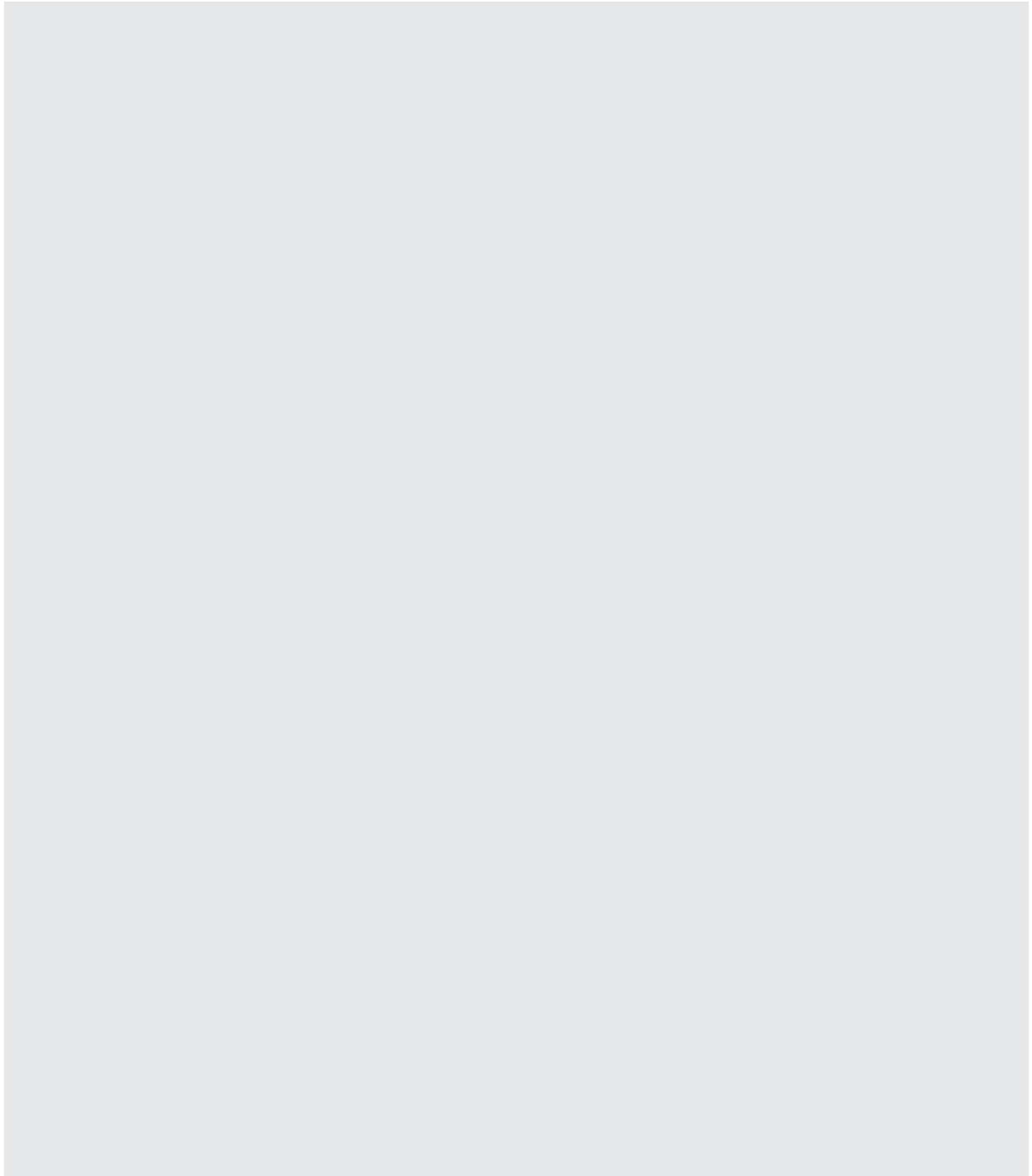
■ REFERENCIAS

- Axline, V. M. (1971). *Dibs in search of self*. New York, NY: Ballantine Books.
- Betensky, M. (1973). *Self discovery through self expression: Use of art in psychotherapy with children and adolescents*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Brown, S., & Vaughan, C. (2009). *Play: How it shapes the brain, opens the imagination, and invigorates the soul*. New York, NY: Penguin Group.
- Cattanach, A. (1997). *Children's stories in play therapy*. London, England: Jessica Kingsley.
- Chapman, L., & Appleton, V. (1999). Art in group play therapy. En D.S. Sweeney & L.E. Homeyer (Eds), *Handbook of group play therapy* (179–191). San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York, NY: Harper Perennial.
- Gil, E. (2012). Trauma-focused integrated play therapy (TF-IPT). En P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp. 251–278). Hoboken, NJ:Wiley.
- Green, E., & Drewes, A. (2013). *Integrating expressive arts and play therapy: A guidebook for mental health practitioners and educators*. Hoboken, NJ:Wiley.
- Knill, P., Barba, H., & Fuchs, M. (1994). *Minstrels of soul: Intermodal expressive therapy*. Toronto, Canada: Palmerston Press.
- Kottman, T. (2011). *Play therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Landgarten, H. (1981). *Clinical art therapy: A comprehensive guide*. New York, NY: Routledge.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of relationship* (3rd ed.). New York, NY: Taylor & Francis.
- Leavy, P. (2011). *Essentials of transdisciplinary research: Using problem-centered methodologies (qualitative essentials)*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Lowenstein, L. (Ed). (2010). *Creative family therapy techniques: Play, art, and expressive activities to engage children in family sessions*. Toronto, Canada: Champion Press.
- MacDonald, R. (2000). The education sector. En M. A. Somerville & D. J. Rapport (Eds.), *Transdisciplinarity: Recreating integrated knowledge* (pp. 241–244). Oxford, England: EOLSS Publishers.
- Malchiodi, C. A. (2008). *Creative interventions with traumatized children*. New York, NY: Guilford Press.
- Moustakas, C. (1992). *Psychotherapy with children: The living relationship*. Greeley, CO: Carron.
- Norton, C., & Norton, B. (1997). *Reaching children through play therapy: An experiential approach*. Denver, CO: The Publishing Cooperative.
- O'Connor, K. J. (2000). *The play therapy primer*. New York, NY: Wiley.
- Riley, S. (1999). *Contemporary art therapy with adolescents*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Rubin, J. A. (2005). *Child art therapy (25th anniversary edition)*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Schaefer, C. E., & O'Connor, K. J. (1983). *Handbook of play therapy*. New York, NY: Wiley.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing & reality*. London, England: Tavistock.



Capítulo 14
El drama en la terapia de juego

Steve Harvey



JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Diversos autores han señalado que el juego de simulación es vital para el desarrollo infantil, sobre todo en cuanto a la capacidad para comprender y comunicar experiencias sociales (Garvey, 1990; Russ, 2004; Stagnitti y Cooper, 2009). El juego de roles y la representación dramática son parte central de las capacidades de juego que los niños desarrollan de manera natural cuando llegan a la edad escolar. Cuando los niños tienen cinco años de edad, suelen pasar horas creando, dirigiendo y actuando improvisaciones con sus pares y miembros de la familia. Aunque distintos teóricos hacen hincapié en diversos aspectos del juego dramático, el propósito central y los beneficios de estos episodios son el desarrollo de la comunicación social y de la capacidad para crear relaciones y significados junto con los demás. El juego dramático de simulación refleja, y es influido por, la historia del apego, las experiencias traumáticas y de separación, la comprensión del modo en que funcionan las relaciones íntimas, la situación familiar y el desarrollo social/emocional del niño. El grado en que el niño desarrolla la capacidad para el juego de simulación contribuye a la calidad de sus relaciones interpersonales posteriores, la creatividad social y la experiencia de emociones positivas, así como la resiliencia frente a las dificultades. El juego de simulación constituye una etapa natural en la que los niños encuentran maneras de tramitar sus experiencias emocionales en respuesta a los demás y con ellos. Cuando estas representaciones tienen buenos resultados, los niños pueden transformar sus respuestas emocionales hacia las personas importantes para ellos de una manera creativa y aplican estas habilidades en su vida cotidiana. Cuando los niños tienen dificultades, la meta central del juego dramático es ayudarlos a desarrollar o reanudar esta capacidad natural de solución de problemas.

Algunas teorías y conceptos relacionados con el desarrollo de relaciones íntimas y de confianza, así como de la capacidad de practicar el juego dramático y de simulación son esenciales para comprender la manera en que se pueden aplicar los beneficios naturales del juego en la terapia (Harvey, 2003, 2005, 2006). Entre estos conceptos, se encuentran apego, sintonización y desarrollo del juego de simulación y la expresión dramática.

Apego y sintonización

Varios de los autores más importantes en el campo de la terapia de juego orientada al drama han hecho hincapié en que la teoría del apego es central para la expresión dramática de niños y familias. (Cattanach, 1994, 2007; Gallo-Lopez, 2005a; Harvey, 2000b, 2006; Irwin, 1983, 2014; Jennings, 2010).

El **apego** se refiere a los lazos emocionales importantes de toda la vida que surgen en la comunicación interactiva entre el niño y los cuidadores durante la infancia (Ainsworth, Bleher, Waters y Halls, 1978; Bolwby, 1972; Cassidy y Shaver, 1999). Desde muy temprano, esta interacción se centra en el modo en que los niños expresan su malestar y

los cuidadores responden a ellos. Cuando esta secuencia es exitosa, por lo general, el cuidador puede calmar al niño y se desarrolla un estilo seguro de interacción. Sin embargo, cuando un cuidador no logra calmarlo, el resultado es la inseguridad. A medida que el niño madura, su seguridad/inseguridad esencial se refleja en las expresiones dramáticas y los escenarios que representa. Harvey (2000a, 2003) sugiere que estos patrones básicos de seguridad/inseguridad influyen en la comunicación emocional importante en la familia, lo cual se puede observar en el juego dramático entre sus integrantes. James (1994) describe cómo la experiencia del trauma psicológico impacta en las interacciones de apego y, a su vez, tiene un impacto negativo en las interacciones actuales de la familia. Estas influencias también se pueden observar en la representación del juego traumático.

Sintonización es otro concepto relacionado con la comunicación emocional entre niños y cuidadores. La **sintonización** se refiere a la claridad de las interacciones y al grado en que cada uno es capaz de leer y responder de manera adecuada a los otros (Stern, 1985). Estos patrones se desarrollan en el curso continuo de la comunicación, sobre todo en el nivel no verbal, alrededor de emociones específicas que niño y cuidador comparten mientras crean en conjunto la intersubjetividad entre ellos. La **intersubjetividad** se refiere al estado en el cual los individuos comparten sentimientos, intenciones y motivaciones. Harvey (2006, 2008a) y Kindler (2005) utilizan el concepto de **sintonización afectiva** (Stern, 1985, 2004) para describir la importancia de la comunicación dramática en el contexto de la terapia de juego.

Los patrones de apego y sintonización se reflejan en todos los elementos de la expresión dramática de los niños y sus familias. Se pueden utilizar técnicas de juego para identificar y abordar esta comunicación íntima social dentro de las metáforas de juego dramático. Harvey y Kelly (1993) informaron un estudio de caso de largo plazo en el que se observaron y documentaron los patrones de apego y sintonización en el curso del segundo y tercer año de vida. Los registros de los servicios de protección a la infancia revelaron que este niño sufrió maltrato físico y abandono durante el primer año de vida. La observación de las interacciones entre el niño y su madre demostraron con claridad un apego inseguro y prácticamente nada de sintonización entre ellos. Varios años después, cuando fue tratado en una intervención familiar con cuidadores adoptivos para tratar periodos durante los que mostraba un enojo muy intenso en casa, la historia dramática y el uso de papeles y personajes estuvieron muy relacionados con su historia. En particular, un personaje que creó el niño en las sesiones era un gran oso (animal dulce) que tenía arañas en el estómago. Este carácter parecía corresponder a su estilo inseguro de apego que caracterizó sus interacciones con los padres abusivos de sus primeros años. Elementos dramáticos como estos se emplearon para crear en conjunto escenas de seguridad emocional en una intervención de juego familiar orientada al drama.

Desarrollo del juego de simulación

La capacidad de los niños para simular en su juego también aparece durante sus primeros años de vida junto con la capacidad para la comunicación social íntima. Los niños tienen una motivación para simular dentro del juego, porque es placentero por naturaleza. La simulación se presenta cuando el niño empieza a sustituir un objeto con otro, atribuye una característica o propiedad a una acción u objeto, y hace referencias a objetos ausentes o los incluye en él (Stagnitti, 1997; Stagnatti y Cooper, 2009). Alrededor de los 20 meses de edad, el juego dramático del niño incluye guiones basados en experiencias personales de su vida familiar. A los 2 años, empieza a ordenar en secuencias lógicas acciones sencillas y combina acciones de juego separadas. En su tercer año, la secuencia del juego de simulación emplea objetos, como muñecos y títeres, como participantes activos de la simulación.

A los 4 años, es capaz de extender sus guiones de juego para incluir experiencias personales y ficticias, puede negociar el contenido de los personajes e historias con pares o miembros de la familia. Las tramas se vuelven lógicas, planeadas y complejas, aun cuando sean muy imaginativas. Objetos como muñecos y títeres tienen vida y características propias. El niño puede desarrollar varios papeles y es capaz de sustituir cualquier objeto para un propósito deseado dentro de la acción. A los 5, puede asignar papeles a los demás, negociar una historia y escenas de juego que incluyan interacción, gran variedad de objetos y accesorios para hacer avanzar la acción. A veces, un escenario se puede usar para jugar varios días o más, y casi siempre se incorpora una gran variedad de personajes. Con la aparición de este nivel de juego de simulación, el niño utiliza numerosas capacidades cognitivas, interacción social, solución de problemas y regulación emocional (Russ, 2004). Estos desarrollos naturales funcionan como mecanismos para el crecimiento social/emocional.

Desarrollo del juego dramático

Jennings (2010, 2011), terapeuta dramática, creó el modelo *Embodiment-Projection-Role* (EPR, corporificación-proyección-rol), en el que se integran las interacciones de apego/ sintonización del niño y el surgimiento del juego de simulación en una perspectiva teórica del desarrollo del juego dramático. Este modelo hace una representación gráfica del progreso del juego dramático desde el nacimiento hasta el séptimo año de vida. De acuerdo con Jennings, un elemento inicial del juego dramático aparece durante el embarazo en tanto que la madre empieza a visualizarse/imaginarse interactuando con su hijo, y luego se comunica con su nonato a pesar de que no lo pueda ver. De acuerdo con el modelo EPR, los bebés nacen con la capacidad de dramatizar como lo demuestra su capacidad para responder a sus cuidadores imitándolos e iniciando sus propias interacciones de maneras innovadoras. En los episodios de interacción, los niños y sus compañeros de juego crean en conjunto respuestas o escenas “como si.” En este

contexto, **como si** se refiere a un estado en que las respuestas de los participantes implican algo más que la realidad concreta literal. El juego interactivo libre y con reglas, como las escondidillas, incorpora acción física para representar o crear en conjuntos de significados compartidos y sentimientos positivos entre padres e hijos que van más allá de la conducta física básica.

En el primer año de vida del niño, la expresión dramática se desarrolla a través de interacciones físicas. Poco a poco, se vuelve más compleja a medida que el niño explora el mundo más allá de su cuerpo utilizando objetos y la imaginación en el juego proyectivo. A los 5 años, el niño empieza a usar roles en su juego dramático (Jennings, 2010). Jennings se refiere a la aparición del juego de roles y de todas las complejidades que vienen con la creación de personajes de simulación como la **respuesta dramática** y la considera esencial para el desarrollo de la empatía y la comunicación. Las respuestas dramáticas de los niños incorporan la historia de sus relaciones de apego y la comunicación íntima, así como el desarrollo de la capacidad de simular. Los niños que no pueden usar de manera espontánea los elementos dramáticos importantes en su juego tendrán o desarrollarán dificultades sociales/emocionales (Jennings, 2010).

Jennings informa sobre un proyecto en el que los conceptos del modelo EPR se usaron para evaluar y realizar una intervención intensiva de una semana con un grupo de nueve niños de 7 a 11 años de edad, quienes tenían necesidades especiales de aprendizaje y socioemocionales debidos a problemas en la situación familiar. La mayoría de los niños habían estado expuestos a la violencia doméstica. Durante una semana se presentó a los niños en grupo actividades físicas lúdicas (corporización), como movimiento creativo que implicaba equilibrio y repetición, experiencias sensoriales y juego con paracaídas. A continuación, se realizaron obras de arte dibujando con crayones los contornos de manos y cuerpo, usando arcilla y haciendo collages de imágenes (proyección). Por último, se intentó introducir varias actividades de juego de roles, como juego con títeres, representación de historias y juego dramático (de roles). Sin embargo, ningún niño pudo desempeñarse de manera productiva en este nivel de acción. Cuando los líderes insistieron en tratar de estructurar una actividad de roles, los niños se enojaron, corrieron en círculos, se escondieron o trataron de escapar por las ventanas.

Todas las narraciones que lograron producir incluían violencia y soluciones agresivas.

Con base en el modelo EPR, esta dificultad para desempeñar papeles era significativa. Estos niños podían practicar un juego dramático más físico/corporizado o que consistía en la proyección sobre los objetos. Sin embargo, ni el desempeño de roles ni la respuesta dramática se desarrollaron de manera natural. Jennings sugiere que esta inmadurez expresiva tipifica el juego dramático de los niños con problemas emocionales y conductuales, y sugiere que se podrían diseñar evaluaciones para identificar las carencias de desarrollo en las respuestas dramáticas de los niños. Entonces, se podría diseñar una intervención para abordar dichas carencias.

Gallo-Lopez (2012) utiliza estudios de caso para informar los progresos de un niño pequeño diagnosticado con un trastorno del espectro autista (ASD, por sus siglas en inglés) durante una intervención de juego de largo plazo basada en el drama. Los niños

con ASD tienen discapacidades significativas en la interacción social y dificultades para sentir empatía por los demás y para comprender que las otras personas tienen pensamientos e intenciones diferentes. Estos niños también pueden mostrar carencias significativas en la capacidad para el juego de simulación, así como conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados que afectan la simulación (American Psychiatric Association, 1994). Aun cuando este niño no había experimentado los mismos problemas psicológicos y familiares que los descritos por Jennings, su juego carecía de respuesta dramática. Sin embargo, durante la intervención, pudo realizar el juego sensorial y proyectivo al interactuar con el terapeuta. Después de varias sesiones, pudo empezar a actuar roles en escenarios sencillos en los cuales el terapeuta lo guiaba paso a paso hacia un juego más desarrollado y dramático en común.

Los conceptos de apego, sintonización, desarrollo del juego y desarrollo del juego dramático brindan indicios sobre las maneras en que el terapeuta puede usar la expresión dramática para planear las intervenciones.

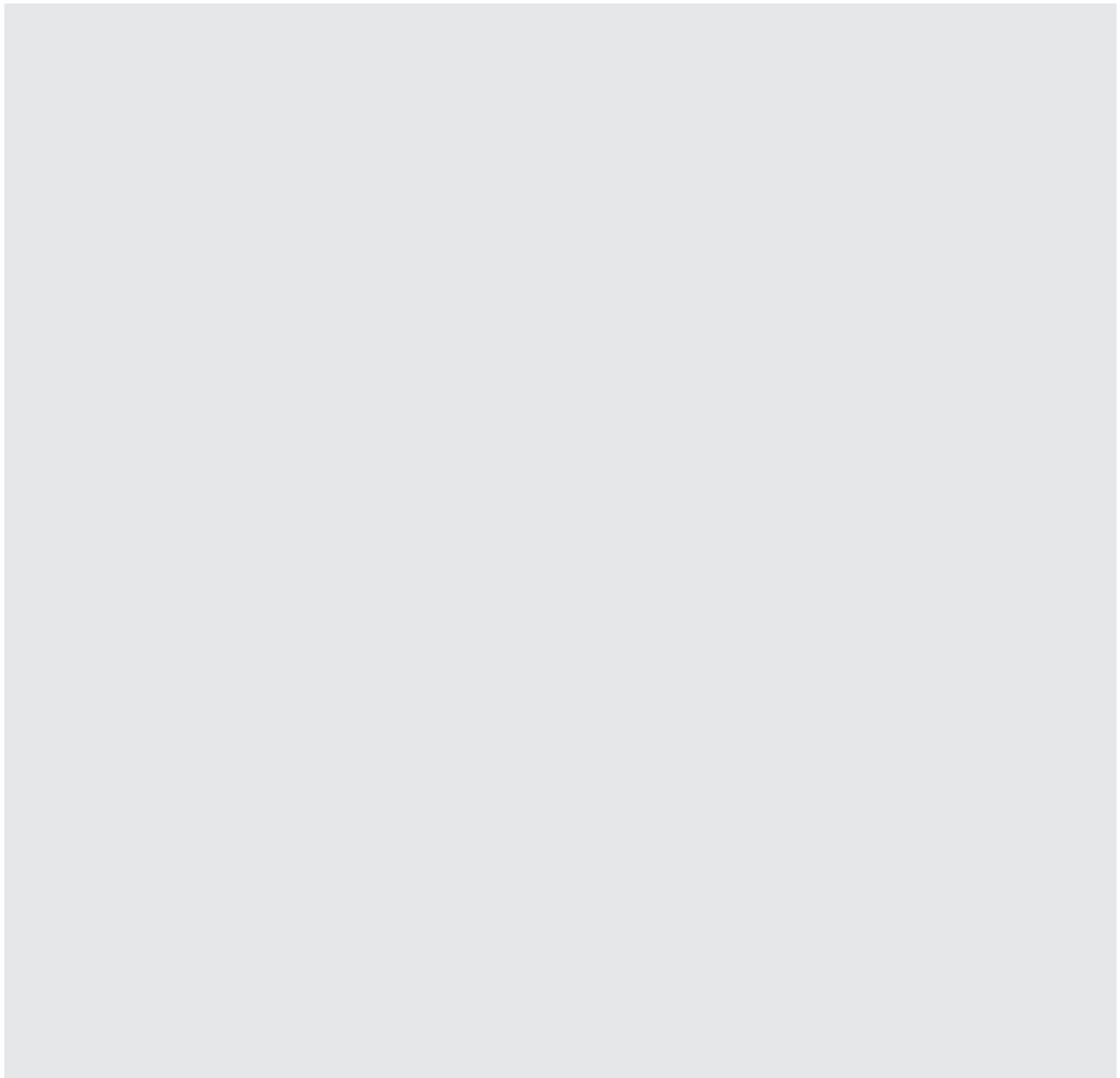
Ingredientes del cambio

La aparición de la expresión dramática ofrece al niño, de manera natural, una avenida para practicar la comunicación social con personas importantes acerca de temas y asuntos que les resultan significativos. Por lo general, estos temas se relacionan con la intimidad, la seguridad emocional y física, y las experiencias emocionales abrumadoras. La participación mutua en el proceso de improvisación dramática a través del juego de roles y la representación de personajes imaginados sirven para crear en conjunto un sentido inmediato de relación, significado, seguridad y solución de problemas. Más allá del desarrollo de la comunicación social, cuando se realiza el juego dramático de modo que sea satisfactorio para los participantes, contribuye a las experiencias de sentimientos positivos, seguridad, catarsis, regulación de altos niveles de malestar, y resiliencia. Se ha encontrado que cada uno de estos elementos es parte de los poderes inherentes terapéuticos del juego (Schaefer y Drewes, 2014).

El drama adquiere una relevancia especial para los niños pequeños dada su relativa incapacidad para la comunicación verbal compleja. El drama es aun más importante cuando los niños experimentan experiencias abrumadoras relacionadas con traumas e intensos sentimientos que pueden presentarse en respuesta al malestar familiar. Además, la expresión dramática conduce, por sí misma, a la experiencia de estados afectivos aumentados y a una mayor consciencia, pues los roles, historias y metáforas asumen un significado intersubjetivo durante las interacciones improvisadas. Hoy (2005) se refiere a este cambio de la intensidad como **exceso de realidad**. En este contexto, el exceso de realidad se refiere a las experiencias intensas y cargadas de emociones muy personales que suelen no ser habladas ni reconocidas en las interacciones cotidianas. Una intención del juego dramático es facilitar la expresión por parte del niño (o del niño y su familia) de

estas experiencias internas usando métodos como el juego de roles espontáneo. Cuando un terapeuta se da cuenta de tales momentos y es capaz de unirse a la expresión dramática del cliente pueden ocurrir los momentos importantes de cambio vivencial (Kindler, 2005). Harvey (2011b) se refiere a estas experiencias como **momentos fundamentales de cambio**.

El juego dramático se puede emplear en intervenciones con niños de forma individual y con sus familias (Harvey, 2000b, 2003, 2006; Oxford y Weiner, 2003). Aunque el uso de juego de roles, el desarrollo de personajes y el trabajo de la escena interactiva tienen que ajustarse para su aplicación con familias, la teoría y técnicas generales de la expresión dramática aún es pertinente. En general, el trabajo con familias requiere que el terapeuta planee y dirija de manera verbal la intervención, sobre todo con los cuidadores, en mayor medida que en el trabajo con el niño solo.



PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS

El uso del juego de roles en todos sus aspectos es la principal contribución del juego dramático a la terapia de juego. El resultado final de esta técnica esencial es que el niño (o el niño y la familia) utilice de manera espontánea los roles para establecer una escena dramática de algún modo relacionado con el problema actual. Los episodios dramáticos en las sesiones, con frecuencia, se relacionan con un conflicto emocional que es difícil de verbalizar de manera adecuada para el niño y, o la familia. A menudo, estos conflictos emocionales se relacionan con un apego inseguro, niveles altos de ansiedad relacionada con experiencias traumáticas y falta de sintonización cuidador/niño que contribuye a los sentimientos de aislamiento.

El juego dramático en el contexto terapéutico implica incorporar varios de los elementos adaptados del arte dramático creativo, como el desarrollo de personajes, uso de vestuario y decoración, diálogo y la narración desarrollada a través de la representación real. A veces, las escenas se desarrollan haciendo ensayos breves, aunque la mayor parte de las escenas centrales de una intervención son resultado de la improvisación. Cuando se usa el juego dramático, el terapeuta recurre a técnicas directivas y no directivas, tiende a involucrarse más en la acción del juego que en otros enfoques del juego. Por ejemplo, el terapeuta enseña y prepara todos los aspectos dramáticos del juego para facilitar y extender las iniciativas básicas del niño o la familia. Sin embargo, la meta de cualquier intervención es que el niño use su capacidad dramática natural como modo de expresión con el terapeuta que participa como público, testigo o actor dispuesto en las escenas medulares que surgen. (Véase el uso múltiple del sí-mismo del terapeuta en el ejemplo de caso que aparece más adelante en este capítulo.)

Cuando los niños tienen problemas, su juego dramático espontáneo sufre alteraciones de algún tipo. Esto ocurre sobre todo cuando los problemas se relacionan con un apego inseguro, son sentimientos asociados con un trauma que se reviven o derivan del aislamiento y la soledad debida a alteraciones en la sintonización emocional con personas significativas. Algunos problemas incluyen un juego de roles en el que predominan personajes aterradores o desamparados/ineficaces y hay numerosas escenas con finales trágicos. En otras ocasiones, el proceso entero del drama carece de personajes o desarrollo de la trama, o el drama simplemente se detiene y no continúa cuando los temas son muy angustiosos. Se puede perder en el juego el placer de la improvisación. En el caso de niños que tienen trastornos del desarrollo, el juego dramático puede no aparecer en absoluto. Cuando se presenta este problema, el terapeuta puede identificar los elementos dramáticos más apropiados para desarrollar y extender la respuesta dramática del niño y para desarrollar intervenciones que aborden estas dificultades causantes dentro del juego mismo.

Las habilidades dramáticas en las que es útil enfocarse en la terapia de juego incluyen la capacidad del niño de: a) adoptar roles, b) improvisar escenas interactivas tanto de manera independiente como negociando con otros, dirigiendo y representando los roles con un gran número de personajes, y c) crear un guión o historia empleando escenarios y

accesorios. El terapeuta puede enseñar estas habilidades de una manera directiva si el cliente no es capaz de ponerlas en práctica. Si es necesario, esta enseñanza se lleva a cabo al principio de la intervención.

Los elementos del proceso de creación dramática también pueden formar parte de la terapia de juego. Por lo general, este proceso se desarrolla mejor mediante la improvisación espontánea, que es muy parecida a la terapia de juego en general en tanto que se alienta a los niños a generar un drama como ellos decidan, puesto que son capaces de usar roles, juego de roles y desarrollar el guión.

El juego dramático es muy diferente de la realidad literal de la actividad cotidiana y posee una cualidad metafórica, “como si,” en la que cualquier cosa puede suceder. La actividad se llena de extensiones creativas de la vida normal y puede tener aspectos imaginativos que se pueden tornar absolutamente fantásticos. La mayoría de los niños también muestran una inmersión placentera en su actividad lúdica, este sentimiento positivo los impulsa a seguir improvisando. El juego dramático puede implementarse para hacer hincapié en estos elementos como forma expresiva central de intervención. Una vez que el niño (o la familia) crea una respuesta dramática, observando se puede identificar la manera en que los participantes resuelven conflictos relacionados con angustia/seguridad (temas relacionados con el apego) y aislamiento emocional (temas relacionados con la falta de sintonización) dentro de la historia.

Los siguientes dos casos ilustran cómo la observación clínica del juego de roles, el desarrollo del guión y la cualidad imaginaria “como si” del juego infantil revelan las dificultades de los niños y contribuyen al diseño de la intervención.

Caso 1

Tim, un niño de 6 años de edad, fue enviado para una intervención en salud mental debido a dificultades para dormir, preocupaciones excesivas y conflictos con sus hermanos. Su madre informó que había fuertes conflictos actuales entre varios adultos de la familia extensa. El niño también había estado expuesto a la violencia doméstica gran parte de su vida. En la sesión inicial de juego dramático, Tim dispuso un conjunto de figurillas grandes (dinosaurios y escorpiones) alrededor del castillo de Lego. Dijo que las figuras eran peligrosas y las manejó realizando acciones claras de ataque. Tim colocó algunos caballeros y al rey dentro del castillo, el cual era mucho más pequeño que los dinosaurios y escorpiones. En la escena que desarrolló, la amenaza que se cernía sobre el rey y sus caballeros cada vez era más intensa por el grupo de grandes animales que se encontraban alrededor del castillo. Entonces, Tim empezó a volar al rey como si fuera un avión. Él, como rey volador, le disparó y derrotó a las fuerzas que los atacaban para terminar la escena. Los papeles que el niño representó de grandes depredadores y pequeños héroes/protagonistas que podían desafiar y derrotar a los adversarios, surgió de una manera por completo natural, del

mismo modo que su uso de un plan de acción o guión. Durante la acción, la terapeuta pudo participar en la escena agregando líneas dramáticas y acciones después de que Tim la había lanzado como uno de los ayudantes del rey durante el contraataque, mientras la batalla continuaba. Un poco después, el niño invitó a la terapeuta a perseguirlo por el cuarto de juego. En este juego de movimiento, Tim inventó órdenes para detenerla cuando estaba demasiado cerca de él y luego dejarla que siguiera persiguiendo; esta secuencia se repitió varias veces. Esto amplió el juego con juguetes al de los roles interactivos en el que había un perseguidor y un perseguido que, sin embargo, podía tener el control. Tim expresó sentimientos positivos y dijo que se estaba divirtiendo. Estos buenos sentimientos parecían impulsarlo hacia adelante en la acción improvisada y el desarrollo del guión.

Las dificultades que Tim tenía en su familia se reflejaban con claridad en la acción dramática de su juego libre. Los papeles de figuras atacantes grandes rodeando al rey y la historia del contraataque, seguido de los roles de perseguidor y perseguido también reflejaban una solución creativa genuina para desafiar el ambiente emocional conflictivo de la familia. Aun cuando el drama sugería un contenido emocional muy agresivo, el niño estuvo en calma, entusiasmado, e incluso parecía disfrutar la actividad expresiva. Tanto la terapeuta como él interactuaron de una manera colaboradora y recíproca, crearon sintonía entre ellos durante este episodio de juego. A pesar de los informes de la familia de que la ansiedad y el enojo de Tim estaban afectando de manera significativa su vida, estos problemas se transformaron positivamente durante estas representaciones dramáticas.

Caso 2

Hayden y su madre, Kylie, fueron enviados para una intervención de salud mental por el abogado de Hayden nombrado por la corte. Los servicios de protección a la infancia y el juzgado de lo familiar habían estado involucrados en el caso de Hayden y sus padres desde su nacimiento debido a una continua violencia doméstica y los castigos físicos a Hayden por parte del padre, quien también lo había amenazado y degradado verbalmente con frecuencia. La madre había hecho algunos intentos de suicidio, como cortarse las muñecas o acostarse frente al carro en movimiento de su pareja; Hayden presenció ambas conductas. Cuando fueron enviados, el niño vivía con su madre bajo el monitoreo de su abogado según había ordenado el juzgado. Antes, Hayden había mostrado estallidos agresivos constantes en la escuela, donde le comentaba a sus compañeros que quería matarse.

En una de las sesiones iniciales se pidió a Hayden y Kylie que desarrollaran una historia acerca de una familia utilizando los títeres. También se les dijo que podrían emplear varias almohadas grandes para crear una casa y un pueblo. A medida que se desplegó la historia, el niño hizo que varios títeres murieran de alguna manera. La

araña fue mordida por la serpiente. Un pájaro fue envenenado. El terapeuta pidió a Kylie que saliera un momento para que Hayden continuara la historia solo. En su historia, el niño siguió representando la muerte de los títeres hasta que todos fueron asesinados. Fue a las almohadas y las dejó caer encima de él diciendo que un terremoto había destruido la casa y él se había muerto. Cuando Kylie entró, se lanzó a salvarlo como rescatista y trató de ayudar a su hijo. Sin embargo, en su acción conjunta él seguía “muerto,” enterrado entre los escombros de almohadas.

En este punto, el terapeuta tomó el papel de líder de rescatistas y guió al personaje de Kylie para realizar una acción más eficaz para encontrar y sacar a su hijo del montón de escombros de almohadas.

Los temas de morir en su juego dramático tenían una clara relación con la historia de su familia. Era preocupante la acción dramática limitada y la dificultad de madre e hijo para desarrollar un final más positivo en la escena del juego. A medida que Hayden desarrollaba este drama, expresó muy poco sus emociones e interés en la dirección que tomaba la narrativa. Después de representar su muerte en el terremoto, cerró los ojos y se volvió muy pasivo a pesar de los esfuerzos de Kylie como rescatista. Su actuación del papel fue poco entusiasta, y poco después se dio por vencida. El final de la representación carecía de una realidad imaginada y se perdió la diversión de improvisar.

Esta representación y el material temático indicaban que Hayden y su madre tal vez habían tenido experiencias conjuntas de apego inseguro y trauma. Después de estas representaciones, la terapeuta, Hayden y su madre fueron capaces de usar la escena que acababan de representar para identificar y hablar sobre los muchos y complejos problemas que habían encontrado durante toda la vida del niño. Entonces, pudieron empezar a planear cómo podrían desarrollar escenas alternas más positivas para lo que quedaba de terapia. Esas escenas incluían la posibilidad de desarrollar papeles y finales positivos.

Estos casos ilustran cómo los papeles, la creación de escenas e historias, el desarrollo de metáforas imaginativas y el nivel de placer en la improvisación creativa se reflejan en el juego dramático en tanto que aparecen de manera natural en la situación clínica.

En el primer caso, el niño pudo crear los papeles del protagonista y el antagonista desarrolló escenas y escenarios de una batalla entre ellos y creó una historia con una solución aunque después cambió a un estado imaginativo que disfrutó claramente. En esta situación, la terapeuta se convirtió en el compañero de juego, representó los roles complementarios en los que él la había lanzado mientras ella validaba su mundo metafórico.

En esta sesión, él pudo pasar de ser un niño en un estado muy aquejado de problemas a ser un héroe que podía dominar numerosos desafíos difíciles en un mundo que creó junto con el terapeuta dispuesto, quien aceptó su expresión imaginativa. Ambos

compartieron un placer genuino de estar juntos en el tiempo real, así como en el mundo imaginativo de su creación. Juntos crearon y experimentaron la sintonización emocional.

En el segundo caso, el niño y su madre también pudieron generar roles y representar una escena de una víctima y un rescatador. Sin embargo, su representación y su actuación de los papeles estuvieron limitadas porque ambos, madre e hijo, perdieron la noción de que estaban creando una escena imaginativa juntos. Las emociones de sus pasados traumáticos e inseguros se inmiscuyeron en su drama. También los dos perdieron el placer de estar inmersos en la improvisación. No pudieron encontrar un final creativo para su historia. En sesiones futuras, la terapeuta podría ser una entrenadora más directiva y ayudar a la diada madre-hijo a desarrollar escenas que ofrezcan más interés para encontrar representaciones más creativas y más satisfactorias a nivel emocional.

El resultado final de incorporar elementos dramáticos en la terapia de juego es la creación de una etapa terapéutica en la cual los participantes pueden representar sus mundos emocionales privados dentro de las estructuras teatrales de los personajes y la narración de historias. Agregar juego dramático a la terapia de juego permite que el cliente alcance su nivel máximo posible de expresión, lo cual facilita una mejor comunicación en la que las experiencias internas de los participantes se comparten en un ambiente de aceptación. Esto permite que el niño experimente la regulación creativa y el reacomodo de estos mundos internos.

Papel del terapeuta

El trabajo central del terapeuta en la terapia de juego dramático es facilitar el desarrollo y uso de la expresión dramática de modo que ésta sea pertinente y genuina para su vida. Para lograr esto, el terapeuta, por lo general, necesita reconocer los intentos dramáticos iniciales del niño y responder a ellos. Sin embargo, puede ser colocado en distintos papeles dentro de la historia del niño, puede convertirse en parte del público y a veces debe asumir un papel más de director cuando el juego de roles y el guión fracasan (Gallo-Lopez, 2012). Esto fue lo que sucedió en el primer caso, cuando el terapeuta al inicio observó la escena de un niño representando un ataque contra su castillo para, de inmediato, asumir el papel del defensor. Después, el terapeuta fue designado como “perseguidor.”

Harvey (2005) identificó al terapeuta como el “actor principal” para dar cuenta de la necesidad potencial de asumir varios papeles para ayudar al niño para que continúe su improvisación. Cuando el terapeuta entra en un drama, Irwin (2014) sugiere que el terapeuta use un “susurro de escenario” y pida al niño/protagonista instrucciones sobre qué decir en la siguiente línea y otras indicaciones para su actuación. En otras ocasiones, y en algunas técnicas, el terapeuta necesita tomar parte de manera más activa para dirigir la escena. Eso suele ocurrir cuando el niño (o la familia) no puede continuar una historia

y el drama requiere una estructura para continuar o los participantes necesitan ayuda para desarrollar un personaje o papel. Esto sucede con frecuencia cuando el niño tiene una historia de apego inseguro o una carencia de sintonización.

El segundo caso, que involucra al niño y a su madre, es un ejemplo de un terapeuta que ofrece este tipo de dirección. En cierto punto de la representación de la muerte del niño, la madre no logró convertirse en rescatista de un modo que hiciera avanzar la escena. Ella y el niño, en realidad, volvieron a experimentar un miedo extremo relacionado con su muy violento pasado en el momento presente. El terapeuta intervino en la improvisación en ese momento para ayudar a dirigir un final más positivo empleando las acciones de un nuevo personaje. El terapeuta se convirtió en otro rescatista junto con la madre para que pudieran salvar al niño de la casa destruida por el terremoto. Entonces, él guió la discusión acerca del rescate y las metáforas de salvación en tanto se relacionaban con el pasado de la familia. En este caso, la improvisación dramática se había desplazado hacia la repetición de la experiencia de un evento doloroso pasado, y el terapeuta necesitaba intervenir en la acción de un modo proactivo.

También hay ocasiones en que el terapeuta necesita recurrir a la enseñanza directa para crear por el niño un aspecto del juego dramático. Esto ocurre sobre todo con familias acostumbradas a utilizar un estilo de comunicación conflictivo. Esta enseñanza ayuda a los participantes a aprender cómo crear un papel y a practicar el juego de roles de un modo productivo y creativamente responsivo entre ellos, al mismo tiempo que pueden permanecer en un estado imaginario “como si” en la representación. En esta situación, el terapeuta puede empezar a programar la instrucción paso a paso de un niño y, o familia para que puedan representar un papel. Las escenas interactivas se pueden desarrollar de manera similar. El terapeuta también puede participar como narrador para reflejar los sentimientos de los involucrados. Sin embargo, aun cuando asuma estos papeles más directivos, trata de responder y usar los sentimientos de los participantes (en el caso de la narración) o de alentarlos a desarrollar su propia versión de los papeles, escenas o ambos.

ETAPAS DEL TRATAMIENTO

La terapia de juego dramático comienza con la entrevista inicial (que se presenta más adelante) junto con una sesión semiestructurada de juego dramático con el niño (cuando el tratamiento será individual), con el cuidador y el niño o con la familia (cuando la intervención será familiar). Por lo general, estas sesiones implican tareas dramáticas abiertas que el terapeuta dispone para introducir a los clientes en los modos expresivos y para observar sus capacidades dramáticas y los temas iniciales que dramatizan. A menudo, las escenas iniciales contienen temas que tienen una relación directa con los asuntos centrales que llevan a un niño/familia a terapia. Después, sigue una etapa en la que se construye la alianza terapéutica, el terapeuta facilita el juego de roles y el desarrollo de escenas del niño y la familia. Con frecuencia, el terapeuta emplea indicaciones más directas en estas actividades. Una vez que los participantes pueden sostener la improvisación dramática por sí mismos, el terapeuta toma el papel de público o testigo o, cuando se lo piden, asume varios papeles en los distintos episodios que se desarrollan en la terapia. Puede crearse en conjunto los rituales dramáticos y la narración para abordar los eventos familiares relacionados con sentimientos intensos y resolver los asuntos centrales de la intervención. En la etapa final, se ayuda al niño y a la familia a recapitular el tratamiento, generalizar sus adquisiciones y terminar la terapia. Asignar actividades para hacer en casa facilita la etapa final (Harvey, 2006). Estas etapas se presentan de una manera más completa y ejemplos de caso más extensos en Harvey (2000b, 2003, 2006, 2011a) y Gallo-Lopez (2005a, 2012).

Los elementos dramáticos se utilizan en cada una de estas etapas para facilitar la integración del drama en la terapia de juego. En la siguiente sección se describen ejemplos de esta integración. El lector interesado en obtener más información sobre cualquiera de las técnicas o su implementación, así como ejemplos de caso, puede consultar las fuentes citadas en cada actividad.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Entrevista con títeres

En la entrevista con títeres se proporciona al niño una amplia variedad de títeres, incluyendo personajes de la realeza (rey, reina, príncipe, princesa), una familia “malvada” (bruja, ogro, esqueleto, pirata), personajes atemorizantes (dragón) y distintas profesiones (médico, policía) (Irwin, 1983, 2000, 2014; Irwin y Malloy, 1975). Entonces, se pide al niño que elija algunos títeres y crear una historia de su propia invención. El terapeuta ayuda a poner en marcha la acción y luego se convierte en el público. Una vez que la historia se termina, el terapeuta entrevista a los títeres que ocuparon los papeles principales en la historia. Se pide al niño que responda desde el punto de vista de los personaje para que el terapeuta pregunta sobre ellos, el desarrollo del juego y las posibles motivaciones de la historia.

Después, se le pregunta cuál de los personajes es el que más le gustaría ser y cuál es el que menos. El propósito de esta entrevista es permitir al niño que proyecte sus respuestas emocionales y temores en los títeres y en la historia dramática. La entrevista también se puede emplear con familias. Se les pide a todos los integrantes que inventen juntos una historia; después, el terapeuta les pide que cada uno se mantenga en el papel de su personaje para elaborar con mayor profundidad los pensamientos y sentimientos de la representación. La escena inicial de Hayden y Kylie, que se presentó antes en este capítulo, se puso en marcha con este formato semiestructurado. Entonces, las improvisaciones de Hayden y Kylie condujeron a los títeres en una dirección inesperada. El desarrollo de la historia que resultó brindó una visión de las posibles experiencias emocionales de la familia.

Escenas familiares

En las escenas familiares se pide a la familia que utilice varios accesorios para construir una casa y desarrollar y representar una historia sobre una familia (Harvey, 2000b). Tras un periodo inicial de aproximadamente 20 minutos, se pide a los cuidadores que salgan del cuarto, mientras que el niño permanece adentro para crear su propia historia. Entonces, se pide a los cuidadores que regresen y continúen la acción. El contenido y los papeles que aparecen en la representación, así como el proceso expresivo implicado en la escena se comparan entre sí. En situaciones relativamente normales, cada escena se relaciona con las demás y las complementa. Los niños suelen continuar con sus propias historias basándose en las que la familia entera comenzó y, por lo general, se alegran cuando los cuidadores regresan, por lo que la reunión tiene un matiz positivo. Por su

parte, los cuidadores vuelven a meterse en la acción con facilidad y pueden resolver, casi siempre, cualquier tema problemático pendiente de la historia. Sin embargo, cuando la familia y el niño tienen sentimientos no resueltos o en conflicto, o tienen una historia de apego inseguro o experiencias traumáticas, las historias aparecen inconexas y pueden venirse abajo. Las escenas resultantes brindan una idea de cómo la familia muestra sus dificultades emocionales, sobre todo las que se relacionan con pérdidas y separaciones, de una manera dramática. Estas formas, temas y personajes se pueden retomar en sesiones futuras para construir escenas más positivas y desarrolladas de modo más completo. Harvey (2000b, 2003) presenta un estudio de caso utilizando esta técnica.

Desarrollo y uso de papeles/personajes

Se puede introducir papeles en la acción expresiva cuando el niño y la familia tienen dificultades para desarrollar de manera espontánea la respuesta dramática o cuando no pueden representar ningún papel o personaje en la escena. El terapeuta puede dirigir a los integrantes de la familia para emplear papeles específicos en su acción dramática improvisada y, así, construir una escena más completa. Una técnica consiste en pedir al niño (y a los miembros de la familia) que represente un papel relacionado con el problema actual. Además, esto ayuda a desarrollar el papel en una metáfora que tiene una relevancia inmediata. Este tipo de técnica tiene especial utilidad para abordar problemas de conducta oposicionista y de ansiedad, y es diferente de las que se presentan en la sección de evaluación en tanto que se utiliza una vez que las sesiones de intervención han comenzado. El propósito de estas actividades es facilitar o desarrollar la acción dramática después de que el terapeuta tiene una mejor idea de las fortalezas y dificultades del cliente y su familia. Las actividades de evaluación son más útiles en las sesiones iniciales para observar la capacidad para el juego dramático y los contenidos que llevan a terapia.

Sr./Sra. Contreras

Un problema común que los niños pequeños presentan es la resistencia a las indicaciones que les dan los cuidadores. Con frecuencia, estos niños también tienen dificultades para desarrollar un papel o personaje en el juego y muestran falta de interés en las intervenciones en salud mental. En estas situaciones, el terapeuta puede dirigirlos para que representen al Sr./Sra. Contreras (Mr./Ms. Opposite, Harvey, 2010, 2011).

En esta actividad, se pide al niño que haga lo contrario de lo que el terapeuta (o el cuidador) le pida hacer. Por ejemplo, si el adulto le pide que trabaje más despacio, él, en realidad, debe hacerlo más rápido. Entonces, las órdenes pueden hacerse más complejas. Una vez que niño y adulto pueden desempeñar su papel con comodidad, la escena se puede extender a la interacción más dramática en la que los papeles se inviertan (es decir, que el adulto tome el papel de “contreras”). Se puede implementar un sistema de puntos

que se conceden de acuerdo a qué tan buena fue la respuesta contraria, de modo que se crea un drama con características de juego con reglas, lo cual puede aumentar la motivación para que el niño se entusiasme en la competencia y recurra a su astucia para ganar. El “árbitro” puede llevar la cuenta de las puntuaciones en un pizarrón blanco y añadir reflexiones relacionadas con las emociones cuando se lleve a cabo la discusión acerca del desempeño de cada papel. Aunque, por lo general, el terapeuta es el árbitro al principio, este papel puede ser representado por todos los participantes en distintos momentos.

Monstruo

El monstruo es un juego de roles interactivo que es adecuado usar cuando el niño presenta ansiedad intensa o conductas fóbicas (Harvey, 2001). Lo ideal es utilizarla en sesiones con cuidador y niño o familiares. Se asigna al cuidador el papel de protector, y se pide a los participantes que construyan una “casa segura” y que desarrollen modos físicos/dramáticos para trabajar juntos buscando ahuyentar al monstruo por medio de acciones como cantar canciones o aventar objetos (p. ej., pañuelos) en tanto que el terapeuta utiliza un animal grande o títere de carácter dulce que simula ser un monstruo acercándose. En este juego, el monstruo nunca puede llegar a la casa y cuidador y niño siempre logran ahuyentarlo. Sin embargo, la acción puede tornarse dramática incluso con estos finales predeterminados. (En Harvey, 2003, se encuentra un ejemplo de caso completo en el que se muestra esta técnica.)

Superhéroes

En esta actividad, se utiliza el papel de superhéroe en un escenario dramático para introducir el tema de dominar las amenazas extremas (Haen y Brannon, 2002; Gallo-Lopez, 2005a; Haen, 2011). El terapeuta introduce a un superhéroe pidiendo a los participantes que dibujen una figura que represente las fortalezas específicas que el personaje debe tener y, luego, que agregue vestimentas y máscaras para darle vida. Siempre que es necesario, el terapeuta puede detener la acción de una escena e introducir en ésta el personaje de un superhéroe que influya en el resultado de la acción. A veces, el participante hace esto de manera espontánea. Haen (2011) proporciona un panorama general acerca del pensamiento actual concerniente al lugar de los superhéroes en la vida de fantasía de los niños. Tanto Haen (2011), como Gallo-Lopez (2005a) presentan ejemplos clínicos más detallados.

Escenas interactivas

A veces, los niños (y los cuidadores en las intervenciones familiares) tienen dificultades para desarrollar la acción interactiva en la expresión dramática, incluso cuando pueden

asumir su papel. En este caso, el terapeuta, en su papel de director, puede ayudar diseñando actividades interactivas sencillas y definiendo el reparto de los papeles que se ajusten a la acción. Entonces, el terapeuta guía la acción de modo que tenga relevancia personal para los clientes por medio de técnicas como inversión de papeles o doble discurso acerca de los pensamientos y sentimientos internos del participante (Hoy, 2005). El terapeuta también podría hablar como narrador para enmarcar la acción en una narrativa global. Las interacciones que mejor funcionan son las más fáciles de realizar y las que pueden ser sostenidas por los participantes, como las de jalar la cuerda, las escondidillas, el lanzamiento de pañuelos uno contra otro y las peleas con almohadas, entre otras.

Consejo Mundial de Lucha Libre (CMLL)

La técnica del CMLL (o WWF, en EUA) es un buen ejemplo de cómo aprovechar los intereses del niño para desarrollar la interacción dramática (Harvey, 2001a). Muchos niños están muy interesados en los combates del CMLL de México o la WWF de EUA que observan en la televisión.

El terapeuta/director puede pedir a los niños que preparen un cuadrilátero y nombren algunos animales de carácter dulce como contrincantes para que comiencen con distintas clases de contienda. En este punto, el terapeuta se convierte en locutor de televisión y narra las acciones. Mientras lo hace, también empieza a entretener de manera espontánea los sentimientos que el niño o el animal de peluche podrían tener al ser lanzados por los aires y ganar o perder los combates. El locutor también puede entrevistar a los distintos personajes cuando la lucha termina. En las intervenciones familiares, los cuidadores pueden participar como compañeros del mismo bando del niño. El terapeuta puede valerse de acciones dramáticas del cuidador o del niño, junto con lo que sabe acerca de los patrones de interacción en la vida real, para crear una historia global. La inversión de papeles y otras técnicas dramáticas también se pueden usar para extender la escena más allá del lugar de inicio. Harvey (2011a) presenta un caso más completo utilizando esta técnica.

Desarrollo de la historia

La interacción dramática puede extenderse en dramas más completos utilizando una historia para desarrollar y resolver el conflicto. Medios alternos como arte y video son de especial utilidad como herramientas para que el niño y la familia se involucren en el proceso.

Viñetas para un programa de televisión

En esta actividad, se proporcionan al niño (o familia) seis hojas de papel en blanco. Se pide a los participantes que inventen un programa de televisión con un nombre en la primera hoja. (Gallo-Lopez, 2011). Entonces, los participantes desarrollan una bienvenida y una introducción, y siguen creando más escenas que describen en cada hoja. El terapeuta puede asesorarlos en el desarrollo de la historia. Cuando está terminada, se puede representar la historia y, si es posible, videograbarla para que los participantes sientan más real el hecho de estar creando un programa de televisión.

La historia de la pañoleta

La estructura de esta actividad es parecida a la de las viñetas para un programa de televisión en tanto que la representación que lleva a cabo el niño está organizada en una serie de escenas (Harvey, 1997). La historia de la pañoleta se hace con, al menos, un cuidador. Primero, se pide al niño que se quede quieto bajo una pañoleta con la cual el terapeuta y el cuidador lo cubren. La acción comienza cuando los adultos levantan la pañoleta y luego la dejan caer. Mientras la pañoleta está levantada, el niño se puede mover como desee, pero, cuando cae nuevamente la pañoleta sobre él, tiene que quedarse inmóvil otra vez. El terapeuta, en su papel de narrador, cuenta una historia, empezando por la descripción de lo que el niño hace. Entonces, en la narración se agregan los sentimientos que el niño muestra; por último, todo esto se convierte en una historia que se despliega paso a paso con escenas bien delimitadas. Harvey (1997) presenta un ejemplo de caso más completo utilizando esta técnica.

Terapia de juego narrativo

Cattanach (2006, 2007) presenta una manera de ayudar al niño a desarrollar una historia dramática empleando diversas técnicas narrativas. En este método de trabajo, es muy útil que el terapeuta se sienta cómodo contando historias. Para empezar, se proporciona al niño varios juguetes y se le pide que cuente una historia. Entonces, niño y terapeuta discuten y representan el drama que surge. El terapeuta puede añadir otras historias de fuentes literarias elegidas con cuidado o improvisa historias que sean congruentes con la propuesta del niño.

Ritual

Con frecuencia, hay sucesos en la vida de los niños que son abrumadoras y excesivamente difíciles de discutir de cualquier manera. Entre estos sucesos, podemos citar la muerte de un miembro de la familia, el divorcio (que se puede considerar como un tipo de muerte en la medida que implica el final de la familia de origen), traumas psicológicos graves y adopciones.

Se pueden abordar estas experiencias en sesiones dramáticas familiares mediante representaciones rituales, que se planean y consisten en acciones básicas que representan en el nivel simbólico el significado central del suceso. A menudo, un escenario dramático con interacciones y personajes básicos se usan para representar la escena actual.

Uno de estos rituales, llamado el tribunal de justicia emocional (Harvey, 2000), se usa para abordar la situación de un niño que ha sido víctima de algún tipo de abuso, mientras que el agresor de algún modo no fue declarado legalmente culpable en el proceso judicial. En estas circunstancias, el niño y el cuidador más protector, con frecuencia, se sienten victimizados otra vez por los procedimientos legales. El ritual implica la representación de la escena en el tribunal de justicia con el terapeuta haciendo el papel de juez y el cuidador y el niño, en el papel del demandante y, o abogado que presentan la reacción emocional del niño ante el suceso traumático original. El agresor es representado por un animal de peluche grande. El papel de juez/terapeuta es entrevistar al niño y al cuidador acerca de sus sentimientos en relación con el ataque del que fue víctima el niño. Entonces, el terapeuta/juez emite un fallo “emocional” en contra del agresor (con ayuda del niño) con el fin de encontrar el equilibrio emocional correcto. Se espera que la conversación entre el juez y el niño llegue a un acuerdo en la escena dramática.

Harvey (2000b) presenta un ejemplo de caso más completo, que trata de una niña de 10 años de edad que fue abandonada por sus padres biológicos cuando tenía alrededor de un año y medio de edad. Ella y su madre adoptiva, quien actuó como su abogada en el ritual, estuvo de acuerdo con el juez después de una larga discusión acerca de que lo que ella había vivido a nivel emocional, estuvieron de acuerdo en sentenciar a los padres a “nunca tener el amor de su hija otra vez.”

En situaciones donde hay pérdidas, se pide a la familia que trabaje junta para hacer dibujos que representen a la persona o lugar ausentes y, luego, que entierre el dibujo dentro o fuera del consultorio, en un lugar elegido por toda la familia. El entierro dentro del consultorio puede hacerse utilizando almohadas y otros accesorios de juego. Se alienta a que cada miembro de la familia diga algo o realice alguna acción que se haya preparado con anterioridad para el ritual en las sesiones de juego. También tienen cabida en este ritual las representaciones relacionadas con personas o épocas pasadas. Harvey (2003) presenta un ejemplo de caso utilizando esta técnica.

El final de la terapia es otra oportunidad para realizar un ritual. El terapeuta y la familia pueden crear una obra de arte como regalo para intercambiar en la última sesión. El objetivo del intercambio es que tanto el terapeuta como el niño presenten y cuenten historias acerca de los recuerdos importantes del tiempo que pasaron juntos produciendo obras artísticas que representen dichos recuerdos.

Ejemplo de una escena medular

Cuando los niños (y sus cuidadores en intervenciones familiares) logran desarrollar con éxito sus propios dramas, el terapeuta toma un papel más de público o participante/testigo de la escena que surge de manera natural a partir de la improvisación. Estos episodios con frecuencia se despliegan espontáneamente alrededor de temas emocionales importantes para el niño e incluyen referencias metafóricas al trauma y al apego. A continuación se presenta un breve ejemplo, y en Harvey (2003, 2005) se puede encontrar un caso más completo.

Sarah, una niña de 9 años de edad, fue enviada a una intervención en salud mental por su escuela después de expresar ideación suicida significativa, presentar dificultades para dormir debido a pesadillas sumamente aterradoras y experimentar un estado de ánimo deprimido. En días recientes, también se le encontró robando cosas y teniendo conductas peligrosas relacionadas con el fuego en su casa. Al momento en que fue enviada, Sarah vivía con su hermana mayor y su madre, Jenny. Sarah y su hermana habían vivido con su padre después de que sus padres se separaron, cuando ella tenía 5 años de edad, debido a que Jenny consumía drogas.

Aunque al principio este arreglo parecía beneficiar a las niñas, el padre se volvió violento con ellas. No las protegía y las colocó en situaciones en las que Sarah sufrió ataques sexuales en varias ocasiones. Aunque algunos de estos sucesos fueron presenciados por otros miembros de la familia, el padre se volvió agresivo a nivel físico con Sarah, porque él no creía que eso hubiera ocurrido realmente. Por ello, Sarah cambió entonces sus declaraciones cuando fue entrevistada por la policía, de modo que los ataques perdieron sustento legal y no se tomaron medidas para proteger a la niña.

Después de uno de estos sucesos, Sarah empezó a mostrar conductas externalizadas en casa de su padre, por lo que éste devolvió las niñas a Jenny, quien para entonces había dejado de consumir drogas y se había estabilizado un poco. Cuando Sarah llegó a terapia, tenía poco tiempo de haber regresado a la casa de su madre. Pocos meses después, las dos hermanas empezaron a contarle a Jenny acerca de los ataques. Aunque Jenny le creía a su hija, no sabía cómo responderle, sobre todo en vista de los múltiples problemas de Sarah. Se habló de estos temas durante la entrevista inicial; sin embargo, Sarah no se refirió, tal vez porque no podía, a las emociones relacionadas con su pasado en esta sesión donde predominó la conversación verbal.

Después de la entrevista inicial, Sarah y su madre asistieron juntas a sesiones de terapia de juego. En la primera, recibieron orientación para desarrollar escenas interactivas breves mediante técnicas de creación, dibujo y representación de varias viñetas de historias. Se las alentó para abordar temas de dominio de situaciones y habilidades, y a corregir algunos errores cognitivos de Sarah, como culparse a sí misma. En una sesión, Sarah dibujó una caricatura en la que se mostró a sí misma pensando que ella estaba equivocada y que era una niña mala; estos pensamientos aparecían en una nube arriba de su dibujo, mientras su papá le daba azotes. Al hablar de esto unos minutos después, Sarah reveló que este dibujo hacía referencia al día en

que su padre le impuso un castigo físico después de que ella le comunicó que su compañero de casa la había atacado sexualmente en el baño. Por desgracia, el padre no le creyó y la castigó con el fin de hacerla cambiar su declaración frente a la policía. En esta sesión, el terapeuta y la madre lograron ayudarla a agregar otros pensamientos en su dibujo afirmando que Sarah no era una “niña mala” y que tenía muchos sentimientos que sería capaz de expresar.

Una vez que Sarah y Jenny pudieron mantener juntas la improvisación dramática, se pidió a Sarah que desarrollara una historia con su madre. Esta historia se introdujo en el proceso terapéutico después de una noche en que Sarah tuvo dificultades especiales con las pesadillas y los pensamientos suicidas. Aunque Jenny requirió de apoyo para seguir las ideas dramáticas de su hija, Sarah logró con facilidad desarrollar una escena en la que los personajes eran su madre, el terapeuta y ella representados con títeres.

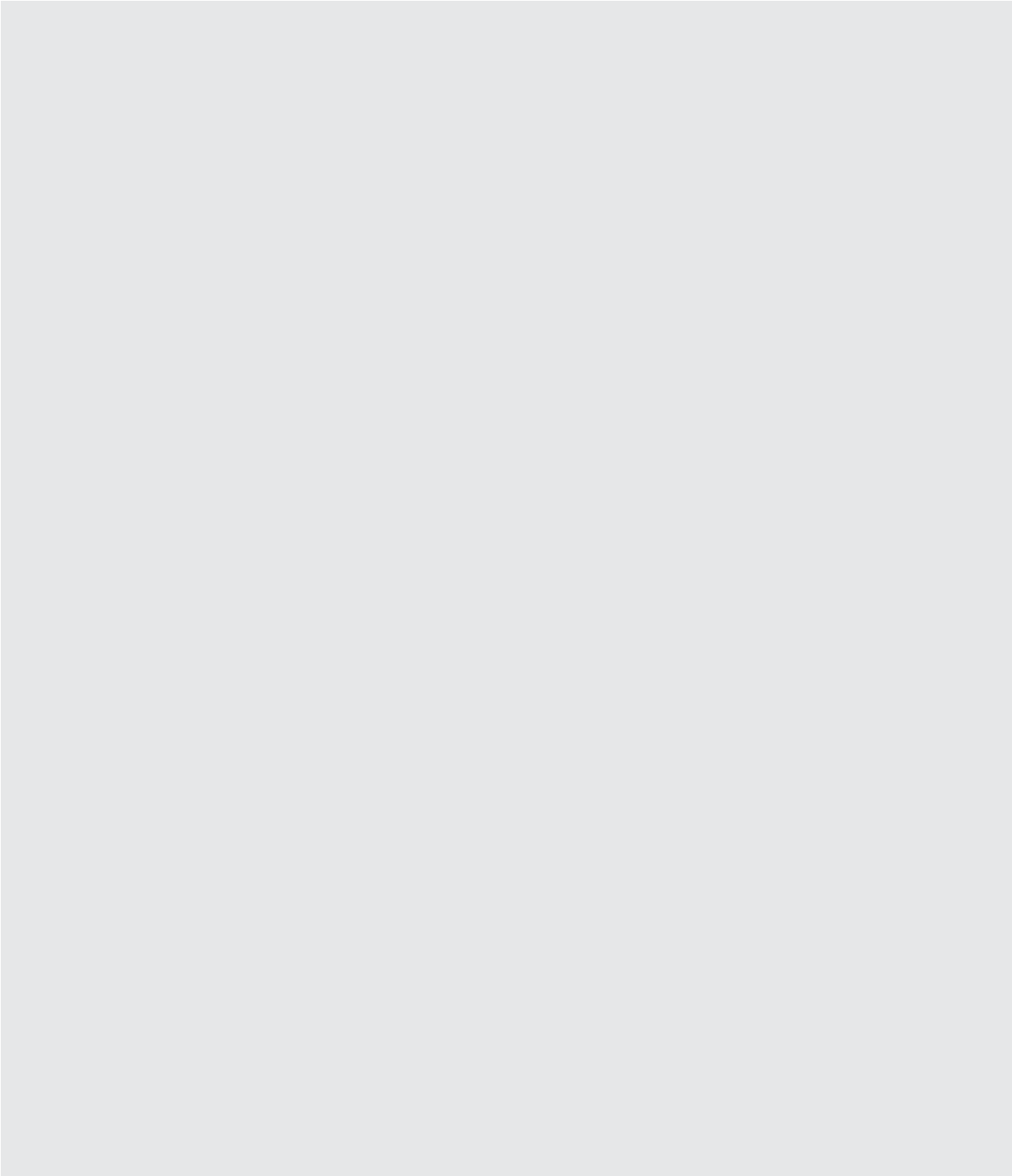
En esta representación, Sarah tomó el papel de una serpiente que había sido herida en un accidente. La serpiente estaba muy enojada con los seres humanos y deseaba morderlos. Entonces, en una segunda escena, la serpiente conoció a otra persona, representada por el terapeuta. Siguiendo las indicaciones y las líneas escénicas de Sarah, esta nueva persona (una muñeca) trataba de convencer a la serpiente de que ya no atacara a las personas; sin embargo, no pudo hacer que desistiera de sus intenciones. Entonces, Sarah introdujo a su madre en la escena representando a un médico. Primero, la serpiente lo mordió; sin embargo, su mordida resultó ser inofensiva y la serpiente se convenció de las buenas intenciones del médico. Ellos dos se hicieron amigos y viajaron a otro país para ayudar a otras serpientes a aprender a no morder a las personas innecesariamente. Las escenas terminaron cuando Sarah pidió a los demás que pusieran música y aprendieran a bailar como la serpiente moviendo la cabeza.

Sarah y Jenny lograron involucrarse en el flujo dramático y emocional de la sesión. Las metáforas les ayudaron a comunicar sentimientos complejos relacionados con su historia, lo cual no habían logrado antes de esa sesión. A medida que la improvisación se desarrolló, Jenny logró ser una figura de apoyo para su hija, como si fuera un “médico” de las emociones que podía resistir las “mordidas de serpiente.”

Sarah pudo dejar de ser una serpiente mal comprendida y desconfiada de la gente para convertirse en aliada y ayudante del médico. La representación dramática se convirtió en una etapa donde los personajes y el intercambio propiciaron una intimidad que ellas no habían alcanzado en conversaciones verbales más normales. Este intercambio emocional positivo ocurrió dentro de la representación y no requirió de interpretaciones o mayor discusión para que Jenny y Sarah lograran cambiar su relación. Se alentó a las dos a seguir practicando la narración de cuentos entre ellas en las siguientes semanas en casa.

Los días posteriores a esta representación, Sarah logró comunicar mucho de lo que ocurrió en los sucesos de abuso, y su madre pudo responder brindando apoyo. Aunque Sara y su madre asistieron a otras sesiones, esta representación fue el punto

de cambio en que la situación se tornó más positiva. Los pensamientos suicidas de Sarah cesaron, y las pesadillas no regresaron más. Jenny se volvió más activa en la vida escolar y familiar de Sarah. Esta representación facilitó varios cambios que la familia logró llevar a cabo en las siguientes semanas.



REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA

Para incorporar el juego dramático en la terapia de juego, el terapeuta debe contar con entrenamiento de nivel de posgrado y una cédula profesional en algún campo relacionado con la salud mental, así como entrenamiento en terapia de juego e, idealmente, en terapia dramática. Por fortuna, los dos campos se traslapan en gran medida a nivel teórico y práctico. Algunos de los que más han contribuido a la literatura profesional en cada campo, como Cattanach, Gallo-Lopez y Harvey, tienen credenciales en las áreas de la terapia de juego y de drama, han ayudado a su desarrollo y se han presentado congresos profesionales. Además del entrenamiento de posgrado, algunas características personales hacen que algunos terapeutas sean más adecuados para usar el drama en las sesiones de terapia de juego. Entre estas características se encuentra la comprensión de la expresión dramática manifiesta y la capacidad de utilizarla. Es útil contar con cierta experiencia en la actuación dramática, en tanto que los clientes piden, con frecuencia, al terapeuta que tome parte de la representación, esta actuación exige cierto compromiso con el papel asignado. El terapeuta también deberá disponer y dirigir escenas e improvisaciones para las familias. Para ello, requiere confianza en sí mismo para utilizar la expresión y los formatos dramáticos. Tal vez, las características más importantes del terapeuta para implementar intervenciones dramáticas son flexibilidad interpersonal, espontaneidad, buen sentido del humor y la capacidad para leer las situaciones sociales, porque las representaciones dramáticas de los niños y las familias requieren múltiples tipos de intervención, incluso dentro de una misma sesión.

CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE

Las técnicas dramáticas se pueden utilizar de manera flexible con niños y adolescentes de todas las edades, en una amplia variedad de problemas y en muchas situaciones y escenarios, como los centros de salud mental, escuelas y hospitales. Harvey (2008a) y Jennings (2010) presentan maneras de adaptar este trabajo a niños muy pequeños, mientras que Schaefer y Gallo-Lopez (2005b) y Emunah (1985) presentan aplicaciones en población adolescente. Sin embargo, en este capítulo se aborda principalmente el uso del drama con niños de educación primaria e intermedia.

Debido a que el juego dramático forma parte del desarrollo normal, hay pocas contraindicaciones para usar estos métodos con la mayoría de los niños. Se debe tener cierto cuidado con los niños con dificultades en la prueba de realidad. En esos casos, el terapeuta tiene que asegurarse de que el niño sabe qué es el juego dramático imaginario y qué es la realidad cotidiana. Si no son capaces de hacer esa distinción, no se debe utilizar el juego dramático hasta que el niño esté mejor anclado en la realidad.

Aunque el material de este capítulo se ha enfocado en la inclusión de las técnicas dramáticas en la terapia de juego individual y familiar, también se ha utilizado en grupos de terapia tradicional, así como en grupos terapéuticos de actuación.

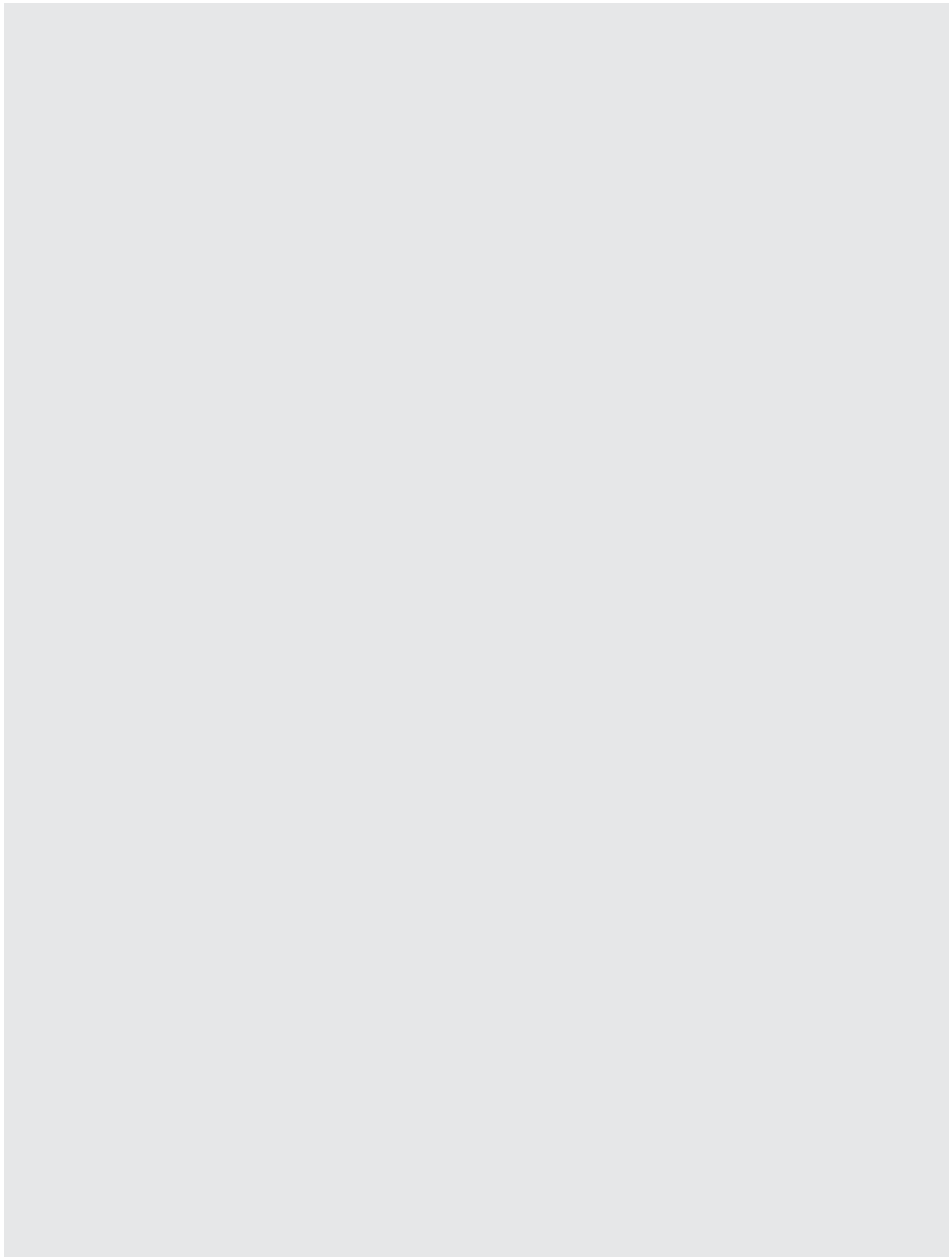
DISPOSICIÓN DEL CUARTO DE JUEGO

Cuando se utilizan los elementos dramáticos, el desarrollo de personajes, la interacción entre los personajes y el desarrollo de la historia son el centro de atención. El cuarto de juego y los accesorios deben facilitar este tipo de juego imaginativo. Como tal, son mucho menos importantes los juguetes que los materiales que promueven el desarrollo de personajes y escenas o escenarios dramáticos por parte de los participantes. Distintos terapeutas han propuesto diversas disposiciones del cuarto de juego para lograr este objetivo. Irwin (2014) sugiere que el cuarto de juego para trabajar con niños pequeños debe contener algunos accesorios que suelen incluirse en la terapia de juego: arenero, baldes de plástico, cucharas, materiales artísticos, muñecos, miniaturas como camiones, aviones, carros de la policía, animales de granja, soldados, utensilios de médico, tanques militares y personajes de la familia. En el caso de niños más grandes, Irwin sugiere que se incluya una amplia variedad de títeres, junto con un escenario para ellos, materiales artesanales y disfraces.

Harvey (2003, 2005, 2011a) ha propuesto utilizar un número mucho menor de juguetes para dirigir la proyección en una actividad interactiva específica. Los accesorios deben ser neutrales para permitir una mayor proyección. El cuarto debe contar con un amplio espacio abierto para que los niños y las familias puedan mover sus cuerpos de manera expresiva, almohadas grandes que sirvan para realizar actividades como hacer casas o para simbolizar distintas “tierras,” y animales de peluche con los que se puedan representar con facilidad personajes en el desarrollo de la escena. Es útil contar con una amplia variedad de pañoletas de colores y paracaídas, porque pueden a) convertirse en accesorios al disponer una escena (para indicar lagos, ríos, lava volcánica), b) improvisarse disfraces o c) usarse en la interacción física como en el juego de tirar de la cuerda dentro del juego dramático. También se pueden utilizar materiales artísticos, como hojas grandes de papel, pizarrones blancos y todo tipo de instrumentos para hacer música con el fin de alargar los planes de acción, crear música que acompañe los dramas o de crear escenarios y accesorios conforme sean requeridos. Harvey también sugiere que se usen cámaras de video para grabar y revisar escenas breves desarrolladas dentro de las representaciones que tienen lugar a lo largo de las sesiones.

El uso de materiales no específicos (sobre todo almohadas suaves y pañoletas) garantiza que el material se pueda cambiar para mantener la improvisación de la acción dramática en todo momento. Por ejemplo, las almohadas grandes pueden servir para que el cuidador y el niño choquen entre sí y caigan en un momento, sólo para ser colocadas y usadas como pared o para construir una casa para los animales de peluche en el momento siguiente. El pizarrón blanco es útil para llevar el registro de las escenas improvisadas en las que hay una interacción competitiva, para extender las escenas que ha pasado o están a punto de ocurrir o para extender el drama a otros medios expresivos. La revisión del video de escenas breves es de especial utilidad para planear y organizar nuevas escenas con finales alternativos que enriquezcan el desarrollo del tema y de los

personajes.



EVALUACIÓN PREVIA A LA INTERVENCIÓN

La evaluación realizada antes de llevar a cabo la intervención del juego dramático, en esencia, es igual a la de cualquier otro tipo de trabajo con niños o familias. Se debe reunir la información sobre los problemas actuales, la historia de desarrollo del niño, la historia familiar, así como cualquier antecedente de enfermedades médicas o mentales, desempeño escolar y socialización con pares.

También se debe obtener información concerniente a separaciones familiares, muertes de miembros significativos de la familia, violencia familiar y otros antecedentes de traumas psicológicos experimentados por el niño u otros miembros de la familia. Para hacer una evaluación más completa, se puede utilizar las medidas usuales, como los inventarios de problemas, instrumentos para medir depresión y ansiedad, y medidas estandarizadas de desarrollo adaptativo. También es muy importante hacer observaciones de la interacción cuidador-niño. El resumen de la evaluación sirve para determinar si es necesario enviar al niño o la familia a solicitar los servicios de otras disciplinas, como psiquiatría, educación especial u otros servicios para la familia. Como con cualquier forma de tratamiento, la terapia de juego dramático no debe ser un método aislado cuando los problemas actuales son multifacéticos.

La información reunida en este proceso se puede integrar en los primeros escenarios de juego dramático en la intervención familiar para ayudar a los cuidadores a comprender la relación entre las imágenes y temas dramáticos y los problemas actuales y la manera en que se presentaron a sí mismos y a sus niños. Esto es muy valioso para focalizar las escenas dramáticas en las cuestiones de la vida familiar a medida que avanza la intervención (Harvey, 2000a, 2003, 2006). Por último, la información que se reúne en la evaluación es útil para que el terapeuta sitúe la improvisación dramática del niño y la familia en el contexto más amplio de sus vidas.

INVESTIGACIÓN

Se ha realizado muy poca investigación formal sobre los elementos dramáticos en la terapia de juego. Aunque en la literatura relacionada con este tema hay varios ejemplos clínicos y estudios de caso, aún no hay investigaciones aleatorias controladas en las que la terapia de juego dramático se haya estudiado de manera más sistemática. Harvey (2008b) presentó los resultados de una intervención con terapia de juego familiar en la que el juego dramático tuvo una gran presencia. En este diseño de investigación-acción, no hubo grupos de control ni aleatorización, porque todas las familias que participaron en el estudio requerían tratamiento y se les ofreció. Para medir los resultados se eligieron instrumentos que se suelen aplicar en la clínica donde se llevó a cabo la investigación, incluyendo la información diagnóstica y clínica de las entrevistas iniciales, un inventario de problemas y una medida de alianza terapéutica. Los niños mostraron mejoras significativas en todas las áreas problemáticas, los padres informaron que desarrollaron una alianza de trabajo positiva con el terapeuta. Estos dos resultados tuvieron una correlación positiva. La cantidad de las mejoras (tamaño del efecto) fue grande, similares a los tamaños del efecto que se han encontrado en el juego padres-hijos donde hay más controles de la situación. Los niños diagnosticados con problemas más graves requirieron más sesiones para alcanzar resultados similares. Estos hallazgos sugieren que el juego dramático con familias es un método promisorio para ayudar a los niños a reducir sus problemas en diversas áreas y de distintas categorías diagnósticas que son muy comunes en el contexto de la salud mental.

En años recientes, Miller (2014) inició un proyecto en Nueva Zelanda en el que ella y un grupo de colegas de las artes expresivas emplean y elaboran medidas para informar los resultados de su trabajo clínico. Entre estas medidas, se incluyen instrumentos estándar, observaciones relacionadas con los problemas actuales, así como la observación en las técnicas expresivas durante las sesiones. Como parte de este trabajo colectivo, Barnaby (2014) presentó un estudio en el que empleó la terapia grupal de drama para ayudar a un niño de primaria con un trastorno del espectro autista a desarrollar la capacidad de socializar con pares. En este estudio de caso, se utilizaron interacciones dramáticas que incluyeron narración grupal de historias seguidas por una representación dramática. Las mediciones realizadas por medio de observaciones relacionadas con el funcionamiento social (cooperación, comunicación, regulación emocional, y juego imaginativo) se presentaron antes y después de la intervención de 12 semanas en la que este niño y otros cuatro compañeros de clase participaron.

Los resultados revelaron mejoras en todas las áreas y, después, su generalización al escenario escolar. La inclusión de las medidas de conducta social y expresión dramática en este caso ofrece un modelo para estudiar en el futuro.

CONCLUSIÓN

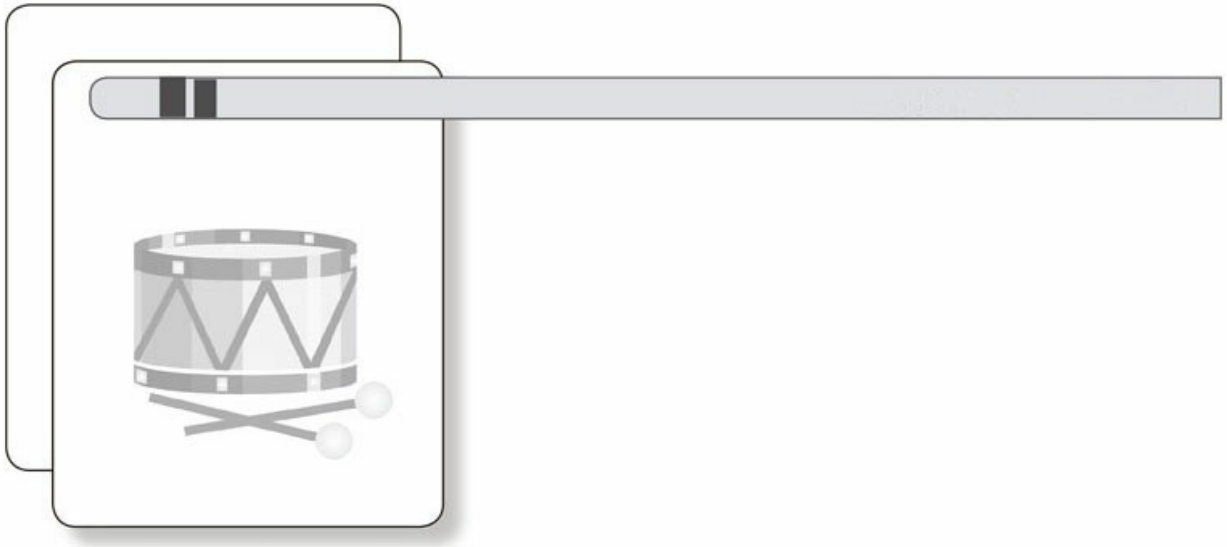
En cuanto niños y cuidadores empiezan a comunicarse, su capacidad para usar el juego dramático de manera espontánea también empieza a desarrollarse. Los primeros episodios dramáticos se suelen relacionar con la comunicación de emociones fuertes. Cuando los niños usan papeles/personajes, escenas interactivas, guiones e historias, y crean escenarios imaginativos, son capaces de extender su comunicación para incluir la expresión emocional relacionada con sus contextos sociales. Esto ayuda a facilitar el desarrollo de la capacidad para regular la experiencia interna de las emociones, así como la capacidad para formar relaciones íntimas.

Las técnicas centrales del juego dramático se centra en el juego de roles, la escena extendida y el desarrollo de guiones. Los elementos dramáticos se pueden incorporar en las intervenciones de juego con los niños y sus familias para abordar las dificultades emocionales, sobre todo con problemas en los que hay un claro componente interactivo. Los elementos del juego de roles imaginario y el desarrollo de escenas interactivas entre los personajes inventados son útiles para captar el interés del niño en sus mundos sociales, quizá por primera vez. Los dramas resultantes se pueden utilizar como trampolín para abordar las experiencias emocionales más difíciles, como las que se asocian con el apego subyacente y con el trauma psicológico. Tales escenas con frecuencia desarrollan una realidad aumentada cuando las metáforas del mundo dramático co-creado adquieren relevancia a nivel personal. Cuando tiene éxito, la improvisación de juego dramático conduce a una forma aumentada de comunicación y de afrontamiento, mejores habilidades sociales y de solución de problemas, y en última instancia a la resolución de los problemas que llevaron al niño a terapia.

■ REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D. S., Bleher, M., Waters, E., & Halls, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Barnaby, R. (2014). Drama therapy to support social interactions with peers. En C. Miller (Ed.), *Assessment and outcomes in the arts therapies* (pp. 154–167). London, England: Jessica Kingsley.
- Bowlby, J. (1972). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. London, England: Hogarth Press.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Cattanach, A. (1994). *Play therapy: Where the sky meets the underworld*. London, England: Jessica Kingsley.
- Cattanach, A. (2006). *Play therapy with abused children*. London, England: Jessica Kingsley.
- Cattanach, A. (2007). Narrative approaches in play with children. London, England: Jessica Kingsley.
- Emunah, R. (1985). Drama therapy and adolescent resistance. *The Arts in Psychotherapy*, 12(2), 71–79.
- Gallo-Lopez, L. (2001). TV show storyboard. En H. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *101 more play therapy techniques* (pp. 8–10). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Gallo-Lopez, L. (2005a). Drama therapy in the treatment of children with sexual behaviour problems. En A. Weber & C. Haen (Eds.), *Clinical applications of drama therapy in child and adolescent treatment* (pp. 137–151). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Gallo-Lopez, L. (2005b). Drama therapy with adolescents. En L. Gallo-Lopez & C. E. Schaefer (Eds.), *Play therapy with adolescents* (pp. 81–95). New York, NY: Jason Aronson.
- Gallo-Lopez, L. (2012). From monologue to dialogue: The use of play and dram therapy for children with autism spectrum disorders. En L. Gallo-Lopez & L. Rubin (Eds.), *Play based interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders* (pp. 87–114). New York, NY: Routledge.
- Garvey, C. (1990). *Play: Enlarger edition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Haen, C. (2011). The therapeutic use of superheroes in the treatment of boys. En C. Haen (Ed.), *Engaging boys in treatment* (pp. 153–176). New York, NY: Routledge.
- Haen, C., & Brannon, K. H. (2002). Superheroes, monsters, and babies: Roles of strength, destruction, and vulnerability for emotionally disturbed boys. *The Arts in Psychotherapy*, 29(1), 31–40.
- Harvey, S. A. (1997). The scarf story. En H. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *101 favourite play therapy techniques* (pp. 45–50). New York, NY: Wiley.
- Harvey, S. A. (2000a). Dynamic play approaches in the observation of family relationships. In K. Gitlin-Weiner, A. Sandgrund, & C. E. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (pp. 457–473). New York, NY: Wiley.
- Harvey, S. A. (2000b). Family dynamic play. En D. Johnson & P. Lewis (Eds.), *Current approaches to drama therapy* (pp. 379–409). New York, NY: Charles Johnson.
- Harvey, S. A. (2001). Monster. En H. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *101 more favourite play therapy techniques* (pp. 183–187). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Harvey, S. A. (2003). Dynamic play therapy with an adoptive family struggling with issues of grief, loss, and adjustment. En D. Wiener & L. Oxford (Eds.), *Action therapy with families and groups* (pp. 19–44). Washington DC: American Psychological Association.
- Harvey, S. A. (2005). Stories from the islands: Drama therapy with bullies and their victims. En A. Weber & C. Haen (Eds.), *Clinical applications of drama therapy in child and adolescent treatment* (pp. 245–260). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Harvey, S. A. (2006). Dynamic play therapy. En C. E. Schaefer & H. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy*. New York, NY: Guilford.
- Harvey, S. A. (2008a). Dynamic play therapy with very young children. En C. E. Schaefer, J. McCormick, P. Kelly-Zion, & A. Ohnogi (Eds.), *Play therapy for very young children*. New York, NY: Guilford.

- Harvey, S. A. (2008b). An initial look at the outcomes for dynamic play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 17(2), 86–101.
- Harvey, S. A. (2010). Mr. Opposite man/miss opposite lady. En L. Lowenstein (Ed.), *Creative family therapy techniques: Play art, and expressive activities to engage children in family sessions*. Toronto, Canada: Champion Press.
- Harvey, S. A. (2011a). Physical play with boys of all ages. En C. Haen (Ed.), *Working with boys*. New York, NY: Routledge/Taylor, & Francis.
- Harvey, S. A. (2011b). Pivotal moments of change in expressive therapy with children. *British Journal of Play Therapy*, 7, 74–85.
- Harvey, S. A., & Kelly, E. C. (1993). Evaluation of the quality of parent-child relationships: A longitudinal case study. *The Arts in Psychotherapy*, 20, 387–395.
- Hoy, B. (2005). Children who whisper: A study of psychodramatic methods for reaching inarticulate young people. En A. Weber & C. Haen (Eds.), *Clinical applications of drama therapy in child and adolescent treatment* (pp. 45–66). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Irwin, E. (1983). The diagnostic and therapeutic use of pretend play. En C. E. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 148–187). New York, NY: Wiley.
- Irwin, E. (2000). The use of a puppet interview to understand children. En K. Gitlin-Weiner, A. Sandgrund, & C. E. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (pp. 682–703). New York, NY: Wiley.
- Irwin, E. (2014). Drama therapy. En E. Green & A. Drewes (Eds.), *Integrating expressive arts and play therapy with children and adolescents* (pp. 67–98). New York, NY: Wiley.
- Irwin, E., & Malloy, E. (1975). Family puppet interview. *Family Process*, 14, 179–191.
- James, B. (1994). *Handbook for treatment of attachment-trauma problems in children*. New York, NY: Lexington Books.
- Jennings, S. (2010). *Healthy attachments and neuro-dramatic play*. London, England: Jessica Kingsley.
- Jennings, S. (2011). Drama therapy assessment through embodiment-projective-role (EPR) En D. Johnson, S. Pendzik, & S. Snow (Eds.), *Assessment in drama therapy* (pp. 177–196). Springfield, IL: Charles Thomas.
- Kindler, R. (2005). Creative co-constructions: A psychoanalytic approach to spontaneity and improvisation in the therapy of a twice forsaken child. En A. Weber & C. Haen (Eds.), *Clinical applications of drama therapy in child and adolescent treatment* (pp. 87–105). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Miller, C. (2014). *Assessment and outcomes in the arts therapies*. London, England: Jessica Kingsley.
- Oxford, L., & Weiner, D. (2003). Rescripting family dramas using psychodramatic methods. En D. Weiner & L. Oxford (Eds.), *Action therapy with families and groups: Using creative arts improvisation in clinical practice* (pp. 45–74). Washington, DC: American Psychological Association.
- Russ, S.W. (2004). *Play in child development and therapy: Toward empirically supported practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2014). *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Stagnitti, K. (1997). *The development of pretend play*. Melbourne, Australia: Co-ordinates Publications.
- Stagnitti, K., & Cooper R. (2009). *Play as therapy*. London, England: Jessica Kingsley.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalyses and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, NY: Norton.



Capítulo 15

Juegos mesa en la terapia de juego

Jessica Stone

Sólo quiero que sepas que eres muy especial, la única razón por la que te lo digo es que no sé si alguien te lo haya dicho antes.

–The Perks of Being a Wallflower (Chbosky, 2012)

La terapia de juego es una modalidad poderosa para trabajar con niños y ayudarles a superar dificultades en su vida. El terapeuta se encuentra en una posición única para ofrecer un espacio físico y emocional donde los niños pueden sanar. Comprender su lenguaje de juego y ayudarlos a entender su importancia y poder es parte de este proceso.

Los juegos de mesa son una de las muchas intervenciones que se utilizan en terapia de juego, pero, con frecuencia, se subestiman y se utilizan poco. Se definen de acuerdo con el tipo de reglas y objetos que los conforman. Hay piezas, un tablero, una manera preestablecida en que los jugadores mueven sus piezas a lo largo del juego y, en última instancia, alguna meta que se debe alcanzar. Aunque el terapeuta puede emplear juegos tradicionales terapéuticos que se consiguen en sitios de internet para profesionales, este capítulo se enfoca en el beneficio de los juegos que se compran en tiendas locales y que la familia juega sólo por diversión.

Los juegos tradicionales que se usan en terapia, como las damas y el Uno[®], por lo general tienen una estructura muy poco definida. Los juegos se consideran útiles para romper el hielo, pero casi nunca se les reconoce algún valor terapéutico. La siguiente información está diseñada para que los terapeutas comprendan de qué manera los juegos de mesa se utilizan de un modo terapéutico estructurado. A este empleo con un marco y una dirección bien definidos se le llamará **terapia de juego con juegos de mesa** (TJJT, por sus siglas en inglés).

Los juegos con reglas se remontan a épocas prehistóricas. Han servido para promover la conexión entre los seres humanos, la diversión y la educación. Reid (2001, p. 3) postula que “la práctica temprana de juegos parece haber tenido una correlación directa con la adaptación y la supervivencia.” ¿Por qué los seres humanos tienen la tendencia a practicar juegos estructurados? ¿De qué modo esta actividad, al parecer atractiva por naturaleza, se puede utilizar con fines terapéuticos?

INVESTIGACIÓN

Hacen falta investigaciones sobre el uso de los juegos de mesa en la terapia de juego; sin embargo, dos libros importantes han iniciado el debate sobre su valor terapéutico. En tiempos en que se concede una gran importancia a los tratamientos con sustento empírico, la investigación es esencial. Los conceptos que se presentan en esos libros se describen aquí y marcan una dirección para el futuro de la investigación en este tema.

En su libro *Game Play*, Schaefer y Reid (2001) identifican 10 elementos terapéuticos de los juegos con reglas: alianza terapéutica, placer, diagnóstico, comunicación, introspección, sublimación, mejora del yo, prueba de realidad, pensamiento racional y socialización. Los autores destacan la importancia del proceso terapéutico que “en repetidas ocasiones va y viene entre la seguridad del juego y la discusión cara a cara, que es una situación más desafiante” (p. 21). Con tantos elementos terapéuticos identificables en los juegos con reglas y la interacción inherente que los acompaña, el sustento para emplearlos en la terapia de juego se ha fortalecido aun más.

En el libro *Children's Use of Board Games in Psychotherapy* (2002), Jill Bellinson (2002) hipotetiza que la razón por la cual los expertos, por lo general, no consideran muy útiles los juegos (de mesa) estructurados radica en que se centran sólo en el contenido de los juegos, pero no en el proceso y en la interacción que implican. Postula que hay un paralelismo entre el juego dramático y los juegos de mesa, por lo cual se pueden usar de modos similares. En su libro, ella se enfoca en el beneficio de los juegos de mesa desde un enfoque no directivo. Bellinson hace hincapié en que el terapeuta aprenda a trabajar con estos juegos, que se diferencian de la modalidad en que el niño es forzado a “practicar un juego más regresivo o a entrar al mundo verbal de los adolescentes y adultos” (Bellinson, 2002, p. 167).

La investigación sobre el desarrollo cerebral infantil también indica otros beneficios de la TJJT. Siegel (2013) afirma que la corteza y la región cortical del cerebro son responsables, en parte, de la consciencia de sí mismo y de otros. El área límbica participa en la motivación, la atención focalizada y la recuperación de información almacenada en la memoria. Cuando el área límbica trabaja junto con el tallo cerebral, puede crear estados reactivos de estar enojado o asustado. Además, el cerebelo tiene el papel de equilibrar la interacción de nuestros pensamientos y sentimientos, mientras que el cuerpo calloso une los hemisferios derecho e izquierdo y coordina sus actividades.

Estas funciones esenciales del cerebro nos permiten realizar un sinnúmero de actividades en terapia, entre ellas practicar juegos de mesa. Usamos estas áreas del cerebro para interactuar, procesar y funcionar dentro del juego. A medida que el cerebro se desarrolla durante la infancia y la adolescencia, mejoran funciones especializadas y conexiones; a esto se le llama **integración**. Siegel (2013) también postuló que la “mente se desarrolla en una interfaz de procesos neuropsicológicos y relaciones interpersonales” (p. 77); las experiencias originadas en las relaciones son cruciales también para el desarrollo sano. Es probable que una mayor eficacia ocasione cierto nivel de satisfacción, importancia personal y la identificación de un lugar propio en el mundo.

¿Acaso no es esto por lo que trabajamos en la terapia de juego? Además de elaborar las experiencias, organizarlas junto con los pensamientos, explorar nuevas estrategias de afrontamiento, queremos llevar al niño hacia una existencia más sana y satisfactoria. Aspiramos a adquirir autoconsciencia, motivación, atención, focalización, memoria y regulación emocional, y a que los dos hemisferios cerebrales trabajen en conjunto para alcanzar la eficacia y resultados máximos, así como el equilibrio entre emociones y pensamientos. La TJJT tiene su mayor potencial en niños en edades de latencia, pues por naturaleza les atraen los juegos con reglas en esta etapa del desarrollo. Esta etapa antecede al gran crecimiento del lóbulo frontal que ocurre en la adolescencia, lo cual “nos permite experimentar nuestra capacidad humana de saber acerca del proceso de saber – de reflexionar sobre nuestro modo de pensar y de sentir y sobre por qué hacemos lo que hacemos, y cómo podríamos hacer cosas diferentes” (Siegel, 2013, p. 92). Si la TJJT se emplea para evaluar y mejorar el procesamiento cerebral y las relaciones interpersonales, puede ser una herramienta poderosa en este proceso delicado y esencial.

La TJJT se encuentra lista para que se lleven a cabo investigaciones sobre su eficacia. Gracias a que se han identificado y definido factores qué evaluar y se cuenta con una buena confiabilidad de interjueces, hay muchas posibilidades para la investigación. Por ejemplo, en el futuro se puede estudiar: la eficacia de la evaluación del terapeuta en la TJJT, la eficacia de la implementación de la información evaluada en la TJJT en los planes de tratamiento para niños en la etapa de latencia, o una comparación estadística de la eficacia de la TJJT y los juegos de mesa tradicionales en la terapia de juego.

TEORÍA

Se puede recurrir a diversos enfoques teóricos para sustentar los beneficios de la TJJT. La teoría a nivel individual del terapeuta no es importante. El componente esencial es que éste cuente con una teoría específica y sepa cómo evaluar, formular un plan e implementar intervenciones de acuerdo con su modelo teórico.

La teoría adoptada por el terapeuta le permite dar sentido y tener un propósito en sus interacciones en el cuarto de juego. Cuando el terapeuta conoce los fundamentos de lo que hace, los resultados son poderosos. Los niños experimentan un proceso sólido, estructurado y seguro, que los hace sentirse en las manos de alguien capaz que sabe lo que está haciendo, lo cual inspira la convicción de que la ayuda es posible. Ambos participantes pueden sentir más confianza y esperanza.

Más adelante en este capítulo, se presenta una discusión acerca del qué, por qué, quién, cómo y cuándo de los aspectos de la TJJT. Un terapeuta que puede responder estas preguntas sobre la terapia en general es capaz de tomar decisiones bien fundamentadas en la teoría de su elección. Otras preguntas que se deben responder son: ¿Qué promueve el cambio? ¿Qué provoca el cambio? ¿Qué constituye a un ambiente que apoya el cambio? ¿Qué es lo que necesita cambiar? ¿Qué es lo mejor para ayudar a este niño a superar las dificultades identificadas y siga un desarrollo sano? ¿Cuáles son las metas de la terapia y cómo ayudar a alcanzarlas?

En la TJJT, un terapeuta que cuenta con una teoría puede comprender cómo y por qué los juegos con reglas son diferentes en el contexto terapéutico. ¿Cómo funciona en la actualidad el niño y cuál sería el nivel de funcionamiento que se aspira alcanzar? El enfoque estructurado de la TJJT permite al terapeuta practicar el juego con un propósito y aplicar lo que sabe y comprende para ayudar de la mejor manera posible al niño.

Al emplear la TJJT, gran parte de lo que se interpreta es lo que ocurre en las interacciones entre el niño y el terapeuta. El centro de atención sigue siendo la relación interpersonal, la extrapolación de esas experiencias y lo que se sabe del niño en otros escenarios además del hogar. La interpretación y, en última instancia, la intervención basada en toda esta información se formula a partir de la teoría que ha adoptado el terapeuta.

En mi experiencia, el consultorio tiene estantes abiertos y objetos que el niño puede elegir para sus actividades del día. Si elige un juego de mesa, confío en mis capacidades para medir algunas o todas las categorías reconocidas en este tipo de juego. Los juegos que tengo en el consultorio ya han sido probados y son los correctos para mí. Los conozco tan bien que no tengo que pensar en el proceso para jugarlo (como las reglas) mientras lo hago, lo cual me permite enfocarme en la tarea de reunir información terapéutica. En algunos juegos, también me permite manipular de manera intencional la interacción para tratar de provocar cierta respuesta en el niño. Un ejemplo de esto es el juego Mancala, en el que dos jugadores mueven piedras alrededor del tablero con el fin de llenar su mancala (depósito).

La persona que reúne más piedras al final gana. Si quiero provocar una respuesta en el

área de la tolerancia a la frustración, elijo un juego en el que sean comunes las situaciones frustrantes. Si quiero evaluar el grado en que las personas tienden a complacer a los demás, puedo llevar el juego a una posición en la que yo me encuentre en desventaja y observo lo que hacen. Desde luego, al mismo tiempo tengo que evaluar si el niño se da cuenta de estas manipulaciones y si elige de manera deliberada hacer o no lo que intento provocar en él.

Para formular lo que entendemos del cliente, es útil pensar en términos de banderas rojas. Si un tema o afirmación no se siente bien al interactuar con alguien, es necesario poner atención en ellos. Una bandera o dos no son motivo de mucha preocupación, pero cinco o seis pueden ser perturbadoras y le indican al terapeuta hacia dónde dirigir el tratamiento. Por ejemplo, si Jonny juega *Sorry!* (juego en el que los participantes buscan recorrer todas las casillas del tablero antes que los demás, y debe su nombre a que cada jugador puede recurrir a diversas maneras para obstaculizar a sus rivales al tiempo que se disculpa diciendo “*Sorry!*”) y es agresivo enviando a propósito sus piezas de vuelta a casa aun cuando dispone de otras opciones, eso amerita una bandera roja. El terapeuta debe observar con atención en qué otros momentos reaparece esto en su juego. ¿Cómo encaja en su historia y cómo este estilo manifiesta su vida familiar y social cotidiana? ¿De qué modo estas conductas le impiden cubrir sus necesidades? Es importante conocer bien los juegos antes de usarlos con fines terapéuticos. Esto permite al terapeuta enfocarse en observar y evaluar los aspectos conflictivos del funcionamiento del niño.

PROCEDIMIENTO/TÉCNICA

En la TJJT, el terapeuta o el niño pueden elegir el juego de mesa. Si lo hace el niño, el terapeuta puede recurrir a una evaluación estructurada para saber más de él y de sus razones para elegir ese juego en particular, así como implementar intervenciones diseñadas para cubrir necesidades específicas. Si es el terapeuta quien elige el juego, será con el fin de provocar ciertas respuestas en la interacción.

Una vez que el terapeuta ha establecido un *rapport* positivo con el niño y conoce su historia y problemas actuales, empieza la intervención. En la TJJT, es posible intercalar intervenciones adecuadas dentro de la interacción. Por ejemplo, si el niño tiene poca tolerancia a la frustración, puede ser oportuno provocar respuestas de este tipo y luego guiar al niño por la experiencia de desarrollar habilidades de afrontamiento positivas. El proceso de la TJJT es muy parecido al de la terapia de juego que emplea otros materiales.

Como psicólogo, es importante hacer con regularidad las preguntas del qué, por qué, quién, cómo y cuándo en relación con la terapia. ¿Qué estás haciendo? ¿Por qué lo estás haciendo? ¿Quién eres tú para hacer esto? ¿Cómo lo estás haciendo? ¿Cuándo lo haces? Respondiendo estas preguntas, el terapeuta tendrá un marco terapéutico sólido, sin importar la modalidad que utilice.

Siempre ha sido algo natural incluir los juegos de mesa. Cuando era niño, estos juegos eran comunes entre mi familia y amigos, mientras que en el posgrado, hubo un profesor que hablaba de la pertinencia de estos juegos en la terapia de juego, lo cual estaba de acuerdo con mis nociones intuitivas. Él pensaba que el juego era el lenguaje del niño, y que el uso de múltiples juguetes y juegos con reglas era terapia. Sin embargo, tras la graduación, un supervisor nos dijo que tuviéramos dos juegos en nuestros consultorios: el juego de Hablar, Sentir y Hacer, y *Ungame* (juego no competitivo para promover la comunicación). En la actualidad, estos juegos están cubiertos de polvo arrumbados en un almacén. No son juegos naturales ni divertidos para los niños. No se debe alterar un juego ni poner a prueba su potencial terapéutico, pues pueden tener propiedades terapéuticas tal como son.

Al madurar en mi papel de psicóloga y Terapeuta de Juego Registrada, me di cuenta de que había un sesgo en contra de los juegos de mesa. Al explorar el qué, por qué, quién, cómo y cuándo de los aspectos de estos juegos en la terapia de juego, y por qué no son aceptados, esto se convirtió en un objeto de interés para mí. Tenía que haber una manera de operacionalizar el valor terapéutico de los juegos de mesa.

Qué, por qué, quién, cómo y cuándo

¿Qué es un juego de mesa en la terapia de juego?

Los juegos de mesa, en general, tienen algunos beneficios en común. Los que requieren dos o más jugadores automáticamente se basan en la interacción personal para llevar a cabo un juego básico. Con frecuencia, esto implica el contacto visual, prestar atención a las señales verbales y no verbales, la camaradería y las risas, reprender y bromear –en última instancia, diversión. Además, los juegos de mesa suelen requerir cierto nivel de organización, turnos, paciencia, reglas y la manera de ganar y perder, así como el concepto de justicia. Por naturaleza, también incluyen algunos componentes educativos fundamentales como lectura, conteo y reconocimiento de números, formas y letras.

En la TJJT, el terapeuta tiene la oportunidad de participar en todas las áreas mencionadas y evaluar diversos factores: nivel de dominio de habilidades, tolerancia a la frustración, habilidades de afrontamiento, capacidades estratégicas, una estimación aproximada del CI, capacidades de interacción social, competitividad, respeto a las reglas, *rapport* y desarrollo (que se detallan más adelante en este capítulo). Cuando se ha establecido el *rapport* y se han trazado las metas terapéuticas, el terapeuta puede evaluar los factores y diseñar una intervención.

¿Por qué usar los juegos de mesa en la terapia de juego?

Reid (2001) afirma que los juegos de mesa pueden “recorrer a conductas más dirigidas a metas y conlleva un mayor sentido de seriedad” que otros tipos de juego (p. 2). Estos juegos también encajan en la explicación de Daniel Siegel acerca de los procesos y el desarrollo del cerebro importantes (Siegel, 1999, 2013). Usar la TJJT es una progresión natural en el trabajo con niños. Schaefer y Reid (2001) afirman que “los juegos sirven para fortalecer la alianza terapéutica, facilitar la expresión de la fantasía y ofrece información importante para el diagnóstico” (p. viii).

Con frecuencia, el juego se describe como el lenguaje de los niños, y los juegos de mesa se ajustan también a este concepto. Si un niño es atraído por algún objeto del cuarto de juego, es importante comprender de qué modo se adecua a la estructura y los procesos internos. ¿Por qué escogió eso y cómo eso cubre o refleja sus necesidades? Se puede extrapolar la información acerca de los juegos que elige el niño, cómo es su conducta en él y a qué se pueden atribuir sus elecciones. Estos aspectos no son tan diferentes de otras modalidades de la terapia de juego, pero se descartan en cierta medida en la TJJT. Por ello, se debe utilizar el lenguaje que los niños hablan a través del juego y tener un marco de referencia que permita darle un sentido y valor al juego.

¿Quién usa los juegos de mesa en la terapia?

Si un juego atrae al niño en terapia de juego y el terapeuta utiliza un enfoque no directivo, tendría sentido explorar en qué consiste esa atracción. Si un niño de 3 años de edad quiere jugar Mancala, el terapeuta jugará Mancala. Mi trabajo incluye, además de todo lo que discutimos en este capítulo, evaluar cómo juega. Por ejemplo, ¿tiene un nivel avanzado y quiere aprender a jugar siguiendo las reglas del juego? ¿O le gustan las piedras brillantes, la sensación que le provocan en sus manos y el tablero liso? De

cualquier modo, se trata de información valiosa que contribuye a mi comprensión del niño.

Por lo general, los niños en la etapa de latencia sienten atracción por los juegos de mesa y la TJJT. Con frecuencia, el periodo de latencia se considera que empieza alrededor de los cinco años de edad y termina con el inicio de la pubertad. En esta etapa, los niños buscarán la estructura, competencia, conexión, diversión y emoción de los juegos de mesa en un nivel fundamental. Es un momento en que están listos en términos de desarrollo para las tareas que se requieren para jugarlos. Algunos de los aspectos importantes de estos juegos incluyen la comunicación verbal y no verbal, espeto mutuo, aprender a compartir, paciencia, tomar turnos y divertirse en conexión con otros.

¿Cómo usar los juegos de mesa con fines terapéuticos?

Bellinson (2002) compara la información y las experiencias adquiridas en los juegos de mesa con el material simbólico descubierto a través de cualquier otro método: se puede observar que los juegos estructurados, adecuados para el nivel de desarrollo correspondiente a la etapa de latencia, pueden revelar la dinámica inconsciente, del mismo modo en que el juego dramático en el caso de los niños más pequeños o los sueños, en el de adolescentes y adultos. Se debe permitir su despliegue del mismo modo que en el juego dramático o la narración de sueños, manteniendo una atención flotante y buscando las mismas dinámicas subyacentes en estas expresiones simbólicas. Cualquier método con que se aborden los juegos de mesa se puede manejar e interpretar desde esta perspectiva. (p. 19)

Las capacidades y los temas aparecerán con el tiempo; es responsabilidad del terapeuta rastrearlos y trabajar para comprender qué son y cómo se manifiestan en la vida del niño. Cuando se observa el cuadro general de los problemas actuales, la historia conocida del niño, los ambientes donde se manifiestan las dificultades y lo que se observa en la terapia de juego, el resultado es un enfoque completo y útil para ayudar a los niños a superar sus dificultades.

ÁREAS DE EVALUACIÓN EN LA TJJT

La siguiente es una lista de aspectos clave para evaluar cuando se usan tanto la terapia de juego como la TJJT. A veces, parece adecuado añadir o eliminar un concepto, pero en su mayor parte estos aspectos clave organizan el proceso de evaluación. También sirven como herramientas para organizar las discusiones con los cuidadores primarios o con contactos colaterales. Algunos aspectos de esta lista de evaluación se repiten. Los factores no son mutuamente excluyentes, pero separarlos ayuda a organizarlos. Es posible utilizarlos de la manera que mejor se ajuste a la teoría, marco de referencia y enfoque del terapeuta.

Nivel de maestría

En el diccionario de la RAE, se define **dominio**, en una de sus acepciones como “buen conocimiento de una ciencia, arte, idioma, etc.” (mientras que en el diccionario Merriam-Webster, *mastery*, como “conocimiento y habilidad que te permite hacer, usar o comprender algo muy bien; control absoluto de algo”). Como terapeutas, a menudo tenemos el objetivo de evaluar lo que el niño domina, lo que se esperaría que domine de acuerdo con su edad y nivel de desarrollo, y lo que esperamos que alcance a dominar con nuestro trabajo en su tratamiento.

Un aspecto clave del desarrollo es adquirir dominio. Por ejemplo, el dominio se puede alcanzar considerando el uso de un objeto, un proceso de pensamiento o la comprensión de un concepto; una actividad física, habilidades sociales o una tarea. Hemos identificado la etapa de latencia como una fase primordial del desarrollo que se aprovecha en la TJJT. La sensación de dominio es esencial para la autoestima y sienta los fundamentos de una adolescencia exitosa.

En la TJJT, el terapeuta puede evaluar el nivel de dominio del niño en numerosas áreas. Si el niño rehúye de algún aspecto de la interacción o de la tarea en turno, eso se compara con la información de que se dispone sobre el niño y se determina si se trata de un tema recurrente; si no es así, esta información se guarda para retomarla en el futuro.

Tolerancia a la frustración

La tolerancia a la frustración es un tema que aparece con frecuencia en la terapia de juego. A menudo, los niños no tienen un nivel saludable de tolerancia a la frustración y actúan cuando no obtienen lo que desean. En estos casos, una meta terapéutica suele ser aumentar las habilidades de afrontamiento de los niños, ayudarles a elaborar la frustración y a responder de un modo aceptable a nivel social.

Mediante la TJJT, el terapeuta puede evaluar el nivel de tolerancia a la frustración del niño observando cómo reacciona a los movimientos de terapeuta durante el juego y cuando éste gana. Cuando el terapeuta refleja su reacción a la respuesta del cliente, se pueden discutir algunas perspectivas valiosas que ayudarán al niño a comprender el efecto que tienen en otros a través de sus conductas y respuestas.

Habilidades de afrontamiento

¿Cuáles son las habilidades de afrontamiento del niño? ¿Qué habilidades han adquirido hasta el momento que le sirvan para manejar una situación? ¿Qué habilidades le hacen falta? Las interacciones durante el juego ayudan a evaluar muchas preguntas de esta clase. Los patrones de conducta emergen. Una vez que el terapeuta identifica áreas de competencia e incompetencia, el trabajo puede empezar enseñando nuevas habilidades y, o modificando las ya existentes.

Capacidades estratégicas

Si se trabaja con niños con sobredotación intelectual, esta categoría puede ser muy útil para entenderlos. Las capacidades estratégicas se traducen en habilidades importantes en la vida y ayudan al terapeuta a tener una estimación aproximada –no muy exacta– de la inteligencia del niño. Aún si no se cumplen los criterios de la sobredotación intelectual, comprender las fortalezas y debilidades en esta área ayuda a comprender al niño y a implementar la intervención. Si un niño muestra una gran dificultad para ser estratégico, ¿cómo se manifiesta eso en su mundo académico y cotidiano y en sus relaciones? Si un niño tiene fortalezas en esta área, ¿cómo pueden ser útiles o perjudiciales para cubrir sus necesidades de manera apropiada?

Estimación aproximada del CI

Como se mencionó sobre las capacidades estratégicas, se puede tener una estimación aproximada del funcionamiento cognitivo mediante la TJJT. Su utilidad tiene que ver menos con el CI de los niños que con lo que se puede y debe esperar de ellos. Capacidades bajas y elevadas conllevan obstáculos potenciales para el procesamiento, el nivel de introspección y la integración de las experiencias y la información que acumulan a lo largo de la vida. Si el terapeuta tiene una idea aproximada de sus capacidades en estas áreas, la intervención y la interacción se puede dirigir en una dirección más

específica.

Capacidades/estilo de interacción social

Conocer el modo en que los niños se acercan al juego e interactúan en él constituye información muy útil. Muchos niños no tienen interacciones satisfactorias, lo cual afecta su idea del mundo, autoconcepto, autoestima y la percepción de cómo encajan en la sociedad. Una combinación dolorosa ocurre cuando el niño, en realidad, desea estas interacciones positivas, pero no logra llevarlas a cabo. La TJJT es una herramienta poderosa para evaluar dónde se presentan estas dificultades y cómo intervenir para fomentar las habilidades y el procesamiento.

Competitividad

El nivel de competitividad de un niño puede ser una ventaja o un obstáculo. Si lo impulsa a alcanzar una meta o a dominar una habilidad o situación, puede ser una ventaja si mantiene el respeto a los demás jugadores. Las dificultades radican en la competitividad que obstaculiza la interacción positiva entre los jugadores, por lo general a través de las faltas de respeto o las palabras hirientes y conductas ofensivas. Es importante explorar otras cuestiones como:

¿Cuál es la posible etiología de la competitividad? ¿Qué papel tiene en la idea del mundo, la valía, el papel familiar y los ciclos de experiencia y, o reforzamiento conductual del niño?

Nivel de acato de las reglas

La manera en que el niño encaja en su cultura y sociedad depende en gran parte de acatar las normas básicas. Cada cultura y sociedad puede definir las de distinto modo, pero suelen incluir aspectos de respetar las reglas y tratar bien a los demás. La TJJT incorpora lo esencial del acato de las normas. Por naturaleza, los juegos de mesa implican reglas, que aparecen impresas y están incluidas en el juego, o bien los jugadores se ponen de acuerdo antes de empezar a jugar. Si un jugador no acata estas reglas, entonces se considera que está haciendo trampa. La trampa ha sido tema de gran discusión y debate en la terapia de juego. El respeto mutuo es un aspecto clave de la terapia. Hacer trampa, cuando se define como la falta de acato de las reglas acordadas, implica necesariamente la falta de respeto a los otros jugadores. Por lo tanto, no permito

que se hagan trampas en la TJJT. Incluyo en mi evaluación el deseo, los intentos y la posible tendencia del niño a hacer trampa. Hablar acerca de cómo me hace sentir la trampa en mi calidad de jugadora y negociar algún cambio en las reglas (p. ej., incorporar la trampa que intentaban hacer), de modo que ambos sigamos las mismas reglas, funciona muy bien con niños.

El modo en que el nivel de acato a las normas afecta la vida del niño varía en gran medida. A veces, el resultado puede ser un tipo de niño que piensa fuera de la caja y es creativo y tiene los ojos bien abiertos. En otras ocasiones, puede ocurrir que el niño sea irrespetuoso y ofensivo con los demás con el fin de cubrir sus necesidades. También hay muchas otras posibilidades, por lo que es muy importante evaluar este nivel y sus efectos en las interacciones, el autoconcepto y el lugar en el mundo del niño.

Nivel de *rapport*

Aunque en apariencia es obvio, el nivel de *rapport* sigue siendo importante para evaluar y reconocer al formular las intervenciones, el tratamiento y las discusiones con los cuidadores primarios y colaterales. Si no hay *rapport*, entonces toda la información obtenida en la evaluación se debe interpretar con eso en mente.

Desarrollo

Esta categoría incluye el desarrollo general, emocional y físico, el apego y la prueba de realidad. Hay una notable variabilidad en el desarrollo de un niño en cada una de estas áreas. ¿Por lo general, el niño ha alcanzado el nivel esperado en cada área? Si no es así, ¿cómo se articula esto con la información psicológica obtenida hasta ese momento?

¿De qué modo estos aspectos del desarrollo crean una dinámica en la que las necesidades del niño no son cubiertas? ¿Estas necesidades son sanas o realistas? ¿Cuál es la etiología de las necesidades? ¿Hay maneras más apropiadas o satisfactorias de cubrirlas? Una metáfora de este concepto podría ser una persona que conduce a exceso de velocidad a su trabajo. Si la necesidad fundamental es llegar a tiempo, entonces podría ser más grande que la necesidad de evitar una posible infracción. Un modo más apropiado de cubrir esta necesidad sería salir más temprano de su casa y llegar sano y salvo a tiempo o incluso con un poco de anticipación. Puede haber obstáculos para llevar a cabo este plan, los cuales tendrían que discutirse y negociarse o superarse. Resaltar la necesidad, discutirla y descubrir los medios apropiados para cubrirla pueden ser tener un efecto poderoso para el cambio conductual.

¿Cuándo usar la TJJT?

Dada mi teoría personal y mi marco de referencia, los juegos de mesa se pueden utilizar con fines terapéuticos en cualquier momento que el niño los elija. Además, como se mencionó, el terapeuta puede escoger un juego para obtener información específica sobre el niño. También le puede ser útil para romper el hielo, hacer la evaluación, seguir el curso de la terapia de juego activo, incluirlo como parte de la intervención y para concluir el proceso terapéutico.

Requisitos, entrenamiento y características del terapeuta

Los terapeutas que tienen un extenso entrenamiento en terapia de juego, son Terapeutas Registrados de Juego (RPT, por sus siglas en inglés) o son supervisados por un Terapeuta-Supervisor Registrado de Juego (RPT-S) están calificados para utilizar la TJJT. Para conceptualizar y utilizar de manera adecuada la técnica, el terapeuta debe adoptar una teoría que le permita comprender el proceso de cambio, tener la capacidad de evaluar el desarrollo infantil y de integrar esta información para diseñar una intervención.

Características del niño

La TJJT es beneficiosa para niños de todas las edades con cualquier problema emocional y/o conductual. Si, por cualquier razón, el niño no puede usar el juego como se pretende, éste se puede modificar de acuerdo con sus necesidades. Las modificaciones en el TJJT no incluyen alterar el juego para hacerlo más terapéutico, como cuando, por ejemplo, se pide al niño que responda una pregunta o cuenta algo en cada uno de sus turnos. En la TJJT, el terapeuta evalúa e interviene con base en las interacciones que observó en el juego, sin introducir otros factores. Los terapeutas directivos pueden usar la TJJT cuando busquen más información o cuando es necesario propiciar la interacción en un juego estructurado.

Estudio de caso 1: Joseph

Joseph es un niño de 11 años de edad que llegó a mi consultorio con sus abuelos. Estaban preocupados por el nivel de enojo, frustración y conductas ofensivas en casa. Joseph vivía con sus abuelos y tenía contacto continuo con el padre, pero poco contacto con la madre. Estaba en una silla de ruedas debido a síntomas de distrofia muscular. Nadie podía entender qué pasaba con él en términos neurológicos, pero

seguía deteriorándose su estado. Esto lo puso en una posición de mucho miedo.

A Joseph en verdad le gustó la TJJT. Se sentía como un niño normal que podía jugar con otros niños. Se sentía orgulloso cuando ganaba o hacía un buen movimiento. Sentarse a la mesa en su silla de ruedas no lo diferenciaba de ningún modo; éramos dos personas sentadas en sillas. Podía sentir que dominaba la situación, que era normal y que estaba conectado con alguien. Los objetivos del tratamiento fueron estabilidad, reconocimiento, expresión de su realidad médica, social y familiar, y mejorar sus habilidades de afrontamiento y su tolerancia a la frustración.

En la segunda fase de la evaluación, aparecieron patrones predominantes: él jugaba de un modo muy oportunista para poder sentirse superior, o era muy pasivo o dejaba que las cosas sucedieran como dando a entender que él no era valioso ni bueno, y qué importaba. Cuando se identifican patrones en niños, es importante imaginar cómo deben ser estos patrones y conductas cuando se manifiestan con otras personas. Si los problemas del niño implican cuestiones sociales, entonces pienso en cómo son estas conductas cuando él se encuentra con pares y me pregunto cómo reaccionarían ellos. La mayoría de los niños de 11 años no responden bien frente a un par que interactúa con ellos de esa manera tan polarizada o con una superioridad oportunista.

El modelamiento de habilidades sociales por medio del juego de mesa y la discusión estaban, sin duda, garantizados.

La TJJT ayudó a evaluar lo que sucedía con Joseph en sus interacciones, pero también abrió una ventana al modo en que se sentía: inseguro, inestable, sin importancia, desconocido e, incluso, invisible y débil. Cuando era pasivo en su juego, casi era doloroso respirar. Yo imaginaba cómo sería para él sentirse de ese modo y lo difícil que sería moverse todos los días con esa carga. Cuando se encontraba en el modo superior, yo pensaba en qué inseguridades estaría detrás y en cuánto necesitaba hacerse notar y parecer grande para que los demás lo vieran y se sintiera exitoso.

Había mucho en el propio juego que podía ser útil en estas áreas. A veces, yo daba voz a las reacciones más genuinas en mí o que creía que serían las de sus pares si él se comportaba de cierto modo. A veces, yo seguía firme y genuina en el juego, por ejemplo, si él se sentía superior y jugábamos *Sorry!*, él atacaba a mi jugador y lo enviaba de regreso a casa como meta primordial. En estos casos, debido a que yo sentía que él necesitaba mesurarse un poco, yo permanecía tranquila y firme, dando voz a mis sentimientos de tristeza o frustración, pero sin hacerle lo mismo a él. Es similar a mantener una voz tranquila y firme cuando alguien hace alardes, y esperar que la persona se calme para que se acople a tu afecto o actitud. Mientras más conectado, seguro y estable se sentía conmigo, era más capaz de hacer esto. Comprendí que su necesidad de sentirse apoyado y a salvo era tan grande que el colapso social que vivía con sus pares no cambiaba su conducta. Mientras yo más podía reforzar nuestra conexión de apoyo y seguridad y modelar otras maneras de comportarse en el juego, él era más capaz de estar conmigo en ese lugar y sentir el reforzamiento natural por hacerlo. Él y su familia me informaron que la escuela iba mejor, su enojo se había reducido y su conducta en casa había mejorado. Había

mucho más que hacer en las sesiones, pero la TJJT nos había dado un buen comienzo.

Estudio de caso 2: Mark

Mark estaba en el bachillerato cuando lo conocí. Yo estaba cumpliendo con los requisitos de mi entrenamiento predoctoral cuando viajé a su escuela alternativa. Ésta era para niños que habían sido expulsados de las escuelas públicas de la zona; en esencia, era a donde enviaban a los problemáticos a continuar su educación. Nos conocimos en un pequeño y sucio remolque de su campus. Era obligatorio para él reunirse conmigo si quería acatar las disposiciones de las autoridades escolares. También era un modo de evitar sus clases una vez a la semana, lo cual parecía ser su principal motivación. Tenía 16 años de edad y en su historia había experiencias traumáticas y de negligencia. Su familia prefería que ya no continuara en la escuela y lo alentaba a entrar a la vida delincriminal.

En realidad, Mark no quería hablar de su familia, su historia ni de sus pensamientos. Era demasiado sereno y fuerte para estar en la terapia. Nos indicaron que debíamos trabajar todo el ciclo escolar, y le propuse aprovechar al máximo el tiempo. Decidimos jugar juegos para pasar el tiempo. En esa época, yo quería cumplir con los requisitos del programa y no ser atacado o tratado mal mientras estuviera en ese campus. Si podía ayudarlo, mucho mejor, pero no estaba seguro de cómo hacerlo puesto que él no quería hacer nada conmigo.

Después de recurrir al ensayo y error, Mark eligió el juego *MasterMind*. Jugamos *MasterMind* en cada sesión, sin excepción, durante 8 meses. A veces, no sabía qué hacíamos en realidad. Tampoco sabía si las sesiones eran terapéuticas. Al terminar los 8 meses, algo sorprendente sucedió: Mark mejoró su asistencia, sus calificaciones y su actitud tan drásticamente que lo iban a enviar de vuelta a una escuela regular y estaba cerca de graduarse con su clase.

Nos alegramos y celebramos. Me agradeció. Me quedé pensando, ¿qué cosa había sucedido?

¿Qué había sucedido? En retrospectiva, podía ver que en esos meses muchas cosas ocurrieron. Algo fundamental fue que yo estaba presente cada semana, sin falla. Él era importante. Yo estaba ahí por él. En el curso de los meses, también empezó a relajarse. Yo no era una amenaza. Yo también me relajé. De hecho, después de algunas semanas de reunirnos, durante las largas caminatas por el campus de donde me lo llevaba a nuestro adorable remolque, él me protegía de otros estudiantes que tenían algo que decirme o se querían acercar a mí. Su investidura, su conexión conmigo y el proceso terapéutico, así como su autovalía se fortalecieron a medida que seguíamos reuniéndonos. Esto se generalizó a otras áreas de su vida. Sus calificaciones y su conducta mejoraron, y florecieron sus ideas respecto de las

posibilidades que tendría en su vida.

Pero sólo habíamos jugado *MasterMind* semana tras semana durante 8 meses.

Es evidente que el *rapport* fue crucial en este proceso. Yo diría que a través de estos juegos, pude comprender cosas de él, cómo pensaba, cómo veía el mundo y a sí mismo, cómo eran sus relaciones interpersonales y qué quería en su vida. De hecho, la repetitividad me permitió seguir las mejoras y los cambios mejor que si hubiéramos cambiado de juego. A través de su juego, comprendí que tenía una capacidad intelectual superior de lo que mostraba en su rendimiento escolar. Su capacidad para pensar por medio de patrones, para hacer estrategias y extrapolar la información era muy superior que la de la mayoría de los de su edad. Su disposición para reunirse e interactuar conmigo me permitió saber que él tenía el deseo de conectar con otros, y la protección que me brindaba me indicó que quería conectar de una manera significativa.

La colocación de sus piezas era muy meditada, y se esforzaba por aumentar el desafío. Ponia atención a los detalles de la colocación de mis piezas lo suficiente para darse cuenta del patrón de mis movimientos. Su tolerancia a la frustración mejoró, al igual que su sensación de seguridad en nuestra interacción. Su sensación de dominio de la situación brilló cuando se volvió bueno en el juego y podía ser más lúdico en él, en vez de enfocarse en su imagen y en mi percepción de él y de sus capacidades. Su capacidad, disposición y deseo de confiar en otra persona creció a medida que pasaban los meses.

Él escogió el juego, y con qué frecuencia lo jugaba. Era un medio, un ritmo, una interacción que podía tolerar para elaborar los procesos que requería. Mi trabajo era poner atención, estar presente, ser abierta con él y con lo que quería mostrarme, y acompañarlo en lo que aprendía de él a través de la interacción. La TJJT no es la única modalidad que puede alcanzar estas metas, pero cuando un niño la elige, es una intervención poderosa.

Estudio de caso 3: Michelle

Michelle era una niña de 8 años de edad que fue llevada a mi consultorio por su exasperada madre. Ella decía que la conducta de su hija estaba fuera de control, hacía berrinches y, en general, exigía que las cosas se hicieran a su modo. La madre estaba exhausta y quería recobrar el sentido de una jerarquía apropiada entre ella y su hija. La familia estaba intacta y la historia contada no indicaba ningún problema psicosocial manifiesto.

Michelle elige jugar el juego de *Mancala*. Durante éste, su nivel de competitividad y franca agresividad eran sobresalientes. Ella movía sus piezas a propósito, de modo que nos saboteara a los dos para aterrizar donde ella creía que sería más ventajoso para ella. Ella veía mi incapacidad para llevar mis piezas a mi base-casa como un gran

éxito, aun cuando eso reducía de llevar sus piezas a su base-casa. Parecía estar en un nivel esperado en términos intelectuales y de desarrollo. Sus capacidades estratégicas eran elevadas; su tolerancia a la frustración, baja; y su estilo de interacción social, rapaz y oportunista. Con frecuencia, afrontaba la situación elevándose a sí misma, aunque sólo fuera en su imaginación, a un nivel que la hacía sentirse superior a los demás.

Lo que empecé a comprender de ella es que su necesidad de sentirse superior era tan grande que estaba dispuesta a sacrificar a otros, o incluso a sí misma, para alcanzar esta sensación. Aunque deseaba interacciones sociales positivas, no confiaba en ellas. De modo que, cuando tenía que escoger entre sentirse superior e interactuar positivamente, siempre prevalecía la primera opción. Mi investigación y preocupación se centró en el tema de la falta de confianza en los demás. Es un tema que se ve con frecuencia en los niños, pero para algunos es el talón de Aquiles. Con estas banderas rojas en mente, empecé a explorar con ellas cómo habían sido las relaciones en su vida.

Mientras jugábamos *Mancala*, hablamos sobre sus pares, amigos, padres y familia. Lo que descubrimos fue una larga serie de pérdidas en su vida. Tres miembros importantes de su familia habían muerto en los últimos 5 años, y también varias mascotas queridas. “Todos se van,” dijo. En el curso de seis sesiones individuales, fue claro para las dos que ella no confiaba en las interacciones o relaciones que había tenido con otros. Ni siquiera estoy segura de qué tanto confiaba en mí, pero creo que gané su simpatía comprendiendo y encabezando su talón de Aquiles. Parecía que había un nivel de respeto y alivio en el hecho de que había visto esta parte oculta y protegida de ella. Seguimos trabajando al respecto de diversas maneras, incluyendo los múltiples juegos de *Mancala*.

Al principio el juego era invaluable respecto de mi capacidad para evaluar y comprender los problemas con los que ella luchaba. En última instancia, me permitió monitorear su progreso, porque el juego se volvió mucho más interactivo y menos agresivo y rapaz. Ella se volvió más generosa, y era evidente que su necesidad de sentirse superior ya no era más importante que su deseo de tener una interacción positiva. Tanto Michelle como su madre informaron que esta dinámica se generalizaba a la casa y la escuela.

Indicaciones/contraindicaciones

La TJJT se puede usar en las fases de evaluación e intervención del tratamiento, con cualquier problema, siempre y cuando se disponga de información aplicable. Si un niño manifiesta el deseo de jugar un juego de mesa o el terapeuta presenta uno, éste puede

evaluar un inventario estructurado de reactivos (como se explicó previamente en las Áreas de evaluación) durante el juego. Con base en lo que se descubre en la evaluación, la intervención terapéutica se puede implementar dentro de la TJJT o de otros modelos de terapia de juego.

Hasta ahora no se conocen contraindicaciones para la TJJT. Si un niño es pequeño o tiene discapacidades cognitivas o físicas, es imperativo que el terapeuta tome esto en consideración. Dependiendo de la teoría del terapeuta, se pueden elegir o modificar juegos específicamente para el niño.

Logística

Disposición del cuarto de juego, juguetes y materiales

La disposición del cuarto de juego depende en primer lugar del enfoque del terapeuta. Si es no directivo, se presta para que los juegos y otros artículos estén a la vista y los clientes puedan tomarlos cuando lo deseen.

El terapeuta que practica un enfoque más directivo, tiende a tener los materiales en un armario, y él los incorpora a la sesión de acuerdo con su criterio. Los juegos de mesa elegidos también dependen de las interacciones que el terapeuta desee, del tipo de juego (estratégico o de azar) y el nivel de comodidad que siente con el juego.

En la terapia de juego, son útiles numerosos juegos de mesa para evaluar los factores sugeridos en este capítulo. Los que los niños eligen con mayor frecuencia son *Mancala*, *Othello* (también conocido como *reversi* o *Yang*), *Monopoly Junior* (la versión completa requiere demasiado tiempo para jugarlo en una sola sesión), *Life* (juego sobre los distintos momentos del ciclo vital), *Uno*, *Trouble* (juego parecido a *Sorry!*), *Serpientes y Escaleras*, *Adivina Quién* y *Little Pet Shop*. Menos populares, pero que también se usan con cierta frecuencia, son *Cluedo* (cuyo objetivo es descubrir quién asesinó al Dr. Black, con qué arma y en qué habitación) y *Clue Jr.* (versión para niños más pequeños de *Cluedo*), *Stratego* (muy popular entre los jóvenes con sobredotación intelectual), *Conecta 4*, *Candy Land*, *Batalla Naval*, ajedrez y damas.

La frecuencia y duración de la TJJT están determinadas por la elección del niño o la introducción del terapeuta. Los niños parecen tener un patrón propio cuando usan la TJJT. Algunos eligen sólo juegos de mesa; otros los incorporan en las sesiones entre otras modalidades de juego, como el arenero, los títeres o los muñecos. Otros más prefieren empezar o terminar las sesiones con un juego de mesa, tal vez como una manera de agregar cierta estructura o separación respecto del ambiente del que provienen o al que se dirigen. Cualquiera que sea la frecuencia, el terapeuta con la teoría y la estructura que ha adoptado para evaluar durante el juego puede crear una interacción terapéutica valiéndose de los juegos de mesa.

Evaluación previa y planeación del tratamiento

Antes de empezar el tratamiento, es útil reunir información de los cuidadores para determinar las preocupaciones actuales. Entonces, el terapeuta tiene información sobre algunas áreas que observar en el juego, así como un objetivo potencial para el tratamiento. La información obtenida de las interacciones de los juegos de mesa es muy útil en la planeación del tratamiento y la intervención porque está estructurada y organizada para uso del terapeuta. El formato que aparece al final de este capítulo se puede usar como guía para que el terapeuta realice la evaluación en la TJJT.

Etapas y estrategias del tratamiento

La TJJT se puede usar en cualquier etapa del tratamiento de acuerdo con el deseo del niño y, o el criterio del terapeuta. Puede ser útil en la evaluación, la planeación del tratamiento y la intervención. Valiéndose de su teoría y enfoque estructurado, como el que se describe en este capítulo, el terapeuta puede integrar los juegos de mesa de una manera altamente terapéutica.

Durante la fase de evaluación, los juegos de mesa ayudan al terapeuta a descubrir áreas de preocupación inter- e intrapersonal. Una vez que se conocen las preocupaciones actuales, el terapeuta puede aplicar la TJJT estructurada para comprender las necesidades terapéuticas del niño. En la etapa de planeación, se puede integrar la información obtenida en la evaluación y las necesidades en la teoría que sirve como marco de referencia. Esto asienta los fundamentos de un tratamiento estructurado mientras se utiliza una modalidad atractiva por naturaleza. Las intervenciones de la TJJT se implementan a través de interacciones verbales y no verbales durante el juego.

CONCLUSIÓN

Con un enfoque bien meditado, la TJJT es útil como muchas otras intervenciones en la terapia de juego. Utilizar un marco de referencia definido para la fase de evaluación eleva la interacción en el juego. El terapeuta puede darse cuenta y dar entrada a conceptos particulares y documentarlos según corresponda. Una vez evaluada y documentada, la información se convierte en un elemento clave del plan e implementación del tratamiento. Las discusiones con las fuentes de la referencia, contactos colaterales, colegas y fuentes que cubren los gastos son ricas por el contenido de las observaciones del juego más que por la descripción de lo que se jugó. En lugar de sólo decir, “El terapeuta y el niño jugaron Uno,” podríamos decir, “Durante la sesión, el niño eligió jugar Uno. La interacción produjo mucha información concerniente a su visión del mundo agresiva y rapaz, y su funcionamiento intelectual posiblemente superior al promedio, su tolerancia a la frustración por debajo del promedio y sus capacidades estratégicas bien desarrolladas. Esto afecta sus interacciones de *x*, *y* y *z* maneras. Esto apoya [o no] los patrones/las conductas que se informaron. La continuación del tratamiento incluirá...” Además, el terapeuta puede sentir más seguridad en que la interacción tiene un valor más allá del establecimiento de *rapport*, y podrá utilizar esta modalidad sin la ansiedad de sentir la necesidad de continuar con otros materiales que, piensa, tienen un mayor valor terapéutico.

La lista de evaluación se puede ajustar para que encaje en cualquier marco teórico de referencia agregando los elementos que sean necesarios. Los aspectos importantes son que el terapeuta sepa qué está haciendo y por qué lo hace. Cuando el terapeuta comprende y organiza esto de una manera significativa, será mucho más fácil transmitir la importancia, eficacia y utilidad de la modalidad, cualquiera que sea, que emplea. Sea que utilice miniaturas, muñecos, carros, títeres, Pokémon, canciones o juegos, es crucial hablar el lenguaje del niño y comprender lo que necesita decirle al terapeuta con el fin de sanar y cubrir sus necesidades de manera apropiada.

HOJA DE TRABAJO DE LA TJJT

Jessica Stone, Ph.D., RTP-S

Estructura de la evaluación

Nivel de dominio: _____

Tolerancia a la frustración: _____

Capacidades estratégicas: _____

CI estimado aproximado: _____

Capacidades/estilos de interacción social: _____

Competitividad: _____

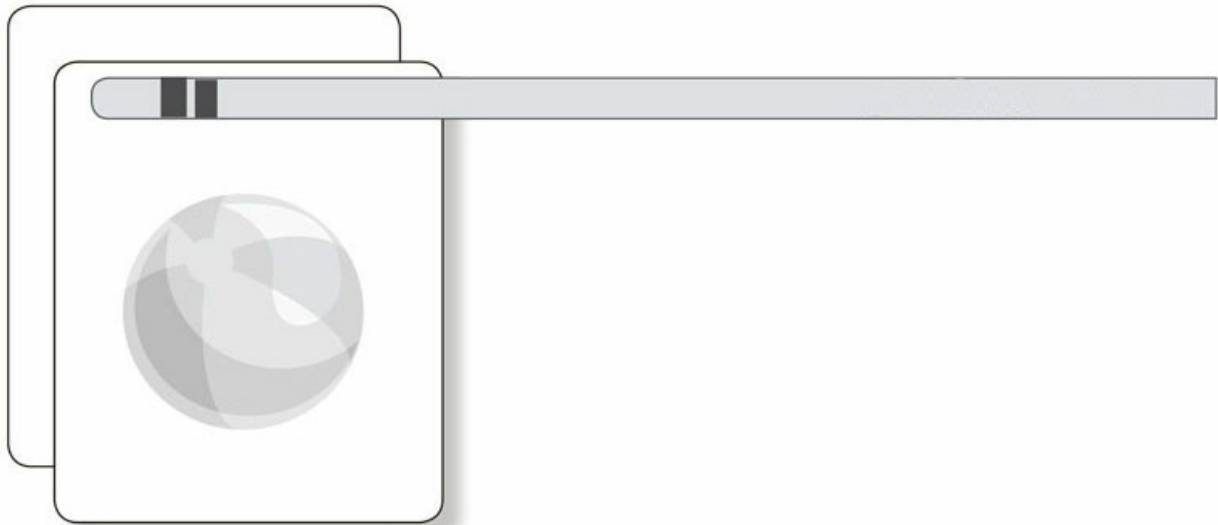
Nivel de acato de las normas: _____

Nivel de *rapport*: _____

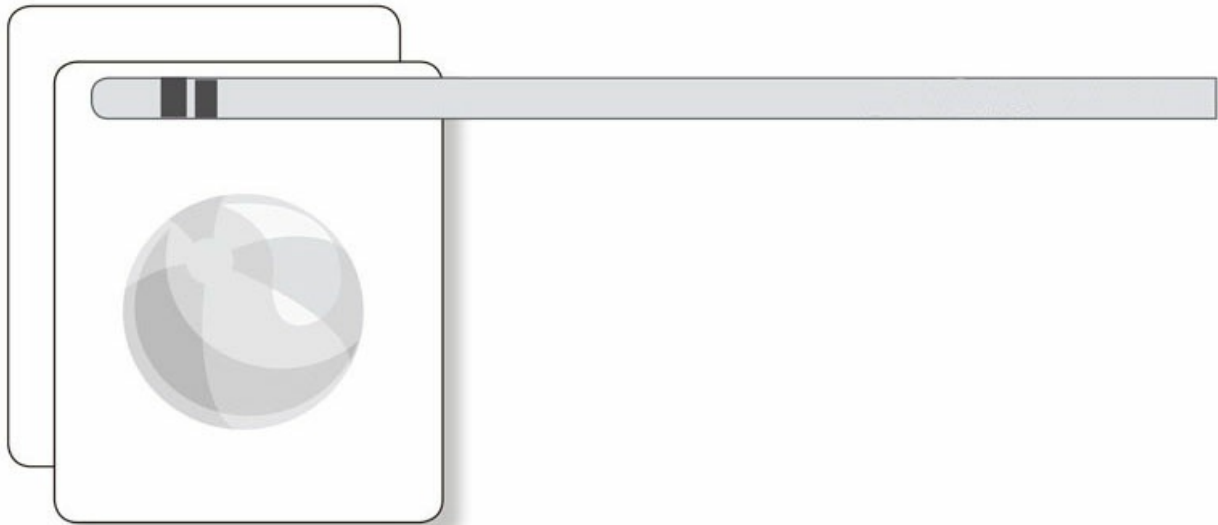
Desarrollo: _____

■ REFERENCIAS

- Bellinson, J. (2002). *Children's use of board games in psychotherapy*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Chbosky, S. (Writer). (2012). *Perks of being a wallflower* [DVD]. Mr. Mudd Productions Los Angeles, CA.
- Reid, S. E. (2001). The psychology of play and games. In C. E. Schaefer & S. Reid (Eds.), *Game play* (2nd ed. pp. 1–36). New York, NY:Wiley.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Schaefer, C. E. (2001a). Preface. En C. E. Schaefer & S. Reid (Eds.), *Game play* (2nd ed., pp. vii–viii). New York, NY: Wiley.
- Schaefer, C. E. (2001b). Prescriptive play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 57–73.
- Schaefer, C. E., & Reid, S. E. (Eds.). (2001). *Game play* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2013). *Brainstorm: The power and purpose of the teenage brain*. New York, NY: Penguin.



Parte 4
Aplicaciones en poblaciones especiales



Capítulo 16

Terapia de juego a lo largo del ciclo vital: niños, adolescentes y adultos

Heidi Gerard Kaduson

La terapia de juego ha sido el tratamiento preferido para niños de 3 a 12 años de edad desde sus inicios. En los últimos 20 años, esta modalidad de tratamiento se ha extendido a los adolescentes (Schaefer, 2003), adultos jóvenes (Kaduson, en prensa) y poblaciones geriátricas (Lindman, 1994). El juego sigue siendo parte importante de muchas experiencias cotidianas, pero se reconoce menos como vía de acceso directo al mundo interno de niños y adultos (Erikson, 1993). Cuando hay oportunidad de jugar, la mayoría de las personas la aprovechan y dejan que el juego haga su trabajo de curación. La terapia de juego permite que los niños mayores y los adultos experimenten regresiones a etapas de desarrollo más tempranas si necesitan elaborar algo que sucedió en ellas. La terapia de juego se puede usar como tratamiento para todas las edades con resultados maravillosos.

La **terapia de juego** se define como el “uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que un terapeuta entrenado utiliza los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar el crecimiento y desarrollo óptimos” (Association for Play Therapy, 1997). En tanto que es la meta de toda terapia, el terapeuta puede establecer una relación con el cliente y ayudarlo a alcanzar el crecimiento y desarrollo psicológico óptimos.

Los psicólogos del desarrollo humano han adoptado en años recientes la perspectiva del ciclo vital, la cual “sostiene que ocurren cambios importantes en todas las etapas de desarrollo” (Boyd, 2009, p. 4). Este nuevo punto de vista contempla cambios que ocurren en la adultez y los ubica en el mismo nivel de importancia que los de la infancia (Boyd, 2011). Haciendo un paralelismo los cambios en la psicología del desarrollo, “se está aprendiendo más sobre el poder curativo del juego” (Schaefer, 2003, p. 4), y las técnicas de juego se utilizan con buenos resultados en todos los grupos de edad.

POR QUÉ LA TERAPIA DE JUEGO ES ADECUADA

En las últimas seis décadas, la terapia de juego ha pasado de ser por completo no directiva, como el modelo de Axline (1947), a más de 20 tipos de terapia de juego, entre los que se encuentran la terapia de juego filial (Guerney, 2000; VanFleet, 1994), terapia de juego cognitivo-conductual (Knell, 1993), terapia de juego jungiana (Green, 2011), terapia de juego adleriana (Kottman, 2011), terapia de juego Gestalt (Oaklander, 2011), terapia de juego de descarga (Kaduson, 2011), terapia de juego ecosistémica (O'Connor, 2011) y terapia de juego prescriptiva (Kaduson y Schaefer, 1997). El enfoque prescriptivo de la terapia de juego promueve que el tratamiento se adapte al niño. El uso de los tratamientos prescriptivos demanda que el terapeuta examine las fortalezas y debilidades de distintas orientaciones teóricas para tratar trastornos diferentes. Este marco de referencia se usa con clientes de cualquier edad. Por ejemplo, si un adulto tuvo un trauma en la infancia temprana, la terapia de juego de descarga sería la indicada para que esa experiencia sea abreaccionada y asimilada poco a poco por la consciencia, lo cual permite que la persona sane. Si el cliente tiene 2 u 82 años de edad, la terapia de juego es una intervención eficaz. Para los jóvenes, la investigación es clara, porque el juego es el lenguaje del niño. En el caso de adolescentes y adultos, la terapia de juego es beneficiosa, porque ayuda a mitigar las dificultades emocionales de las que se habla una y otra vez en la terapia donde sólo se habla, pero sin que la persona experimente un alivio psicológico.

En muchos entrenamientos en terapia de juego recurren a técnicas para que los participantes las practiquen y las experimenten con el fin de comprender cómo siente el niño en cada tipo de tratamiento. Cuando las personas preguntan si la terapia de juego se puede usar con adultos, la prueba de que así es se puede observar en el entrenamiento.

Es importante que el terapeuta sea lúdico e ingenuo cuando sea necesario. El espíritu lúdico no es un rasgo universal, y puede haber algunas dificultades si el terapeuta no se desempeña como un participante juguetón al aplicar las técnicas con niños, adolescentes, adultos jóvenes y poblaciones geriátricas. Una escala del espíritu lúdico de los adultos (Schaefer, 1997) enlista cinco factores que se incluyen en este rasgo: la persona es afectuosa y divertida, tiene sentido del humor, disfruta las boberías, es informal y caprichoso. Estas características aumentan la capacidad del terapeuta para trabajar con clientes de todas las edades.

TEORÍAS MÁS ADECUADAS PARA TRABAJAR CON DISTINTOS GRUPOS DE EDADES

A pesar de la aceptación general de que el juego puede ser beneficioso a lo largo del ciclo vital, hay poca información disponible para los clínicos sobre su aplicación con grupos de edad distintos de la infancia. En este capítulo, se emplea un enfoque ecléctico prescriptivo para facilitar el uso de la terapia de juego con diferentes grupos de edad. El modelo de la terapia de juego prescriptiva toma en consideración: a) los problemas psicológicos que por lo común se observan en trastornos específicos; b) variables psicosociales que son exclusivas de los individuos; c) necesidades inmediatas de corto y largo plazo del cliente con problemas específicos; d) planeación del tratamiento que integra y aplica los factores terapéuticos que se relacionan con las necesidades del cliente, y e) la aplicación diestra de las intervenciones que abordan las metas y objetivos terapéuticos (Kaduson, 1997). En el enfoque prescriptivo, las técnicas y las intervenciones se prescriben con base en las características y necesidades individuales, y usa los factores terapéuticos del juego en la conceptualización y tratamiento de casos de niños y adultos que presentan diversos trastornos psicológicos y dificultades de adaptación (Kaduson y Schaefer, 1997). La investigación apoya el ajuste de la intervención teórica que funciona mejor para un trastorno psicológico específico. Por ejemplo, el tratamiento psicodinámico es eficaz para los trastornos neuróticos en individuos brillantes y propensos a hablar, mientras que los enfoques cognitivo-conductuales son los más eficaces para aliviar la depresión y la ansiedad (Beck, 1983).

El enfoque prescriptivo de la terapia de juego plantea el desafío al terapeuta de entretener diversas intervenciones para formular un plan integrar el tratamiento para un cliente en particular (Kaduson, en prensa). El enfoque integrativo de técnicas refleja lo que Norcross (1987) llama **ecléctismo sintético**, porque este concepto destaca la aplicación de varias teorías en una modalidad interactiva y coordinada de tratamiento.

El juego es una conducta natural permanente que tiene poderes curativos; aunque puede ser relegada a nivel social a medida que el niño se convierte en adolescente y los adultos le dicen que deje de “perder el tiempo jugando,” el juego sigue siendo una necesidad primordial, promueve la fortaleza psicológica permitiendo la solución creativa de problemas y el placer, y mantiene nuestra mente en forma.

El capítulo ilustra cómo la terapia de juego se puede emplear con clientes de todas las etapas del desarrollo. Las etapas de Piaget (1936) del desarrollo cognitivo y del juego, las etapas del desarrollo psicosocial de Erik Erikson (1950/1993, 1968), así como las necesidades jerárquicas de Abraham Maslow (1954) nos proporcionarán un marco de referencia desde el cual la perspectiva de la terapia de juego cubre las necesidades del cliente.

Del nacimiento a los 2 años

La etapa sensoriomotriz de Piaget (1936) se centra en los intentos del niño de dar sentido a su mundo por medio de esquemas, que son representaciones mentales o ideas acerca de qué son las cosas y cómo lidiar con ellas. Piaget dedujo que los primeros esquemas de un niño tienen que ver con el movimiento. Él pensaba que muchas de las conductas del bebé son desencadenadas por ciertos estímulos, es decir, son conductas reflejas. Pocas semanas después de nacer, los bebés empiezan a realizar algunos movimientos musculares y de las extremidades. Estos desarrollos se conocen como **esquemas de acción**. Los bebés no pueden considerar las necesidades, deseos o intereses de alguien más, por lo que se considera que son egocéntricos.

En la etapa sensoriomotriz se adquiere el conocimiento sobre los objetos y el modo en que se pueden manipular. Por medio de la información que obtienen sobre sí mismos y el mundo, los bebés empiezan a comprender el modo en que una cosa puede causar o afectar otra, y desarrollan ideas sencillas acerca del tiempo y el espacio. Los bebés tienen la capacidad de formar imágenes mentales de los objetos que los rodean a partir del conocimiento que han desarrollado acerca de lo que se puede hacer con dicho objeto. Es irrelevante saber qué son esos objetos. Lo más importante es que el bebé sea capaz de explorar el objeto y ver qué puede hacer con él. Alrededor de los 8 o 9 meses de edad, los niños están más interesados en un objeto que en su propio bienestar. Piaget (1936) descubrió que los niños actúan como si el objeto hubiera dejado de existir cuando se encuentra fuera de su panorama visual. Entre los 8 y 12 meses de edad, los niños empiezan a buscar objetos perdidos, concepto denominado **permanencia del objeto**.

De modo semejante, la etapa de confianza versus desconfianza de Erikson se ocupa de las necesidades básicas del niño que deben ser cubiertas por los padres, esta interacción lleva a la confianza o desconfianza. El bebé depende de sus padres, sobre todo de la madre, para su sustento y bienestar. La relativa comprensión del niño acerca del mundo y la sociedad proviene de los padres y sus interacciones con él. Si los padres exponen al niño a la calidez, la regularidad y un afecto confiable, en la visión del niño acerca del mundo predominará la confianza. Si los padres no consiguen brindar un ambiente seguro para cumplir las necesidades básicas del niño se producirá una sensación de desconfianza, la cual puede conducir a sentimientos de frustración, sospecha, retraimiento y falta de confianza en sí mismo (Erikson, 1950/1993).

De acuerdo con Erikson, la principal tarea de desarrollo en la infancia temprana es aprender si otras personas, sobre todo los cuidadores primarios, satisfacen con regularidad las necesidades básicas. Si los cuidadores son fuentes consistentes de comida, comodidad y afecto, el niño aprende que los demás son formales y dignos de confianza. Por el contrario, si son negligentes o, tal vez, abusivos, el niño aprende que el mundo no es digno de confianza, es impredecible y, tal vez, peligroso. Aunque negativas, tener algunas experiencias con la desconfianza permite al niño adquirir una comprensión de qué constituye una situación peligrosa más adelante en la vida.

La jerarquía de Maslow de las necesidades también es paralela a esta etapa. Durante la primera etapa, las necesidades fisiológicas son los requisitos físicos indispensables para la

supervivencia.

Juego funcional (del nacimiento a los 18 meses)

Al nacer, casi está completa la dotación de neuronas del individuo, pero la mayor parte aún no están conectadas en redes. La formación de sinapsis es un proceso rápido durante el primer año de vida, periodo en el que la actividad cerebral se vuelve más cercana a la del adulto que a la del recién nacido. Las áreas de mayor crecimiento se encuentran en la corteza sensoriomotriz y la corteza visual; después, en los lóbulos frontales. Un bebé conoce el mundo a través de la vista, el oído, el tacto y el olfato; por ello, los juguetes para esta etapa son de colores brillantes y hacen sonidos. Entonces, el bebé pasa de los juguetes con movilidad y de colores a tomar y agarrar juguetes que tintinean o hacen ruidos y pelotas suaves que se pueden tirar y recuperar; de ese modo, el bebé empieza a adquirir destreza y a comprender el concepto de causa y efecto. Cuando empieza a sentarse, gatear y luego caminar, las posibilidades de este juego se expanden con rapidez. Los niños experimentan con recipientes para encestar, cajas de actividad, juego de aros y otras cosas. Estos juguetes contribuyen a desarrollar habilidades de motricidad fina y alcanza las relaciones entre los objetos. El juego de práctica permite que el bebé conozca el mundo.

Estrategias e intervenciones

La terapia de juego ayuda a los padres a comprender la importancia que el juego tiene para los niños desde su nacimiento. Recibir instrucción en el desarrollo normal de las conductas de juego en la infancia ha demostrado ser muy útil para crear un vínculo entre los padres adolescentes y sus bebés (Ammen, 2000; Munns, 2003). Incluir a los padres en la terapia de juego ha probado dar buenos resultados, como lo demuestra la eficacia de la terapia filial (Guerney, 2000; VanFleet, 1994) y la terapia de la interacción padres-hijos (Eyberg, 2001). En ambos modelos, los padres son observados, entrenados y supervisados por profesionales para aumentar las interacciones terapéuticas positivas entre ellos y sus hijos. Aunque ambos enfoques implican la participación de los padres como terapeutas, sus orientaciones teóricas son muy diferentes. La terapia filial es una modalidad no directiva, mientras que la terapia de la interacción padres-hijos tiene sus fundamentos en el conductismo. Además de las relacionadas con el apego, hay dificultades comunes del desarrollo en niños menores de 3 años. Los miedos son los más comunes y forman parte de los patrones de respuesta normales de los niños que se encuentra en la etapa preoperacional o por debajo de ella. El juego promueve el dominio de sus miedos con el juego del desaparecer y aparecer, a la edad de 1 año. Cuando los niños elaboran de manera lúdica su miedo frente a la ausencia de los padres, también reducen su ansiedad, porque el juego produce una sensación de dominio y confianza (Quackenbush, 2008).

Debe notarse que para este grupo de edad existe una gran cantidad de literatura acerca del trastorno de apego reactivo en niños adoptados. La terapia de juego puede ser un gran catalizador para impulsar el vínculo con el niño adoptado. La terapia filial (VanFleet, 1994) ofrece una vía para lograr esto entrenando a los padres para que usen distintos enfoques de terapia de juego en casa con sus hijos. Theraplay ®¹ también sigue un camino similar modelando interacciones saludables en la relación temprana padres-hijos que promueven el apego (Jernberg, 1979). Por último, la terapia de juego de desarrollo de Viola Brody también emplea el juego de un modo terapéutico para recobrar la confianza a través del contacto físico.

Etapa preoperacional y niños preescolares (de 3 a 7 años)

En la etapa preoperacional del desarrollo (Piaget, 1936), los procesos de pensamiento de los niños se desarrollan aunque aún están lejos del pensamiento lógico.

Su vocabulario se expande y desarrolla en esta etapa. Sin embargo, todavía se aprecian limitaciones como el egocentrismo, que se refiere a que los niños sólo pueden considerar las cosas desde su propio punto de vista e imaginan que todos los demás comparten su idea. Gradualmente, aparece un proceso de “descentramiento,” de modo que los niños dejan de creer que son el centro del mundo y son más capaces de imaginar que algo o alguien podría ser el centro de atención. El animismo también es característico de esta etapa. Los preescolares creen que todo lo que existe tiene algún tipo de consciencia. Pueden castigar una silla que se cayó, como si hubiera tenido la intención de hacerlo. En esta etapa, el niño supone que todos y todo es como él, y creen que, si él siente dolor y tiene emociones, todo lo demás también. Otro aspecto de esta etapa es el simbolismo. Esto ocurre cuando algo ocupa el lugar o simboliza otra cosa. El realismo moral también es un aspecto de esta etapa; el niño cree que su modo de pensar las diferencias entre lo bueno y lo malo es compartido por todos los demás. El niño sólo es capaz de enfocarse en un solo aspecto de una situación. Considerar que cualquier otra cosa es posible está más allá de sus capacidades.

Para Erikson (1993), en esta etapa el niño va de la autonomía versus la vergüenza y la duda, a la iniciativa versus la culpa. A medida que los niños adquieren control sobre sus funciones excretorias y sus capacidades motrices, empiezan a explorar sus alrededores. Los cuidadores aún constituyen una base segura a partir de la cual se pueden aventurar para imponer su voluntad. La paciencia y el impulso que aportan los cuidadores promueven la autonomía del niño. A esta edad, a los niños les gusta explorar el mundo a su alrededor, y constantemente aprenden acerca de su ambiente.

En esta etapa, los niños desarrollan sus primeros intereses. Por ejemplo, los que disfrutan las actividades en espacios abiertos pueden interesarse en animales y plantas. A medida que mejora su coordinación muscular y su movilidad, los niños son capaces de satisfacer algunas de sus necesidades. Empiezan a comer solos, a lavarse y ponerse la

ropa solos y a usar el baño.

Si los cuidadores promueven las conductas de autosuficiencia, los niños desarrollan una sensación de autonomía –de ser capaces de manejar muchos problemas por sí mismos. Pero si los cuidadores demandan demasiado y demasiado pronto, se niegan a dejar que el niño realice las tareas de las que ya es capaz o ridiculizan sus primeros intentos de ser autosuficientes, los niños desarrollan vergüenza y duda en relación con su capacidad para manejar los problemas.

La iniciativa le agrega a la autonomía la cualidad de emprender, planear y realizar una tarea por el gusto de estar activo y en movimiento. Los niños aprenden a dominar el mundo que los rodea, habilidades básicas y principios de la física. Las cosas caen hacia abajo, no hacia arriba. Aprenden a subirse la cremallera y atarse las agujetas, a contar y a hablar con facilidad. En esta etapa, los niños quieren empezar y terminar sus propias acciones con un propósito. La culpa es una emoción nueva que los confunde. Pueden sentirse culpables por cosas que, de acuerdo con la lógica, no deberían causar culpa o cuando sus iniciativas no producen los resultados esperados.

El desarrollo del valor y la independencia es lo que separa a los preescolares, de 3 a 6 años, de los otros grupos de edad. Los niños pequeños de esta categoría enfrentan el desafío de la iniciativa o la culpa. Como Boyd y Bee (2014) lo describen, en esta etapa el niño enfrenta las complejidades de la planeación y el desarrollo del sentido del juicio. Las actividades que elige el niño pueden incluir conductas riesgosas, como cruzar la calle solo o andar en bicicleta sin casco; estos dos ejemplos implican límites propios.

Entre los ejemplos que requieren de iniciativa, el niño también puede desarrollar conductas negativas. Éstas son resultado del desarrollo de la sensación de frustración por no ser capaz de alcanzar la meta planeada, y el niño puede presentar conductas que parecen agresivas, despiadadas y demasiado enérgicas a los padres. Las conductas agresivas, como aventar objetos, golpear o gritar, son ejemplos de conductas observables durante esta etapa.

Los preescolares cada vez son más capaces de realizar tareas por sí mismos y pueden empezar cosas nuevas. Con esta mayor independencia aumentan las opciones para elegir actividades. Si los padres y las maestras de preescolar alientan y apoyan los esfuerzos de los niños al mismo tiempo que los ayudan a tomar decisiones más realistas y adecuadas, los niños desarrollan iniciativa e independencia al planear y emprender las actividades.

Pero si el adulto desanima los deseos de actividades independientes o las rechaza por parecerle tontas y molestas, los niños desarrollan culpa en relación con sus necesidades y deseos.

Maslow (1954) considera que en esta etapa lo central es la seguridad. Cuando las necesidades físicas están relativamente satisfechas, las de seguridad cobran mayor importancia y gobiernan la conducta. Entre estas necesidades se encuentran seguridad personal, seguridad económica, salud y bienestar, y una red de seguridad frente a accidentes o enfermedades, así como sus efectos adversos.

Juego constructivo (de los 18 meses a los 3 años)

En este periodo, las sinapsis siguen extendiéndose y alcanzan la cifra de 10 –el doble de la densidad del cerebro adulto. Se desarrollan las estructuras sensibles al lenguaje y la respuesta socioemocional. La actividad motriz crece con rapidez en esta etapa. El niño manipula el ambiente y crea cosas. Este tipo de juego ocurre cuando el niño se da cuenta de que dos cosas se pueden unir y algo nuevo resulta de ello. El juego constructivo le permite experimentar con objetos, encontrar las combinaciones que funcionan y las que no funcionan, y adquirir el conocimiento básico para amontonar, armar, dibujar, hacer música y construir. También le brinda al niño la sensación de logro y lo empodera mediante el control de su ambiente.

Juego de fantasía o dramático (3 a 6 años)

Éste es el periodo de crecimiento más rápido de las redes de los lóbulos frontales; también la velocidad de procesamiento, la memoria y la solución de problemas mejoran. A los 6 años, el cerebro alcanza el 90% del peso adulto. El niño aprende a abstraer, a intentar nuevos papeles y situaciones posibles, y a experimentar con el lenguaje y las emociones mediante el juego de fantasía. Además, el niño desarrolla un pensamiento flexible, aprende a crear más allá del aquí y ahora, ensancha la imaginación y usa nuevas palabras y nuevas combinaciones de palabras en un ambiente donde no hay peligros. En esta etapa, la imaginación y la interacción implican la sustitución de una situación imaginaria para satisfacer los deseos y necesidades personales del niño. El lenguaje y las habilidades sociales que practica en el juego dramático entran en acción a medida que los preescolares interactúan más. Es importante notar que el juego de simulación o dramático tiene dos niveles de desarrollo. Al principio, los niños necesitan artículos funcionales que sean parecidos a los reales para poblar el mundo de simulación, pero conforme se desarrollan en esta etapa, empiezan a preferir objetos como piedras o pedazos de *Styrofoam* (espuma rígida) para crear el mundo en el que simula estar.

Estrategias e intervenciones

La mayor parte de la investigación y de la práctica clínica con terapia de juego se ha realizado con niños en la etapa preoperacional (de 3 a 7 años) debido a las limitaciones de la cognición de los preescolares. Hay muchos enfoques diferentes de terapia de juego que ayudan al preescolar con su desorden emocional, problemas de adaptación o un trastorno de estrés postraumático. Para esta población es muy eficaz la terapia de juego centrada en el niño no directiva. Los niños deben creer que están a salvo y que pueden hacer lo que quieran en el cuarto de juego especial. La relación de confianza es el agente de cambio, y muchos preescolares asumen el papel de maestro o padre, entregándole su

yo al terapeuta, quien se convierte en “el niño.” Los niños representan los problemas que en verdad los perturban (no necesariamente de la manera en que lo plantean los padres), y a través del juego con temas repetitivos comienzan su propio proceso de curación. Cuando revisamos las etapas del desarrollo cognitivo y del juego, es evidente que los niños se pueden comunicar mejor mediante el juego que mediante palabras.

Operaciones concretas y edad escolar (7 a 11 años)

La etapa de las operaciones concretas tiene características específicas, como que el proceso de pensamiento se vuelve más racional, maduro y parecido al de los adultos.

Aunque este proceso casi siempre es continuo en los siguientes años, Piaget (1936) lo dividió en dos subetapas: operaciones concretas y operaciones formales.

En la etapa de operaciones concretas, los niños tienen la capacidad de desarrollar el pensamiento lógico acerca de un objeto que pueden manipular. Por comparación, en la etapa de las operaciones normales, los pensamientos se pueden manipular y la presencia del objeto no es necesaria para que el pensamiento tenga lugar. Aunque la creencia en el animismo y el pensamiento egocéntrico tiende a declinar durante la etapa de las operaciones concretas, con frecuencia se encuentran remanentes en los adultos. Piaget (1936) planteó que, antes del inicio de esta etapa, las ideas del niño acerca de diferentes objetos son formadas y dominadas por la apariencia de los objetos. Por ejemplo, parece que hay más bloques cuando están esparcidos que cuando están apilados. Durante la etapa de operaciones concretas, el niño aprende que los objetos no siempre son los que parecen ser. Esto se observa cuando el niño puede captar muchos aspectos diferentes de un objeto al mirarlo. Empieza a imaginar escenarios diferentes o posibilidades hipotéticas. Por lo general, los niños pueden conservar ideas acerca de los objetos con los que se sienten más cómodos. Después de que la conservación se ha desarrollado, aprenden sobre la reversibilidad, que significa que aunque las cosas cambien, seguirán siendo las mismas que eran. Por ejemplo, una pila de bloques compacta parece contener más bloques que una pila que no lo está, aunque se trate de la misma cantidad de bloques.

La etapa de Erikson (1993) de laboriosidad versus inferioridad (de 5 a 12 años) se centra en los intentos del niño por llevar a término situaciones productivas, lo cual gradualmente ocupa el lugar de los caprichos y deseos. Se desarrollan los fundamentos de la tecnología. Perder la esperanza de tener éxito en esta meta puede crear en el niño una sensación de inferioridad del sí mismo. En estas edades los niños se vuelven más conscientes de sí mismos como individuos. Se esfuerzan por ser responsables y buenos y hacer lo correcto. También son más racionales y tienen mayor capacidad para compartir y cooperar. Los niños captan los conceptos de espacio y tiempo de una manera más lógica y práctica. Adquieren una mayor comprensión de las nociones de causa y efecto, así como del tiempo marcado por el calendario. En esta etapa, los niños muestran entusiasmo por aprender y dominar habilidades más complejas, como leer, escribir y

decir la hora. También empieza a formar los valores morales y a reconocer las diferencias culturales e individuales.

Erikson (1950/1993) consideraba que los años de educación básica eran cruciales para el desarrollo de la autoconsciencia. Lo ideal es que las escuelas primarias provean de múltiples oportunidades a los niños para lograr el reconocimiento de los maestros, padres y compañeros al realizar ciertas cosas, como resolver problemas de adición y escribir enunciados. Si se alienta a los niños a hacer cosas y se les elogia por sus logros, empiezan a demostrar su industriosisidad siendo diligentes, perseverando hasta concluir las tareas y anteponiendo el trabajo al placer. Si, en lugar de ello, los esfuerzos del niño son ridiculizados o castigados, o si estos se dan cuenta de que son incapaces de satisfacer las expectativas de sus padres y maestros, desarrollan sentimientos de inferioridad.

Maslow (1954) considera que esta etapa gira en torno al amor y la pertenencia. Después de que se cubren las necesidades fisiológicas y de seguridad, el individuo requiere de relaciones interpersonales y el sentimiento de pertenencia. Esta necesidad tiene una intensidad especial en la infancia, y puede superar la de seguridad, como se aprecia en casos de niños que se aferran a padres abusivos. Las deficiencias a este nivel en la jerarquía de Maslow –debidas a negligencia y aislamiento, entre otras cosas– pueden impactar en la capacidad de formar y mantener relaciones emocionales significativas en general. De acuerdo con Maslow, el ser humano necesita sentir la pertenencia y aceptación de su grupo social, sin importar si estos grupos son grandes o pequeños. Muchas personas son propensas a la soledad, la ansiedad social y la depresión clínica cuando carecen de amor y sentido de pertenencia. Éstas pueden cobrar mayor fuerza que las necesidades fisiológicas y de seguridad, dependiendo de la intensidad de la presión de los pares.

Juegos con reglas (de 6 a 11 años)

Durante estos años, las conexiones sinápticas en las áreas motrices y sensoriales ya se han establecido y consolidado, inicia el proceso de eliminación de sinapsis (poda).

Debido a la actividad de los centros superiores de “control” del cerebro, aumenta el nivel de atención y la capacidad de inhibir los impulsos. El juego de imaginación aún se mantiene a través de la simulación o las destrezas, pero los juegos de reglas se vuelven predominantes. Esto demanda aún más simbolismo, porque el niño no sólo tiene que usar el marcador para representar a una persona o cosa, sino que el juego de mesa en su totalidad adquiere ahora otro nivel de simbolismo. En términos de desarrollo, el niño avanza de una visión egocéntrica del mundo a la comprensión de la importancia de los contratos y reglas sociales. Parte de este desarrollo ocurre a medida que el niño aprende juegos en los que todos tienen que acatar las mismas reglas. En esta etapa, el niño adquiere una noción crucial: el juego de la vida tiene reglas (leyes) que todos deben seguir para funcionar de manera productiva.

Estrategias e intervenciones

Conforme los niños se desarrollan, el juego se vuelve más importante para el aprendizaje de papeles sociales y emocionales, aunque disminuye el tiempo que se le dedica debido a que los niños deben realizar tareas estructuradas extraescolares. Esto les deja poco tiempo para mantener las conductas de juego que aún necesitan. Los niños en edad escolar todavía quieren jugar, pero en lugar del juego libre, de simulación, ahora están más interesados en los juegos de reglas. Esto es un cambio significativo, pero también es la razón de que podamos implementar la terapia de juego con niños de cualquier edad. Los juegos de mesa son muy útiles para aumentar la fortaleza del yo al respetar turnos, repartir cartas o piezas y aprender cómo ganar o perder con cortesía. Debido a que la competencia empieza muy temprano en la infancia, esta naturaleza competitiva adquiere suma importancia. Para este grupo de edad, el terapeuta puede utilizar cualquier juego como metáfora en relación con la vida del niño. Por ejemplo, Sorry es un juego de estrategia y suerte, pero las piezas pueden representar decisiones, y el terapeuta puede hablar acerca de los movimientos del niño. Tomando en consideración que la escuela primaria dedica menor tiempo para jugar y mayor para las actividades académicas, sería útil hacer participar al niño de una manera boba de responder a las cosas cometiendo errores. Desensibilizar al niño para que deje de preocuparse por los errores es una de las metas con niños ansiosos o con problemas de aprendizajes, porque tienen tanto miedo de que los errores signifiquen que no son lo “suficientemente buenos” o de sentirse “estúpidos.”

Los niños en esta etapa de desarrollo pueden comprender metáforas, y una vez que se sienten cómodos, el terapeuta puede abordar cualquier dificultad a través de diversas técnicas.

Operaciones formales y adolescentes (de 11 a 18 años)

Por último, cuando el niño alcanza esta etapa del desarrollo cognitivo, las estructuras del desarrollo se vuelven sistemas abstractos con una organización lógica de la inteligencia adulta. Cuando enfrenta un problema, el adolescente puede especular acerca de las posibles soluciones antes de intentar ponerlas en práctica en el mundo real. Un desarrollo clave de esta etapa es la capacidad de abstracción. Los adolescentes empiezan a razonar más allá de la realidad concreta abriendo un mundo de posibilidades, y a operar de manera lógica con símbolos e información que no necesariamente se refieren a objetos o eventos del mundo real. Hay dos características principales de la etapa de las operaciones lógicas, una de las cuales es el razonamiento hipotético-deductivo (Piaget, 1936). Esto es evidente cuando los adolescentes enfrentan un problema y tienen que desarrollar una teoría general de todos los factores posibles que pueden afectar el resultado y deducir

hipótesis específicas acerca de lo que podría ocurrir. Después, tienen que verificar para determinar cuáles ocurren en el mundo real. La solución de problemas del adolescente empieza en el terreno de las posibilidades y continúa en el mundo real. La segunda característica importante es de naturaleza proposicional. Los adolescentes se pueden enfocar en las afirmaciones verbales y evaluar su validez lógica sin hacer referencia a las circunstancias del mundo real.

Erikson (1993) identifica esta etapa en términos de identidad versus confusión. Ahora, los adolescentes se preocupan por la manera en que los demás los perciben. En etapas posteriores de la adolescencia, desarrollan un sentido de identidad sexual.

A medida que los individuos hacen la transición de la adolescencia a la adultez, reflexionan sobre los papeles que jugarán en el mundo adulto. Al principio, los adolescentes tienden a experimentar cierta confusión en relación con su lugar en el mundo –ideas y sentimientos mezclados acerca de la manera específica en que encajan en la sociedad– y prueban distintas conductas y actividades. Con el tiempo, según la propuesta de Erikson, la mayoría de los adolescentes alcanzan un sentido de identidad en relación con quiénes son y hacia dónde se dirigen sus vidas.

A Erikson (1968) se le reconoce haber acuñado el término **crisis de identidad**. Cada una de las etapas anteriores y posteriores tienen su propia crisis, pero ésta es aún mayor en esta etapa puesto que marca la transición entre la infancia y la adultez. Este punto de cambio en el desarrollo humano parece ser la reconciliación entre la persona que ha llegado a ser y la persona que la sociedad espera que sea. El sentido de sí mismo que emerge se establece a partir de las experiencias estructurantes del pasado y las expectativas para el futuro.

Lo que es exclusivo de la etapa de la identidad es que constituye una síntesis de las etapas previas y una anticipación de las posteriores. La juventud es un puente entre la infancia y la adultez. Es una época de cambios radicales –los drásticos cambios corporales que acompañan la pubertad, la capacidad de la mente para determinar las intenciones propias y de los demás, y la súbita agudeza de la consciencia en relación con los roles que la sociedad ofrece para la vida futura (Bugental, 2000).

Los adolescentes “se confrontan con la necesidad de restablecer [límites] para ellos mismos enfrentando un mundo, con mucha frecuencia, hostil” (Goble, 1970, p. 62). Esto plantea un reto, porque se demanda un compromiso de parte del adolescente antes de que se formen los roles identitarios. En este punto, se encuentra en un estado de confusión respecto de su identidad, pero la sociedad, por lo general, hace concesiones para que los jóvenes se encuentren a sí mismos; a este estado se le denomina **moratoria**. El problema de la adolescencia es el de la confusión de roles –una renuencia a comprometerse que puede obsesionar a las personas en sus años de madurez. Dadas las condiciones correctas –y Erikson cree que estas son, en esencia, disponer de espacio y tiempo suficientes, una moratoria psicosocial en que la persona puede experimentar y explorar con libertad–, lo que puede emerger es un firme sentido de identidad, una consciencia emocional profunda de “quién soy” (Goble, 1970). Como en otras etapas, las fuerzas biopsicosociales están en operación. No importa cómo ha crecido el individuo,

ahora él elige sus ideas por sí mismo. A menudo, esto conduce a un conflicto con los adultos a propósito de las creencias religiosas y convicciones políticas. Otra área en que los adolescentes deciden por sí mismos es la elección de carrera, en la que, con frecuencia, los padres quieren tener una injerencia decisiva. Si la sociedad es demasiado insistente, los adolescentes se someterán a los deseos externos y se forzarán a sí mismos a renunciar al derecho a experimentar y, por lo tanto, a autodescubrirse. De acuerdo con Erikson (1968), los adolescentes establecen su identidad cuando encuentran el equilibrio entre “¿qué tengo?” y “¿qué voy a hacer con eso?”

En la jerarquía de Maslow (1954), la necesidad de esta etapa es la estima, que incluye confianza en sí mismo, logros y respeto de y para los demás. El ser humano tiene la necesidad de sentirse respetado, lo cual incluye tener autoestima y respeto por sí mismo. La estima se refiere al típico deseo humano de ser aceptado y valorado por los demás. Con frecuencia, las personas se dedican a una profesión o pasatiempos para obtener reconocimiento. Estas actividades le dan un sentido de contribución y valor. Una baja autoestima o complejo de inferioridad puede ser el resultado de los desequilibrios durante este nivel en la jerarquía. Las personas con baja autoestima, con frecuencia, necesitan el respeto de los demás; también sienten la necesidad de buscar fama o gloria. Sin embargo, éstas no le ayudan a mejorar su autoestima si no se aceptan internamente quienes son. Los desequilibrios psicológicos como la depresión pueden impedir que la persona consiga un alto nivel de autoestima y de respeto por sí mismo. Maslow encontró dos versiones de la necesidad de estima: una versión inferior y una superior. La versión inferior de la estima es la necesidad de respeto de parte de los demás. Esto incluye la necesidad de obtener cierto estatus, reconocimiento, fama, prestigio y atención. La versión superior se manifiesta como la necesidad de respeto a sí mismo. Por ejemplo, la persona puede necesitar fuerza, competencia, dominio, confianza en sí misma, independencia y libertad.

La versión superior cobra prioridad sobre la versión inferior, porque se basa en una competencia interna consolidada a través de la experiencia.

Si estas necesidades no se satisfacen, puede presentarse un complejo de inferioridad, debilidad e indefensión. Maslow (1970) afirma que, aunque al principio pensó que las necesidades del ser humano tenían directrices estrictas, las “jerarquías están interrelacionadas más que separadas claramente” (p. 314).

Estrategias e intervenciones

En la actualidad, la terapia de juego se utiliza ampliamente con adolescentes. En las escuelas se ha empleado para abordar necesidades emocionales y sociales (Gallo-Lopez y Schaefer, 2005; Breen, 1998; Kottman, 1987). Es más fácil expresar sentimientos cuando hay estrategias lúdicas divertidas, como la técnica Splat Eggs, las técnicas de artes expresivas, los juegos de mesa o la narración de historias (Kaduson y Schaefer, 1997; Reid, 1993; Stiles, 1990). No es que se pueda utilizar cualquier técnica en cualquier caso, pues hay adolescentes a los que también les gusta hablar en terapia. Sin embargo, cuando el adolescente es cauteloso o se siente amenazado, hablar puede no ser útil en la terapia. En contraste, la terapia de juego permite aprovechar los poderes

terapéuticos del juego (Schaefer, 1993), y al aplicar técnicas divertidas, la ansiedad y las defensas disminuyen. Sea en una escuela o en una clínica, la mayor parte de las técnicas de terapia de juego para adolescentes ayudan a hacer a un lado las resistencias que muchos parecen tener (Bow, 1997; Ward-Wimmer, 2003).

Se pueden usar con facilidad otras técnicas cognitivo-conductuales con adolescentes. Una técnica muy poderosa para trabajar el enojo es la que se llama “el escudo de ira” (Glathorn, 1997). Los materiales que se usan en esta técnica son una cartulina, una hoja de papel, marcadores, lápices, una banda grande de hule y una engrapadora. Se invita al cliente a hacer representaciones de las cosas que odia o una lista de 10 enunciados de cosas que lo hacen enojar sobre escudo de cartulina previamente fabricado. Cuando esto está listo, el adolescente toma la hoja en blanco y escribe números del 1 al 10 de manera vertical. Luego, se le pide que haga una lista de los sentimientos que le provocan enojo (es importante contar con un cuadro con el vocabulario de los sentimientos como marco de referencia). El terapeuta pide al adolescente que coloque el número o números de los sentimientos que le provocan enojo junto a cada enunciado. Esta actividad es eficaz para identificar los afectos y sentimientos que el cliente necesita trabajar para evitar que el enojo se desarrolle.

Adultos jóvenes y mayores (de 19 a 64 años), incluyendo la familia

Debido a que la etapa de intimidad versus aislamiento de Erikson (1993) se suele caracterizar por el matrimonio, muchos están tentados a descartar la quinta etapa a los 20 años de edad. Sin embargo, estas edades varían y, en realidad, son bastante fluidas, sobre todo en relación con el logro de la identidad, ya que esto puede llevar años para quedar establecido, para identificar el objeto de la fidelidad y para sentir que ha llegado la hora. Erikson señaló que la formación de la identidad tiende a ser excesivamente larga en las sociedades industriales, en tanto que se requiere más tiempo para adquirir las habilidades necesarias para la vida adulta. Una regla general muy *aproximada* de nuestra sociedad marcaría el final entre los 20 y 30 años de edad (Blugental, 2000).

Para los fines de este capítulo, también se incluye la siguiente etapa de Erikson, generatividad versus estancamiento. La generatividad es la preocupación por guiar a la siguiente generación. El trabajo y las disciplinas valoradas socialmente son expresiones de esta etapa. Una sensación de productividad y logro resulta cuando la persona hace una contribución en este periodo, quizá sosteniendo a una familia y trabajando para ayudar a la sociedad en general. Por otro lado, una persona autocentrada e incapaz o reacia a contribuir a que la sociedad avance desarrolla un sentimiento de estancamiento y de falta de productividad. Las tareas centrales de esta etapa a mitad de la adultez son la expresión del amor a través de algo más que el contacto sexual, el mantenimiento de un patrón de vida sano, el desarrollo de un sentido de unidad con la pareja, dar ayuda a los hijos mayores para que sean adultos responsables, aceptar a los amigos de los hijos, crear un

hogar agradable y estar orgulloso de los logros propios.

Maslow (1954) define esta etapa como el desarrollo y la realización del máximo potencial de la persona. Describe este nivel como el deseo de lograr todo lo que sea posible, de ser todo lo que se pueda ser. El individuo puede percibir o enfocarse en esta necesidad de manera muy específica. Por ejemplo, un individuo puede tener un intenso deseo de convertirse en un padre ideal. En otro, el deseo se puede expresar en el terreno de lo atlético. Maslow creía que, para comprender este nivel de necesidad, la persona debe no sólo cubrir las necesidades previas, sino dominarlas.

Estrategias e intervenciones

Sea que el adulto tenga 19 o 55 años, la terapia de juego ha demostrado producir buenos resultados en muchos sentidos. Cuando se entrena a los terapeutas, se puede observar cuán terapéuticas son muchas de las técnicas para permitir la exploración del pasado a través de una línea de tiempo (Cook, 1997) o sólo para descargar la tensión por el momento (Kaduson, 2011). Charles Schaefer (2003) ha reunido varios enfoques distintos que se emplean con adultos. Se ha encontrado que cuando el terapeuta puede recurrir al humor terapéutico, incluso con adultos deprimidos, los clientes se pueden liberar de la tristeza y, o la ansiedad en ese momento. Todos los componentes del humor, sea que se considere como una hostilidad benigna y no destructiva o como un atributo bondadoso, tiene efectos terapéuticos poderosos (Sultanoff, 2003).

Muchos terapeutas que han recibido entrenamiento en terapia de juego con arena, la utilizan con buenos resultados en poblaciones de adultos (Ammann, 1991; Carey, 1999). La terapia de juego con arena es reconocida como una modalidad terapéutica útil para niños y adultos, y se basa en la teoría de C. G. Jung, fue desarrollada por Dora Kalff. Tiene enormes beneficios para los adultos, porque sirve para identificar y reconciliar los conflictos internos que se manifiestan como ansiedad y depresión, así como para penetrar en las áreas profundas de la personalidad con el fin de experimentar de manera directa al sí mismo. Además, muchos terapeutas emplean distintos tipos de terapia de juego, o de técnicas con títeres, en el tratamiento de familias (Blatner, 1999; Carey, 1999; Guernsey, 1999; harvey, 1999; Gil, 1994).

Debe señalarse que la terapia de juego grupal con adultos ilustra el poder del juego y el modo en que puede producir cohesión entre los miembros que al principio eran retraídos o defensivos. Utilizar juegos de mesa con adultos en la terapia de juego grupal permite identificar sentimientos de placer y alegría, también requiere mayor control emocional, intelecto y habilidades sociales. Este tipo de terapia con adultos brinda a los participantes una conexión más cercana con los demás y sentimientos de placer a través del tratamiento de juego.

La terapia de juego de descarga (Kaduson, 2011) con adultos que han tenido experiencias traumáticas en su juventud ha demostrado ser un método de tratamiento eficaz, porque permite el juego de abreacción para elaborar el trauma.

Ejemplo de caso

Nicole era una joven de 22 años de edad. A los 15 tuvo un accidente automovilístico. Era la única persona en el asiento trasero sin el cinturón de seguridad cuando el conductor perdió el control del carro. Golpeó en una boca de incendios y el carro dio tres vueltas. Nadie resultó herido, excepto Nicole, quien se golpeó la cabeza y sangraba cuando salió del carro. Nicole fue una adolescente obediente y no tenía permiso para subirse a un carro, a menos que sus padres fueran los que manejaran. En este caso, el conductor era un joven de 17 años de edad. Las primeras palabras de Nicole después de salir del carro fueron, “Llamen a mi mamá, ¿voy a morir?” Pocos minutos después llegaron los paramédicos, quienes la llevaron al hospital. Nadie se pudo comunicar con sus padres, porque las llamadas eran enviadas al buzón de voz. Ella subió a la ambulancia por sí misma, y las primeras palabras que dijo a los rescatistas fueron “¿Voy a morir?”

Parecía soportar todos los procedimientos molestos sin ayuda, y después de que se hicieron los estudios de imagen por resonancia magnética, le dieron una cama en un cuarto. Sus padres llegaron en ese momento. Las enfermeras y los médicos les dijeron que Nicole había sido muy valiente. Sus lesiones no fueron graves y fue dada de alta del hospital.

Una semana después, Nicole tuvo crisis de ansiedad en la escuela, que se generalizaron a otros contextos y un mes después experimentaba agorafobia. Empezó una terapia cognitivo-conductual, y pudo controlar la ansiedad; seis meses después regresó a la escuela. Siete años más tarde, Nicole regresó a tratamiento porque tenía *flashbacks* del accidente. Se empleó terapia hablada en las primeras dos sesiones, pero parecía haber problemas subyacentes que Nicole no podía expresar. En la siguiente sesión se le pidió que dibujara lo que sucedió antes, durante y después del accidente. Podía enfocarse en el hecho de que la boca de incendios fue el elemento desencadenante para ella, porque aparecía en los tres dibujos. Aún tenía dificultades para manejar la ansiedad, a pesar de haber estado tomando medicamentos psicotrópicos en el último año. Se pidió a Nicole que mostrara qué había pasado el día del accidente, lo cual hizo en el cuarto de juego. Pasó varias semanas mostrando las escenas del antes, durante y después del accidente, que siempre terminaba con la llegada de los paramédicos. No fue sino en la quinta semana, cuando representó y recordó que ella seguía pidiendo a la gente que llamaran a sus padres, pero nadie pudo encontrarlos. Representó la manera en que envolvieron su cuello para protegerla, la pusieron en una camilla y se subió a la ambulancia sola. Ella le hizo la pregunta directa al rescatista “¿Voy a morir?” Ésta fue la primera vez que lo recordó, y en las siguientes tres semanas aparecieron más y más elementos de la experiencia traumática que no habían sido hablados antes. Todo trataba de ella en la ambulancia y en el hospital sola, con la cabeza sangrando. Las enfermeras la habían llevado a un cuarto de emergencia, y le rasgaron la blusa para encontrar de dónde manaba la sangre.

Nicole había olvidado todo esto también, y dijo que en verdad sentía como si se viera a sí misma en el examen completo y las pruebas sin estar presente. Ella se disoció durante todo este proceso, lo cual fue la clave para descubrir las cuestiones subyacentes en su experiencia. No era el accidente automovilístico lo que la afectaba ahora, sino que el trastorno de estrés postraumático provenía del miedo a estar sola a los 15 años y de pensar que iba a morir. Nunca había hablado sobre ninguna de estas experiencias a lo largo de 7 años, y a los pocos meses de estar en terapia de juego, tomó consciencia de ellas y logró elaborar los efectos residuales de aquél día.

Etapa geriátrica (65 años y más)

Erikson (1993) caracterizó esta etapa como integridad versus desesperación. A medida que nos hacemos viejos, tendemos a reducir nuestra productividad y a explorar la vida como jubilados. Durante esta época contemplamos nuestros logros y podemos desarrollar la integridad si vemos que nuestras vidas fueron destacadas y exitosas. Si nos vemos como improductivos, o sentimos que no cumplimos las metas que nos planteamos, nos sentimos insatisfechos de la vida y desesperados, lo cual nos lleva con frecuencia a la depresión y la desesperanza.

La tarea final del desarrollo es la retrospectión: las personas miran sus vidas y sus logros. Desarrollan sentimientos de satisfacción e integridad si creen que han llevado vidas felices y productivas. En cambio, experimentan desesperación si contemplan una vida de decepciones y metas no alcanzadas. Esta etapa se puede adelantar cuando el individuo siente que está cerca del final de su vida, como cuando recibe un diagnóstico de enfermedad terminal.

Estrategias e intervenciones

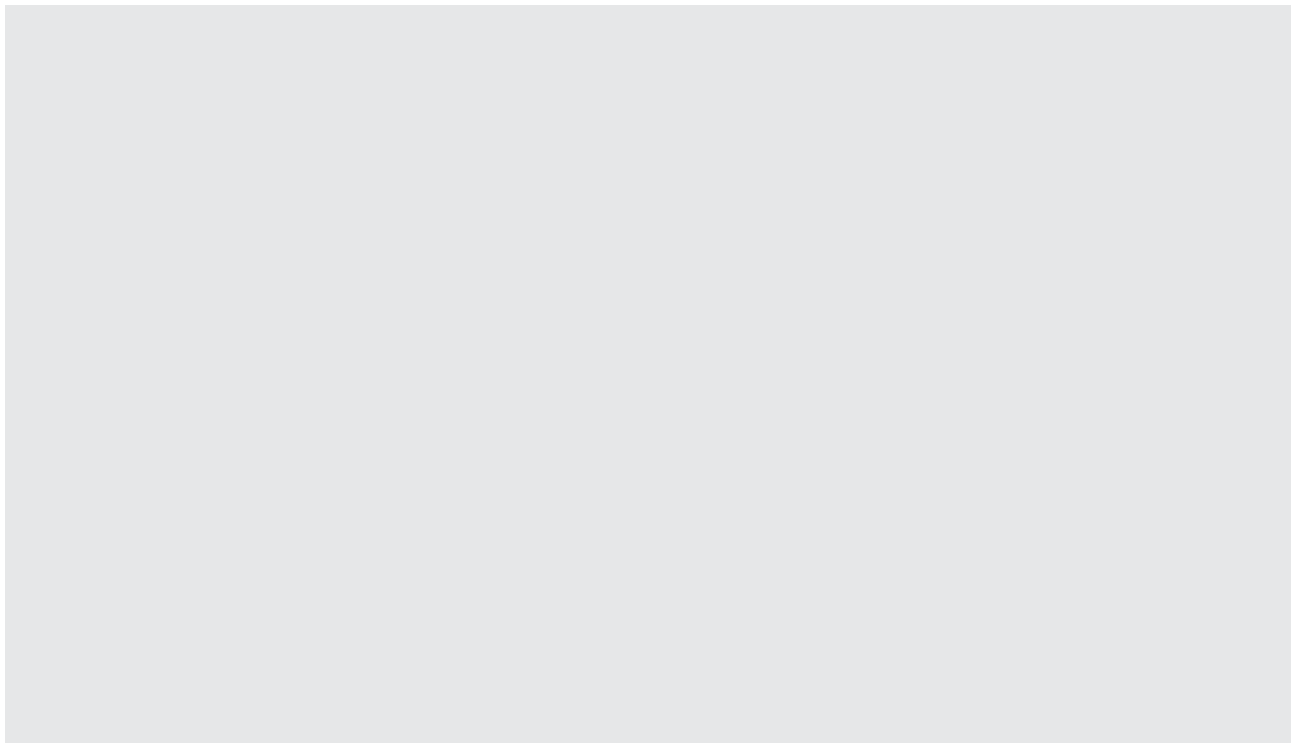
Considerando los distintos grados del funcionamiento cognitivo y de las limitaciones en la comunicación que los ancianos experimentan con mucha frecuencia, la terapia de juego es una modalidad de tratamiento útil para esta población. La terapia de juego no requiere del lenguaje hablado para establecer la comunicación, y ayuda a los ancianos que se resisten a hablar en la terapia. Hay muchos cambios psicológicos y fisiológicos que afectan a los ancianos, y mediante distintos tipos de terapia, directiva y no directiva, los clientes se sienten seguros y disfrutan el tiempo a medida que manejan sus vidas.

La terapia de juego grupal con juegos de mesa ha demostrado que aumenta los afectos positivos con el personal de las casas de retiro (Ingersoll, 1978; Lindaman, 1994). Theraplay, que es un tratamiento que promueve el apego y las relaciones, se ha empleado de manera individual y grupal con algunas adaptaciones para población de

ancianos (Sherman, 1981). En el trabajo con adultos mayores, el terapeuta debe estar atento a ciertos padecimientos que pueden presentarse. Esto es muy diferente al trabajo con niños o adultos más jóvenes, porque los ancianos pueden tener dificultades para sentarse, caminar, recordar, oír, ver y mantener el equilibrio. Todas estas necesidades deben incorporarse en la terapia de juego. Sin embargo, aún con las limitaciones de esta población, Theraplay puede mejorar la autoestima y la confianza en los demás, y restituir la idea de que aún puede haber placer en las experiencias de la vida cotidiana (Jernberg, 1987).

Las técnicas cognitivo-conductuales también se pueden emplear con esta población. El nivel de preocupación aumenta en muchos clientes geriátricos. “El bote de la preocupación” (Jones, 1997) es una actividad de especial eficacia de manera individual o grupal. Esto requiere un bote con tapa, cartulina y papel, marcadores, pegamento y tijeras. El terapeuta y el cliente cortan la cartulina en tiras para cubrir el bote. El cliente dibuja algo atemorizante de un lado de la tira de la cartulina y lo colorea con los marcadores. Si el cliente lo prefiere, puede escribir palabras atemorizantes en vez de dibujar. Cuando termina de dibujar o escribir, pega la tira de cartulina en el bote. El siguiente paso es poner la tapa en el bote y hacer una ranura en la parte de arriba con las tijeras. La ranura debe ser lo suficientemente grande para meter en el bote pedazos pequeños doblados de papel.

Se cortan pequeñas tiras de la hoja de papel. Cada una debe tener el tamaño suficiente para escribir algunas palabras en él. En las tiras de papel, el cliente anota sus preocupaciones, cada una en una tira. Luego dobla cada preocupación y la mete en el bote que construyó. Los clientes toman turnos para compartir una preocupación con sus compañeros. El terapeuta alienta la acción de compartir apoyo y retroalimentación.



CONCLUSIÓN

Sea que el terapeuta se interese en trabajar con niños, adolescentes, adultos o familias, la terapia de juego es una alternativa viable en lugar de la terapia hablada con personas de todas las edades. El juego siempre será un ingrediente necesario y natural del desarrollo sano de un niño o de un adulto. La terapia de juego constituye un campo dinámico en crecimiento de la psicoterapia, que atraviesa las defensas y abre las puertas cerradas, y hace a un lado la resistencia para que el tratamiento y la autocuración ocurran. ¡Nadie es demasiado joven o demasiado viejo para jugar!

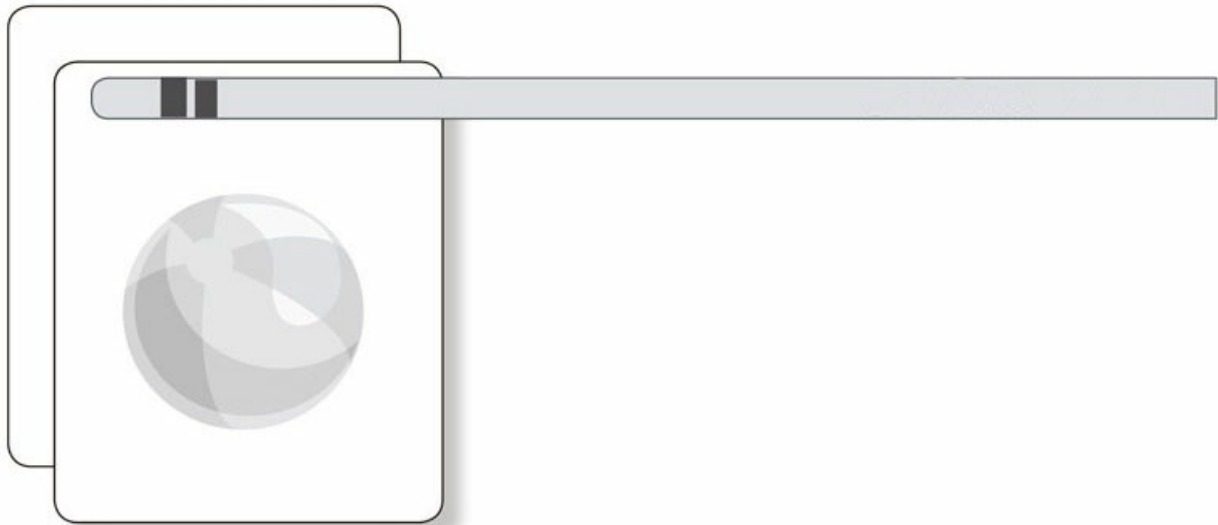
■ REFERENCIAS

- Ammann, R. (1991). *Healing and transformation in sandplay: Creative processes become visual*. Chicago, IL: Open Court.
- Ammen, S. (2000). A play-based teen parenting program to facilitate parent/child attachment. En H. A. Kaduson (Ed.), *Short-term play therapy for children* (pp. 345–369). New York, NY: Guilford Press.
- Association for Play Therapy. (1997). A definition of play therapy. *The Association for Play Therapy Newsletter*, 16(1), 7.
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. Cambridge, MA: Houghton Mifflin.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive theories of depression: New perspectives. En P. J. Crayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches* (pp. 265–290). New York, NY: Raven Press.
- Blatner, A. (1999). Psychodramatic methods in family therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Family play therapy* (pp. 235–246). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Bow, J. (1997). Play therapy with the resistant child. En H. G. Kaduson (Ed.), *The playing cure* (pp. 317–336). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Boyd, D. G. (2009). *Lifespan development* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Boyd, D. G. (2011). *Lifespan development* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Boyd, D. G., & Bee, H. (2014). *Lifespan development* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Breen, D. T. (1998). The use of play therapy with adolescents in high school. *International Journal of Play Therapy*, 7(1), 25–47.
- Brody, V. A. (1993). The dialogue of touch: Developmental play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 1(1), 21–30.
- Bugental, D. B. (2000). Acquisition of the algorithms of social life: A domain-based approach. *Psychological Bulletin*, 126(2), 178–219.
- Carey, L. (1999). Family sandplay therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Family play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Cook, J. (1997). The time line tape technique. En H. G. Kaduson (Ed.), *101 favorite play therapy techniques* (pp. 372–374). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crises*. New York, NY: Norton.
- Erikson, E. (1993). *Childhood and society*. New York, NY: Norton. (Original work published 1950)
- Eyberg, B. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One- and two-year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23, 1–20.
- Gallo-Lopez, L., & Schaefer, C. E. (2005). *Play therapy with adolescents*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Gil, E. (1994). *Play in family therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Glatthorn, T. A. (1997). The anger shield. En H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *101 favorite play therapy techniques* (p. 272–274). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Goble, F. (1970). *The third force: The psychology of Abraham Maslow* (p. 62). Richmond, CA: Maurice Bassett.
- Green, E. J. (2011). Jungian analytical play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 61–85). Hoboken, NJ: Wiley.
- Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 1–17.
- Guerney, L. F. (1999). Child relationship enhancement: Family therapy and parent education. En C. E. Schaefer (Ed.), *Family play therapy* (pp. 127–138). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Harvey, S. (1999). Creating a family: An integrated expressive approach to adoption. En C. E. Schaefer (Ed.), *Family play therapy* (pp. 293–311). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ingersoll, B. (1978). Comparative group psychotherapy for the aged. *The Gerontologist*, 18, 201–206.
- Jernberg, A. (1987). *Theraplay for the elderly*. Chicago, IL: The Theraplay Institute.
- Jernberg, A. (1979). *Theraplay: A new treatment using structured play for problem children and their families*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jones, D. (1997). The worry can technique. En H. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *101 favorite play therapy techniques* (pp. 254–256). Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Kaduson, H. G. (2011). Release play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 105–126). Kaduson, H. G. (in press). *Play therapy across the lifespan*. New York, NY: Guilford Press.
- Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (1997a). *101 play therapy techniques*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (1997b). *The playing cure*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kottman, T. (2011). Adlerian play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 87–104). Hoboken, NJ: Wiley.
- Kottman, T. T. (1987). Activity therapy: An alternative therapy for adolescents. *Journal of Humanistic Education and Development*, 25, 180–186.
- Lindaman, S. (1994). Geriatric Theraplay. En C. E. Kevin & J. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (Vol. II, pp. 207–228). New York, NY: Wiley.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed., p. 314). New York, NY: Harper & Row.
- Munns, E. (2003). Theraplay: Attachment-enhancing play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 156–174). Hoboken, NJ: Wiley.
- Norcross, J. (1987). *Casebook of eclectic psychotherapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Oaklander, V. (2011). Gestalt play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 171–186). Hoboken, NJ: Wiley.
- O'Connor, K. J. (2011). Ecosystemic play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 253–272). Hoboken, NJ: Wiley.
- Piaget, J. (1936). *Origins of intelligence in the child*. London, England: Routledge & Kegan Paul.
- Quackenbush, R. (2008). The use of modern psychoanalytic techniques in the treatment of children and adolescents. *Modern Psychoanalysis*, 33(2), 88–101.
- Reid, S. E. (1993). Game play. En C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic powers of play* (pp. 323–348). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E. (1993). *The therapeutic powers of play*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E. (1997). Measurement of playfulness: A neglected therapist variable. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 21–31.
- Schaefer, C. E. (2003). *Play therapy with adults* (pp. 1–11). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sherman, E. (1981). *Counseling the aging: An integrative approach*. New York, NY: Free Press.
- Stiles, K. (1990). Mutual storytelling: An intervention for depressed and suicidal children. *The School Counselor*, 37, 337–342.
- Sultanoff, S. M. (2003). Integrating humor into psychotherapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Play therapy with adults* (pp. 107–143). Hoboken, NJ: Wiley.
- VanFleet, R. (1994). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Ward-Wimmer, D. (2003). The healing potential of adults at play. En C. Schaefer & C. Westland (Eds.), *Playing, living, learning: A worldwide perspective on children's opportunities to play*. State College, PA: Venture.

NOTA

¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.



Capítulo 17

Terapia de la interacción padres-hijos con niños con trastornos de conducta disruptiva

Lauren Borduin Quetsch, Nancy Wallace, Meredith Norman, Ria Travers y Cheryl McNeil

El trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta están entre las primeras causas por las que los niños son enviados a un escenario clínico en EUA (Frick, 1998; Loeber, Burke, Lahey, Winters y Zera, 2000). De acuerdo con Meltzer y colaboradores (Meltzer, Gatward, Goodman y Ford, 2000), las tasas de prevalencia de estos trastornos en niños entre 5 y 10 años de edad oscilan entre 0.6% y 4.8%. Otros estudios epidemiológicos estiman tasas de hasta 10% de ambos trastornos entre los niños (Coghill, 2013). Estas cifras son preocupantes cuando se considera la cantidad de niños que no reciben servicios clínicos.

El diagnóstico temprano de ambos trastornos se ha asociado con pobres resultados en el futuro, como delincuencia, dificultades académicas, ausentismo escolar, violencia contra las parejas románticas y abuso de sustancias cuando los niños no reciben tratamiento (Blair y Diamond, 2008; Capaldi y Clark, 1998; Kassel, 2010). Además, los problemas de conducta en la infancia pueden conducir a otras dificultades en la adolescencia como problemas psicosociales, menos oportunidades educativas y laborales, y un mayor riesgo de trastornos psicosociales comorbidos (Lyons, Baerger, Quigley, Erlich y Griffin, 2001; Nock, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007).

Aunque muchos de estos niños siguen presentando una amplia variedad de conductas problemáticas a lo largo de sus vidas, hay pocos programas con sustento empírico que los aborden de manera adecuada. Además, incluir a la red familiar ha demostrado ser una tarea difícil. La investigación indica que los niños con problemas de conducta y sus familias con frecuencia enfrentan una serie compleja de dificultades que les impiden asistir a una terapia o hacer progresos a un ritmo constante (Kern y State, 2008). Un enfoque promisorio que produce efectos confiables y de larga duración en un tiempo breve es la terapia de interacción padres-hijos (TIPH [PCIT, por sus siglas en inglés]; Eyberg, Nelson, Duke y Boggs, 2008). La TIPH es un programa con sustento empírico para niños de 2 a 7 años de edad que presentan conductas disruptivas.

La TIPH trata los problemas conductuales infantiles guiando a los padres en el uso de las habilidades de la terapia de juego con sus hijos (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Una característica distintiva de la TIPH es la participación activa de los niños y sus padres. El terapeuta asesora a los padres y cuidadores para hacer una intervención

directa con sus hijos en el contexto del juego. La TIPH se enfoca en la integración del tratamiento individualizado con un formato de manual. Cada sesión se centra en una necesidad específica del niño y sus cuidadores. La adquisición de habilidades se determina en cada sesión por medio de una observación codificada del cuidador con el niño al principio de una sesión. Si más de un cuidador desea participar en el tratamiento, cada uno es asesorado y observado con el niño por separado. La terapia a través del juego sirve como un enfoque no amenazante para que las familias cambien su modo de interactuar con los niños.

El propósito primordial de este capítulo es ofrecer una justificación empírica de la eficacia de la TIPH para reducir los problemas de conducta infantil y aumentar las habilidades parentales positivas a través del método de la terapia de juego. Es decir, el capítulo comienza abordando los fundamentos teóricos de la TIPH y sus resultados positivos con poblaciones específicas. Después, se explica de manera explícita el modelo para brindar los servicios en escenarios tradicionales y alternativos. Los componentes y metas de la TIPH se ilustran mediante el caso de una familia típica, y está precedido por una lista de los componentes indispensables para garantizar la implementación exitosa de la TIPH. Se resumen los resultados de los estudios sobre la eficacia que demuestran el éxito clínico de la TIPH en distintas poblaciones. Por último, se discuten las implicaciones y las futuras tendencias de nuestro trabajo para las familias con niños que presentan problemas de conducta.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La TIPH fue desarrollada por Sheila Eyberg, quien estableció las bases teóricas del modelo a partir de los principios del estilo parental autoritativo de Diana Baumrind (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). En este modelo, Baumrind hace hincapié en la importancia de la calidez y los cuidados, así como el claro control parental que se alcanza por medio de la consistencia, el establecimiento de límites y las consecuencias predecibles del mal comportamiento (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Además, el modelo retoma la teoría del apego (Weisz y Kazdin, 2010) en su compromiso con el fomento de una relación amorosa y responsiva entre los padres y sus hijos.

Muchas de las interacciones padre-hijo disfuncionales que ocurren en las familias enviadas a TIPH son consistentes con el círculo de la coerción de Patterson (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). En este modelo, las interacciones padre-hijo disfuncionales son perpetuadas por un ciclo de conductas negativas del padre y del hijo (p. ej., gritar, discutir, quejarse, agredir) que dan por resultado interacciones cada vez más destructivas (McNeil y Hembree-Kigin, 2010; Weisz y Kazdin, 2010). Valiéndose de los principios de la teoría del aprendizaje social, en la TIPH se enseña a los cuidadores a modelar conductas apropiadas utilizando los principios del aprendizaje operante, como las recompensas y castigos sociales para aumentar las interacciones prosociales y reducir las conductas antisociales (McNeil y Hembree-Kigin, 2010).

Aunque la TIPH se basa en estos pilares teóricos a lo largo del tratamiento, el modelo de dos fases de la terapia, originalmente desarrollado por Sheila Eyberg, intenta fortalecer la relación padres-hijos haciendo hincapié en la calidez y la responsividad parental en la fase de interacción inicial dirigida por el niño (IDN) antes de enseñar a los cuidadores estrategias consistentes de disciplina en la segunda fase (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Las sesiones durante la fase de IDN capacitan a los padres para reconocer las conductas positivas infantiles. Además la IDN se enfoca en enseñar a los padres el uso de las habilidades de la terapia de juego para cultivar una relación positiva de confianza entre ellos y el niño. Las habilidades de la terapia de juego reformulan la dinámica de las interacciones padres-hijos. Se enseña al cuidador a seguir al niño, así como a imitar las conductas apropiadas (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Si el niño se comporta de manera inadecuada durante el juego por un periodo extenso, de inmediato se le retira la atención y se le regresa sólo cuando retoma un comportamiento apropiado (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Por medio de estas interacciones, el cuidador actúa como un modelo de habilidades sociales como compartir, buenos modales, y respeto de los turnos. Los padres muestran las habilidades adecuadas y, al mismo tiempo, las elogian cuando el niño las pone en práctica. Estas habilidades de la terapia de juego enseñan a los cuidadores a ofrecer una base terapéutica, estable, agradable y consistente en la que se hace hincapié en las dos fases del tratamiento.

MODELO PARA BRINDAR SERVICIOS

La TIPH se creó como un servicio terapéutico tradicional para pacientes externos (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Por lo tanto, las citas, por regla general, tienen lugar una vez a la semana y duran alrededor de una hora. La TIPH se considera una terapia de corto plazo, con una duración promedio de entre 12 y 16 sesiones. Sin embargo, el progreso en la TIPH se basa en la adquisición de habilidades en ambas fases del tratamiento. En consecuencia, la duración depende de las necesidades particulares de cada familia.

Aunque, por lo general, la TIPH se lleva a cabo en clínicas de atención a pacientes externos, requiere un tipo de cuarto y equipamiento específicos (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). La familia juega en un cuarto de juego a prueba de niños con pocos muebles y objetos decorativos o de otro tipo. Desde un cuarto contiguo, el terapeuta observa y dirige al cuidador a través de un espejo de un solo sentido. Un cuarto pequeño y vacío adjunto al cuarto de juego y al de observación sirve como cuarto suplementario para implementar el tiempo fuera. Éste debe estar bien iluminado y contar con ventanas para que el cuidador y el terapeuta puedan observar al niño. En la terapia, el terapeuta dirige al cuidador desde el cuarto de observación utilizando un auricular con un micrófono discreto. Aunque algunas clínicas comunitarias tienen dificultades para apegarse a las características del cuarto para la TIPH cuando se comienza esta modalidad terapéutica (Goldfine, Wagner, Branstetter y McNeil, 2008), se pueden utilizar métodos alternativos para ofrecer los servicios de la TIPH (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Por ejemplo, el monitoreo a través de videograbaciones permiten la observación cuando no se dispone de espejos de una sola dirección, y se pueden usar *walkie talkies* en lugar de los auriculares. Una media puerta o puerta holandesa sirve en los cuartos suplementarios si el aislamiento del tiempo fuera causa alguna preocupación.

En la TPIH también se utilizan juguetes que se prestan bien para la adquisición de habilidades (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Se deben usar juegos de construcción que impulsan a los niños a ser creativos y a resolver problemas. Ejemplos de los juguetes preferidos son los bloques, piezas de Lego, el señor Cara de Papa, casas de muñecas, carros, crayones y papel. En la TIPH deben evitarse los juguetes que promueven el juego rudo o agresivo, o los que tienen reglas preestablecidas (p. ej., pelotas y bates, espadas y pistolas, juegos de mesa, artículos complicados como la pintura). Estos juguetes suelen requerir que el cuidador instruya, corrija o discipline al niño y, por lo tanto, reducen la experiencia positiva que la TIPH intenta promover (McNeil y Hembree-Kigin, 2010).

La investigación previa ha determinado que la TIPH es un tratamiento eficaz para niños con conductas disruptivas, y se está extendiendo por todo el mundo (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Para mantener la fidelidad y la integridad del tratamiento, la TIPH sólo puede ser implementada por terapeutas entrenados en este modelo terapéutico. Se han establecido requisitos específicos para los terapeutas y entrenadores en TIPH por la *PCIT International Organization* (<http://www.pcit.org>). Aunque es un

entrenamiento extenso, es beneficioso y necesario debido a los sistemas intrincados de codificación y asesoría implicados en la TIPH (McNeil y Hembree-Kigin, 2010).

Aunque la TIPH, por lo general, se ha implementado en clínicas, la investigación reciente ha explorado su implementación en escenarios no tradicionales.

Terapeutas e investigadores han empezado a implementar la TIPH en las casas de los clientes, con la intención de reducir las barreras y mejorar la accesibilidad del tratamiento (Bagner, Blake y Rosa-Olivares, 2013; Masse y McNeil, 2008). La evidencia inicial sugiere que la TIPH en casa produce resultados positivos similares a lo que se han encontrado en clínicas (Galanter et al., 2012; Ware, McNeil, Masse y Stevens, 2008). Sin embargo, se requieren más investigaciones para comparar directamente la eficacia de la TIPH en estos dos escenarios. Del mismo modo, los investigadores exploran de qué modo los avances en la tecnología pueden mejorar la implementación y la difusión de la TIPH. La telemedicina y la tecnología de los videos se han utilizado para consultar con terapeutas que en la actualidad se encuentran en entrenamiento para poder tener supervisión en vivo y mejorar la calidad de la retroalimentación (Funderburk, Ware, Altshuler y Chaffin, 2008; Wilsie y Brestan-Knight, 2012). En el futuro, la telemedicina tal vez se use para implementar la TIPH de manera directa con las familias en sus casas y en otros lugares fuera de las clínicas (Comer et al., en prensa).

COMPONENTES DE LA TIPH

Para garantizar la mayor calidad de sus servicios, los terapeutas que practican la TIPH siguen un protocolo estructurado en cada sesión, que incluye tareas predeterminadas, cuestionarios y metas. El manual de la TIPH ofrece tareas para casa, registros del progreso y hojas de codificación (Eyberg y Funderbyrk, 2011). Por ejemplo, en cada sesión de la TIPH el terapeuta reparte, al principio, el *Eyberg Child Behavior Inventory* [Inventario Eyberg de Conducta Infantil] (ECBI; Eyberg y Pincus, 1999) a los cuidadores, y recoge las tareas encargadas la sesión previa. Esta información se revisa en repetidas ocasiones a medida que la familia avanza por cada fase de la TIPH. Aunque el manual proporciona directrices sumamente estructuradas, el terapeuta no puede avanzar sino cuando la familia cumple las metas de cada sesión. La TIPH trabaja para guiar al terapeuta al ofrecer los servicios de terapia de juego al mismo tiempo que brinda conceptualizaciones del caso y estrategias para manejar diversas dificultades familiares. En esta sección, se resalta un estudio de caso para ilustrar la familia y el niño típicos que son enviados a TIPH. El caso de Troy Williams ayudará a contextualizar el resto del capítulo.

Entrevista inicial

La TIPH sigue un formato estándar, que empieza con una evaluación. Esta fase inicial, por lo general, consiste en una entrevista semiestructurada realizada por el terapeuta y en la aplicación de escalas de valoración de la conducta informada por los padres.

Ejemplo de caso

Troy Williams era un niño de 5 años de edad enviado a los servicios psicológicos de una clínica familiar por conductas cada vez más problemáticas y disruptivas. Troy iba acompañado por Loraine Williams, su madre de 30 años de edad. Loraine no estaba casada y tenía la custodia legal de Troy. Tenía otro hijo de 2 años. Aunque ella sentía mucha frustración por la conducta de Troy, decidió buscar ayuda hasta que la maestra de preescolar expresó su preocupación ante el hecho de que Troy entraría al jardín de niños. En la escuela, se negaba a estar quieto sentado en su lugar durante todo el día, trataba de escapar del salón de clases y golpeaba a sus compañeros. La maestra de Troy lo había sacado del salón en varias ocasiones, y Loraine se veía obligada a salirse de su trabajo para recogerlo y llevarlo a casa. Esto no sólo le causaba problemas a nivel económico, sino que las continuas salidas de su trabajo le estaban

causando problemas en su relación con compañeros y su patrón. En últimas fechas, Troy se había vuelto más violento en el salón de clases, por lo que éste no era un lugar seguro para los demás niños.

Lorraine informó que el mal comportamiento también se presentaba en casa. Troy se negaba a hacer lo que le pedían y hacía berrinches cuando no obtenía lo que deseaba. Los berrinches ocurrían al menos una vez al día, gritaba, lloraba y aventaba objetos de la casa. Además, empezó a pegarle a su madre. Lorraine estaba preocupada de que pronto fuera demasiado grande para controlarlo. Dijo que había usado métodos disciplinarios, pero los tiempos fuera y las nalgadas no funcionaban con él. Su hijo menor empezaba a imitar las conductas violentas y el lenguaje ofensivo de Troy.

Las sesiones previas a la TIPH incluyen una observación estructurada de las interacciones padres-hijos, que se codifican mediante el *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-IV* [Sistema de Codificación de la Interacción Diádica Padre-Hijo] (DPICS-IV; Eyberg, Nelson, Ginn, Bhuiyan y Boggs, 2013). Esto permite al terapeuta observar de manera independiente a cada cuidador jugando con el niño en un juego dirigido por éste, dirigido por el padre y en una situación de limpieza. Las tres situaciones de la DPUCS son de la siguiente manera:

1. Juego dirigido por el niño: en esta situación, el terapeuta da indicaciones al cuidador a través de auriculares para que deje al niño jugar lo que quiera, y que siga su juego. La diada se mantiene en esta situación durante 10 minutos. Los primeros 5 de esta interacción sirven como un periodo de calentamiento en el que las conductas del cuidador y del niño no se codifican. La codificación tiene lugar en los 5 minutos finales y se registra en el formato destinado para ello.
En las situaciones del DPICS, Troy y su madre jugaron con bloques de madera de colores. En el juego dirigido por Troy, Lorraine se sentó lejos de su hijo y casi no le habló. Cuando no interactuaba con Troy, con frecuencia le hacía preguntas y le daba muchas órdenes indirectas mientras él estaba metido en su juego (p. ej., “¿Por qué no haces un granero?”). Lorraine, a menudo, entornaba los ojos o hacía comentarios dirigidos al terapeuta en vez de hablar con su hijo.
2. Juego dirigido por el padre: después de que pasan los 10 minutos, el terapeuta le indica al padre que ahora es su turno para dirigir el juego. El padre debe tomar el control del juego y hacer que el niño acate sus reglas.
Para iniciar el juego dirigido por ella, Lorraine empezó a dibujar y trató de atraer a Troy para que jugara con ella. En este momento, Troy empezó a quejarse y expresó su rechazo para poder terminar su construcción con los bloques. Ella dio muchas órdenes directas. También hizo comentarios negativos, en los que le decía a Troy que era un “niño malo” y que ella “no quería jugar nada con él.”
3. Situación de limpieza: en los últimos 5 minutos, el terapeuta da indicaciones al padre para que ordenen los materiales que usaron. Ellos no deben ayudar al niño.

Una vez que le dijo a Troy que tenía que acomodar las cosas, él se negó a ayudar. En repetidas ocasiones dijo “No” y se alejó de su madre dirigiéndose a la esquina opuesta del cuarto. Loraine seguía diciendo el nombre de Troy y le insistía en que tenía que acomodar. Loraine se cruzó de brazos y lo amenazó con no dejarlo ver su programa de televisión favorito en la tarde, pero él no se movía de la esquina. Troy empezó a chillar y a aventar los juguetes por todo el cuarto. En este punto, Loraine empezó a poner algunos juguetes en la caja. Troy intentó escapar del cuarto de juego, pero ella lo agarró del brazo y empujó la puerta para mantenerla cerrada. Loraine también dijo, “siempre es así” y que no le gustaba cuando él elegía “actuar como un mocoso.”

La evaluación inicial ayuda al terapeuta a comprender las necesidades y características particulares de cada familia y a determinar el nivel actual de las conductas disruptivas y las habilidades parentales. Este tiempo debe usarse para decidir si la familia se ajusta a la TIPH antes de continuar la evaluación y pasar al tratamiento.

Después de las primeras sesiones, el terapeuta presenta un panorama general de la TIPH y destaca los fundamentos de las dos fases del programa (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). También se explica al niño de acuerdo con su nivel de desarrollo en qué consiste la terapia. Entonces, el tratamiento continúa a través de las fases de interacción dirigida por el niño y por el padre.

Tratamiento: interacción dirigida por el niño

La primera etapa de la TIPH, la interacción dirigida por el niño (IDN), se centra en la construcción de una relación sólida entre el cuidador y el niño. Muchas familias que acuden a la TIPH presentan relaciones disfuncionales, como Loraine y su hijo. El objetivo de la IDN es construir habilidades parentales para crear interacciones positivas y enriquecidas entre el padre y su hijo. Durante la terapia, se instruye a los padres para usar las habilidades que aprenden. Fuera de la terapia, se pide a las familias que designen un “tiempo especial de juego” en casa, donde los cuidadores utilicen sus habilidades para jugar con los niños durante 5 minutos al día.

Las habilidades que se enseñan a las familias para utilizar durante el IDN se conocen como PRIDE por sus siglas en inglés (*praise*, elogio; *reflection*, reflexión; *imitation*, imitación; *description*, descripción; y *enjoyment*, diversión), como se presenta en la tabla 17-1.

Tabla 17-1. Breve descripción de las habilidades de qué “hacer” en la IDN

Elogio	Reflexión	Imitación	Descripción	Diversión
Cumplidos hechos al niño por	Repite o parafrasea	Copia las acciones del niño	Enuncia lo	Muestra interés genui-

su conducta positiva	lo que el niño dice	mientras practica un juego apropiado	que el niño hace	no en estar con el niño
Catalogado: especifica qué hizo bien el niño				
No catalogado: no especifica qué hizo el niño exactamente				

Las habilidades que utilizan las familias para promover las interacciones negativas con sus hijos se deben evitar durante la IDN. Estas habilidades incluyen preguntas, comentarios negativos y órdenes (tabla 17-2).

Tabla 17-2. Breve descripción de las habilidades de qué “no hacer” en la IDN

Preguntas	Comentarios negativos	Órdenes
		<ul style="list-style-type: none"> • Directas • Indirectas
Pide respuestas o acciones al niño	Afirmaciones negativas o contradictorias acerca del niño o de sus acciones	<p>Sugiere lo que el niño debe decir o hacer</p> <p>Indirecta: Ofrece al niño una opción para realizar alguna conducta</p> <p>Directa: No ofrece una opción, sino que le dice al niño qué tiene que hacer</p>

Las familias sólo pueden avanzar a la siguiente etapa de la TIPH después de demostrar que dominan las habilidades PRIDE. En la IDN, este dominio se demuestra cuando los padres utilizan 10 elogios catalogados, 10 descripciones conductuales y 10 reflexiones además de no usar más de tres preguntas, órdenes o comentarios negativos durante un periodo de 5 minutos (Eyberg et al., 2013).

Cuando un niño tiene un mal comportamiento, el cuidador también debe saber cómo ignorar de manera apropiada la conducta no deseada y reconducir al niño a una conducta más adecuada.

Después de cinco sesiones de asesoría en la IDN, Loraine logró dominar esta situación. Su interacción con Troy había mejorado notablemente; ella se inclinaba hacia Troy mientras él jugaba y lo seguía en su juego. Hacía contacto físico positivo con él a lo largo del juego y Troy se mantenía participativo. Aunque a veces intentaba aventar los juguetes, ella le daba la espalda y seguía jugando sin él. En cuanto él retomaba las conductas apropiadas, Loraine le hacía uno de los elogios catalogados. Ella dijo que esperaba con gusto el tiempo especial de juego todos los días y creía que Troy también lo hacía. De acuerdo con los informes de Loraine, la conducta negativa de Troy también disminuyó a lo largo de las sesiones de IDN.

Tratamiento: interacción dirigida por los padres

La interacción dirigida por los padres (IDP) se desarrolla a base de consistencia de los padres y, en última instancia, su objetivo es el control parental de las conductas del niño. En la IDP, los padres siguen utilizando las habilidades de la IDN, pero se les pide que usen órdenes concisas, directas y claras en las sesiones terapéuticas. El objetivo de la IDP es pasar de órdenes breves y sencillas en el juego a órdenes que correspondan con situaciones de la vida real. Todos los cuidadores deben aprender de memoria guiones específicos cuando el niño no acata una orden. Directrices estrictas dictan una secuencia de tiempo fuera que se emplean cuando el niño no escucha al cuidador. El dominio de la IDP se alcanza cuando el cuidador demuestra que 75% de las órdenes que dan son directas, sencillas y formuladas de manera positiva. También deben mostrar un 75% de seguimiento cuando dan una orden para ver si el niño obedece o no (es decir, elogios catalogados versus advertencia y secuencia de tiempo fuera). Por último, los cuidadores deben ser capaces de concluir el procedimiento de tiempo fuera de manera independiente y precisa.

En el cuadro 17-3, se puede ver el procedimiento que las familias utilizan en la IDP. El procedimiento y las frases completas se encuentran en el manual de la TIPH (Eyberg y Funderburk, 2011) o en McNeil y Hembree-Kigin (2010).

En la fase de IDP, se asesora a los padres para dar órdenes y aplicar las respuestas adecuadas de seguimiento en respuesta a la conducta del niño. Si un niño obedece en el paso 1 (véase la tabla 17-3), se indica al padre que haga un elogio catalogado y continúe con la IDP. Si el niño se niega a obedecer después de 5 segundos, el padre sigue con el paso 2.

Si el niño obedece después de 5 segundos del paso 2, el padre hace el elogio catalogado y continúa con la IDP. Si el niño aún se niega a obedecer, el padre sigue el paso 3.

Una vez que el niño no ha obedecido en los pasos 1 y 2, el padre lleva al niño a la silla de tiempo fuera (paso 3). Debe quedarse ahí durante 3 minutos, más 5 segundos de silencio. Si el niño resiste los 3 minutos de tiempo fuera, se le permite elegir si obedece la orden original. Si decide obedecer, el padre tiene que dar otra orden más. La segunda orden es seguida por un elogio catalogado después de que se cumple.

Si el niño se niega a obedecer la orden original, se repite el paso 3 y el niño debe pasar otros 3 minutos en la silla de tiempo fuera, más 5 seg de silencio. Este proceso se repite hasta que el niño esté listo para obedecer (véanse los detalles más arriba).

Si el niño se niega a permanecer en la silla durante el tiempo fuera, los padres continúan con el paso 4. El niño concluirá con el paso 4 sólo si se queda 1 min en el área de resguardo más 5 seg de silencio. Después de terminar, el niño regresará al paso 3. El paso 4 se llevará a cabo cada vez que el niño escape de la silla de tiempo fuera.

Si las familias sienten que aún hay problemas significativos en casa, pueden decidir iniciar las reglas para el hogar. Éstas se dirigen a las conductas agresivas, destructivas, nunca aceptables que se presentan en cualquier circunstancia (p. ej., decir groserías) o conductas tramposas que los padres no descubren sino cuando ya han ocurrido (p. ej.,

esconder los juguetes de los hermanos o tomar dinero del monedero del cuidador). Una vez que se explica al niño la conducta, si la repite será sancionado con tiempo fuera. Por ejemplo, decidió hacer una regla para el hogar que indicaba que los golpes no serían tolerados.

A medida que las familias cumplen con las directrices para la graduación, el terapeuta discute el manejo de los problemas de conducta del niño en lugares públicos. Los cuidadores deben preparar a los niños para salir expresando las expectativas que tienen de su comportamiento antes de empezar la travesía; se debe advertir cuáles serán los castigos por las conductas indebidas y las recompensas por las conductas positivas antes de salir de casa. Se pide a los cuidadores que ignoren el mal comportamiento en público, como los quejidos y los berrinches para conseguir un juguete o un dulce. También requieren de un plan que les permita implementar un tiempo fuera en público si es necesario. La TIPH trabaja para que la familia no dependa de la asesoría del terapeuta, sino que pueda resolver las dificultades por sí misma.

Tratamiento: sesión de graduación

Antes de que las familias se gradúen del tratamiento, tienen que demostrar dominio de habilidades clave para manejar la conducta de sus niños. Los problemas de conducta infantil también deben encontrarse dentro de los límites normales, tal como los determina el ECBI (Eyberg y Pinculs, 1999). Las familias tienen que sentir confianza en sí mismas en cuanto a su capacidad para controlar la conducta del niño antes de que empiece la sesión de graduación. En la sesión previa, se hace un registro y codificación de cada padre de un periodo de 5 min de IDN, seguida de otro periodo de la misma duración de IDP. Cada cuidador debe demostrar el dominio de ambos tipos de interacción para poder graduarse de la TIPH. La graduación es un momento emocionante para las familias. Deben ser evidentes los cambios en la dinámica familiar y una atmósfera familiar positiva.

IMPLEMENTACIÓN EXITOSA DE LA TIPH

Reconocida como un tratamiento con sustento empírico para emplearse en diversos padecimientos infantiles, la TIPH se conoce a lo largo y ancho de EUA y de todo el mundo. El entrenamiento en este modelo es sumamente solicitado (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Mantenerse apegado a los lineamientos de este tratamiento se ha convertido en un tema de interés a medida que se ha esparcido por todo el mundo. Para recibir el entrenamiento necesario y tener la certificación como terapeuta de la TIPH se debe poseer al menos un grado de maestría, tener experiencia en el trabajo con niños y familias y contar con una licencia para ejercer en el campo de la salud mental (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Los aspirantes deben cursar 40 horas de talleres de entrenamiento en TIPH realizadas por un experto. Después de este taller, los aspirantes deben recibir la supervisión y asesoría de otro experto durante un año, mientras atiende sus primeros casos de acuerdo con este modelo. Después de iniciar estos casos (por lo general, entre 2 y 6 meses después de finalizar el entrenamiento de 40 h), el futuro terapeuta realiza un curso avanzado, presencial de 16 horas con otro experto en la TIPH (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). A continuación, el terapeuta que muestra dominio de las habilidades de la TIPH, que incluyen la aplicación del ECBI, confiabilidad en la codificación y asesoría de las DPICS, una sesión de enseñanza de la IDN, habilidades PRIDE, asesoría en la IDN, una sesión de enseñanza de la IDP, asesoría para implementar la secuencia del tiempo fuera, así como la enseñanza de reglas para la conducta en el hogar y en lugares públicos. Los terapeutas también concluyen dos casos completos atendidos mediante la TIPH, y un experto revisa la enseñanza y asesoría de la IDN y de la IDP por medio de una videograbación o en una demostración en vivo.

Cada fase del entrenamiento en TIPH incluye el dominio de criterios con los que el terapeuta debe cumplir. Los criterios de la IDN requieren que el terapeuta, al igual que los padres, utilice 10 descripciones de conductas, 10 reflexiones y 10 elogios catalogados, y utilice menos de tres preguntas, órdenes y comentarios negativos en un periodo de juego de 5 minutos. Los criterios de la IDP requieren que el terapeuta emita al menos cuatro órdenes, 75% de las cuales deben formularse de manera eficaz, y debe demostrarse correctamente el seguimiento (elogios catalogados por el acatamiento, advertencias o procedimiento de tiempo fuera por el desacato después de una advertencia) (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Aunque intensivo, el modelo de entrenamiento en la TIPH permite al terapeuta recibir retroalimentación al momento de la interacción, gracias a lo cual disminuye la probabilidad que se aleje de los lineamientos del tratamiento.

Una vez que el clínico ha cumplido con los requisitos del entrenamiento para convertirse en terapeuta de la TIPH, tiene la oportunidad de avanzar y ser experto y formador de nuevos terapeutas. Los maestros de la TIPH pueden tener el nivel de internos al organismo (nivel I), formadores regionales (nivel II) o formadores expertos. Los formadores expertos entrenan a terapeutas y a formadores de la TIPH en organismos externos al suyo. Los requisitos para ser un formador en TIPH aparecen de

forma completa y detallada en la página de la TIPH (www.pcit.org).

Además de los costos del entrenamiento, hay otros gastos para comenzar a trabajar de acuerdo con el modelo del TIPH. Los organismos pueden comprar equipamiento especial (sistemas de comunicación, sistemas de audio, equipo de videograbación) y contar con un espacio diseñado y designado para llevar a cabo la terapia (espejo de una sola dirección, cuarto para tiempo fuera, juguetes) (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). El tratamiento vale los gastos iniciales, porque, con frecuencia, la comunidad utiliza bien el servicio y esto aumenta las referencias de nuevos clientes (McNeil y Hembree-Kigin, 2010). Además, es invaluable la reducción de las conductas problemáticas para estas familias de alto riesgo. Se recomienda que, al menos, dos terapeutas de un organismo reciban el entrenamiento al mismo tiempo para que ambos dispongan de apoyo profesional y comunicación constante una vez que empiezan a trabajar con un caso. Esto también garantiza la continuidad del programa de la TIPH en caso de que haya una renovación del personal (McNeil y Hembree-Kigin, 2010).

FUNDAMENTOS EMPÍRICOS

Los primeros estudios sobre los resultados de la TIPH demuestran que este tratamiento es eficaz para reducir los problemas infantiles de conductas disruptivas (Eyberg y Robinson, 1982). Otras investigaciones ofrecen evidencias de que los efectos de la TIPH se generalizan a los problemas de conducta infantil que se presentan en el escenario escolar (McNeil, Eyberg, Eisenstadt, Newcomb y Funderburk, 1991) y a los hermanos que no participan en el tratamiento (Brestan, Eyberg, Boggs y Algina, 1997). Los estudios que examinan el mantenimiento de los efectos de la TIPH han encontrado que los beneficios perduran hasta cinco años después de terminado el tratamiento (Boggs et al., 2004; Eyberg et al., 2001; Hood y Eyberg, 2003). Investigaciones más recientes ofrecen sustento a la eficacia de la TIPH en los centros comunitarios de salud mental. Pearl y colaboradores (2012) examinaron la eficacia de este modelo terapéutico con familias de alto riesgo que recibían servicios de organismos comunitarios, y encontraron que los niños de esta muestra experimentaron reducciones significativas de los problemas internalizados y externalizados, así como de los problemas de conducta disruptiva y los síntomas de trauma después de tomar parte de la TIPH. Aunque este estudio ofrece un sustento preliminar a la eficacia de la TIPH en escenarios comunitarios de salud, se requieren más investigaciones en esta área.

Se han hecho investigaciones acerca del uso de la TIPH con familias con antecedentes culturales diversos. En ellas, se ha encontrado apoyo al empleo de esta terapia con familias afroamericanas (Fernandez, Butler, y Eyberg, 2011), así como con familias de origen latino, incluyendo las mexico-americanas hispanoparlantes (Borrego, Anhalt, Terao, Vargas y Urquiza, 2006; McCabe y Yeh, 2009; McCabe, Yeh, Lau y Argote, 2012) y portorriqueñas (Matos, Torres, Santiago y Jurado, 2006; Matos, Bauermeister y Bernal, 2009). La eficacia de la TUPH también se ha demostrado con familias europeas, entre las que se encuentran las holandesas (Abrahamse et al., 2012) y noruegas (Bjorseth y Wormdal, 2005).

Además, la investigación sugiere que la TIPH es eficaz con familias chinas (Chen, 2010; Leung, Tsang, Heung y Yiu, 2009; Leung, Tsang, Sin y Choi, 2014), australianas (Phillips, Morgan, Cawthorne y Barnett, 2008). Las investigaciones que apoyan el uso de la TIPH con familias con distintos antecedentes culturales e identidades étnicas siguen en aumento a medida que este modelo se aplica con nuevas poblaciones.

Aunque al principio la TIPH se diseñó para tratar niños con problemas de conducta disruptiva, se ha usado con buenos resultados para tratar una amplia variedad de problemas conductuales y emocionales asociados con diferentes trastornos y padecimientos médicos. Entre estos, se encuentra el autismo (Solomon, Ono, Timmer y Goodlin-Jones, 2008), retraso mental (Bagner y Eyberg, 2007), trastorno depresivo mayor (Luby, 2009), trastorno de ansiedad de separación (Pincus, Santucci, Ehrenreich y Eyberg, 2008), trauma (Pearl et al., 2012), enfermedad crónica (Bagner, Pernandez y Eyberg, 2004), lesión cerebral traumática (Cohem, Heaton, Ginn y Eyberg, 2012) y nacimiento prematuro (Bagner, Sheinkopf, Vohr y Lester, 2010). Así, se dispone de

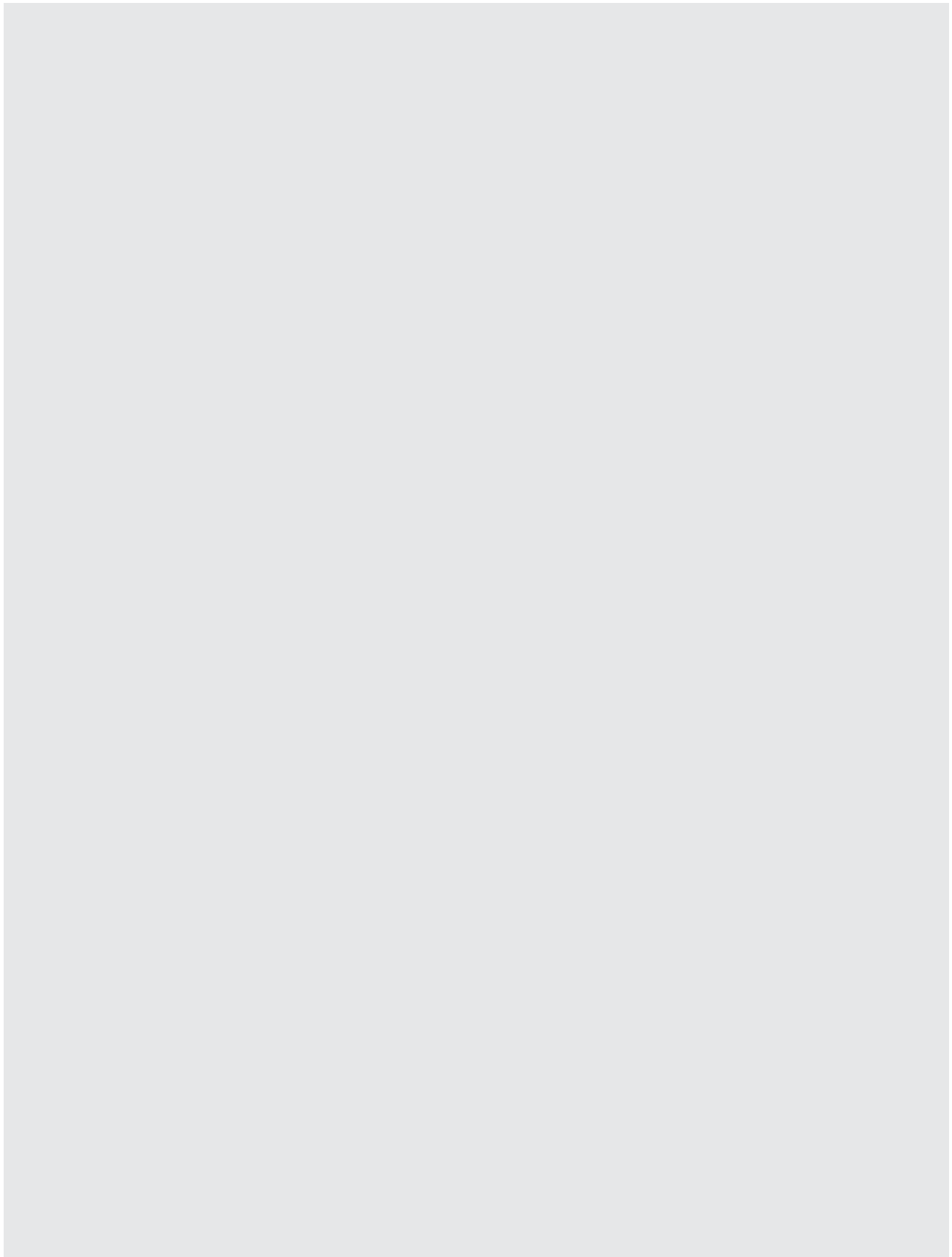
evidencias abrumadoras acerca de que la TIPH se puede adaptar y ajustar a la medida de cada cliente para reducir problemas conductuales y emocionales de niños.

La TIPH también se ha empleado con poblaciones que han vivido maltrato para reducir los problemas conductuales y la reincidencia del abuso infantil. Timmer, Urquiza, Zebell y McGrath (2005) informaron la reducción de problemas de conducta infantil, estrés parental y el riesgo de abuso infantil después de que una muestra de padres maltratadores terminó el programa de la TIPH con sus hijos. Chaffin y colaboradores (2004) encontraron que las familias que concluyeron la TIPH informaron una disminución de 30% de abuso físico en la familia en comparación con las familias que estuvieron en un grupo de padres comunitario convencional. La TIPH también se ha usado con niños que viven en hogares sustitutos, y no se han encontrado diferencias en la eficacia de la TIPH cuando hay un padre sustituto y cuando hay padres biológicos no maltratadores (Timmer, Urquiza y Zebell, 2006). Tomados en conjunto, estos estudios resaltan los efectos significativos de la TIPH en niños que han vivido experiencias de maltrato.

Se dispone de numerosas investigaciones que apoyan el uso de la TIPH con familias con antecedentes diversos que presentan una amplia variedad de problemas conductuales y emocionales. Sin embargo, aún se requieren más para que podamos comprender mejor esta intervención. Un área para la futura investigación son la familia y el terapeuta como factores que influyen en los índices de abandono y en los resultados del tratamiento. Por ejemplo, a pesar de su éxito abrumador para tratar niños con diversos trastornos psicológicos y conductuales, el abandono en la TIPH sigue siendo alto (McNeil y Hembree-Kigin, 2010; Werba, Eyberg, Boggs y Algina, 2006). Se ha encontrado que factores como quedar inscrito en una lista de espera, el estrés parental y los comentarios parentales críticos/sarcásticos durante las interacciones padres-hijos se relacionan con índices más altos de abandono (Harwood y Eyberg, 2004). En un intento para evitar los altos índices de abandono, se han examinado las variables del terapeuta relacionadas con el éxito del tratamiento. Examinando tres variables del proceso integral terapéutico, los investigadores han podido predecir los índices de terminación versus abandono después de sólo 30 minutos de interacción terapeuta-cliente (Harwood y Eyberg, 2004). En la entrevista de evaluación y en las primeras sesiones de asesoría, la mayor cantidad de comentarios facilitadores por parte del terapeuta, menor cantidad de comentarios de apoyo y una tasa menor de cuestionamientos se relacionaron con índices mayores de terminación (Harwood y Eyberg, 2004). Estos hallazgos indican que el éxito de la TIPH puede tener una relación significativa con las variables de la interacción terapeuta-cliente.

También se requiere comprender mejor las maneras más eficaces para entrenar a los terapeutas y difundir la TIPH para garantizar que los terapeutas ofrezcan servicios de la mayor calidad. Por último, es necesario hacer más investigaciones para examinar la eficacia de la TIPH en los centros comunitarios de salud mental, en tanto que, hasta ahora, la mayoría se han llevado a cabo en contextos universitarios. Hay incontables áreas más para la investigación en el futuro que mejorarían nuestra comprensión de la TIPH, las poblaciones con las que es eficaz y la manera de implementarla con las

familias.



CONCLUSIÓN

Para fortalecer a las familias de niños diagnosticados con trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta, y evitar pobres resultados en su futuro, se debe implementar un tratamiento eficaz en las clínicas de salud mental comunitarias. Algunos tratamientos disponibles se limitan a ofrecer al niño terapia individual. Otros recurren a tratamientos que cuentan con un manual sin individualizar las sesiones de acuerdo con las necesidades específicas del niño. Aunque la reducción de los problemas de conducta infantil sigue siendo prioritaria para los terapeutas y las familias que buscan tratamiento, ambos pueden pasar por alto todo el potencial que implica la participación de los padres en la terapia para moldear la dinámica familiar. Además, un tratamiento enfocado en las fortalezas y desafíos de una familia particular mejora la eficacia general del tratamiento para el niño y para los cuidadores (McNeil y Hembree-Kigin, 2010).

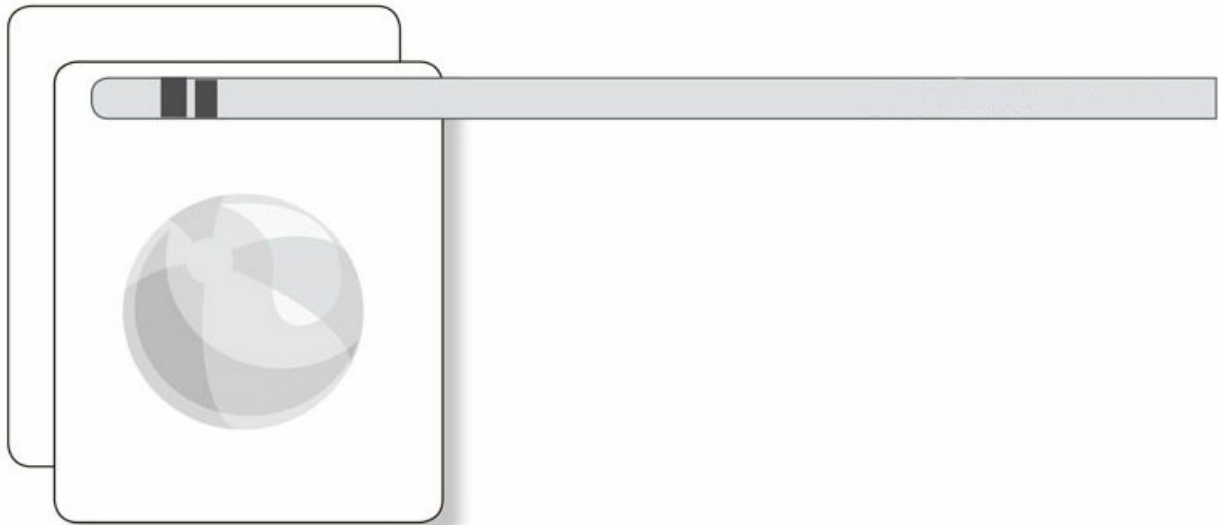
La TIPH es un programa de entrenamiento parental con sustento empírico que se enfoca en reducir las conductas problemáticas infantiles a través de la terapia de juego. La TIPH ha demostrado su eficacia para tratar familias con niños que presentan conductas problemáticas graves, mientras que la investigación más reciente muestra los resultados positivos de este tratamiento en diversos grupos de padres y niños. Como se destacó antes, la TIPH ha demostrado ser eficaz con niños que presentan una amplia variedad de problemas conductuales y emocionales y que provienen de familias con antecedentes culturales y étnicos muy diversos. Las características propias de la TIPH, en especial sus fundamentos de las técnicas de terapia de juego, ha permitido que se establezcan relaciones positivas y límites firmes en las familias a pesar de las dificultades y las diferencias. La TIPH aborda componentes clave que promueven la estructura y la atmósfera positiva necesaria para que el niño crezca en casa, la escuela y la comunidad.

■ REFERENCIAS

- Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E., Coelman, F. G., Boer, F., & Lindauer, R. L. (2012). Parent-child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*, 24. doi:10.1186/1753-2000-6-24.
- Bagner, D., & Eyberg, S. M. (2007). Parentchild interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 36*(3), 418–429.
- Bagner, D., Fernandez, M., & Eyberg, S. M. (2004). Parentchild interaction therapy and chronic illness: A case study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 11*(1), 1–6.
- Bagner, D. M., Rodríguez, G. M., Blake, C. A., & Rosa-Olivares, J. (2013). Home-based preventive parenting intervention for at-risk infants and their families: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(3), 334–348.
- Bagner, D. M., Sheinkopf, S. J., Vohr, B. R., & Lester, B. M. (2010). Parenting intervention for externalizing behavior problems in children born premature: An initial examination. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 31*(3), 209–216.
- Bjorseth, A., & Wormdal, A. K. (2005). Parentchild interaction therapy in Norway. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 42*(8), 693–699.
- Blair, C., & Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology, 20*(3), 899–911.
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edwards, D., Rayfield, A., Jacob, J., Bagner, D., & Hood, K. H. (2004). Outcomes of parentchild interaction therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child & Family Behavior Therapy, 26*(4), 1–22.
- Borrego, J., Anhalt, K., Terao, S., Vargas, E., & Urquiza, A. J. (2006). Parent-child interaction therapy with a spanish-speaking family. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*(2), 121–133.
- Brestan, E. V., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1997). Parent-child interaction therapy: Parent perceptions of untreated siblings. *Child and Family Behavior Therapy, 19*, 13–28.
- Capaldi, D. M., & Clark, S. (1998). Prospective family predictors of aggression toward female partners for at-risk young men. *Developmental Psychology, 34*(6), 1175–1188.
- Chaffin, M., Silovsky J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T.,...Bonner, B. L. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 500–510.
- Chen, Y. (2010). *Application of parent-child interaction therapy to parents at high risk for child physical abuse in Taiwan* (Research Report NSC 98-2410-H-194-026). National Science Council of Taiwan, Taipei.
- Coghill, D. (2013). Editorial: Do clinical services need to take conduct disorder more seriously? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(9), 921–923.
- Cohen, M. L., Heaton, S. C., Ginn, N., & Eyberg, S. M. (2012). Parent-child interaction therapy as a family-oriented approach to behavioral management following psychiatric traumatic brain injury: A case report. *Journal of Pediatric Psychology, 37*(3), 251–261.
- Comer, J. S., Furr, J. M., Cooper-Vince, C., Madigan, R. J., Chow, C., Chan, P. T.,...Eyberg, S. M. (in press). Rationale and considerations for the Internet-based delivery of parent-child interaction therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. (2011). *Parent-child interaction therapy protocol*. Gainesville, FL: PCIT International.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B., Hembree-Kigin, T., McNeil, C. B., Querido, J., & Hood, K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy, 23*(4), 1–20.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Duke, M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based treatments for child and adolescent disruptive behavior disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 213–235.

- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Ginn, N. C., Bhuiyan, N., & Boggs, S. R. (2013). *Dyadic parent-child interaction coding system: Comprehensive manual for research and training* (4th ed.). Gainesville, FL: PCIT International.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Behavior Inventory-revised: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1982). Parent-child interaction training: Effects on family functioning. *Journal of Clinical Child Psychology, 11*, 130–137.
- Fernandez, M., Butler, A., & Eyberg, S. M. (2011). Treatment outcome for low socioeconomic status African American families in parent-child interaction therapy: A pilot study. *Child & Family Behavior Therapy, 33*(1), 32–48.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Funderburk, B.W., Ware, L. M., Altshuler, E., & Chaffin, M. (2008). Use and feasibility of telemedicine technology in the dissemination of parent-child interaction therapy. *Child Maltreatment, 13*(4), 377–382.
- Galanter, R., Self-Brown, S., Valente, J. R., Dorsey, S., Whitaker, D. J., Bertuglia-Haley, M., & Prieto, M. (2012). Effectiveness of parent-child interaction therapy delivered to at-risk families in the home setting. *Child & Family Behavior Therapy, 34*(3), 177–196.
- Goldfine, M. E., Wagner, S. M., Branstetter, S. A., & McNeil, C. B. (2008). Parent-child interaction therapy: An examination of cost effectiveness. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 5*(1), 119–141.
- Harwood, M., & Eyberg, S.M. (2004). Effect of therapist process variables on treatment outcome for parent-child interaction therapy. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 601–612.
- Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(3), 419–429.
- Kassel, J. (Ed.). (2010). *Substance abuse and emotion*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kern, L., & State, T. (2008). Oppositional defiant and conduct disorders. En M. Hersen & D. Reitman (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment: Vol. 2. Children and adolescents* (pp. 292–316). Hoboken, NJ: Wiley.
- Leung, C., Tsang, S., Heung, K., & Yiu, I. (2009). Effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) among Chinese families. *Research on Social Work Practice, 19*(3), 304–313.
- Leung, C., Tsang, S., Sin, T. C. S., & Choi, S. (2014, January 16). The efficacy of parent-child interaction therapy with Chinese families: Randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice, 1*–12.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1468–1484.
- Luby, J. L. (2009). Early childhood depression. *American Journal of Psychiatry, 166*(9), 974–979.
- Lyons, J. S., Baerger, D. R., Quigley, P., Erlich, J., & Griffin, E. (2001). Mental health service needs for juvenile offenders: A comparison of detention, incarceration, and treatment settings. *Children's Services: Social Policy, Research, & Practice, 4*(2), 69–85.
- Masse, J. J., & McNeil, C. B. (2008). In-home parent-child interaction therapy: Clinical considerations. *Child & Family Behavior Therapy, 30*(2), 127–135.
- Matos, M., Bauermeister, J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process, 48*(2), 232–252.
- Matos, M., Torres, R., Santiago, R., & Jurado, M. (2006). Adaptation of Parent-child interaction therapy for Puerto Rican families: A preliminary study. *Family Process, 45*(2), 205–222.
- McCabe, K., Yeh, M., Lau, A., & Argote, C. (2012). Parent-child interaction therapy for Mexican Americans: Results of a pilot randomized clinical trial at follow-up. *Behavior Therapy, 43*(3), 606–618.
- McCabe, K. M., & Yeh, M. (2009). Parent-child interaction therapy for Mexican Americans: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*(5), 753–759.
- McNeil, C. B., Eyberg, S. M., Eisenstadt, T. H., Newcomb, K., & Funderburk, B.W. (1991). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*, 140–151.

- McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L., (2010). *Parent child interaction therapy* (2nd ed.). New York, NY: Springer Science & Business Media.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2000). *The mental health of children and adolescents in Great Britain*. London, England: The Stationary Office.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 703–713.
- PCIT. *PCIT international training guidelines*. Recuperado de: <http://www.pcit.org/training-guidelines>
- Pearl, E., Thieken, L., Olafson, E., Boat, B., Connelly, L., Barnes, J., & Putnam, F. (2012). Effectiveness of community dissemination of parent–child interaction therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 204–213.
- Phillips, J., Morgan, S., Cawthorne, K., & Barnett, B. (2008). Pilot evaluation of parent–child interaction therapy delivered in an Australian community early childhood clinic setting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(8), 712–719.
- Pincus, D., Santucci, L., Ehrenreich, J., & Eyberg, S. M. (2008). The implementation of modified parent–child interaction therapy for youth with separation anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 118–125.
- Solomon, M., Ono, M., Timmer, S. G., & Goodlin-Jones, B. (2008). The effectiveness of parent–child interaction therapy for families of children on the autism spectrum. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 38, 1767–1776.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., & Zebell, N. (2006). Challenging foster caregiver-maltreated child relationships: The effectiveness of parent–child interaction therapy. *Children and Youth Services Review*, 28(1), 1–19.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., & McGrath, J. M. (2005). Parent–child interaction therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse & Neglect*, 29, 825–842.
- Ware, L. M., McNeil, C. B., Masse, J., & Stevens, S. (2008). Efficacy of in-home parent-child interaction therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(2), 99–126.
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Werba, B., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (2006). Predicting the outcome of parent–child interaction therapy: Success and attrition. *Behavior Modification*, 30, 618–646.
- Wilsie, C. C., & Brestan-Knight, E. (2012). Using an online viewing system for parent–child interaction therapy consulting with professionals. *Psychological Services*, 9(2), 224–226.



Capítulo 18

DIR®/Floortime™: Enfoque de desarrollo/relacional de la terapia de juego para el tratamiento de niños con retrasos en el desarrollo, incluyendo el trastorno del espectro autista (TEA) y las dificultades del procesamiento sensorial

Esther B. Hess

El juego es un fenómeno complejo que la mayoría de los niños practican de manera natural; pasan por las distintas etapas del desarrollo del juego y añaden complejidad, imaginación y creatividad a sus procesos de pensamiento y acciones. Desde la perspectiva del desarrollo, el juego evoluciona a lo largo de la infancia; comienza por la interacción sensoriomotriz con el mundo físico y culmina con la capacidad de representar el mundo de manera simbólica a nivel interno. El juego libera al niño de las restricciones físicas, temporales y espaciales, y le ofrece posibilidades ilimitadas de actuar “como si.” En combinación con la capacidad de adoptar la perspectiva de los demás (teoría de la mente) y de proyectar los atributos humanos en objetos inanimados, el juego típico de los niños promueve el compromiso, la reciprocidad y el pensamiento creativo con los cuidadores y otros niños.

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

Para muchos niños con trastorno del espectro autista (TEA) y dificultades en el procesamiento sensorial, es difícil alcanzar las distintas etapas del juego. Problemas con la planeación motriz, la comunicación expresiva y receptiva, la imitación y los movimientos motores finos y gruesos son sólo algunos de los numerosos obstáculos que los niños con TEA se encuentran al jugar (Mastrangelo, 2009).

POR QUÉ EL JUEGO ES ADECUADO

Para apreciar en toda su dimensión el juego de los niños en el trastorno del espectro autista, es importante considerar las distintas funciones que el juego desempeña en el desarrollo. Primero, desde el punto de vista cognitivo, la manipulación, organización y uso posterior de objetos para representar personas, lugares y cosas en el mundo real e imaginario ayudan a los niños a desarrollar un modelo de trabajo para comprender y resolver problemas. Segundo, desde el punto de vista social, jugar con objetos e ideas, primero en solitario y luego en compañía, ayuda a los niños a conectarse con los demás. Tercero, desde el punto de vista emocional, el juego permite explorar y expresar sentimientos positivos y negativos. Por último, desde el punto de vista del lenguaje y el alfabetismo, el juego ofrece oportunidades para desarrollar habilidades narrativas y de historización, las cuales contribuyen a la consciencia autobiográfica (Habermas y Bluck, 2000) y, a su vez, esto contribuye al desarrollo de las conexiones sociales. Es erróneo pensar que los niños con trastorno del espectro autista no juegan en absoluto, que no son capaces de simular y que no participan en el juego social ni disfrutan el juego de ningún modo verificable (Boucher y Wolery, 2003). La investigación actual apunta con optimismo al potencial de los niños con retrasos en el desarrollo para aprender cómo jugar. Por ejemplo, la investigación de Kasari (2010) sobre el compromiso recíproco en los niños sugiere que hay mejoras significativas en la participación conjunta, la atención compartida y la diversidad de acciones de juego funcional cuando la intervención se enfoca en el desarrollo de rutinas de juego en las que un adulto sigue los intereses del niño y luego ayuda a ampliar sus actividades lúdicas. Si el juego significativo es posible con niños que presentan retrasos en el desarrollo, entonces la pregunta que surge es ¿qué clase de intervención basada en el juego ayuda a obtener lo mejor de los niños con necesidades especiales para crear el potencial necesario en las relaciones recíprocas?

TEORÍAS IDÓNEAS PARA TRABAJAR CON ESTA POBLACIÓN

Hay varios enfoques teóricos para trabajar con los retrasos en el desarrollo; este capítulo se enfoca exclusivamente en la perspectiva de desarrollo/relacional, DIR/Floortime. Este enfoque del desarrollo se realiza con base en los trabajos pioneros de los principales teóricos del desarrollo como Piaget, Vygostky, Erikson y Kohlberg. En este enfoque, la conducta y el aprendizaje se consideran en el contexto más amplio del desarrollo o los procesos de cambio. En 1997, la evidencia mostró por primera vez que el enfoque DIR/Floortime era promisorio, cuando el Dr. Greenspan y su colega, el Dr. Wieder, revisaron 200 gráficas de niños que en un principio habían sido diagnosticados con trastorno del espectro autista. La meta de esta revisión fue encontrar los patrones de los síntomas, las dificultades subyacentes en el procesamiento, el desarrollo temprano y la respuesta a la intervención con el fin de generar hipótesis para futuros estudios. La revisión de las gráficas sugirió que muchos niños con diagnóstico de TEA, mediante la intervención apropiada, fueron capaces de mostrar empatía, reciprocidad afectiva, pensamiento creativo y relaciones sanas con pares (Greenspan y Wieder, 1987). Los resultados de los 200 casos llevaron a Greenspan y Wieder a publicar en el año 2000 la descripción completa del modelo DIR/Floortime (ICDL, 2000).

Los programas de terapia de juego del desarrollo como DIR/Floortime, en contraste con los enfoques conductistas, miden conductas específicas y capacidades subyacentes previamente identificadas, junto con el progreso evidente en una compleja serie de patrones conductuales interactivos (Cullinane, 2011).

Los modelos del desarrollo hacen hincapié en las diferencias individuales del procesamiento y en la necesidad de diseñar intervenciones con base en el perfil biológico de los niños, así como en las características de la relación entre padres e hijos. Debido a que ambos factores son complejos y hay una gran variedad en los procesos neurológicos en la población, la investigación sobre la eficacia del marco de referencia del desarrollo ha avanzado examinando los subcomponentes del enfoque global. Estos subcomponentes se pueden resumir atendiendo a los tres aspectos principales del enfoque DIR/Floortime:

D: se refiere al marco de referencia del **desarrollo**.

I: se refiere a las diferencias **individuales**, subyacentes, neurológicas del un niño.

R: se refiere a la **relación** y a las subsiguientes interacciones afectivas.

D: El marco de referencia del desarrollo

Los enfoques del desarrollo buscan medir los siguientes cambios en el individuo:

- Capacidad de atención compartida.
- Capacidad de crear relaciones cálidas, íntimas y de confianza.
- Capacidad para **iniciar** (más que responder) acciones intencionales, compromiso social y comunicación espontánea.
- Capacidad para participar en interacciones **recíprocas** (de dos sentidos, mutuas) en distintos estados emocionales.
- Capacidad para resolver problemas mediante un proceso de corrección, lectura, respuesta y adaptación a los sentimientos de los demás.
- Capacidad de creatividad.
- Pensamiento lógico sobre la motivación y las perspectivas de los demás.
- Desarrollo de un conjunto de valores internos personales.

I: Diferencias neurológicas, individuales, subyacentes del procesamiento

En 1979, el terapeuta ocupacional Jean Ayres hizo descubrimientos pioneros acerca del modo en que las capacidades de procesamiento sensorial de los niños pueden impactar la manera en que aprenden y se integran a su mundo (Ayres, 1979). Esta idea revolucionaria brindó una nueva forma de comprender la importancia del movimiento y las conductas regulatorias en niños y ofreció las primeras explicaciones acerca de algunas de las conductas más inquietantes que afectan a niños con dificultades del desarrollo como los trastornos del espectro autista. En los últimos 40 años, una gran cantidad de investigaciones han arrojado luz sobre el impacto de las diferencias biológicas en relación con el procesamiento sensoriomotor y su impacto en la regulación emocional. Además, este trabajo mostró que intervenciones terapéuticas específicas pueden influir y cambiar las diferencias biológicas.

Los modelos de desarrollo hacen hincapié en las diferencias individuales y en la necesidad de diseñar intervenciones de acuerdo con el perfil particular del niño y las características singulares de la interacción padres-hijos. En 2001, el Consejo Nacional de Investigación de la Academia Nacional de Ciencias de EUA respaldó la primera parte de esta afirmación al publicar un informe titulado “Educating Children With Autism” [Educar niños con autismo]. En este informe, el consejo pidió que se diseñen tratamientos que se ajusten al perfil biológico único de cada niño (Committee on Educational Intervention for Children with Autism, 2001). Lillas y Turnbull (2009) respaldaron la segunda parte de la afirmación al describir la manera en que los sistemas sensoriales del cerebro influyen en toda la conducta del niño. Sugieren que las capacidades sensoriales de un niño están determinadas genéticamente para responder a la interacción humana y que están en relación directa con las expresiones táctiles, faciales, vocales y de movimiento del cuidador. Las interacciones niño-cuidador y las actividades sensoriales crean redes de células nerviosas y vías neuronales en el desarrollo del cerebro del niño.

El intercambio que tiene lugar durante las interacciones lúdicas niño-cuidador constituye un lazo continuo de transformaciones sensoriomotrices.

R: Relación y afecto

Los modelos de terapia del desarrollo han evolucionado con base en muchos años de descubrimientos en el campo de la salud mental infantil. A principios de la década de 1950, surgió una nueva comprensión de la importancia de la interacción cuidador-niño (Bowlby, 1951). Partiendo de estos conceptos, el Dr. Greenspan y su colega, el Dr. Wieder, empezaron a trabajar estudiando la interacción de diadas madre-hijo en riesgo de problemas de apego (National Center for Clinical Infant Programs, 1987). Después, han habido numerosas investigaciones que confirman la importancia de la interacción cuidador-niño y el valor de los programas de intervención que se enfocan en apoyar la relación cuidador-niño, sobre todo en las áreas de la atención compartida y la sintonización emocional (Mahoney y Peralies, 2004). En 2006, Gernsbacher publicó un artículo que muestra el modo en que la intervención entre el cuidador y el niño puede cambiar la manera en que los cuidadores interactúan y aumentar la reciprocidad; también encontró que estos cambios tenían una correlación positiva con los cambios en el compromiso social y en el lenguaje del niño. En 2008, Connie Kasari y sus colaboradores de la Universidad de California-Los Angeles (Kasari, Paparella, Freeman y Jahromi, 2008) realizaron una prueba aleatoria controlada para observar la atención compartida y el juego simbólico de 58 niños con trastorno del espectro autista. Los resultados indicaron que las mejoras en el lenguaje expresivo fueron mayores en los grupos de tratamiento, con los cuales se utilizó un modelo de desarrollo, en comparación con el grupo control, que recibió un tratamiento basado exclusivamente en los principios conductuales. La evidencia continúa dando apoyo a las intervenciones mediadas por el cuidador como eficaces para tratar niños afectados por el trastorno del espectro autista. En una revisión de la literatura, que contempló sólo pruebas controladas aleatorias, se encontró evidencia de los cambios positivos en los patrones de interacción cuidador-niño y en la sincronía del cuidador, se encontraron indicadores de mejoras en la comprensión del lenguaje y de reducción de la gravedad de las características del trastorno del espectro autista (The Cochrane Collaboration, 2013). Además, en una revisión más extensa de cerca de 1 000 artículos se encontró evidencia en favor de la “intervención implementada por el cuidador.” Hay estudios que están documentando la importancia de la relación clave en la vida del niño como objetivo de la intervención (Wong et al., 2013).

El tiempo en el piso es el centro del modelo DIR/Floortime, y constituye el componente de terapia de juego de un programa integral para bebés, niños y adolescentes (y sus familias) que tienen distintas dificultades de desarrollo, como el trastorno del espectro autista y dificultades de procesamiento. Este modelo se enfoca en mejorar los niveles de desarrollo emocionales funcionales del niño y en abordar las diferencias

neurológicas individuales subyacentes en la capacidad de procesamiento. Al hacerlo, crea las relaciones de aprendizaje que los niños requieren para avanzar en su desarrollo. A su vez, estas relaciones se diseñan de acuerdo con las diferencias neurológicas individuales de los niños, lo cual ofrece la oportunidad para que avancen en términos de desarrollo y dominen cada una de las capacidades emocionales funcionales (Greenspan, 2010). Como se mencionó, el punto central de este capítulo es el componente de tiempo en el piso, que ayuda a los cuidadores a crear un estilo de vida con el potencial para establecer una relación recíproca con sus niños. Se incluirán ejemplos de casos y recomendaciones para superar las conductas problemáticas con el fin de ayudar al terapeuta y al cuidador a comenzar el régimen de Floortime y a saber qué hacer si alguno de ellos o el niño se sienten “atorados” en el juego. Además, a lo largo de este capítulo se expondrá con mayor amplitud las implicaciones de trabajar desde la perspectiva del desarrollo con poblaciones que tienen necesidades especiales.

Por último, en este capítulo se incluye un resumen de la evidencia obtenida en investigaciones actuales que apoya esta intervención de juego basada en el desarrollo y la relación cuidador-niño en casos donde se presentan retrasos del desarrollo, como el trastorno del espectro autista y las dificultades de procesamiento.

MODELO FLOORTIME

Floortime es una técnica específica en la que el compañero de juego, por lo general el cuidador, recibe la indicación de sentarse en el piso y trabajar con el niño para que éste adquiera dominio de cada una de las capacidades de desarrollo. Para representar con justicia el modelo, se requiere pensar en Floortime de dos maneras (ICDL, 2000):

1. Como una técnica específica en que los cuidadores se sientan en el piso para jugar con su niño durante 20 o más minutos en cada ocasión.
2. Como una filosofía general que guía todas las interacciones del cuidador con el niño. Todas las interacciones deben incorporar las características y metas de Floortime, incluyendo la comprensión de las diferencias emocionales, sociales e intelectuales del niño en el funcionamiento motor, sensorial y de lenguaje, así como el funcionamiento y los patrones de interacción del niño, el cuidador y la familia.

La definición de *Floortime* está dividida en dos áreas. Una se refiere a seguir al niño en las actividades que realice; la otra es unirse a él en su mundo y luego traerlos a un mundo compartido para ayudarlo a dominar cada una de las capacidades de desarrollo emocionales funcionales (Greenspan y Wieder, 1999). Estos aspectos importantes trabajan en conjunto de una manera sencilla y, en otras ocasiones parecen ser puntos opuestos de un continuo. Es crucial tener consciencia de estas dos polaridades, tendencias o dimensiones de Floortime, porque un elemento alienta la participación inicial del niño en una relación potencialmente recíproca, mientras que el otro alienta la ampliación y el desarrollo de la “semilla” inicial de una idea en un aprendizaje y pensamiento potenciales de alto nivel.

Seguir al niño

El aspecto más conocido de Floortime es **seguir al niño**, lo cual significa aprovechar sus intereses naturales. Sin embargo, ¿eso qué significa con exactitud? Al seguir los intereses del niño, damos los primeros pasos para conseguir lo que se ha denominado una **gran cita** con él, en otras palabras, crear una experiencia emocional que lo valide. ¿Cuáles son los elementos de una gran cita? Para la mayoría de nosotros, incluye estar en compañía de alguien atento, disponible y divertido. Y cuando estamos con una persona que incorpora todos estos elementos de afirmación emocional, evidentemente queremos que la cita continúe para siempre. A la inversa, si estuvimos en una mala cita con alguien que no nos hace sentir bien con nuestras experiencias o con nosotros mismos, casi siempre intentamos escapar del encuentro lo más pronto posible. Seguir el juego del niño significa tomar la semilla de sus ideas y convertirlas en la base de la experiencia que el cuidador está a punto de compartir con él. En realidad, esto alienta al niño para permitir la entrada al adulto en su vida emocional. Al hacer caso de los intereses del niño y comprender sus deseos naturales, el cuidador obtiene una idea de lo que el pequeño disfruta. Un niño que

se siente comprendido y reafirmado puede mantenerse regulado y participativo por más tiempo, aprende de sus experiencias y, en última instancia, avanza en su desarrollo (Hess, 2009).

Ejemplo de caso

James, un niño de 6 años de edad con retrasos del desarrollo, parece incapaz de salir de su casa sin sostener un palo. Esto es un poco inadecuado y es algo que un padre quisiera que terminara. Sin embargo, este objeto tiene cierto significado para el niño. El terapeuta necesita ayudar a los padres a pensar en el palo simplemente como un accesorio que facilita la interacción. El terapeuta guía al padre de James para empezar a preguntarse por qué este palo es tan importante para su hijo. Se trata de cuestionar por qué y no sólo atribuir esta conducta al retraso de desarrollo del niño. Esta idea no sólo es muy cerrada, sino que no ayuda a comprender las causas que subyacen en la conducta rara. La clave para comprender a cualquier niño es seguirlo en sus actividades como un punto de entrada a su mundo, creando así una conexión emocional potencial y una relación que nos permite traer al niño a una experiencia compartida de validación. El papá de James recibe asesoría para ajustarse a las conductas de su hijo y toma su propio palo, al tiempo que trata de reproducir los movimientos de su hijo. Entonces, el terapeuta guía al papá para ampliar los movimientos iniciales e incluir algo más apropiado en términos sociales y mutuos. Empieza tomando los dos palos y simula hacer una cerca con ellos. El niño tolera bien esta simulación. Animado, el papá ahora sube la apuesta y ayuda a su hijo a entrar en el mundo de simbolismo simulando que él y el niño son caballeros con una armadura brillante que defienden el castillo.

En este caso, los dos principios de Floortime operan. Aceptamos al niño y su objeto amado, sabiendo que hay algo de valor intrínseco en la relación del niño con ese objeto. (Más adelante, hablaré en relación con el modo en que las diferencias individuales neurológicas subyacentes de procesamiento con frecuencia determinan la elección del niño de jugar y, o pelear.) También alentamos al niño a salir de su mundo predilecto de aislamiento en favor de una experiencia en la que su idea original de sostener un palo se transformó mágicamente en una experiencia compartida de juego.

Entrar en el mundo del niño

Seguir el juego del niño es sólo la mitad de esta dinámica a la que llamamos Floortime. La otra mitad implica entrar en el mundo del niño y llevarlo a una experiencia emocional compartida con el fin de ayudarlo a dominar las capacidades emocionales y funcionales de desarrollo. Estos son los bloques de construcción del desarrollo emocional, social, intelectual y de lenguaje. Cuando hablamos acerca de **capacidades funcionales emocionales**, nos referimos a las bases para relacionarse, comunicarse y pensar (Greenspan, 2010).

Empezamos entrando en el mundo del niño como la vía para llevarlos a un mundo compartido con nosotros en el que podamos enseñarles y ayudarlos a concentrarse y poner atención. El siguiente paso es aprender cómo relacionarse con otra persona con verdadera calidez, cómo ser propositivo y tomar iniciativas, y cómo tener una comunicación de ida y vuelta por medio de movimientos y gestos y, con el tiempo, de palabras. Queremos enseñarle a resolver problemas y hacerlos participar en interacciones continuas y secuenciadas con su ambiente y las personas que hay en él. Queremos enseñarle al niño la manera de usar sus ideas con creatividad, la cual se presta para acceder a las ideas siguiendo la lógica y luego avanzar en el desarrollo hasta que el niño no sólo las use de modo lógico, sino también que muestre un alto grado de pensamiento reflexivo. A su vez, un alto nivel de pensamiento reflexivo puede llevar a la capacidad de ser empático y comprender el mundo que lo rodea, de modo que pueda evaluar sus pensamientos y sentimientos. Una vez que la interacción es recíproca y hay un ritmo agradable de ida y vuelta, incluyendo la atención, la participación y la comunicación propositiva, entonces necesitamos trabajar para garantizar que la comunicación siga ampliándose.

Lo más difícil para un niño con problemas del desarrollo como el TEA es tomar parte de la comunicación de ida y vuelta que avanza en un flujo continuo de expresiones verbales y no verbales. Para alcanzar esta meta, el terapeuta tiene que crear numerosos obstáculos que le impidan alejarse al niño para que se vea obligado a interactuar con él de manera continua para obtener lo que desea.

No todos los niños logran alcanzar el nivel más alto del pensamiento reflexivo, pero casi todos pueden avanzar, dominar sus capacidades de desarrollo emocionales funcionales en relación con el crecimiento óptimo social, emocional, intelectual, lingüístico y académico (Greenspan, 2001). Una de las inquietudes que los terapeutas expresan es si DIR/Floortime se puede aplicar a los niños que tienen formas moderadas o graves de retrasos del desarrollo. La respuesta directa es sí, incluso con niños que han sido gravemente afectados por estos retrasos, con el apoyo indicado, el terapeuta puede ayudarlo a mejorar.

Ejemplo de caso

Aunque Janey tiene 5 años de edad, su edad de desarrollo actual es de alrededor de 6 meses. No cuenta con un lenguaje funcional y no parece tener interés o capacidad de jugar con juguetes. Además del diagnóstico de retraso grave del desarrollo, también se encontró en ella un retraso intelectual grave. Ella entra en el cuarto de juego sin propósito, es incapaz de participar en algo o con alguna persona por un tiempo relativamente extenso. Como es característico en los niños con TEA, Janey sacude los brazos en un ademán autoestimuladorio con un patrón horizontal continuo.

La dificultad del terapeuta que a menudo enfrenta al trabajar con niños gravemente afectados es determinar cómo seguirlo cuando parece no ser capaz de ofrecer algo en qué seguirlo. Éste es el arte de Floortime. No se puede hacer Floortime, la parte de terapia de juego de esta intervención, a menos que se comprendan las razones subyacentes y potencialmente responsables del retraso del niño. Aquí es donde comprender el sentido de DIR (la capacidad de desarrollo del niño, las diferencias individuales, neurológicas subyacentes del procesamiento, y cómo emplear la relación del niño con el mundo para llevarlo a una experiencia compartida) crea un mapa para futuras intervenciones. Al comprender el DIR del niño, el terapeuta sabe cómo y por dónde entrar en su mundo de modo que cree experiencias de validación (p. ej., una gran cita). Para hacer avanzar al niño en términos de desarrollo de un pensamiento más complejo, a pesar de los retrasos intelectuales evidentes, tenemos que asegurarnos de que poseen la capacidad básica de ser regulado y mantenerse participativo (Hess, 2012).

Debido a que Janey sólo ofrece la posibilidad de seguir el movimiento de su mano, aquí es donde el terapeuta debe comenzar la interacción. De manera lúdica, la terapeuta pone las manos en el camino de los movimientos autoestimuladorios de brazos y piernas. La terapeuta no va al encuentro del juego pensando en que está con una niña de 5 años; en su lugar, se une a Janey al nivel de sus capacidades de desarrollo. En la mente de la terapeuta, está jugando con una niña de 6 meses de edad y, por lo tanto, debe ajustar sus intervenciones y sus expectativas para que se ajusten a esta niña al tiempo que usa su relación para apoyarla a abordar las dificultades subyacentes en el procesamiento. A medida que la terapeuta hace más lentos los movimientos de sacudir las extremidades, crea una apertura regular y un ritmo de cierre para lo que un momento antes fue un ademán caótico. Conforme el terapeuta reduce la velocidad y regula el ritmo de la actividad, también usa su voz y sus expresiones faciales para crear un encuentro afectivo. Empieza a cantar una canción clásica para niños. De pronto, Janey, quien hasta ese momento parecía incapaz de concentrarse y poner atención, mira con curiosidad la cara de la terapeuta.

Parece estar intrigada y sentir curiosidad. La terapeuta acaba de enseñar a esta niña su primer juego fundamental “pasar la mano por el pastel.” La edad de desarrollo de esta niña y, en consecuencia, su capacidad para ser pensadores más complejos han mejorado dentro de las sesiones de terapia de juego de los 6 a los 9 meses de edad.

Del seguimiento del niño al dominio de habilidades

¿Cómo utilizamos el **seguir al niño** para movilizarlo y en verdad ayudarlo a dominar estos hitos del desarrollo? Para que el niño domine la primera etapa de la atención compartida, cuando se aleja, por ejemplo, de nuestra interacción con él, se puede recurrir a un juego en el que el compañero se coloca enfrente del niño, de modo que no pueda salir de la interacción. Este bloqueo lúdico exige al niño participar en la actividad junto con el terapeuta aun cuando dé señales de irritación. Esto sentará las bases del primer acto de atención compartida. Entonces, se espera que el terapeuta aumente la apuesta creando más obstáculos lúdicos (como pedir un boleto o un vale antes de que el terapeuta desbloquee el camino del niño). Este tipo de maniobras crean múltiples oportunidades para la atención compartida, así como la participación sostenida, porque el niño en todo momento tiene que comportarse en relación con el terapeuta. Es interesante que éste también sea el principio de la acción intencional, porque el niño trata de quitar los obstáculos (en este caso, el terapeuta) de su camino. A medida que el niño sigue intentando retirar el obstáculo de su camino, el terapeuta juega en silencio, obligando así a que el niño resuelva un problema. Éstas se denominan **estrategias lúdicas obstructivas**, y se utilizan con los niños que menos parecen perseguir un objetivo o con los más evitativos (Greenspan, 2010).

Ejemplo de caso

Un niño de 5 años de edad de nombre Ian, afectado por un grado moderado del trastorno del espectro autista, entra al cuarto de juego y parece distraído al levantar un gis para después dejarlo caer de manera azarosa en el piso. Antes, su madre había expresado su preocupación porque su hijo no muestra ningún interés en dibujar, colorear o cortar, como se esperaría para su edad, y teme que el niño se rezague más y más con respecto a sus compañeros de clase. La terapeuta, teniendo en mente la preocupación de la madre, decide salirse del cuarto de juego para practicar alguna actividad lúdica al aire libre. Ella sigue a Ian tratando de incorporar su fugaz interés en el gis y de extenderlo en un encuentro lúdico sostenido haciendo algunos dibujos con el gis en la acera. Una vez afuera, sienta a Ian en su regazo para evitar que escape y para ayudarlo a regularse y a participar proporcionándole estimulación propioceptiva (presión profunda) alrededor de la cual él puede organizarse y reducir la ansiedad que puede dar lugar a una resistencia contra la actividad lúdica. Ella le da más gises al tiempo que lo guía con delicadeza para que pueda usarlos. Ian rechaza por completo la actividad y aleja su mano de todo intento de tomar el gis.

¿Qué pasa por la mente de la terapeuta? Surge una pregunta en relación con qué tan lejos se debe impulsar al niño en términos de su capacidad para tolerar la obstrucción lúdica. Uno de los principios básicos de Floortime es nunca aceptar un no como respuesta. En otras palabras, no se debe retroceder ante la resistencia que el niño presenta cuando el terapeuta trata de moverlos para que avance en su desarrollo. El primer paso, en este caso, es clarificar las capacidades reales de Ian para ver si tiene la capacidad física de sostener un gis en la mano. Por medio de estrategias de terapia ocupacional, la terapeuta explora si Ian puede apretar los dedos de manera correcta (la capacidad de apretar el pulgar sobre el dedo índice) observando si es capaz de darle una galleta al perro que ella utiliza como auxiliar terapéutico.

La idea es que la resistencia de Ian a dibujar puede ser superada por su amor hacia el perro de la terapeuta para después ampliar la interacción haciendo que Ian dibuje las letras del nombre del perro con el gis y, entonces, hacer que apriete el puño para formar las letras del nombre del perro con migajas de pan (horneado previamente en una actividad de habilidades sociales), de modo que el perro se “coma su nombre” al ordenárselo. Para esta ocasión, la solicitud de que dibuje con el gis es aceptada sin resistencia alguna, en tanto que Ian se complace en usar su “títere viviente” para superar su resistencia a la tarea y, en última instancia, avanzar en su desarrollo.

La meta de las estrategias lúdicas obstructivas es, por un lado, seguir al niño para, por el otro, crear oportunidades y desafíos que lo ayuden a dominar cada una de las metas funcionales emocionales de desarrollo. Ésta es la dialéctica, las dos polaridades de Floortime: unirse al niño en sus ritmos al tiempo de crear desafíos sistemáticos que brindan oportunidades para dominar los nuevos hitos del desarrollo.

Como terapeutas de juego, siempre intentamos aumentar las capacidades de los niños dentro de sus niveles actuales de desarrollo. En otras palabras, si los niños muestran la capacidad de manifestar alguna intención, el siguiente paso es impulsarlos para que esa intención sea mayor. Si pueden iniciar y concluir series de encuentros de ida y vuelta (círculos de comunicación), entonces tenemos que fortalecer esta capacidad de manera lúdica hasta que sean capaces de sostener series de 50 o 60 de estas interacciones recíprocas (Greenspan, 2010).

Con el fin de hacerlos participar en estas interacciones de Floortime en las que los seguimos al mismo tiempo que los desafiamos para dominar las capacidades funcionales emocionales de desarrollo, debemos estar conscientes de las características individuales de su procesamiento neurológico subyacente. El terapeuta debe tener en mente las dificultades de desarrollo únicas del niño, sean sensoriales, sociales o motrices, y utilizarlas como punto de partida para la intervención. Si, por ejemplo, un niño reacciona muy poco frente a la estimulación táctil o auditiva, se requiere que el compañero de juego (cuidador o terapeuta) sea muy activo para llevar al niño al mundo compartido. A la inversa, si el niño es demasiado sensible a la estimulación táctil o auditiva, y, por

ejemplo, se cubre los oídos para evitar los ruidos inesperados, y se pone inquieto con facilidad, el terapeuta debe ser capaz de calmarlo, pero sin renunciar a empujarlos hacia las tareas. Muchos niños presentan un **perfil mixto**, una combinación de diferentes niveles de reactividad en distintas circunstancias, en las que pueden reaccionar muy poco o en exceso a los estímulos ambientales. En esta situación, el ritmo del terapeuta tiene que ajustarse al pulso interno y externo del niño calmándolo e incitándolo al mismo tiempo; por ejemplo, el terapeuta puede utilizar un susurro calmante pero activo cuando se acerca al niño (Greenspan, 2001).

El terapeuta también debe estar consciente de las capacidades de procesamiento auditivo y del lenguaje del niño, porque mientras más agradables sean sus encuentros lúdicos, es más probable que deseen participar en experiencias emocionales conjuntas en el futuro. El procesamiento auditivo tiene menos que ver con el oído que con la manera en que el cerebro procesa los mensajes auditivos. Con frecuencia, pido a los terapeutas que imaginen ser una mala línea de telefonía celular, donde los mensajes no necesariamente se pierden, pero tienen demasiadas interrupciones (Hess, 2009). Del mismo modo, los niños con una forma de confusión auditiva pueden presentar síntomas parecidos a los de niños que están fuera de sintonía con el mundo, porque el mensaje auditivo es demasiado confuso para seguirlo. Con demasiada frecuencia, el compañero de juego no toma en cuenta esta área de la distorsión del procesamiento y habla con excesiva rapidez o a un nivel demasiado complejo para el nivel de desarrollo del niño. Es aquí donde es crucial tener en mente el DIR. En vez de exigir que el niño se adapte al compañero de juego en relación con la regulación auditiva, le corresponde a éste evaluar de manera realista el lugar en que se ubica el niño en términos de desarrollo y tomar en consideración sus características individuales neurológicas subyacentes (en este caso, el procesamiento auditivo), y luego usar su relación para darle apoyo. Por ejemplo, el clínico puede convencer al niño con frases sencillas vigorosas, como “¿Abres la puerta?” en vez de peticiones u órdenes monótonas.

Con respecto del procesamiento espacial visual, algunos niños pueden tener una buena memoria visual, pero les cuesta trabajo resolver problemas de esta índole. Por lo tanto, el terapeuta tiene que recurrir a una gran cantidad de indicios visuales para conformar las habilidades de memoria visual que ayuden al niño a participar en la experiencia compartida del mundo. Asimismo, muchos niños tienen problemas motores y dificultades de secuenciación. Para abordar estas cuestiones, tenemos que empezar con acciones sencillas y después con otras más complejas. Sintonizándonos con las particularidades del procesamiento neurológico, individual subyacente, podemos plantearles desafíos que los lleven a dominar niveles más complejos de desarrollo (Greenspan y Wieder, 1999).

Ejemplo de caso

Un niño de 4 años de edad llamado Joseph, quien fue afectado por un trastorno del espectro autista de alto funcionamiento, se encuentra en una clase de inclusión total en la que la proporción maestro-estudiante es 1:16 y en la que no hay auxiliar de maestro. Nuestra primera indicación de que él podía tener diferencias neurológicas subyacentes del procesamiento es, a pesar de que era noviembre y de que su madre lo había enviado a la escuela con pantalones largos y camisa de manga larga, Joseph se había cambiado de ropa por unos pantalones cortos, y guardó en su armario la que se quitó. Él usaba este uniforme todos los días de clase. Aunque por sí mismo esto no necesariamente indicaba una patología, teníamos una bandera roja en relación con su tolerancia a las diferentes texturas en su cuerpo, y teníamos que pensar con detenimiento en cómo su potencial para la defensividad táctil podía afectar su aprendizaje.

Ahora, Joseph está en clase y se ve un poco interesado en unirse a sus pares en el juego durante el la hora del círculo matutino. Sin embargo, aunque ha estado en la escuela por 2 meses, parece perdido y no sabe exactamente dónde se supone que se sienta. No hay marcas definidas que le indiquen qué sitio le corresponde en la alfombra. En consecuencia, Joseph pasa mucho tiempo tratando de descubrir dónde debe estar, mientras que el maestro parece ignorar el dilema de Joseph y empieza la lección. Mientras éste recuerda a sus alumnos cuál es la tarea para hacer en casa, que consiste en llevar a la escuela objetos de su casa cuyo nombre empiece con H, M o B, se activa el sonido de las bocinas, que anuncian las ofertas para el almuerzo de ese día. Los mensajes auditivos en conflicto de las bocinas y las indicaciones del maestro parecen confundir por completo a Joseph. Sin embargo, cuenta con algunas habilidades de afrontamiento. Mira alrededor fervorosamente tratando de copiar acciones y movimientos de sus pares. Incluso levanta las manos cuando ve que sus compañeros lo hacen para preguntar si puede ir a su casillero. Esto ocurre apenas un poco después de que sus compañeros hicieron sus preguntas. A esto se le llama **retraso en el procesamiento**, y aunque no es un asunto crucial en su carrera académica, es un presagio potencial de dificultades de aprendizaje. Cuando por fin le dieron permiso para unirse a sus compañeros, Joseph continúa en el pasillo de los casilleros. Otra vez parece perdido. No sólo está confundido en relación con lo que el maestro quiere de él, sino tampoco parece tener idea de cuál de los casilleros que no tienen marca es el suyo. Regresa a la alfombra y luce desorientado.

Uno de los principales modos en que el terapeuta puede usar DIR/Floortime es, primero, identificando las fortalezas de un niño. Es claro que Joseph es un aprendiz visual. Se esfuerza mucho en copiar lo que hacen sus pares y, en general, es bastante obediente. ¿Por qué queremos enfocarnos en las fortalezas del niño antes de avanzar en el tratamiento? Tenemos que recordar la idea de la gran cita: cualquier experiencia emocional validante que el terapeuta tiene con el niño refuerza su deseo de estar con él, aprender de él, y, en última instancia, avanzar en su desarrollo.

Enfocándose al inicio en las fortalezas del niño, el terapeuta crea la entrada al tratamiento y refuerza la relación. Una vez que el niño se siente validado, es más

probable que conceda al terapeuta la oportunidad de plantearle desafíos sin sentir la necesidad de huir de la experiencia (Hess, 2009).

En el caso de Joseph, se pueden incorporar muchas estrategias para apoyar sus diferencias individuales subyacentes neurológicas. Debido a que se le facilita el aprendizaje visual, se podría beneficiar si el maestro coloca indicios visuales de manera estratégica en el salón de clases, incluyendo un sitio de una textura y color especiales para apoyarlo en relación con sus dificultades de planeación motriz, sobre todo cuando se encuentra estresado y abrumado. Del mismo modo, su casillero podría tener pegada su fotografía para ayudarlo a localizar dónde colocar sus tareas. El maestro también debe estar enterado de las dificultades en el procesamiento de estímulos auditivos de Joseph. En vez de que la clase sea sólo a través de la palabra hablada, podría complementar la lección con diversos mapas visuales y esquemas en todo el salón para darle una orientación adicional y garantizar que al menos un tipo de mensaje (visual u oral) sea procesado. Hay algunos que comprenden a los niños con dificultades del desarrollo. Hay otros que no se sienten intimidados por los movimientos autoestimulatorios de los autistas ni desalentados por los movimientos más esotéricos de los niños con necesidades especiales. En contraste con los adultos amables, quienes podrían sentirse más inclinados a compadecer o a disculpar la conducta de un niño con desarrollo atípico, un compañero típico, por lo general, demanda que el niño participe por completo en las actividades sociales. Los maestros tienen que señalar estas “almas dulces” del grupo de pares a los cuidadores de niños afectados por un trastorno del espectro autista, de modo que se puedan arreglar citas de juego normales como parte del proceso terapéutico (Hess, 2009).

Advertencia acerca del cuidador

También necesitamos poner atención en nosotros como cuidadores, familias, miembros de la familia y, por último, como terapeutas. ¿Cuáles son nuestras fortalezas y debilidades naturales? ¿Qué se nos facilita hacer? ¿Somos individuos activos favorables para los niños que requieren a alguien que les inyecte energía y los convenza, pero que la pasa mal cuando tiene que calmarlos? ¿O somos muy buenos para dar tranquilidad, como lo necesitan los niños hipersensibles que requieren calma y consuelo, pero tenemos dificultades para inyectar energía a niños con reacciones muy bajas? En relación con nuestras manías, ¿tomamos la evitación de los niños ante nuestros acercamientos como un rechazo personal y, por lo tanto, nos cerramos? ¿O tomamos su evitación como un desafío, nos esforzamos en exceso y nos volvemos intrusivos en nuestra demanda de involucrar al niño en la relación con nosotros? Poniendo atención a nuestras propias personalidades, nuestros patrones familiares, nuestras habilidades y estrategias terapéuticas, en última instancia, tomaremos mejores decisiones clínicas para hacer el mejor uso de nuestras capacidades y nos ayudará a crear las interacciones de aprendizaje

que ayuden al niño a tener éxito (Greenspan, 2010).

El artista del escape

El terapeuta de juego constantemente pregunta cómo puede crear y sostener una interacción. Seguir al niño suena grandioso, pero con frecuencia éste no se queda quieto un momento para seguirlo en cualquier actividad, sino que parece escapar de cualquier interacción prolongada. En el mejor de los casos, los juegos consisten en el terapeuta tratando de atrapar al niño antes de que salga corriendo del consultorio y se meta en problemas. Cuando un niño pequeño está avanzando, al mismo tiempo ocurren intentos de escape subyacentes. Es posible que no quiera ser arrinconado o forzado a poner atención y enfocarse en el terapeuta o el cuidador, mucho menos participar en la misma actividad con ellos. El punto clave es aprovechar la iniciativa del niño y los procesos receptivos y expresivos, sin sentirse presionado a presentar un producto específico al final de cada encuentro.

El primer paso es observar lo que el niño hace y luego encontrar el ritmo correcto –el momento que permita unirse al niño en la actividad que realiza. Pensando en el “yo” del niño, las diferencias neurológicas individuales pueden ayudar al terapeuta a comprender lo que podría hacer tan difícil la participación prolongada. Si el niño es reactivo a los estímulos sensoriales, entonces tal vez hay demasiada estimulación (incluyendo la discusión verbal) y el niño se siente abrumado o sobrecargado (De Faria, 2010). Los niños reaccionan a lo que sienten al principio bien o mal en su cuerpo, y luego fluyen sus conductas (Hess, 2010). Quizá en una experiencia previa con otra terapia, el niño ha sido forzado a interactuar y, como resultado, se convirtió en un experto para escapar de lo que siente mal en su cuerpo. El mensaje para el terapeuta es que no sienta la resistencia como rechazo. Como se mencionó antes, parte del mensaje de DIR/Floortime es no aceptar un no como respuesta. El arte de ser un *Floortimer* es aprovechar incluso un intento de escapar de las actividades compartidas como una oportunidad para la interacción recíproca.

Obstrucción lúdica

Para entender el concepto de obstrucción lúdica, no es suficiente con apostarse frente al niño y bloquear sus movimientos tratando de forzar la interacción. En realidad, la idea es utilizar de manera delicada y lúdica el cuerpo como algo con lo que el niño tiene que lidiar a medida que navega en lo que al principio parece ser un desplazamiento sin objetivo. Aquí es donde es crucial sentarse en el piso junto al niño. Mientras el se aleja, el terapeuta se mueve para estar frente a él, capturando su atención y su mirada aunque sólo sea un instante. Lo que se espera es que el niño se aleje otra vez. Como terapeutas, es importante enseñar a los cuidadores a moverse con el niño, esquivando y bloqueando lúdicamente su escape. El siguiente paso es tomar un movimiento en el que el niño sólo tolera nuestra presencia y luego convertir el encuentro en movimientos imitativos que pueden llevarse al siguiente nivel desafiando al niño a avanzar en su desarrollo. Sobre

cualquier otra cosa, el terapeuta debe recordar que DIR/Floortime es un modelo guiado por los afectos. Esto significa que es necesario hacer movimientos muy exagerados y grandes sonrisas para atrapar la atención del niño. También tiene que recordar que no se trata de una lucha de poder. La meta es inducir ese destello en la mirada del niño que permita saber que siente una reafirmación emocional (Greenspan, 2010). Ese es el principio de la gran cita con el niño.

Ejemplo de caso

Sally es una niña de 3 años de edad, que fue llevada a la clínica por sus tíos, quienes tienen su custodia legal. Continuamente quiere salir por la puerta. En vez de sólo acatar la solicitud, el terapeuta formula un objetivo mucho más complejo convirtiéndolo en un proceso de cuatro pasos. Aunque Sally expresa su necesidad de salir, la tía se resiste diciendo, “Ve por papá si quieres que abra la puerta, porque está muy pesada.” Entonces, Sally tiene que encontrar a su tío, quien además le ofrece una obstrucción lúdica con el fin de prolongar la interacción social. El tío dice algo como esto, “¿Puedes mostrarme dónde apretar el botón?” El niño muestra a su tío el botón y el tío añade, “Ayúdame a empujar la puerta” y empieza a hacer sonidos como si estuviera haciendo un gran esfuerzo. Sally empieza a reproducir los sonidos del esfuerzo mientras apoya el proceso de salir. El compañero de juego adulto ha añadido los principios del lenguaje, haciendo, así, que el proceso entero sea más complejo. El terapeuta debe variar sus propios movimientos y gestos en respuesta al proceso del niño (Greenspan, 2010).

DIR/Floortime requiere que el terapeuta, y el cuidador al que está entrenando, aprecie la polaridad entre seguir al niño y entrar en su mundo. Sólo así, se puede llevar al niño a un mundo compartido encontrando placeres y alegrías al mismo tiempo que se le plantean desafíos para dominar las capacidades funcionales de desarrollo. Esto implica poner atención en las diferencias neurológicas subyacentes del niño en la manera en que procesa los sonidos, las imágenes y los movimientos, y modula las sensaciones. También implica poner atención en los patrones familiares y en las propias reacciones, como terapeuta. Esto impulsa a la autoconsciencia y a mejores técnicas a medida que el terapeuta entra en el mundo del niño y diseña interacciones específicas para el sistema nervioso del niño.

TÉCNICAS/ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Empezar Floortime

Iniciar en donde se encuentra el niño

La premisa de Floortime, como se mencionó, es seguir al niño. Esto significa que no debemos preocuparnos por las conductas apropiadas o inapropiadas de acuerdo con la edad del niño, sino que tenemos que afinar la capacidad del cuidador para darse cuenta de los intereses del niño, sin importar cuán inocuos parezcan, y después unirse en esos intereses y, si es posible, ampliar la semilla inicial de una idea. Se empieza sólo observando, y se aprende mucho. Se usan los ojos y los instintos. ¿A dónde va el niño? ¿Qué le gusta hacer? ¿Qué atrae su interés? ¿Qué le resulta difícil?

Ejemplo de caso

Bobby, de 3 años de edad, está sentado en el regazo de su padre y empieza a perseverar golpeando la cara de su padre con una mirada de cristal en sus ojos. El terapeuta guía al padre para que empiece a chupar los dedos de Bobby con el fin de crear una mayor intimidad y cercanía, pero de un modo interactivo. El papá abre la boca y, mientras su hijo le pega en la cara, se mete un dedo de Bobby para jugar. Sorprendido, Bobby retira su mano de un jalón, *pero* con una gran sonrisa. Luego, vuelve a poner su dedo en la boca de su papá, con lo que da inicio a un juego coqueto, interactivo. Más tarde, Bobby se chupa el pulgar y el papá, retomando el mismo tema, dice, “¡Déjame chupar ese pulgar!” Esta vez, en lugar de la mirada de cristal, Bobby inserta intencionalmente su dedo en la boca del papá y deja que le chupe el pulgar unos instantes; luego lo jala con una gran sonrisa. Alentado, el padre sigue creando un escenario hermoso de ida y vuelta y lúdicamente hace más demandas diciendo, “¡Dámelo! ¿Sí? ¿O no?” Ahora Bobby está metido en el juego y responde “¡No, no!” pero esta vez con una sonrisa coqueta, poniendo su pulgar en la cara de su padre como si quisiera jugar el mismo juego otra vez. El terapeuta enseña al papá cómo ofrecer su pulgar a su hijo, y a medida que la sesión avanza, el niño empieza a tomar la iniciativa, coqueteando más, buscando a su padre y usando palabras y frases sencillas, y volviéndose menos perseverante y más autoestimulante.

Convertirse en un compañero de juego (no en director de cine)

El terapeuta se propone reunirse con el niño en su nivel de capacidades de desarrollo. Hace a un lado sus intereses y trata de que el niño acepte la oportunidad de una relación recíproca. El terapeuta de juego tiene que enseñar a los cuidadores que, cuando inicia una regresión, hay una tendencia comprensible y común en los cuidadores a sentirse frustrados, porque el niño no hace lo que ellos quieren. Entonces, la tendencia es volverse más intrusivos y controladores, o rendirse y sentirse enojados. Cuando esto sucede, es esencial comprender los patrones del cuidado y empezar a revisarlos volviendo a lo básico, regresar a lo que provoca un placer compartido y luego plantear un desafío otra vez al niño para que tome la iniciativa.

Ejemplo de caso

La madre de Stuart trataba de hacerlo jugar con unos bloques de colores. Estaba preocupada porque su hijo de 4 años de edad no podía identificar los colores y estaba decidida a hacer que “se apurara.” En consecuencia, era intrusiva, sostenía sus manos y le ponía los bloques en ellas. Stuart cada vez se resistía más y empezaba a patear los bloques, con lo que creaba caos en el cuarto de juego. El terapeuta asesoraba a la mamá para aprovechar la idea del niño de patear los bloques e incorporar su deseo de que aprendiera los colores, pero cambiando el juego para que fuera más divertido y atractivo. Se creó una portería para anotar gol en un extremo del cuarto de juego, y luego se le indicó a la mamá patear los bloques en dirección de la portería, pero nombrando el color del bloque que pateaba: “¡Anotación con bloque rojo! ¡Anotación con bloque azul!” Intrigado, Stuart detuvo su berrinche y empezó a observar a su mamá jugando este nuevo juego de fútbol con bloques. Stuart le llevaba a su mamá el bloque correcto. La mamá siguió ampliando el juego sugiriendo que era el turno de Stuart para patear bloques de color y anotar gol. Con una risita y una sonrisa, empezó a patear los bloques hacia la portería diciendo con ayuda de su mamá, “¡Anotación con bloque rojo!” Como resultado, hubo cierta interacción hermosa que incorporó el propósito de la mamá.

El ritmo lo es todo

El terapeuta no debe moverse demasiado rápido, ni ser demasiado insistente, pues esto da por resultado una tensión y es seguro que conduzca a la resistencia. Debe reducir su entusiasmo y empezar con lo que el niño puede tolerar. Los temas del juego se ampliarán

con el tiempo y la experiencia. La clave es encontrar el ritmo indicado para los intentos en relación con la sensibilidad del niño. Si se mueve con lentitud (hiporreactivo a la estimulación del ambiente), el terapeuta puede intentar moverse con mayor vigor. Sin embargo, si está frente a un niño que tiene una consciencia más aguda de su ambiente (hiperreactivo a la estimulación), será necesario ser más lento y cauteloso al acercarse a él. Por ejemplo, Casey es un niño de 4 años de edad que es sumamente hiperreactivo a la estimulación del ambiente. Él es lo que cariñosamente llamo un “chico-cohete”: un niño que se inquieta con facilidad en cuestión de segundos (Hess, 2012). ¿Cómo se puede establecer conexión con un niño como Casey? En este caso, la terapeuta empleó un juego sencillo de persecución como una maravillosa oportunidad de Floortime. Cuando se acercó al niño, huyó. Ella fue tras él, teniendo cuidado de no moverse demasiado aprisa ni con demasiado entusiasmo, para que él no se sintiera abrumado, es decir, teniendo en consideración las diferencias neurológicas ‘I’-individuales y la ‘R’-relación del niño con el mundo del modelo DIR.

Ella también usó su voz para hacerse agradable: “Voy a atraparte.” En vista de que Casey logró tolerar el contacto, la terapeuta lo capturó con un abrazo efusivo. Si no hubiera tolerado el contacto en este gran acercamiento, la terapeuta sólo habría estrechado su mano o habría intentado que chocaran las palmas de las manos. Luego, lo soltó y dejó que indicara el camino preguntando, “¿Y ahora qué?”

Es necesario dar tiempo suficiente al niño para que nos indique que quiere que la interacción continúe, en la manera que él pueda manejarla. La indicación puede ser verbal, pero es más probable que sea de una naturaleza más sutil, como un gesto o cierto matiz en sus movimientos. Como terapeutas, es importante sintonizarnos y enfocarnos en verdad en comprender que una mirada de reojo o un esbozo de sonrisa indican interés, aun cuando el niño parezca alejarse de nosotros (De Faria, 2010).

Cómo manejar las conductas problemáticas

El ingeniero de trenes

Las conductas repetitivas que se encuentran con frecuencia en el TEA pueden compararse con las conductas asociadas, por lo general, con el trastorno obsesivo compulsivo. Por ejemplo, es bastante común que un niño juegue con trenes formándolos en una línea recta. Sin embargo, el juego parece no avanzar nunca más allá de la fila de trenes. Es evidente que ésta no es la forma más típica en que los niños juegan, y los cuidadores preocupados tienen dificultades para resistirse al impulso de romper este patrón repetitivo. En Floortime, los esquemas de juego, sin importar cuán inocuos parezcan, son valorados como la semilla de una idea para futuros juegos. La tarea del terapeuta es tomar la pequeña idea (aunque sea repetitiva) y ampliar el concepto en su potencial para el juego social recíproco.

¿Qué mano?

Ejemplo de caso

Peter es uno de esos niños que una y otra vez alinea sus trenes. El terapeuta se coloca frente a Peter, y los trenes se encuentran entre ellos. Se une al juego de Peter alineando trenes e incorporando carros. Al principio, Peter se resiste al terapeuta e incluso toma uno de los carros que el terapeuta puso y lo remplaza con uno de su propia elección. Sin embargo, a medida que Peter se da cuenta de que el terapeuta no se entromete ni redirige su juego, empieza a sentirse más cómodo con su participación e incluso empieza a esperar que haga algo.

Ahora el terapeuta puede ser un poco travieso. Asegurándose de que lo vea Peter, el terapeuta toma jugando uno de los trenes del niño y se lo pone en la espalda. El terapeuta se asegura de que el niño lo siga con la vista. El rastreo visual es el precursor de la comunicación verbal y social. Mientras el terapeuta esconde los trenes de Peter, recuerda expresar de manera marcada sus afectos, actuando como si tuviera un secreto sorprendente que Peter está a punto de descubrir. Usa su cuerpo para bloquear con delicadeza al niño, quien empieza tratar de agarrar su tren. En cuanto Peter pone atención, el terapeuta toma un par de los trenes escondidos en cada mano. Le presenta a Peter los dos puños cerrados. Por un instante, el terapeuta abre una mano, de modo que aparezca el tren. Entonces la vuelve a cerrar con rapidez, y el juego continúa.

Ahora Peter trata de curiosear las manos abiertas del terapeuta. Éste lo alienta para que recupere sus trenes. El objetivo no es provocar un desastre, sino crear una relación que valide las emociones del niño.

El terapeuta sonríe animándolo y repite los movimientos. Esta vez, cuando Peter va por los dedos del terapeuta, el juego se torna un poco más complejo. El terapeuta pregunta al niño, “¿Qué mano?” Aun cuando Peter sólo roce ligeramente la mano que contiene el juguete, eso garantiza la liberación del tren. Después de algunas rondas exitosas de este juego de ida y vuelta, el terapeuta trata de aumentar otro poco la complejidad. Esta vez, le presenta a Peter ambas manos, pero vacías. Ahora Peter tiene que descubrir el siguiente paso, y el terapeuta lo ayuda a navegar en el difícil mundo de la secuenciación. Debemos comprender que no importa cuánto tiempo requieran estos movimientos recíprocos iniciales, esto es parte de una estrategia más grande para ayudar al niño a no estar aislado en su juego. La belleza de este enfoque es que una vez que se logra ampliar el juego recíproco, el lenguaje se desarrolla a medida que el niño utiliza varias formas de comunicación para manifestar su interés en la interacción (tocar con la

mano, señalar la mano correcta, etc.). La meta es que lo social sea una referencia para el niño, en la cual él mira al terapeuta para descubrir qué está sucediendo. Como se mencionó, la referencia social es el precursor de la comunicación verbal y es uno de los elementos que conforman las futuras habilidades de comunicación (Hess, 2012). En Floortime, la expresión emocional se usa para atraer el interés y la atención del niño, y para hacer una conexión **eficaz** con éste que conduzca a la posibilidad de llevarlos a la interacción y a la posibilidad de hacer conexiones cada vez más complejas. Esto implica usar los músculos faciales para sonreír y sugerir felicidad, o torcer la boca o fruncir el entrecejo para representar desconcierto. También la voz se puede usar como herramienta interactiva; una voz cantarina sugiere momentos en que se permite algo simplón, y hablar con susurros puede sugerir amabilidad y concentración. Pensemos en el afecto como el pegamento que mantiene una interacción conjunta. El arte es equilibrar el afecto con la sensibilidad del niño (De Faria, 2010). Por ejemplo, un niño muy emocional y sensible puede retirarse si el terapeuta se acerca con demasiado ímpetu. En contraste, un niño de “tono bajo” o se presenta plano en sus capacidades afectivas necesita que el terapeuta lo anime mucho o, de lo contrario, no se dará cuenta de sus intentos de acercarse a él.

Continuar el desarrollo del juego

¿Cómo inicia el terapeuta los siguientes pasos para ampliar el juego con el niño de modo que la actividad sea adecuada en términos de desarrollo? Dos palabras responden esta pregunta, y son **creatividad espontánea** (Hess, 2012). Lo que esto significa es que una vez que el terapeuta ha establecido el ritmo de la interacción recíproca con el niño, tiene que pensar fuera de esa situación y ayudar al cliente a crear una historia alrededor de los trenes. “¿A dónde van los trenes?” Se puede ampliar el juego inicial de adivinar en qué mano están los trenes y ahora adivinar en qué mano se encuentran las vías del tren. El terapeuta los reúne conforme el niño elige correctamente, y luego se convierte en el asistente del niño cuando éste empieza a juntar las vías. A medida que el terapeuta desarrolla la idea de las vías del tren, considera agregar elementos del juego de simulación adecuados en términos de desarrollo: casa de muñecas, animales, personas a lo largo de la vía. A medida que el terapeuta participa en este juego, empieza a romper el patrón familiar y limitado de actividad, y hace del juego algo más amplio y grandioso que la idea original.

El amo de las vueltas

A muchos niños afectados por el TEA les gusta recostarse de costado y dar vueltas interminablemente a las ruedas de un carrito de juguete. Otra vez, el terapeuta tiene que superar su tendencia inicial a desear que el niño hiciera algo más propositivo. En vez de eso, tiene que acompañarlo en su nivel de desarrollo, sentarse en el piso junto con él y observarlo girar las ruedas del carro. Una vez que el niño tolera su presencia, interfiere sólo un poco, quizá introduciendo una pluma entre las ruedas del carro. Observa si puede desarrollar un ritmo con el afecto de apoyo adecuado para la interacción: a medida que el

niño gira las ruedas, el terapeuta inserta en tono lúdico la pluma; las ruedas giran, ahí va la pluma, y así sucesivamente. Después de un corto tiempo, el terapeuta observa si logra hacer que el niño participe en un patrón recíproco. Entonces, se puede felicitar al terapeuta, pues ha cerrado el círculo de la comunicación (Greenspan, 2010).

Una vez que consigue esta reciprocidad básica, el siguiente paso es ampliar el juego, tal vez entretejiendo cintas de colores en los rayos de las ruedas para hacer una carrera.

El campeón de las sacudidas

Digamos que al cliente nada le gusta más que sólo tomar los juguetes y aventarlos al aire. ¿Cómo podríamos convertir esa idea en algo lúdico y significativo? Otra vez, regresemos a la premisa original de DIR/Floortime: seguir al niño. Es útil acercarse al niño no de acuerdo con su edad cronológica, sino con su nivel de desarrollo. Hay que partir tratando de descubrir qué puede ser lo atractivo de lanzar objetos para el niño. Con frecuencia, la conducta deriva de las necesidades neurológicas individuales del niño, su “yo.” Un niño que ansía estimulación sensorial busca una reacción para dar a su sistema nervioso una idea más clara de dónde se ubica en tiempo y espacio. Esto ayuda a reducir el estado general de ansiedad que con frecuencia acompaña al TEA (Hess, 2009).

Al principio, el terapeuta debe tratar de imitar los movimientos del niño, para que tenga la experiencia de recibir validación a sus emociones. Una vez que se ha establecido una conexión entre ambos, luego sube poco a poco la apuesta creando un juego en el que se practique algo específico. Se toma un cesto y se plantea el desafío al niño para ver quién puede obtener la mayor cantidad de puntos aventando los juguetes directamente al cesto.

Ejemplo de caso

Marcus es un niño de 8 años al que le encanta aventar la pelota sin ninguna dirección. Padre, hijo y terapeuta estaban en un cuarto de juego en la cochera de la familia cuando Marcus descubrió varias pelotas en un rincón. De inmediato empezó a aventarlas por todo el cuarto. Utilizando la instrucción clínica que había recibido, el papá vació de inmediato un bote de basura y lo convirtió en el objetivo para lanzar las pelotas. Este juego se amplió en varias oportunidades para tomar turnos (círculo de la comunicación). Marcus empezó a cansarse de la estructura del juego y otra vez empezó a lanzar las pelotas por toda la cochera sin dirección fija. La puerta de la cochera (que se abría verticalmente) se abrió. Una de las pelotas de Marcus se quedó en la parte superior de la puerta abierta. Rápido, el terapeuta indicó otra vez al papá tomar la piscina vacía del niño que se encontraba justo afuera de la cochera y que la utilizara como cesto para atrapar las pelotas. Por suerte, después de aventar algunas pelotas más a la puerta, una de ellas cayó justo en el nuevo cesto. Deleitado, Marcus de inmediato empezó a decir a su papá que habían creado ¡un nuevo juego! Papá e

hijo trabajaron para darle un nombre a este nuevo juego (impulsando al niño a un nivel superior de desarrollo del pensamiento complejo). Esa tarde, pasaron la mejor parte del tiempo de juego enseñando el nuevo juego creado al resto de la familia.

Qué hacer cuando el niño atraviesa por una regresión

Ejemplo de caso

Alisa es una niña de 3 años de edad con un limitado lenguaje verbal y un diagnóstico de trastorno del espectro autista entre moderado y grave. Después de varias sesiones de Floortime, ella empezó a usar más sus palabras, convirtiéndose así en comunicadora de solución de problemas. Sin embargo, cuando regresó a preescolar después de una pausa de un mes en invierno, se volvió mucho más perseverante, autoestimulante, pasiva y evitativa en casa, aunque era muy obediente en la escuela.

El programa escolar era una prueba muy controlada y específica que ella seguía, pero no podía generalizar las habilidades que aprendía en la escuela a su vida emocional y social. De hecho, fuera de la escuela, había una notable regresión.

Su madre tenía una gran dificultad tratando de hacer que su hija interactuara con ella en casa. Alisa parecía resistente, enojada, molesta, pasiva y autoestimulante. Esto provocaba que su madre se sintiera frustrada y se volviera más intrusiva y controladora. La mamá empezaba a rendirse en sus intentos de interactuar con su hija, lo cual provocó una regresión aun mayor.

Después de observar los patrones de interacción madre-hija y trazar un perfil rápido de los niveles de funcionamiento y de desarrollo, de las diferencias neurológicas individuales y de los patrones relacionales/interactivos, el terapeuta determinó que era perjudicial la combinación de la dificultad de Alisa al regresar a la escuela y el temor de su madre de que la regresión de su hija significara un retroceso permanente. Con asesoría adicional, donde se le recordó a la mamá que debía seguir a la niña, Alisa empezó a mostrar una renovada iniciativa para interactuar. Con este cambio, su afecto empezó a florecer otra vez y una sonrisa se dibujó en su rostro. Empezó a ser más agradable, a mirar a su mamá y a interactuar de la manera en que se hace en la solución de problemas, utilizando palabras y frases sencillas. Como regla general, las relaciones que proveen mayor calidez

y apoyo tienden a crear mayor iniciativa en el niño, lo cual suele revertir el patrón regresivo más rápidamente.

Cuando se presenta una regresión temporal, es importante que los cuidadores recuerden hacer varias cosas. Primero, tienen que recordarse a sí mismos que su hijo aún tiene un amplio rango de capacidades cuando se interactúa con ellos de una manera muy flexible. Segundo, tiene que recordar explorar todas las posibles razones de la regresión, empezando con las causas médicas, como un cambio en la alimentación, cuestiones de salud/enfermedad, medicamentos y cosas por el estilo. Tercero, tiene que explorar los cambios en la familia y el ambiente en sentido amplio. Estos cambios podrían relacionarse, por ejemplo, con un nuevo salón de clases, nuevo color de la casa o exposición a cualquier cosa que pudiera provocar una reacción alérgica o de intoxicación. Por último, es muy importante observar lo que está sucediendo en la familia, como los cambios en el trabajo, cuestiones de salud/enfermedad, visitas de parientes políticos o las rutinas básicas del hogar, así como las situaciones con los hermanos o los padres. Cualquiera de estos cambios o situaciones puede contribuir a la falta de regulación del niño (De Faria, 2010).

Después de que se ha diagnosticado la situación, es muy importante crear oportunidades de aprendizaje interactivo para revertir la regresión. Por lo general, esto implica volver a lo básico y trabajar cuesta arriba en las oportunidades de interacción. Con la niña de nuestro ejemplo, esto significa enfocarse en los deseos y necesidades básicos de Alisa, y lograr que la mamá valide sus emociones para que vuelvan a tener una gran cita juntas. DIR/Floortime es un nombre alternativo para el potencial estilo de vida con el niño en el cual pueden presentarse momentos maravillosos, naturales, interactivos en cualquier momento del día. Nuestro trabajo como terapeutas de juego es impulsar a los cuidadores a darse cuenta de la sensibilidad del niño y ajustar de acuerdo con ella el ritmo de interacción que convierta la actividad en una interacción creativa y lúdica recíproca.

EVIDENCIAS DEL ENFOQUE DIR/FLOORTIME

La práctica basada en la evidencia se refiere a la evaluación periódica de los clientes para determinar si el tratamiento que se implementa es eficaz y si el cliente está haciendo progresos. Esta práctica promueve lo mejor de la investigación científica rigurosa, la experiencia clínica y las características del terapeuta para garantizar la calidad de sus juicios clínicos y proporcionar el mejor tratamiento en términos de costo-beneficio (Weisz y Gray, 2007).

Con el fin de medir la eficacia del tratamiento, primero debemos determinar los factores que se medirán. Es evidente que esto depende del objetivo principal o las metas del tratamiento. Las intervenciones conductuales emplean el cambio conductual como el resultado que se mide. Las terapias cognitivas utilizan los cambios en los procesos de pensamiento para evaluar el resultado. Como se mencionó en este capítulo, los programas de terapia de juego del desarrollo como DIR/Floortime se dirigen a las capacidades, o déficits centrales, como objetivo principal de la intervención. Además, los modelos de desarrollo hacen hincapié en las diferencias individuales de procesamiento y en la necesidad de diseñar intervenciones específicas para el perfil biológico del niño, así como en las características de la relación entre el cuidador y el niño. La complejidad del método de tratamiento y las metas requieren que el terapeuta mida los progresos a lo largo de una compleja serie de cambios en los patrones conductuales de interacción (Cullinane, 2011).

D: El marco de referencia del desarrollo

El modelo DIR/Floortime ha brindado un marco de referencia del desarrollo en cuyo estudio se ha encontrado que es preciso en la comprensión de la conducta. En 2005, Greenspan y Wieder publicaron un estudio en el que hicieron un seguimiento de 10 a 15 años de 16 niños diagnosticados con trastorno del espectro autista, quienes formaron parte de su primera serie de 200 casos. Los autores describieron que, de 10 a 15 años después de recibir el tratamiento DIR/Floortime, estos niños habían sido adolescentes significativamente más empáticos, creativos y reflexivos en sus relaciones con pares sanos y que habían adquirido habilidades académicas sólidas (Greenspan y Wieder, 2005). Los enfoques previos que se basaban en principios conductuales dependían de motivaciones externas partiendo de la premisa de que los niños con autismo no tenían una motivación propia para participar en la interacción o el aprendizaje social.

Dos estudios más han demostrado la eficacia de DIR/Floortime. En 2007, Solomon, Necheles, Ferch y Bruckman publicaron una evaluación del *Play Project Home Consultation* [Proyecto del juego en consultas en casa] (PPHC). En este programa, se entrena a cuidadores de niños con TEA de modo que utilicen el modelo DIR/Floortime en casa. El resultado muestra un aumento significativo en la subescala del *Functional*

Emotional Assessment Scale [Escala de evaluación emocional funcional] (FEAS; Greenspan y DeGangi, 2001) después de 8 a 12 meses (Solomon et al., 2007). En junio de 2011, Pajareya y Nopmaneejumruslers publicaron un programa piloto del DIR/Floortime con niños preescolares con TEA. Los resultados mostraron mejora en el desarrollo, medidas con FEAS y CARS (*Children's Autism Rating Scale* [Escala de evaluación de autismo infantil]) y los cuestionarios emocionales funcionales diseñados por los investigadores, lo cual confirma el estudio de Solomon.

I: Diferencias individuales subyacentes en el procesamiento

Debido al amplio rango de las diferencias individuales en los trastornos del espectro autista, el uso de un diseño de un solo sujeto permite hacer una investigación muy fina. Dionne y Martini (2011) crearon un diseño de un solo sujeto para evaluar la eficacia de Floortime con un niño de tres años de edad con TEA. El estudio tenía una fase de observación y otra de intervención, y empleó los círculos de la comunicación como medida del cambio. Los resultados mostraron mejoras significativas empleando estrategias de juego de Floortime, la bitácora que redactó la madre sobre el curso del estudio contenía ideas sobre los cambios observados. Además, Pajareya y Nopmaneejumruslers (2011) realizaron un estudio piloto de control en el que la selección aleatoria de clientes demostró la eficacia de la integración sensorial en el tratamiento de los niños con TEA. Se encontraron mejoras significativas en la capacidad de procesamiento neurológico subyacente de los individuos, sobre todo en las áreas del procesamiento sensorial y de las habilidades motrices funcionales.

R: Relación y afecto

Mantener ‘vivas’ y divertidas las interacciones lúdicas requiere una gran atención a la comunicación no verbal del compañero de juego y la capacidad de hacer ajustes rápidos en respuesta a estas señales, al mismo tiempo que se regula la intensidad emocional para permanecer en la “frecuencia correcta” y sostener esta conexión agradable. Los cambios en esta frecuencia, igual que los cambios en la prosodia de los humanos, pueden poner un alto instantáneo al juego, junto con un modo congelado de defensas puestas en funcionamiento. En resumen, el juego libre es en verdad un proceso muy creativo que requiere habilidades para leer al compañero y para regular las emociones, es decir, una enorme inteligencia emocional. Cuando el espíritu lúdico se suprime en la relación cuidador-niño, ambos pierden uno de los procesos más poderosos para fortalecer su conexión (Hughes y Baylin, 2012).

DISCUSIÓN: INTEGRACIÓN Y APLICACIÓN DE DIR/FLOORTIME

La considerable y actual investigación sobre el TEA, los diversos componentes de la intervención más adecuada para abordarlo y DIR son, todos ellos, muy promisorios. Ahora, TEA se reconoce como un trastorno en que los niños tienen dificultades para integrar las distintas funciones cerebrales. La investigación actual se enfoca en comprender los déficits en la comunicación neuronal como base de una amplia variedad de manifestaciones conductuales del trastorno (Cullinane, 2011). Siguen haciéndose esfuerzos para profundizar nuestra comprensión de la complejidad de los trastornos del espectro autista. El aumento alarmante del diagnóstico del TEA en el mundo (Kogan et al., 2009), así como la falta de información específica acerca de su etiología, requiere que el terapeuta y, sobre todo, los cuidadores aprendan y comprendan más la manera en que las diferencias neurológicas subyacentes de procesamiento y la interacción y las relaciones del niño afectan su desarrollo (Greenspan y Wieder, 2005).

En septiembre de 2009, *Zero to Three* se centró en el tema de la importancia del juego, sobre todo del papel de las experiencias espontáneas, sociales, guiadas por el niño que sustentan el crecimiento social, emocional y cognitivo (Hirschland, 2009). El Bridge Project 2009 es el esfuerzo conjunto del Bridge Collaborative, un grupo compuesto por terapeutas de la Universidad de California-San Diego, el Hospital Infantil Rady, el San Diego Regional Center, el Harbor Regional Center (Torrance, Long Beach) y el Kaiser Permanente, así como cuidadores. NIH R01 (National Institutes of Health Research Project Grant Program) les otorgó una cantidad de 250,000 dólares para un estudio piloto, con opción a obtener 2,500,000 para implementar un examen basado en evidencias y una intervención en el sur de California. Además, el Dr. Richard Solomon está haciendo una prueba controlada aleatorizada para el Play Project. El Play Project es una versión para el hogar de DIR/Floortime, en el que los cuidadores son los principales agentes de la intervención con el niño. La diada cuidador-niño es supervisada mensualmente por un terapeuta entrenado en este modelo. El Instituto Nacional de Salud Mental de EUA otorgó \$1.85 millones de dólares para llevar a cabo la siguiente fase de este estudio. El Play Project ha colaborado con el Easter Seals y la Universidad del Estado de Michigan para realizar un estudio de tres años de duración (Cullinane, 2011).

En 2010, Wallace y Rogers publicaron una revisión de estudios controlados que identificaron los cuatro factores más importantes para intervenciones eficaces con niños que presentan TEA: 1) la participación del cuidador en la intervención, incluyendo la asesoría para éste centrada en su responsividad y sensibilidad frente a las señales del niño y en la enseñanza a las familias para hacer la intervención con él; 2) individualización del perfil del desarrollo del niño; 3) centrarse en un amplio rango de objetivos de aprendizaje; y 4) factores temporales, como empezar tan pronto como se detecta el riesgo y ofrecer una mayor intensidad y duración de la intervención.

La intervención desde el punto de vista del desarrollo ha avanzado para incorporar el uso del afecto para fortalecer la integración de la regulación sensorial, la comunicación y los sistemas motores.

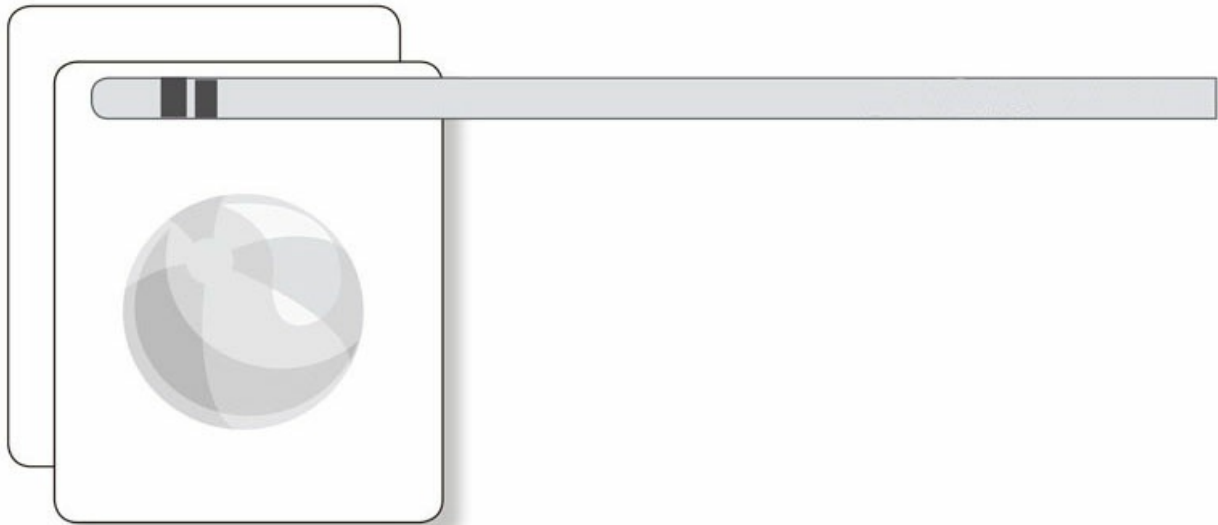
Como resultado, la investigación con técnicas de neuroimagen es el principio para brindar una comprensión más profunda de cómo las experiencias emocionales afectan en realidad el desarrollo del crecimiento cerebral. Siegel (2001) muestra cómo las relaciones sintonizadas en la infancia temprana cambian la estructura cerebral de manera que más tarde impactan el desarrollo social y emocional. Para investigar la eficacia de DIR/Floortime, los investigadores Casenhiser, Stieben y Shanker (2011), a través de la Iniciativa de Investigación Milton y Ethel Harris en la Universidad de York en Canadá, realizaron un estudio aleatorizado controlado. Los objetivos específicos del estudio preliminar fueron evaluar a) la eficacia del tratamiento intensivo de 12 meses con DIR/Floortime, b) la magnitud de las mejoras de niños que recibieron 24 meses de tratamiento con DIR/Floortime, y c) los cambios neurofisiológicos que se presentan como resultado de un tratamiento intensivo para el TEA. Recientemente, Casenhiser, Stieben y Shanker (2013) actualizaron los hallazgos de su investigación preliminar, y mostraron los resultados conductuales y neurofisiológicos de una intervención intensiva con DIR/Floortime empleando medidas de potenciales relacionados al evento (PRE) y de electroencefalografía (EEG). Los investigadores encontraron mejoras significativas en la atención, atención compartida, diversión, involucramiento, interacción social y lenguaje después de 2 horas a la semana de terapia basada en DIR durante un año. Continúa la discusión sobre las maneras de aplicar los principios básicos de DIR/Floortime en el trabajo con poblaciones de adultos con retrasos del desarrollo (Samson, 2013).

A medida que la investigación continúa, es imperativo que los enfoques del desarrollo como DIR/Floortime sigan siendo intervenciones terapéuticas viables, y que terapeutas y cuidadores los empleen con niños que presentan retrasos del desarrollo. DIR/Floortime requiere que se aprecie la polaridad entre seguir al niño y entrar en su mundo. Sólo entonces, se puede traerlo a un mundo compartido para que encuentre placeres y alegrías, al mismo tiempo que se le presentan desafíos que le permitan dominar las capacidades funcionales de desarrollo. Esto implica poner atención a las diferencias individuales neurológicas subyacentes de los niños en relación con las maneras en que procesan sonidos, imágenes y movimientos, y en que modulan las sensaciones. También implica poner atención a los patrones familiares y a las reacciones propias en nuestro papel de terapeutas de juego. Cada vez que sintonizamos nuestra interacción de acuerdo con las necesidades del niño, creamos el potencial para una gran cita: una experiencia de validación emocional mutua para todos.

■ REFERENCIAS

- Ayres, J. A. (1979). *Sensory integration and the child*. Los Angeles, CA:Western Psychological Services.
- Boucher, E. E., & Wolery, M. (2003). Editorial. *Autism*, 7(4), 339–346.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. World Health Organization (WHO) Monograph Series (no. 51). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Casenhiser, D. M., Shanker, S., & Stieben, J. (2011). Learning through interaction in children with autism. Preliminary data from a social-communication-based intervention. *Autism*, 17(2), 220–241. Recuperado de: <http://aut.sagepub.com/content/17/2/220>
- Casenhiser, D., Stieben, J., & Shanker, S. (2013). *Learning through interaction*. Recuperado de: <http://researchnews.yorku.ca/2013/03/10/ontarios-lieutenant-governor-visits-york-Milton-Ethel-Harris-research-initiative>
- The Cochrane Collaboration. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD), a review. Hoboken, NJ:Wiley.
- Committee on Educational Intervention for Children with Autism. (2001). *Educating children with autism*. C. Lord & J. P. McGee (Eds.). Division of Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington, DC: National Academies Press.
- Cullinane, D. (2011). *Evidence base for the DIR®/Floortime approach*. Reproducido de: http://www.drhessautism.com/img/news/EvidenceBasefortheDIR®Model_Cullinane090111.pdf
- De Faria, L. (2010). Providing parental support with Floor Time. *The Best Practices Newsletter of the Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders (ICDL)*, 6, 7–10.
- Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor Time play with a child with autism: A single-subject study. *Revue canadienne d'ergotherapie*, 78(3), 196–203.
- Gernsbacher, M. A. (2006). Toward a behavior of reciprocity. *Journal of Developmental Processes*, 1, 139–152. Retrieved from http://psy.wisc.edu/lang/pdf/gernsbacher_reciprocity.pdf
- Greenspan, S. I. (2001). The affect diatheses hypothesis: The role of emotions in the core deficit in autism and the development of intelligence and social skill. *Journal of Developmental Learning Disorders*, 5, 1–46.
- Greenspan, S. I. (2010). *Floor Time™: What it really is, and what it isn't*. Recuperado de: <http://www.icdl.com/dirFloortime/newletter/FloortimeWhatitReallyisandisnt.shtml>
- Greenspan, S. I., & DeGangi, G. (2001). Research on the FEAS: Test development, reliability, and validity studies. In S. Greenspan, G. DeGangi, & S. Wieder (Eds.), *The functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood. Clinical and Research applications* (pp.167–247). Bethesda, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1987). Developmental patterns of outcome in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1(87), 87–141.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1999). A functional developmental approach to autism spectrum disorders. *JAS*, 24(3), 147–161.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2005). Can children with autism master the core deficits and become empathic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual-difference, relationship-based (DIR®) approach. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, 9, 39–61.
- Habermas, T., & Bluck, S. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126, 748–769.
- Hess, E. (2009). *DIR®/Floor Time™: A developmental/relational approach towards the treatment of autism and sensory processing disorder*. Paper presented at the American Psychological Association Annual Conference, Toronto, Canada.
- Hess, E. (2012). DIR Floortime: A developmental/relational play therapy approach for treating children impacted by autism. In L. Gallo-Lopez & L.C. Rubin (Eds.), *Play-based interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.

- Hirschland, D. (2009). Addressing social, emotional, and behavioral challenges through play. *Zero to Three*, 30(1), 12–17.
- Hughes, D., & Baylin, J. (2012). *Brain-based parenting: The neuroscience of caregiving for healthy attachment*. New York, NY: Norton.
- Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (ICDL). (2000). *ICDL clinical practice guidelines: Redefining the standards of care for infants, children and families with special needs*. Bethesda, MD: Author.
- Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (ICDL). (2010). Clinical update: ICDC practice guidelines: Redefining the standards of CORE for infants, children, & family with special needs. Poster presented at the Interdisciplinary Council on Developmental Learning Disorders Annual Conference, Sterling, VA.
- Kasari, C. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1045–1046.
- Kasari, C., Paparella, T., Freeman, S., & Jahromi, L.B. (2008). Language outcome in autism: Randomized comparison of joint attention and play interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 125–137.
- Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., Boyle, C. A., Perrin, J. M., Ghandour, R. M.,...van Dyck, P. C. (2009). Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics*, 10, 1522–1542.
- Lillas, C., & Turnbull, J. (2009). *Infant/child mental health, early intervention and relationship-based therapists: A neuro-relationship framework for interdisciplinary practice*. New York, NY: Norton.
- Mahoney, G., & Peralies, F. (2004). Relationship-focused in early intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: A comparative study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 77–85.
- Mastrangelo, S. (2009). Harnessing the power of play: Opportunities for children with autism spectrum disorders. *Teaching Exceptional Children*, 42(1), 34–44.
- National Center for Clinical Infant Programs. (1987). Infants in multi-risk families. Case studies in preventative intervention. In S. I. Greenspan, S. Wieder, R. A. Nover, A. Lieberman, R. S. Lourie, & M. E. Robinson (Eds.), *Clinical infant reports, number 3*. Madison, CT: International Universities Press.
- Pajareya, K., & Nopmaneejumrulers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15(2), 1–15.
- Samson, A. (2013). *Applying DIR® Floortime™ principles to a developmentally disabled adult population*. Paper presented at the California Association for Disabilities, Los Angeles, California.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67–94.
- Solomon, R. S., Necheles, J., Ferch, C., & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism: The P.L.A.Y. project home consultation program. *Autism*, 11(3), 205–224.
- Wallace, K. S., & Rogers, S. J. (2010). Intervening in infancy: Implications for autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1300–1320.
- Weisz, J., & Gray, J. S. (2007). Evidence-based psychotherapy for children and adolescents: Data from the present and a model for the future. *ACAMH Occasional Papers*, 27, 7–22.
- Wong, C., Odom, J., Hume, K., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S.,...Schultz, T. R. (2013). *Evidence-based practices for children, youth and young adults with autism spectrum disorder*. Chapel Hill: University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Developmental Institute Autism Evidence-Based Practice Review Group.



Capítulo 19

Terapia de juego con niños con problemas de apego

Sarah C. Patton y Helen E. Benedict

La terapia de juego focalizada en el apego es un conjunto de intervenciones especialmente diseñadas para tratar a niños pequeños que padecen problemas de apego durante la frágil etapa de neurodesarrollo de los primeros años. Formar un vínculo de apego es una tarea de desarrollo crítica (Bowlby, 1988). Las transacciones recíprocas, de correulación, entre un niño y sus figuras de apego literalmente dirigen el neurodesarrollo (Schoore, 2011) y moldean lo que el sí mismo, los otros y el mundo serán en el futuro (Shore, 2011). El vínculo de apego es un vehículo irremplazable para el desarrollo emocional, cognitivo, conductual y social (Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth y Ziv, 2006). Las relaciones problemáticas de apego pueden tener consecuencias enormes y perdurables. La teoría del apego (Bolby, 1988), la teoría de la regulación (Schoore, 2011) y la investigación neurobiológica interpersonal (Siegel, 2012) ofrecen marcos de referencia que guían en la conceptualización y el tratamiento de esta población. La amplia literatura que existe sobre este tema permite al clínico tener una comprensión más profunda de los mecanismos de la terapia focalizada en el apego como transacciones con predominio del hemisferio cerebral derecho, intersubjetivas y psicobiológicamente sintonizadas (Schoore, 2011) que abordan disfunciones neurobiológicas y modelos negativos de trabajo que se han almacenado de manera implícita y subyacen en los patrones de apego inseguro y en una gran cantidad de síntomas interrelacionados (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y van der Kolk, 2012).

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

Los problemas de apego surgen en el contexto de numerosos factores, que a menudo interactúan, como los modelos inseguros de trabajo del cuidador (Berlin, Zeanah y Lieberman, 2008), características constitucionales del niño (p. ej., temperamento difícil), conductas parentales insensibles y abuso o negligencia de parte del cuidador. Entre los factores de riesgo para los problemas de apego, el trauma interpersonal de la infancia merece un lugar debido a su perniciosa omnipresencia. La estimación a nivel nacional en EUA de víctimas de maltrato infantil en 2012 fue de 686 000, de las cuales el mayor porcentaje (78.3%) sufría negligencia. Los investigadores líderes en este campo creen que el trauma infantil constituye la crisis más grave de salud pública de nuestro tiempo (Anda et al., 2006; van der Kolk, 2005).

La fascinante investigación neuropsicológica (Schore, 2010) y del neurodesarrollo (Perry, 2006) articula las devastadoras desviaciones neuroanatómicas estructurales y funcionales asociadas con el trauma relacional temprano (Anda et al., 2006). La evidencia empírica y epidemiológica sugiere que el trauma relacional temprano tiene secuelas sin freno de disfunción neurobiológica perdurable (Anda et al., 2006) que subyace en los problemas emocionales, conductuales, cognitivos, relacionales y médicos a lo largo de todo el ciclo vital. Peor aún, esta disfunción se autoperpetúa a través de la transmisión intergeneracional del trauma del apego (Schore, 2011; van Ijzendoorn, 1995). Por lo tanto, refinar las terapias focalizadas en el apego es indispensable para reducir el sufrimiento de nuestra generación y de las que están por venir.

Para describir la población de niños con apego inseguro, es importante comprender a) cómo se forman los vínculos de apego seguro, b) cómo los problemas tempranos de apego sabotean el neurodesarrollo, en especial el del hemisferio derecho, y c) cómo los apegos disfuncionales se internalizan en una memoria implícita en el niño.

De acuerdo con la teoría de la regulación de Schore (2010), el vínculo de apego seguro se forma en los primeros años de vida a través de la “interacción específicamente adecuada” co-creada que requiere de parte de un cuidador sensible “la regulación de los estados internos del niño de activación, la dimensión energética del estado afectivo del niño” (p. 20). Esta corregulación ocurre a través de un nivel primario de comunicación intermental (Trevarthen y Aitken, 2001), que se caracteriza por patrones predecibles, sincronizados y significativos en términos emocionales de comunicación visual-facial, táctil-de movimientos y auditiva-prosódica (Schore, 2009a). Las **protoconversaciones** (Bateson, 1971) entre madre e hijo son bidireccionales y complejas (Lavelli y Fogel, 2013), y mutuamente contingentes (Trevarthen y Aitken, 2001). Las madres, por instinto, promueven una conexión íntima de corregulación con su bebé a través del lenguaje fisiológico de maternés (forma de hablar de que utilizan las madres al hablar a sus bebés): “la cubierta narrativa dinámica de los enunciados de la madre, los matices de su tono de voz y otras cualidades dinámicas” (Trevarthen y Aitken, 2001, p. 8). Los recién nacidos atienden de preferencia las configuraciones faciales y éstas se ajustan a la distancia óptima de su foco visual, lo cual sugiere una búsqueda innata de relaciones

(Siegelman y Rider, 2005). En un escenario óptimo para el apego, el cuidador sintonizado a nivel psicobiológico “valora las expresiones no verbales de la activación interna de su bebé y los estados afectivos, los regula y los devuelve al niño a través de la comunicación” (Schore, 2010, p. 20) sincronizada.

Las transacciones afectivamente sincronizadas de apego “co-crean una activación positiva y una reparación interactiva de la activación negativa” (Schore, 2010, p. 21) que facilitan la capacidad de autorregulación afectando de manera favorable el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) en desarrollo y dando lugar a “alteraciones homeostáticas de neuropéptidos (oxitocina), neuromoduladores (catecolaminas) y neuroesteroides (cortisol)” (Schore, 2010, p. 21), los cuales son esenciales para el neurodesarrollo y los vínculos sociales (Schore, 1994, 2001; Wismer-Fries et al., 2005). Las transacciones diádicas de correulación son vitales, sobre todo durante el primer año de vida del niño, mientras que el hemisferio derecho y el sistema límbico experimentan un rápido crecimiento (Schore, 1994, 2011). Los bebés nacen con sistemas neuronales indiferenciados que requieren el impulso ambiental e interno (neurotransmisores, neurohormonas) para organizar toda su capacidad (Perry, 2001). Las transacciones de apego literalmente unen las conexiones neuronales entre los estados afectivos, subcorticales basados en el cuerpo del niño con los estados emocionales conscientes en el hemisferio derecho. También moldean el desarrollo de la corteza orbitofrontal, así como su conexión con el sistema límbico. Esta región se conoce como el “locus del sistema de apego de Bowlby” y es el “sistema regulatorio de afectos y estrés más complejo” del cerebro (Schore, 2010, p. 23), el cual se relaciona con la empatía, la regulación afectiva y el desarrollo de un sí mismo coherente (Schore, 2010).

A medida que crece el niño requiere de canales abiertos de comunicación con las figuras de apego que son accesibles en términos de cercanía física y responsividad emocional (Bowlby, 1973; Kobak y Madsen, 2008) para mantener los vínculos de apego seguro. Bowlby propuso el término **disponibilidad del cuidador** para referirse a la accesibilidad y responsividad del cuidador en su calidad de la meta del sistema de apego (Bowlby, 1973; Kobak y Madsen, 2008).

Bowlby definió **responsividad del cuidador** como la disposición para proporcionar comodidad y protección cuando el niño está asustado. Bowlby también hizo hincapié en la importancia de que los cuidadores compartan con sus niños momentos interactivos placenteros para todos (es decir, jugar). Estos momentos de entusiasmo, de diversión compartida y lúdica son esenciales para el apego seguro y la capacidad de regulación afectiva (Trevarthen, Aitken, Vandekerckhove, Delafield-Butt y Nagy, 2006).

Numerosos factores pueden alterar las transacciones afectivamente sincronizadas de apego y dificultar que el cuidador sea responsivo a nivel emocional, accesible en términos físicos y se comunique de manera abierta con el niño. Como ejemplos de estos factores, se puede citar la enfermedad del cuidador, eventos estresantes de la vida (p. ej., divorcio), la psicopatología o el consumo de sustancias del cuidador y el maltrato infantil. La investigación sobre el apego sugiere que la variación genética puede tener un papel en la susceptibilidad diferencial del niño frente a las influencias negativas de los cuidados

(Berlin, et al., 2008; van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2006). Es importante señalar que los modelos internos de trabajo moldean de manera decisiva la apreciación de eventos estresantes posteriores y las afectaciones al apego (Kobak y Madsen, 2008).

El estrés del apego puede precipitar una hiperactivación prolongada, lo cual eleva la actividad fisiológica, intensifica la activación del sistema de alerta y sensibiliza el sistema de respuesta al estrés. La mayor actividad adrenérgica eleva la fisiología del niño (mayor ritmo cardiaco, presión sanguínea, ansiedad, respiración, sudoración) (van der Kolk, 2006). A medida que el niño se desarrolla, este estado fisiológico inhibe la actividad de las zonas del cerebro que median la comunicación verbal, la memoria y la integración sensorial (van der Kolk, 1994). Las zonas corticales están equipadas pobremente para contener las fuerzas dominantes, abrumadoras de las zonas cerebrales inferiores (Gaskill y Perry, 2012; Lehrer, 2009; van der Kolk, 2006), lo cual aumenta la vulnerabilidad a la inestabilidad emocional y los problemas relacionales, y obstaculiza la exploración y el aprendizaje. En los casos de trauma grave del apego, algunos niños vulnerables pasan de una respuesta simpática dominante (hiperactivación) a una respuesta parasimpática dominante (disociación). Esto representa un cambio que busca la protección a nivel psicológico y biológico, en tanto que los episodios prolongados de hiperactivación generan efectos hipermetabólicos y neurotóxicos (Schoore, 2001, 2010). Si ocurre de manera habitual, esta alteración metabólica (Schoore, 2009a) desvía los recursos adecuados que sustentan el crecimiento y funcionamiento del hemisferio derecho. A su vez, esto altera profundamente el sentido del sí mismo del niño creando vacíos de la consciencia, y puede llevar a trastornos psicológicos crónicos en la edad adulta (p. ej., trastorno de la personalidad límite) en los cuales hay una afectación implícita de la regulación de los afectos (Schoore, 2010).

Las características fisiológicas, neurobiológicas y neuroanatómicas aberrantes de muchos niños con problemas de apego les causan serias dificultades en sus intentos por sortear las situaciones estresantes y para beneficiarse de las relaciones. Estos niños presentan una falta de regulación de las emociones y conductas en forma de labilidad/restricción emocional, conducta negativista, hiperactividad y berrinches. También padecen perturbaciones en la consciencia y la atención, como los síntomas disociativos, falta de atención y dificultades para concentrarse. Son comunes las atribuciones distorsionadas y las luchas interpersonales. Estos niños son lentos para confiar y rápidos para inferir intenciones malignas a partir de la conducta de los demás. Con frecuencia, se aferran en exceso a su cuidador o son demasiado independientes y tienen problemas para leer las señales sociales e interactuar de manera apropiada con sus pares (D'Andrea et al., 2012). La literatura clínica (Zeanah y Borris, 2000) describe con precisión estos diversos e interrelacionados síntomas; sin embargo, nuestra nosología psiquiátrica aún no los describe tan bien.

En niños desde 1 año de edad, los investigadores del desarrollo han identificado cuatro patrones de apego relativamente estables: seguro, resistente, evitativo y desorganizado (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Main y Solomon, 1990). Los últimos tres patrones reflejan una activación y coordinación no óptimas de los sistemas de miedo,

apego y exploración del niño. El más desadaptativo de ellos, el desorganizado, apego “tipo D” (Main y Solomon, 1986), se diagnostica en niños que carecen de una estrategia de apego coherente.

El apego desorganizado se presenta como resultado de relaciones de cuidado extremadamente patológicas en las que la figura de apego provoca un tremendo temor en el niño y no logra calmarlo. Esto presenta un escenario irresoluble y paradójico para el niño, quien por instinto busca a la figura de apego para que lo proteja al mismo tiempo se siente impulsado a huir de la figura atemorizante de apego. Por lo tanto, el niño queda desprovisto de una estrategia de afrontamiento aplicable (Schoore, 2001).

Zeanah y Boris (2000) propusieron tres categorías de apego para el uso clínico, las cuales son los trastornos del no apego, distorsiones de la base segura y el apego alterado. Los niños con trastorno del no apego no muestran preferencia por una figura específica y presentan perturbaciones en la exploración, la autorregulación y la capacidad para expresar afecto o buscar consuelo. La categoría de la distorsión de la base segura abarca cuatro subtipos, en los cuales aparece una deficiencia en la capacidad de la figura de apego para proveer una base segura a partir de la cual el niño explore su ambiente y un refugio para que regrese cuando se sienta bajo presión (Cooper, Hoffman, Powell y Marvin, 2005). Estos subtipos son:

1. El subtipo arriesgado se caracteriza por la exploración temeraria, peligrosa, la agresión contra sí mismo o contra los adultos, y la incapacidad para utilizar la figura de apego como un refugio seguro.
2. El subtipo encimoso-inhibido se refiere a los niños que se aferran al cuidador y se sienten inquietos cuando se separan de la figura de apego y son renuentes a explorar.
3. El subtipo hiperobediente incluye niños hipervigilantes y limitados a nivel emocional que no se aferran al cuidador y tratan de explorar.
4. El subtipo de inversión de roles comprende a los niños que se preocupan de manera evidente por el bienestar de sus figuras de apego y su conducta es controladora o demasiado complaciente (Teti, 1999).

Por último, la categoría de apego alterado incluye niños cuyas relaciones iniciales de apego se cortan a causa, por ejemplo, de la hospitalización del niño o del cuidador, la muerte del cuidador o el retiro del niño de su hogar por parte de los servicios de protección a la infancia. Estos niños difieren en gran medida en su adaptación al apego alterado dependiendo de la calidad de sus relaciones de apego iniciales y nuevas (Zeanah y Boris, 2000).

CONSIDERACIONES ESPECIALES

El momento, la duración y la naturaleza de las alteraciones del apego son de suma importancia para determinar la gravedad de los síntomas y el grado de afectación en el neurodesarrollo. De acuerdo con los principios del neurodesarrollo de Perry (2006), el desarrollo del cerebro “depende de la experiencia” y se despliega de una manera sensible al tiempo, secuencial y jerárquica, en la que las zonas menos complejas (tronco cerebral, diencefalo) se organizan antes que las zonas superiores (sistema límbico, corteza), y que las áreas superiores dependen de las inferiores para alcanzar su funcionamiento óptimo. Los problemas tempranos de apego pueden tener consecuencias catastróficas deformando la estructura y el funcionamiento de las regiones inferiores del cerebro (tronco cerebral, diencefalo). El trauma interpersonal puede causar una asociación en el área subcortical de ciertas señales sensoriales (aromas, expresiones faciales, tonos de voz) con respuestas autónomas de temor que se almacenen en la memoria (Perry, 2006). Los estímulos externos e internos primero entran en las áreas inferiores, no conscientes, primitivas del cerebro (tronco cerebral, diencefalo). Cuando llegan nuevos estímulos, se busca su correspondencia con plantillas almacenadas que pueden activar una respuesta de alarma no consciente, basada en el cuerpo, si se encuentra una correspondencia.

Es importante señalar que esto, con frecuencia, ocurre sin que la consciencia lo registre, en tanto que el sistema de alerta se activa antes de que la actividad neuronal alcance las regiones límbicas y corticales (Perry, 2008). Por lo tanto, los niños con problemas de apego pueden reaccionar en repetidas ocasiones ante elementos interpersonales y ambientales que, en apariencia, son inofensivos.

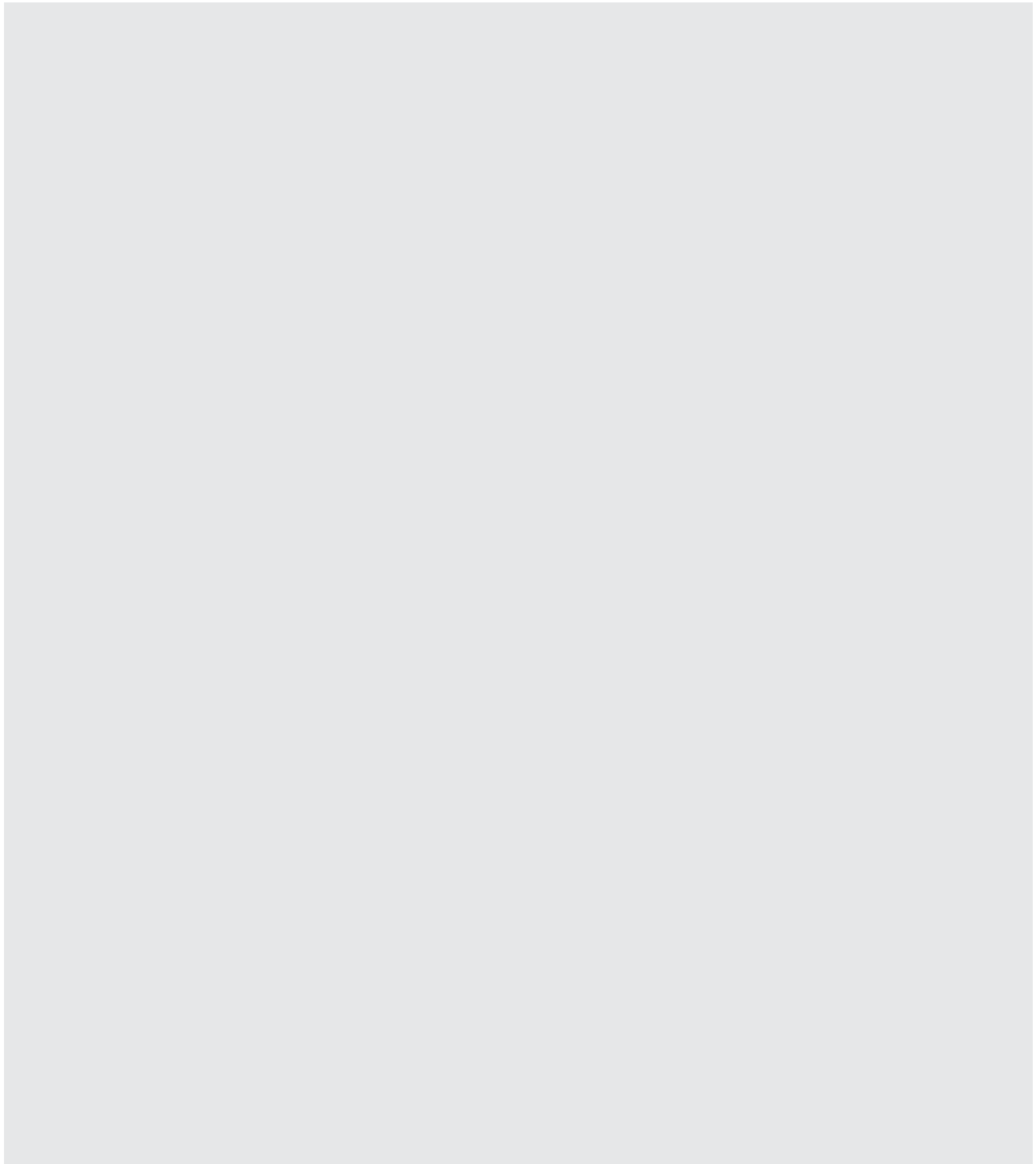
FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El hogar ancestral de las terapias de juego focalizadas en el apego se remonta a las formulaciones de los teóricos británicos de las relaciones objetales: John Bowlby (1988), Donald Winnicott (1965, 1971a, 1971b) y Mary Ainsworth (1963). Las teorías de las relaciones objetales comparten varios supuestos básicos. Primero, las relaciones cercanas operan como el principal incentivo motivacional del desarrollo humano (Glickhauf-Hughes y Wells, 1997). Segundo, las figuras de apego y los bebés crean “modelos internos de trabajo” cognitivo-afectivos, que, en esencia, con plantillas relacionales (Bowlby, 1988) que reflejan las emociones y creencias en relación con los otros, el sí mismo en relación con esos otros. Estas plantillas guían la tendencia característica del niño a percibir y relacionarse con el mundo, los otros y consigo mismo. Los modelos internos de trabajo interactúan de manera recíproca con las experiencias relacionales actuales del niño, es decir, moldean sus transacciones y se modifican a su vez en ese proceso (Bowlby, 1988; Siegel, 2012).

La investigación neurobiológica interpersonal contemporánea ha apoyado y, o refinado la teoría del apego y diversos constructos psicodinámicos clásicos (en Schore, 2009b, se encuentra una discusión completa sobre este tema). La noción de que “las representaciones mentales del sí mismo y de los otros se convierten en estructuras psíquicas permanentes” en el niño (Glickhauf-Hughes y Wells, 1997, p. 18) aparece en la investigación de Schore (2009a) en relación con los modelos implícitos de trabajo del hemisferio derecho. John Bowlby (1958) predijo este “reacercamiento” (Schore, 2010) de la biología y la psicología. Bowlby entretejió como inseparables los procesos biológicos y psicológicos en su modelo, el cual refinó en colaboración con su colega Mary Ainsworth (1963). La figura de apego ofrece una base segura a partir de la cual explorar el mundo (Ainsworth, 1963) y un refugio al que puede regresar en momentos de tensión y sentirse a salvo. La investigación contemporánea confirma las interrelaciones dinámicas entre los sistemas de exploración, temor y apego del niño (Cassidy, 2008). El sistema de apego mantiene una proximidad segura en relación con la figura de apego a través de conductas que llaman al cuidador, como llorar y gatear hacia el cuidador. Cuando el niño percibe a la figura de apego como fácilmente accesible y segura, el sistema de apego se detiene, lo cual permite que el niño realice conductas correspondientes al sistema de exploración, como examinar juguetes nuevos, construir cosas y alejarse gateando (es decir, es una base segura). Los sistemas de apego y de temor se activan en momentos de estrés extremos, cuando esto ocurre el sistema de exploración se inhibe.

Cinco constructos psicodinámicos desarrollados por los teóricos británicos de las relaciones objetales Winnicott (1971a) dan cuenta de la terapia de juego focalizada en el apego: falso *self*, madre suficientemente buena, ambiente de sostén, sintonización y objeto transicional. El falso *self* es un fenómeno por medio del cual el niño se separa de su *self* verdadero a través de la excesiva obediencia con las figuras de apego. Madre suficientemente buena es un término que se refiere al suministro de una atmósfera de

cuidado en la que se brinda aceptación y satisfacción de las necesidades sin intromisión (Abram, 1996). El ambiente de sostén se refiere a la relación terapéutica que recrea el ambiente de los cuidados. Por último, el cuidador ofrece sintonización cuando detecta con precisión las necesidades del niño y las cubre de manera sensible y consistente. La noción de Fairburn (1952) de apego obstinado también es relevante en el tratamiento de niño con problemas de apego, pues ocurre cuando el niño está apegado paradójicamente a un cuidador negligente o abusivo.



POR QUÉ ES ADECUADA LA TERAPIA DE JUEGO

La terapia de juego activa el hemisferio derecho y ayuda a organizar las regiones inferiores del cerebro a través de comunicaciones sensoriales como el contacto visual, el movimiento, el sonido y el tacto (Booth y Jernberg, 2010). Por lo tanto, el juego es la modalidad ideal para tratar a niños con problemas de apego. Los investigadores del desarrollo demostraron que el juego es un elemento esencial de las relaciones de apego cuidadores-niño (Cicchettu y Valentino, 2006). Los niños con problemas de apego a menudo han carecido de incalculables momentos lúdicos con sus cuidadores; por lo tanto, necesitan compensar estas carencias promoviendo estos momentos una y otra vez en psicoterapia y en casa con los cuidadores para avanzar en su desarrollo. El juego temático puede ser una herramienta terapéutica invaluable, pues permite que las relaciones objetales implícitas del niño adquieran una representación a través de los juguetes, figuras y materiales de juego. Cuando esto ocurre en el contexto de una relación terapéutica sumamente segura, el juego temático ofrece al niño oportunidades de externalización y proyección (Gil, 2003) para ayudar a que se recupere del trauma. Las experiencias y afectos dolorosos potenciales se externalizan en un ambiente seguro que los contiene. La externalización crea suficiente distancia psicológica para que el niño procese sus recuerdos, creencias y emociones sin que caiga en un estado innecesario de falta de regulación (O'Connor, 2006).

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Existe un enorme y maravilloso conjunto de estrategias terapéuticas de juego individual, diádico y familiar para ayudar a los niños con problemas de apego. Entre los modelos de terapia de juego focalizada explícitamente en el apego, se puede citar Theraplay[®]¹, psicoterapia diádica del desarrollo, terapia de juego basada en el apego y las relaciones objetales (Patton y Benedict, 2014). Los clínicos pueden emplear estos modelos como intervenciones autónomas, o pueden integrar elementos de múltiples enfoques para adaptar el tratamiento a las necesidades únicas de los niños y sus cuidadores (O'Connor, 2006; Weir, 2007). Los clínicos también pueden modificar los enfoques de terapia de juego existentes (Barfield, Dobson, Gaskill y Perry, 2012) para abordar los problemas de apego.

Los niños con problemas de apego y sus cuidadores requieren de la parte inicial de la terapia para enfocarse de lleno en establecer una relación lo más segura posible (Hughes y Baylin, 2012). Esta relación será el primer vehículo de la intervención. El terapeuta debe rebosar calidez, aceptación, curiosidad, empatía y espíritu lúdico (Hughes, 2009) a través de su lenguaje corporal, así como el ritmo, el tono, la prosodia, la amplitud y el timbre de su forma de hablar; todos estos elementos son centrales en los procesos psicoterapéuticos (Hutterer y Liss, 2006). El poder curativo ocurre en el hemisferio derecho, en el que predominan las transacciones no verbales con las figuras de apego, dado que la historia del trauma relacional del niño se almacena de manera implícita en dicho hemisferio (Schore, 2009a).

Proporcionar sintonización y constancia relacional es esencial para crear una relación segura con el niño en los enfoques de la terapia de juego individual. Los modelos diádicos y familiares implican que el clínico cree una relación segura con el cuidador del niño, para ayudarlo a brindar una comunicación sintonizada, intersubjetiva con su niño a través del modelamiento, el juego de roles y, o actividades estructuradas (Booth y Jernberg, 2010; Hugues, 2009). La sintonización implica crear un estado intersubjetivo en el que la figura de apego y el niño sientan las emociones del otro por medio de experiencias compartidas (Trevarthen et al., 2006). El terapeuta transmite/modela la sintonización mediante intervenciones responsivas con el niño o con el propio cuidador, así como mediante reflexiones respecto de las expresiones emocionales y conductuales del niño.

La sintonización también implica que el terapeuta se ajuste a la vitalidad o intensidad del afecto de niño o el cuidador (Stern, 1985). Este ajuste brinda al niño la experiencia de sentirse “sentido” y comprendido. Además, el cuarto, los procedimientos, las reglas de seguridad, la distribución del mobiliario y la disponibilidad de los juguetes y materiales de la terapia de juego deben ser consistentes a lo largo del tiempo hasta donde sea posible. Establecer un lugar y un tiempo predecible para la terapia también ayuda al niño y a sus cuidadores a experimentar la constancia del terapeuta. Los niños con problemas de apego pueden sentirse alarmados frente a sorpresas menores o cambios en la rutina. Por lo

tanto, el terapeuta debe anticipar esto preparando al niño por adelantado para los cambios en el horario, el lugar o los materiales de juego.

El trauma de apego puede sabotear la capacidad del niño para regular de manera implícita emociones intensas, provocar problemas conductuales y socavar el sentido coherente del sí mismo del niño. El terapeuta de juego focalizado en el apego aborda estos problemas actuando como corregulador, es decir, poniendo al servicio del niño sus capacidades de regulación en momentos de gran activación. Para brindar la corregulación, el terapeuta primero debe sintonizarse ajustándose al “afecto de vitalidad” del niño (Stern, 1985) para “capturarlo” en su estado actual antes de activar a un niño inhibido o calmar a uno con demasiada activación. La corregulación implica también que el terapeuta refleje las emociones del niño y explicarle cómo las detectó (p. ej., el volumen alto de voz, los ojos muy abiertos). A nivel neurobiológico, el terapeuta promueve la conectividad entre las regiones subcorticales y corticales del hemisferio derecho (Schore, 2009a). La corregulación también implica que el niño se calme a sí mismo y que modifique las respuestas ante las amenazas a la seguridad.

Los niños con problemas de apego y sus cuidadores necesitan experimentar seguridad física y psicológica en el tratamiento. El terapeuta debe mantener de manera consistente y creativa los límites de seguridad física al mismo tiempo que maximiza la libertad del niño. Esto puede ser increíblemente difícil tomando en cuenta la temeridad del niño, su poca coordinación y su impulsividad. Los niños con conductas que los ponen en peligro con frecuencia aprovechan los descuidos del terapeuta para agredirse a sí mismos o a alguien más. El terapeuta debe mantener la calidez y la aceptación total de las conductas y emociones del niño sin importar cuán problemáticas sean, siempre y cuando evite ser permisivo.

La creatividad, que corresponde al hemisferio derecho, del terapeuta (Schore, 2011) y la intuición clínica son esenciales para la eficacia del tratamiento (Schore y Schore, 2008) de niños con apego inseguro. La capacidad del terapeuta para tolerar y modular sus propios afectos y para empatizar a un nivel profundo y divertirse con el niño son esenciales para establecer la seguridad psicológica. Los niños con problemas de apego con frecuencia provocan reacciones emocionales intensas en el terapeuta debido a sus conductas impulsivas, agresivas y provocativas, así como al retraimiento y al distanciamiento. De acuerdo con Schore (2009a), los momentos en que aumentan los afectos precipitan las respuestas contratransferenciales más estresantes, como las estrategias implícitas de afrontamiento del clínico enraizadas en su propia historia de apego. Las emociones no resueltas se transmiten a nivel inconsciente a través de indicadores no verbales, lo cual socava la seguridad psicológica y debilita la relación segura del niño. El terapeuta debe evitar ser demasiado directivo renunciando a tener control sobre muchos elementos de la terapia. Por ejemplo, puede satisfacer las peticiones del niño en relación con saber el tiempo de sesión que resta teniendo a la vista un reloj apto para niños que le advierta cuándo termina la sesión.

Otra modificación al procedimiento para tratar niños con problemas de apego es planear y organizar la terapia de juego para que se ajuste a las áreas cerebrales que

requieren reparación. Los principios del neurodesarrollo de Perry (2006) establecen con claridad la importancia de reparar las áreas inferiores (tronco cerebral, diencefalo) disfuncionales del cerebro como el precursor indispensable antes de abordar las perturbaciones cognitivas y relacionales. Por lo tanto, incluso una intervención bien planeada enfocada en las relaciones puede resultar mal si el niño no ha adquirido la capacidad de autorregulación fundamental.

De acuerdo con el modelo neurosecuencial de la terapéutica de Perry (NMT, por sus siglas en inglés; Perry, 2006), lograr la regulación del tronco cerebral requiere una estimulación sensorial repetitiva, organizada en patrones reconocibles, para promover el desarrollo y la organización neuronal. Las intervenciones que facilitan esta estimulación incluyen mecerse, cantar, secuenciar, contacto físico terapéutico, juegos para bebés, actividades de movimiento y para calmarse, las cuales son propias de Theraplay (Booth y Hernberg, 2010). Las actividades que regulan el tronco cerebral también pueden integrarse en enfoques como la terapia de juego filial (Barfield, Dobson, Gaskill y Perry, 2012) para cubrir las necesidades de los niños con problemas de apego.

Un niño con una baja capacidad de autorregulación requiere de repeticiones terapéuticas que sobrepasen a las de la psicoterapia de una vez por semana (Perry, 2006). Por lo tanto, para promover cambios significativos en los niños con disfunciones sustanciales en las regiones inferiores del cerebro, la terapia de juego debe considerarse como un elemento que integra un programa de tratamiento integral que contempla el sistema completo de cuidados del niño (p. ej., padres, maestros). En esos casos, la terapia de juego se acompaña de otras actividades que sirven para reparar el tronco cerebral, como la terapia ocupacional o clases de música/movimiento. Las actividades de juego focalizadas en el apego, como las que se emplean en Theraplay, se pueden implementar bien en la escuela, el hogar o en ambientes de cuidados durante el día. El terapeuta puede trabajar con los maestros del niño, los abuelos y los hermanos para asegurar que las interacciones lúdicas, curativas sean continuas a lo largo de la semana.

El juego temático es una herramienta invaluable para abordar los problemas de apego. Los investigadores de esta área (Benedict, 1997, 2004; Benedict y Hastings, 2002; Benedict, Hastings, Ato, Carson y Nash, 1998) han determinado que los niños representan en su juego una gran variedad de temas identificables. Aunque hay temas comunes en los niños, también hay personajes únicos y escenarios que contienen un significado idiosincrático. Entre estos temas, podemos citar familia (p. ej., separación, reunión, cuidados), seguridad (p. ej., daño, rescate) y agresión (p. ej., los buenos y los malos, muerte, agresor-víctima). Los investigadores de la terapia de juego también han determinado que en el juego temático de los niños aparecen afectos recurrentes y patrones interpersonales (Benedict, 2004; Benedict et al., 1998). Estos elementos revelan los modelos implícitos de trabajo del niño, los afectos implícitos y los patrones habituales de relación.

En la terapia de juego temático, el terapeuta valora la relevancia de los temas, afectos y patrones relacionales en la historia de apego y las experiencias de desarrollo del niño. El terapeuta se sintoniza a nivel psicobiológico con el niño mientras juega, y responde con

autenticidad y creatividad, cualidades que tienen su origen en el hemisferio derecho (Arnold, 2007; Schore, 2011). Al entrar en las metáforas del niño, el terapeuta hace invitaciones creativas (Gil, 1999) para modificar de manera indirecta y delicada las relaciones objetales desadaptativas. La interpretación explícita de los temas de juego del niño es innecesaria y, en ocasiones, contraproducente, porque puede abrumar al niño y desviar la intervención hacia la mediación del hemisferio izquierdo (Schore, 2009a). La investigación indica que las relaciones implícitas objetales se cambian con mayor eficacia a través de procesos vivenciales e inconscientes en la terapia. Schore (2011) explica que “del mismo modo en que el hemisferio derecho comunica sus estados con otros hemisferios izquierdos a través de conductas lingüísticas conscientes, el hemisferio derecho comunica de manera no verbal sus estados inconscientes a otros hemisferios derechos que están en sintonía para recibir estas comunicaciones.” En el mundo metafórico del niño, el terapeuta utiliza personajes de juego para transmitir empatía, dar voz a nuevas perspectivas y llevar a la acción nuevas soluciones (p. ej., enviar a la policía para rescatar a una niña atrapada en arenas movedizas) para modificar los modelos implícitos del niño. Además, el personaje de juego del terapeuta puede representar elementos intolerables no integrados del trauma del niño, es decir, personificar una emoción o experiencia “no yo” repudiada (Bromberg, 2006). El terapeuta puede expresar emociones y creencias a las que el niño no tiene acceso consciente, de modo que se integren en su narrativa. El juego temático es lo que Schore (2011) describe como “el proceso de autoexploración de la psicoterapia, en especial de los afectos inconscientes que se pueden integrar en un sentido implícito más complejo del sí mismo” (p. 94).

Ejemplo de caso

Eliana, niña caucásica de 3.5 años de edad, era un tornado, de cabello rizado castaño que batía brazos y piernas mientras su madre la llevaba cargando sobre un hombro a una clínica psicológica. Los descorazonados padres de Eliana, ambos profesionales en la primera mitad de su cuarta década de vida, lamentaban los frecuentes berrinches de su hija, sus negativas a ir a la cama, su actitud desafiante y su juego rudo. Eliana luchaba tremendamente con las transiciones de clases en la estancia infantil, rechazando cualquier cambio de actividad y negándose a acostarse a la hora de la siesta. Con frecuencia, su maestra la sentaba en la silla de tiempo fuera, donde empezaba a patear, golpear y escupir. Eliana era hipervigilante y tenía dificultades para jugar y concentrarse. La parte buena de ella era que tenía algunos amigos; sin embargo, su volubilidad hacía frágiles sus conexiones sociales. El director de la estancia infantil estaba haciendo lo necesario para expulsar a Eliana del programa de cuidados en el que se encontraba. Los padres entraron en pánico.

La terapeuta de Eliana, Cynthia, notó que la madre parecía muy ansiosa e hiperactiva, mientras que el padre era desapegado y tenía un tono emocional deprimido. Eliana había entrado a la estancia a los 2 meses de edad. A los 2 años, presencié cómo su padre se colapsó en el césped frente a la casa. Con los ojos bien abiertos observé cuando llegaron los paramédicos a la escena para revivirlo y llevárselo de repente. En los siguientes seis meses, no se conoció el diagnóstico médico del padre. Padece de dolores de cabeza intensos y evitaba a Eliana después de ser dado de alta del hospital. La madre se convirtió en el sustento principal de la casa y en la cuidadora primaria de Eliana. Sentía una enorme presión porque pasaba de las tareas domésticas a las actividades profesionales con apuraciones.

Utilizando un marco conceptual neuropsicobiológico, Cynthia supuso que Eliana no experimentaba suficientes transacciones de apego que la corregularan para organizar el hemisferio derecho y establecer modelos implícitos positivos de trabajo. Era claro que los padres amaban a la hija; sin embargo, a nivel emocional no estaban sintonizados con ella debido al estrés relacionado al trabajo y el padecimiento médico y a la dificultad para modular sus propios afectos. Cuando Eliana lloraba, la respuesta ansiosa, hiperactiva de la madre aumentaba la activación de la niña en vez de reducirla. El padre se retrajo en términos emocionales durante los meses de aflicción. Sus expresiones no verbales con un tono emocional bajo estaban muy por debajo de la vitalidad de Eliana, de modo que la dejaba sola en su falta de regulación. La niña pasaba periodos prolongados de hiperactivación. Esto sensibilizó su sistema de respuesta al estrés, deterioró su capacidad para regular los afectos y obstaculizó el funcionamiento/desarrollo cerebral de nivel superior (atención/concentración, juego imaginativo). Eliana formó expectativas implícitas “de procedimientos” de que las figuras de apego no pueden ofrecer un refugio seguro en momentos de tensión emocional. También internalizó una visión negativa de sí misma, en tanto que su tensión provocaba emociones negativas o el retiro de sus cuidadores.

Con estas vulnerabilidades subyacentes, Eliana presencié el colapso traumático de su padre. Esto destruyó su confianza implícita en que las figuras de apego eran invulnerables y constantes. Se volvió más alerta en relación con el paradero de sus padres y no podía utilizarlos como base segura. Los modelos implícitos internos negativos de trabajo de Eliana fueron confirmados cuando su padre la evitaba y su madre se sintió abrumada. Ninguno de ellos logró brindarle momentos lúdicos y alegres de intersubjetividad para inducir y regular los estados afectivos positivos. Eliana no logró internalizar un modelo implícito positivo de trabajo de sí misma, en tanto que no experimentó a unos padres que disfrutaran de ella en su calidad de hija. Las interacciones padres-hijo giraron en torno a tareas y recibía regaños por los contratiempos emocionales. Se volvió muy controladora y negativista frente a los cuidadores y no desarrolló la capacidad de autoconsolarse y manejar el estrés.

El tratamiento de Eliana fue de 45 sesiones semanales de juego individual focalizado en el apego. Sus padres asistieron a sesiones por separado con otro terapeuta para aprender los principios del apego relacionados con el cerebro (Hughes,

2009; Hughes y Baylin, 2012; Siegel y Hartzell, 2004), para comprender sus propios sentimientos y pensamientos hacia Eliana, y para aprender maneras de corregular sus afectos. El plan de tratamiento también incluyó clases de música complementarias para la niña, que le brindaron estimulación sensorial repetitiva y rítmica para organizar y regular las áreas inferiores de su cerebro. Los padres de Eliana y los maestros aprendieron juegos para niños que pudieran practicar con ella en casa y en la estancia infantil, y la mecían mientras le cantaban.

La terapeuta de Eliana estableció primero una relación segura. Este proceso requirió de muchas semanas, pues la niña se sentía ansiosa, muy controladora y agresiva de manera impredecible. Ella tenía grandes dificultades para jugar. Se limitaba a aventar los juguetes y se sentía frustrada con facilidad cuando las cosas “no funcionaban.” Eliana manejaba los juguetes de una manera tosca. Una vez, arrojó un muñeco inflable a Cynthia en el cuarto. Ajustándose a su volumen, tono y ritmo de voz al nivel elevado de activación de Eliana, Cynthia se puso en cuclillas y dijo, “En el cuarto de juego no nos lastimamos, así que no está bien aventarme el muñeco inflable. Me doy cuenta por tu alto volumen de voz que estás muy enojada y asustada a veces, y que es difícil para ti. Deja que te muestre cómo golpear el muñeco de una manera segura cuando tengas esos sentimientos.”

Cynthia brindó sintonización, corregulación y expresiones seguras bienvenidas corporales de emociones. Además, Cynthia monitoreó sus propias respuestas fisiológicas y emocionales, prestando atención y dando sentido a sus propias respuestas emocionales y cognitivas mientras hacía conexiones con los elementos de su propia historia de apego. Eliana puso a prueba casi todos los límites imaginables demandando jugar en dos cuartos de juego, corriendo a agarrar dulces del bote especial para el intermedio de las sesiones, y dejando a Cynthia fuera del cuarto. La terapeuta mantuvo la seguridad cediendo el control a Eliana hasta donde fue posible. Por ejemplo, permitía que la niña “interrumpiera las sesiones de sus padres tantas veces como fuera necesario para que verificara que ahí estaban y la seguía en todas sus actividades lúdicas. A medida que se formaba la relación segura, Eliana empezó a resistirse al final de la sesión y se negaba a dejar de jugar o insistía en que quería llevarse juguetes a casa. Cynthia le ofrecía sintonización y daba nombre a los pensamientos y sentimientos de Eliana a través de la reflexión. También sugería a la niña llevarse algún dibujo a la sala de espera al final para facilitar la transición a casa. Cynthia le aseguraba que la siguiente semana encontraría los mismos juguetes, y creó una caja especial con sus trabajos para que estuvieran seguros en el armario entre las sesiones.

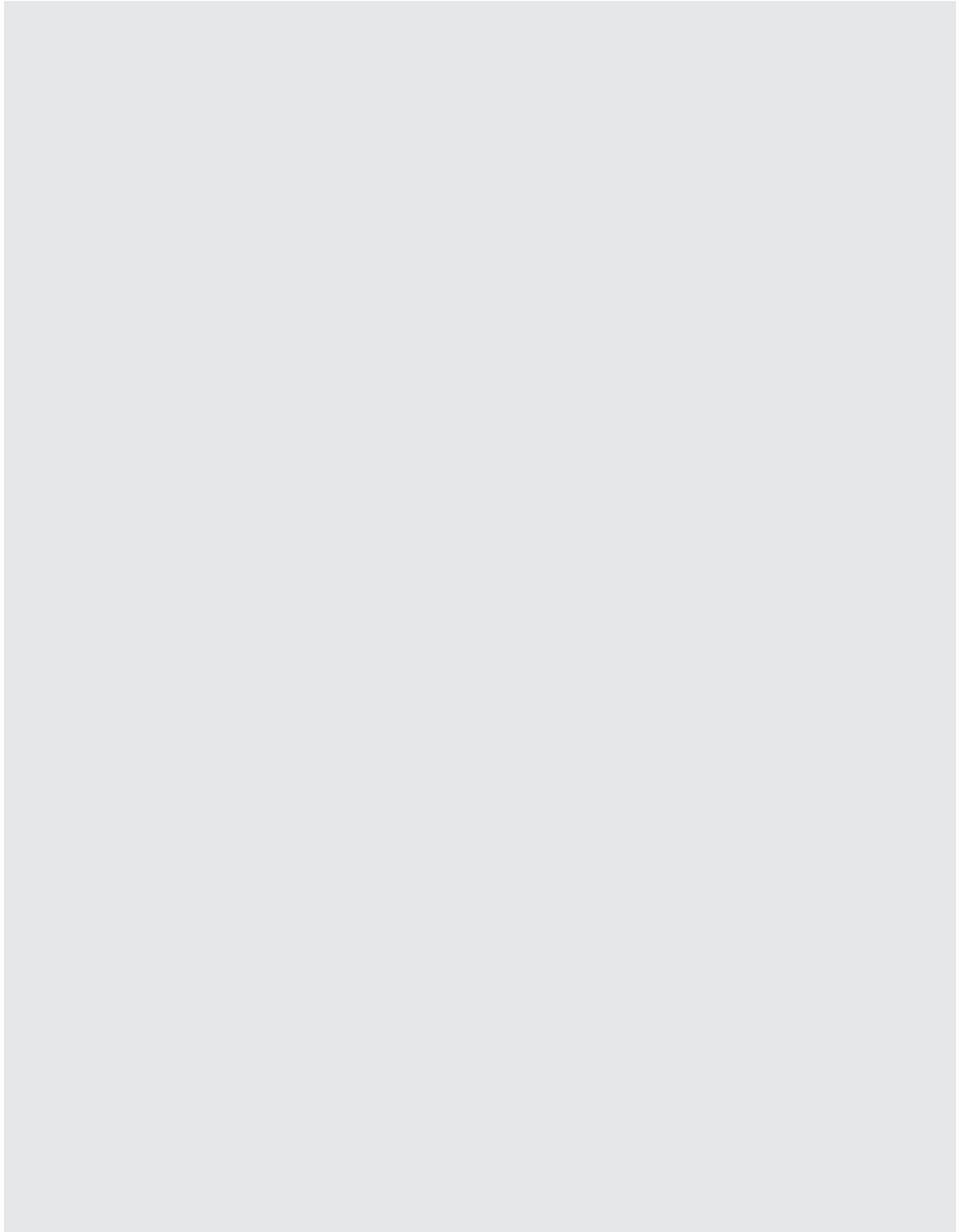
El juego temático de Eliana al principio representaba temas agresivos, enojo y patrones controladores de las relaciones a través del juego maestro-alumno. Reveló sus modelos internos de trabajo tomando el papel del maestro punitivo decepcionado que reprendía a Cynthia, “la alumna” por todas las malas conductas. Cynthia fue expulsada y enviada al armario por no dormir la siesta, echada de la alfombra por “sentarse demasiado cerca” de la maestra, y le decía que “se quedaría sola” por ser

mala. En el papel de alumna, Cynthia personificó el miedo y el desamparo de Eliana. De manera indirecta, esto comunicó empatía y ayudó a Eliana a reintegrar los aspectos repudiados de su vida emocional. Cynthia transmitió cuán difícil era calmarse y provocar los cuidados (p. ej., “¿Podrías traerme, por favor, una manta extra y muñecos de peluche que me ayuden a calmarme?”). Al principio, Eliana rechazaba la invitación e insistía en duros castigos para los “malos” alumnos. Sin embargo, con el tiempo, Eliana empezó a ofrecer mantas extra a los alumnos y a rodearlos con títeres durante la hora de la siesta. Una vez, inició un escenario de juego en el que los dinosaurios atacaron a los alumnos. Cynthia sugirió una operación de rescate utilizando a los títeres, con la cual la niña estuvo de acuerdo. Eliana empezó a realizar actividades nutricias, aunque primero utilizó la inversión de los papeles cuando pidió que le “cepillara” y “cortara” el cabello. Poco a poco, empezó a cambiar los papeles, pero era evidente que esto la perturbaba. Toleraba por unos instantes recibir cuidados nutricios antes de retomar el control como la proveedora de estos cuidados. Con el tiempo, Eliana pidió abiertamente los cuidados nutricios.

Ella pedía otras mantas en días en que sentía un estrés especial y permitía a Cynthia frotarle la espalda y cantarle cuando necesitaba una siesta.

Después de varios meses, el tema de la relación madre-bebé apareció en el juego de Eliana. Los escenarios del juego describían experiencias de abandono y una pobre conexión emocional como contraparte de mantener un ritmo apurado y llegar a tiempo a los lugares. En la metáfora, Cynthia, en el papel de “bebé,” personificó la tristeza y la soledad implícitas de Eliana, y verbalizó sus temores implícitos interpretando la metáfora en el juego para modular su impacto (p. ej., “Mamá, a veces, me preocupa que no regreses cuando me dejas”). Cynthia también sugirió maneras en que la madre podría brindar cuidados nutricios y sintonizarse a nivel emocional con su bebé. Empleó las mismas técnicas en la relación terapéutica cuando aparecían los miedos al abandono. Por ejemplo, el padre de Eliana una vez la llevó a la sesión, porque la madre había salido de la ciudad. Era evidente que la niña estaba hipervigilante y sin regulación. Se paró junto a la ventana para observar a su padre esperando en su auto. En Cynthia resonó a nivel emocional la angustia de Eliana, y resaltó las manifestaciones no verbales de temor y verbalizó su preocupación. Cynthia invitó a la niña a llevar un objeto transicional de su padre para reducir la angustia de separación. Con el tiempo, Cynthia incluyó al padre en las sesiones de juego, y facilitó las transacciones sintonizadas, intersubjetivas, lúdicas entre la niña y su padre.

Eliana mostró notables mejorías en varias áreas en la fase final de la terapia. Logró hacer transiciones más suaves entre las tareas terapéuticas. Su juego contenía menos temas hostiles y controladores. Podía solicitar y aceptar los cuidados nutricios de la terapeuta en las sesiones y de sus padres en casa. También mostró una mayor capacidad para manejar el estrés y tolerar las transiciones. La terapia de juego concluyó con una fiesta de graduación y una sesión de despedida. Eliana eligió los juegos, hizo un dibujo especial con Cynthia y se tomó una foto instantánea con ella para recordar su trabajo juntas.



EVIDENCIA EMPÍRICA

Una vasta literatura empírica apoya los fundamentos neurobiológicos y del neurodesarrollo de los enfoques focalizados en el apego (Perry, 2006; Schore, 2011). Los investigadores confirmaron el papel del hemisferio derecho en el apego realizando una espectroscopía infrarroja cercana del apego madre-hijo a los 12 meses de edad, y afirmaron, “nuestros resultados son consistentes con los de Schore (2001), quien señaló la importancia del hemisferio derecho en el sistema de apego” (Minagawa-Kawai et al., 2009, p. 289). Además, los hallazgos preliminares indican que incorporar el modelo neurosecuencial de Perry de la terapéutica en la terapia de juego filial está vinculado a avances en el desarrollo socioemocional y mejoras conductuales en niños preescolares con problemas neuropsiquiátricos complejos (Barfield, Dobson, Gaskill y Perry, 2012). En la investigación neurobiológica interpersonal resuena la teoría del apego y muchos constructos psicodinámicos clásicos (Schore, 2009b), como sintonización e intersubjetividad.

La investigación también apoya la eficacia de algunos modelos focalizados en el apego que se discuten en este capítulo, como Theraplay y la psicoterapia diádica de desarrollo. Los niños que reciben esta última demuestran mayores mejoras que los de grupos de control que reciben “cuidados usuales” (p. ej., terapia individual, familiar, grupal) al final del tratamiento y en seguimientos de varios años (Becker-Weidman y Hughes, 2008). Los hallazgos de un estudio piloto (Weir, Lee, Canosa, Rodrigues, McWilliams y Parker, 2013) en el que familias adoptivas participaron en un proceso familiar de Theraplay completo, un tratamiento integrativo que incluye componentes de Theraplay y estrategias sistémicas, indican beneficios estadísticamente significativos en la comunicación familiar, la conducta general del niño y las relaciones interpersonales de los adultos. Los investigadores también encontraron que los niños tímidos y retraídos que participaron en Theraplay mejoraron de manera significativa en asertividad, confianza en sí mismos y confianza en los demás, mientras que el retraimiento social disminuyó. Las mejoras se mantuvieron después de un periodo de 2 años, en los que no hubo casos de recaída (Wettig, Coleman y Geider, 2011).

CONCLUSIÓN

Los niños con dificultades relacionadas con el apego tienen necesidades específicas y requieren de intervenciones dirigidas a cubrir esas necesidades con la mayor eficiencia y eficacia posibles. Los terapeutas de juego pueden recurrir a la teoría de las relaciones objetales, la investigación del apego neurobiológico (Schore, 2009a) y los principios del neurodesarrollo (Perry, 2006) para brindar a los niños intervenciones de juego focalizadas en el apego. Por medio de los enfoques individuales, diádicos y, o familiares, el terapeuta que se basa en el apego intenta mejorar los patrones de apego inseguro y una gran cantidad de síntomas interrelacionados que acompañan los problemas de la infancia (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y van der Kolk, 2012) abordando la disfunción neurobiológica subyacente en una secuencia y manera consistente con los principios del neurodesarrollo (Perry, 2006). Los modelos implícitos internos de trabajo del niño se manifiestan en la relación terapéutica segura y también en el aquí y ahora del juego temático. El terapeuta promueve la participación del niño en interacciones sintonizadas, intersubjetivas, y hace invitaciones delicadas en el contexto de las metáforas de juego para modificar los esquemas relacionales desadaptativos. La integración de estos enfoques mantiene los elementos históricos psicodinámicos apoyados por la literatura actual interpersonal, al mismo tiempo que integra los principios del neurodesarrollo y un modelo neurobiológico del apego.

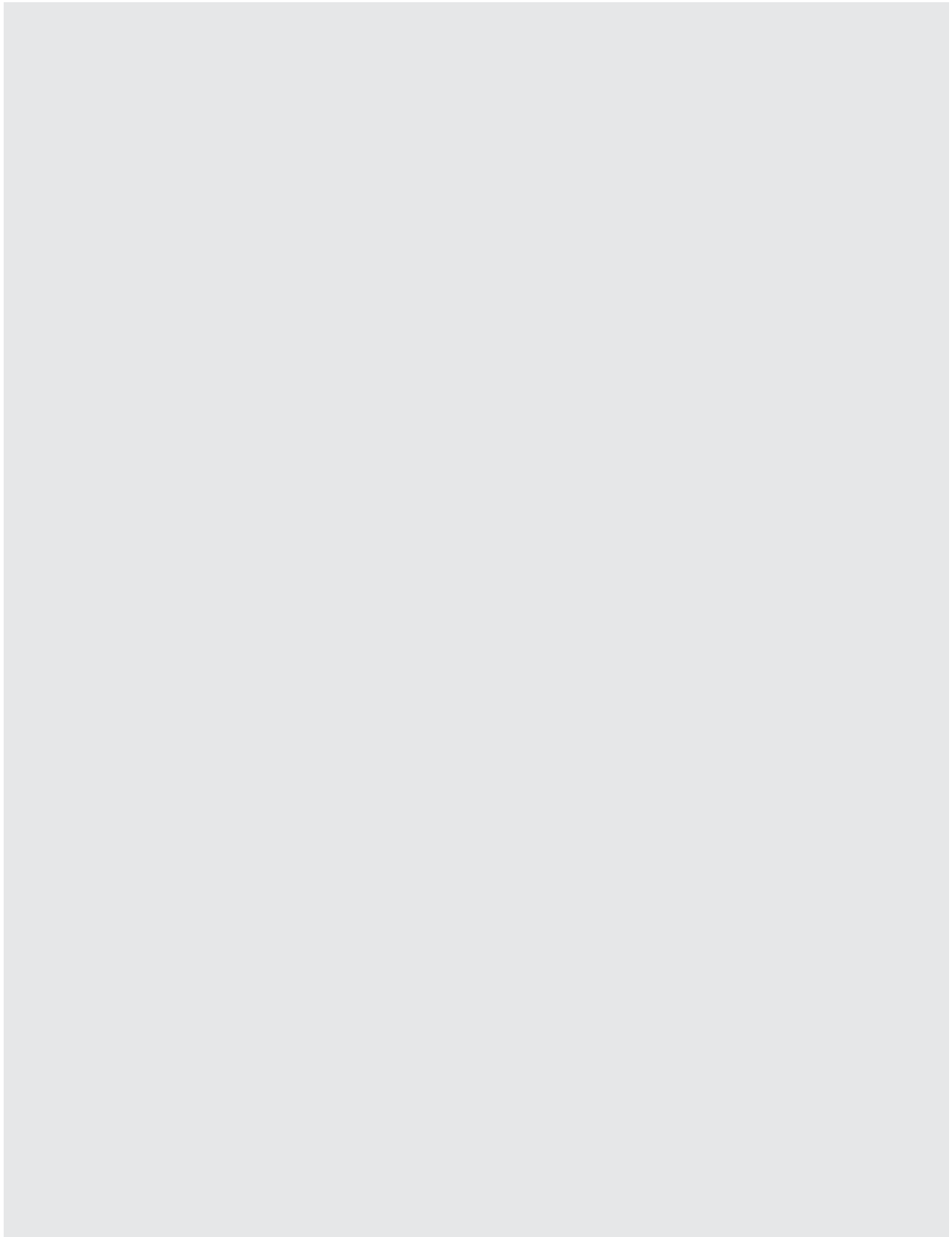
■ REFERENCIAS

- Abram, J. (1996). *The language of Winnicott: A dictionary and guide to understanding his work*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant–mother interaction among the Ganda. En B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 2, pp. 67–112). New York, NY:Wiley.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D.,...Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186.
- Arnold, K. (2007). The creative unconscious, the unknown self, and the haunting melody: Notes on Reik's theory of inspiration. *Psychoanalytic Review*, 94, 431–445.
- Barfield, S., Gaskill, R., Dobson, C., & Perry, B. D. (2012). Neurosequential Model of Therapeutics © in a therapeutic preschool: Implications for work with children with complex neuropsychiatric problems. *International Journal of Play Therapy*, 21(1), 30–44.
- Bateson, M. C. (1971). The interpersonal context of infant vocalization. *Quarterly Progress Report of the Research Laboratory of Electronics*, 100, 170–176.
- Becker-Weidman, A., & Hughes, D. (2008). Dyadic developmental psychotherapy: An evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child and Family Social Work*, 13, 329–337.
- Benedict, H. E. (1997, September). *Thematic play therapy and attachment disorders*. Workshop presented at Southwest Missouri State University, Springfield, MO.
- Benedict, H. E. (2004, October). *Using play themes in play assessment and for understanding play therapy process*. Preconference workshop presented at the 21st Annual Association for Play Therapy International Conference, Denver, CO.
- Benedict, H. E., & Hastings, L. (2002). Object relations play therapy. En J. Magnavita (Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Psychodynamic/object relations* (Vol. 1, pp. 47–80). New York, NY:Wiley.
- Benedict, H. E., Hastings, L., Ato, G., Carson, M., & Nash, M. (1998). *Revised Benedict play therapy theme code and interpersonal relationship code*. Unpublished manuscript, Baylor University, Waco, TX.
- Berlin, L., Zeanah, C. H., & Lieberman, A. F. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. En J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Booth, P. B., & Jernberg, A. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350–373.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation—Anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties. En P. R. Shaver & J. Cassidy (Eds.), *Handbook of attachment* (2nd ed., pp. 3–22). New York, NY: Guilford Press.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., pp. 146–148). New York, NY:Wiley.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Marvin, R. (2005). The circle of security intervention: Differential diagnosis and differential treatment. En L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 127–151). New York, NY: Guilford Press.

- D'Andrea, W. D., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 187–200.
- Fairburn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. New York, NY: Basic Books.
- Gaskill, R., & Perry, B. D. (2012). Child sexual abuse, traumatic experiences, and their impact on the developing brain. En P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp. 29–48). Hoboken, NJ: Wiley.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play: Working with abused children*. New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E. (2003). Art and play therapy with sexually abused children. En C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 152–166). New York, NY: Guilford Press.
- Glickhauf-Hughes, C., & Wells, M. (1997). *Object relations psychotherapy: An individualized and interactive approach to diagnosis and treatment*. New York, NY: Jason Aronson.
- Hughes, D. (2009). *Attachment-focused parenting*. New York, NY: Norton.
- Hughes, D., & Baylin, J. (2012). *Brain-based parenting: The neuroscience of caregiving for healthy attachment*. New York, NY: Norton.
- Hutterer, J., & Liss, M. (2006). Cognitive development, memory, trauma, treatment: An integration of psychoanalytic and behavioral concepts in light of current neuroscience research. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34, 287–302.
- Kobak R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Zir, Y. (2006). Attachment, stress and psychopathology: A developmental pathways model. En D. Cicchetti & Cohen (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (Vol. 1, pp. 333–369). New York, NY: Wiley.
- Kobak, R., & Madsen, S. (2008). Disruptions in attachment bonds: Implications for theory, research, and clinical intervention. En P. R. Shaver & J. Cassidy (Eds.), *Handbook of attachment* (2nd ed., pp. 3–22). New York, NY: Guilford Press.
- Lavelli, M., & Fogel, A. (2013). Interdyad differences in early mother-infant face-to-face communication: Real-time dynamics and developmental pathways. *Developmental Psychology*, 49(12), 2257–2271.
- Lehrer, J. (2009). *How we decide*. Boston, MA: Mariner Books.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton & M.W. Yogman (Eds.), *Affect development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Minagawa-Kawai, Y., Matsuoka, S., Dan, I., Naoi, N., Nakamura, K., & Kojima, S. (2009). Prefrontal activation associated with social attachment facial-emotional recognition in mothers and infants. *Cerebral Cortex*, 19, 284–292.
- O'Connor, T. G. (2006). The persisting effects of early experiences on psychological development. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., pp. 202–234). New York, NY: Wiley.
- Patton, S. C., & Benedict, H. E. (2014). Object relations and attachment-based play therapy. En D. Crenshaw & A. Stewart (Eds.), *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice* (pp. 17–31). New York, NY: Guilford Press.
- Perry, B. D. (2001). The neuroarcheology of childhood maltreatment: The neurodevelopmental costs of adverse childhood events. En K. Franey, R. Geffner & R. Falconer (Eds.), *The cost of maltreatment: Who pays? We all do* (pp. 15–37). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Perry, B. D. (2006). Applying the principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The neurosequential model of therapeutics. En N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). New York, NY: Guilford Press.
- Perry, B. D. (2008). Child maltreatment: The role of abuse and neglect in developmental psychopathology. En T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *Textbook of child and adolescent psychopathology* (pp. 93–128). New York, NY: Wiley.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

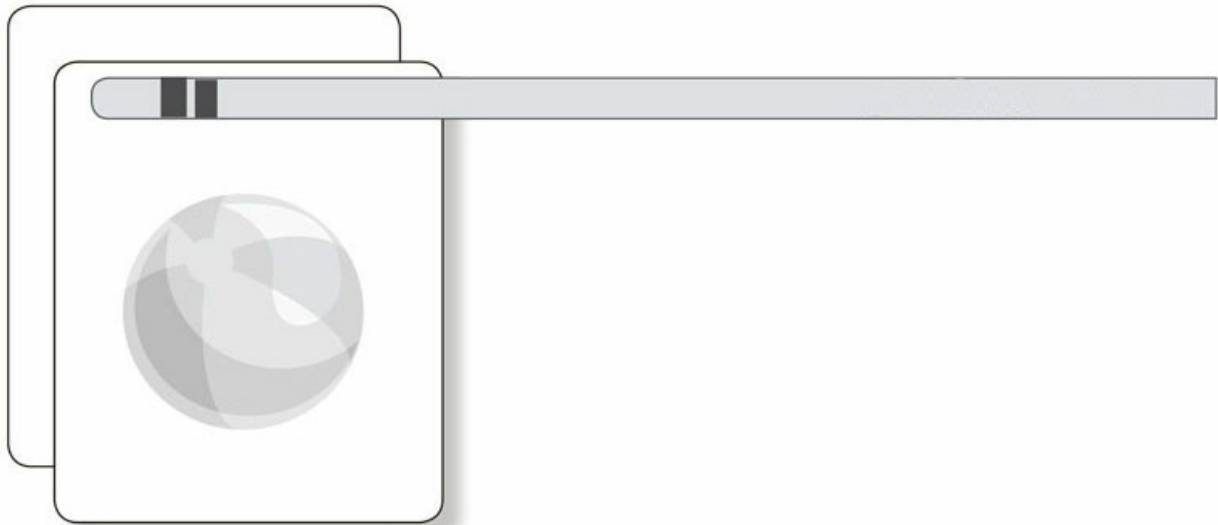
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 201–269.
- Schore, A. N. (2009a). Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. En W. J. Coburn & N. VanDerHeide (Eds.), *Self and systems: Explorations in contemporary self Psychology. Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, 189–203.
- Schore, J. R. (2009b). Using concepts from interpersonal neurobiology in revisiting psychodynamic theory. *Smith College Studies in Social Work*, 82(1), 90–111.
- Schore, A. N. (2010). Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds. En T. Baradon (Ed.), *Relational trauma in infancy* (pp. 19–47). London, England: Routledge.
- Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(1), 75–100.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2004). *Parenting from the inside out*. New York, NY: Tarcher/Penguin.
- Sigelman, C. K., & Rider, E. A. (2005). *Lifespan human development* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Teti, D. M. (1999). Conceptualizations of disorganization in the preschool years: An integration. En J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 213–242). New York, NY: Guilford Press.
- Trevarthan, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3–48.
- Trevarthen, C., Aitken, K. J., Vandekerckhove, M., Delafield-Butt, J., & Nagy, E. (2006). Collaborative regulations of vitality in early childhood: Stress in intimate relationships and postnatal psychopathology. En D. Cicchetti, D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol 2. Developmental neuroscience* (2nd ed., pp. 65–126). Hoboken, NJ: Wiley.
- van der Kolk, B. (1994). The body keeps score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Recuperado de: www.traumapages.com/a/vanderk4.php
- van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
- van der Kolk, B. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071(IV), 277–293.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387–403.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2006). DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attachment & Human Development*, 8, 291–307.
- Weir, K. N. (2007). Using integrative play therapy with adoptive families to treat reactive attachment disorder: A case example. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(4), 1–16.
- Weir, K. N., Lee, S., Canosa, P., Rodrigues, N., McWilliams, M., & Parker, L. (2013). Whole family Theraplay: Integrating family systems theory and Theraplay to treat adoptive families. *Adoption Quarterly*, 16(3–4), 175–200.
- Wettig, H. G., Coleman, A. R., & Geider, F. J. (2011). Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy*, 20(1), 26–37.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York, NY: International Universities Press.
- Winnicott, D.W. (1971a). *Playing and reality*. London, England: Tavistock.
- Winnicott, D.W. (1971b). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
- Wisner-Fries AB, Ziegler TE, Kurian JR, Jacoris S, & Pollak SD. Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceeding of the National Academy of Sciences USA*, 102, 17237–17240.

Zeanah, C. H., Jr., & Boris, N.W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 353–368). New York, NY: Guilford Press.



NOTA

¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.



Capítulo 20

Terapia de juego con niños con discapacidad

Karla D. Carmichael

La literatura sobre las intervenciones con niños con discapacidad se divide en dos grandes categorías: “yo puedo” y “yo soy.” El enfoque “yo soy” se centra en maximizar las capacidades pragmáticas y prácticas del niño, mientras que las intervenciones “yo puedo” se encuentran en el ámbito de los fisioterapeutas, maestros de educación especial, encargados de hacer diagnósticos y terapeutas ocupacionales, por nombrar sólo algunos especialistas que se encargan de ayudar a los niños con discapacidad. Sus intervenciones se enfocan en potenciar el desarrollo físico, académico y cognitivo del niño, así como de facilitar las estrategias de adaptación y reparación. Las intervenciones “yo soy” se encuentran en el ámbito de los profesionales de la salud mental, entre los que se cuentan los terapeutas de juego. Sus intervenciones se enfocan en el sentido del sí mismo del niño, así como en su crecimiento y desarrollo emocional. Cuando estos dos enfoques se integran, contribuyen significativamente al crecimiento y desarrollo general de los niños con discapacidades. Además, estos distintos especialistas contribuyen en el bienestar de los niños trabajando con sus cuidadores, dándoles información, apoyo y entrenamiento para ayudar a los niños a sacar provecho de sus fortalezas, y brindar reparación o adaptación, según sea necesario.

Debido a que está dirigido a terapeutas de juego, este capítulo se centra en el enfoque “yo soy” para ayudar a los niños con discapacidades. Se presenta una discusión sobre las adaptaciones del cuarto de juego, el apoyo por parte del cuidador y técnicas específicas. Tomando en cuenta la diversidad de discapacidades que se conocen, en este capítulo se adopta una perspectiva general, en vez de hablar de discapacidades específicas, en relación con el trabajo con esta población.

DEFINIR LA POBLACIÓN

Hay muchas maneras de definir y clasificar los diagnósticos de niños con discapacidad. Una de ellas consiste en adoptar la definición del gobierno federal de EUA y los términos que aparecen en IDEA (Individuals With Disabilities Education Act [Ley de educación para personas con discapacidad], 20 U.S.C. § 1400) (2004).

§ 300.8 Niño con discapacidad *General*. (1) *Niño con discapacidad* se refiere a un niño evaluado de acuerdo con §§ 300.304 a 300.311 y se determina que tiene discapacidad intelectual, discapacidad auditiva (incluyendo sordera), discapacidad en el habla o el lenguaje, discapacidad visual (incluyendo ceguera), una perturbación emocional grave (que en esta parte se cita como “perturbación emocional”), una discapacidad ortopédica, autismo, lesión cerebral traumática y otras discapacidades en la salud, una discapacidad específica del aprendizaje, sordomudez o discapacidades múltiples, y a quien, por estas razones, requiera educación especial y servicios relacionados.

Debido a que la definición de IDEA (2004) está diseñada para usarse en contextos educativos, se enfoca en las discapacidades cognitivas y físicas que, con mayor frecuencia, interfieren en el desempeño académico de los niños. Esta definición también incluye la categoría de “perturbación emocional” y distintos diagnósticos de trastornos mentales. Debido a que los terapeutas de juego conocen las dificultades especiales en el tratamiento de niños con problemas emocionales, este capítulo se enfoca en los retos que se encuentran al trabajar con niños que presentan diversas discapacidades sensoriales y físicas.

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud en Niños y Jóvenes (ICF-CY, por sus siglas en inglés) (Petersson, Simensson, Enskar y Huus, 2013), una **discapacidad crónica** se define como aquella que está presente a lo largo de la vida de un individuo y no puede cambiar. Estas discapacidades crónicas pueden crear dificultades cotidianas para el niño y su familia. A su vez, estas discapacidades crónicas interfieren con el desarrollo físico, social y emocional. También es importante tomar en cuenta la calidad real de la vida del niño, así como la manera en que éste percibe su propia “salud física, nivel de independencia, estado psicológico, relaciones sociales y creencias personales” (Petersson et al., 2013).

Discapacidades comunes en la infancia

Los niños pueden tener una sola discapacidad o varias. Aunque sólo tenga una, es posible que se manifieste en diversas áreas de su funcionamiento. Las discapacidades pueden agravar las dificultades de desarrollo, sociales y emocionales que enfrentan los niños (Tarver-Behring y Spagna, 2004). Los tipos de discapacidad más comunes comprenden las que afectan las áreas del funcionamiento motor fino y grueso, la visión, la audición, la comunicación y el aprendizaje.

Las “discapacidades motrices” abarcan una amplia variedad de dificultades que incluyen padecimientos congénitos y adquiridos en el que están implicados los sistemas neurológico y músculo-esquelético. Algunos de estos padecimientos son parálisis cerebral, lesión cerebral traumática, mielomeningocele, lesión de médula espinal, enfermedad neuromuscular, artritis reumatoide juvenil, artrogriposis y deficiencias en las extremidades. Los niños con estos padecimientos pueden experimentar debilidad muscular, tono muscular anormal, amplitud reducida del movimiento de las articulaciones y problemas de equilibrio y coordinación. El grado de la afectación va de leve y muy poco notable hasta grave a tal nivel que el niño requiera auxilio para realizar funciones tan básicas como respirar. Sin importar la causa o la gravedad de la discapacidad motriz, ésta limita la capacidad del niño para realizar actividades propias de su edad en casa, escuela y comunidad (Michaud, 2004).

Las discapacidades visuales también son resultado de diversos padecimientos congénitos o adquiridos, y el nivel de afectación varía de lo relativamente leve a la ceguera completa. Los niños con discapacidad visual tienen problemas para desplazarse en el ambiente físico y están en riesgo potencial de tener accidentes, se les dificulta reconocer objetos e identificar su tamaño, así como aprender las sutilezas de la comunicación no verbal. Un diagnóstico de ceguera no necesariamente significa que el niño no pueda ver nada en absoluto, pues es posible que detecte la luz, formas, colores o incluso algunos objetos lo suficiente para reconocer rostros o leer libros con tipografías muy grandes. Las afectaciones visuales comunes, como ceguera, miopía e hipermetropía, son bien conocidas por la mayoría de los terapeutas de juego. Sin embargo, algunas afectaciones son menos conocidas, como el estrabismo (cuando los ojos miran en distinta dirección), catarata congénita (lentes empañados), retinopatía relacionada con el nacimiento prematuro (sensibilidad a la luz porque la retina tuvo un desarrollo inadecuado al momento del nacimiento), retinitis pigmentosa (enfermedad heredada que destruye la retina), coloboma (en la que una parte de la estructura ocular falta), hipoplasia del nervio óptico (el subdesarrollo del nervio óptico ocasiona dificultades para percibir la profundidad, sensibilidad a la luz y acuidad), y deterioro de la corteza visual (resultado del daño a la zona cerebral de la visión). A menos que la afectación visual se detecte en etapas tempranas, el niño puede tener retrasos para realizar las tareas básicas de desarrollo. Los niños con afectación visual, de cualquier gravedad, tienen que llevar a cabo las tareas de una manera diferente o empleando materiales o herramientas especiales. Aprenden mejor cuando reciben información sensorial complementaria a través del tacto, el sonido, los aromas, el gusto y el movimiento. Este tipo de aprendizaje sensorial se debe incorporar en los materiales del cuarto de juego y las experiencias terapéuticas (National Dissemination Center for Children with Disabilities, 2012).

De acuerdo con La Asociación Americana de Habla-Lenguaje-Audición (ASHA, por sus siglas en inglés) (ASHA, 1993b), los niños con pérdida auditiva tienen afectaciones en cuatro áreas importantes. La pérdida auditiva puede causar 1) un retraso en la comunicación receptiva y expresiva del niño, 2) rendimiento académico bajo, 3) aislamiento social y autoconcepto pobre a causa de las dificultades de comunicación y 4)

limitaciones en las actividades recreativas y la elección de carrera. Los niños con audición parcial con frecuencia tienen problemas con el desarrollo del vocabulario, sobre todo cuando se trata de palabras que tienen el mismo sonido, pero distinto significado (homófonas), como *bello/vello* y *cesión/sesión*. Debido a que estos niños no siempre escuchan las palabras completas, pueden usar de forma incorrecta los tiempos verbales, los plurales, la concordancia sujeto-verbo y los pronombres posesivos. Al hablar, pueden omitir sonidos, hablar demasiado fuerte o suave, tener un tono de voz muy agudo o un ritmo de habla peculiar. A los niños con pérdida auditiva les resulta más fácil utilizar palabras más concretas para describir los objetos y eventos que utilizar palabras más abstractas, como las que se requieren para describir las emociones. También tienen dificultades para escuchar y formular oraciones largas o complejas. En el ámbito académico, las matemáticas y la lectura presentan problemas especiales para el niño con pérdida auditiva. Su nivel de desempeño depende de la cantidad, calidad y el carácter oportuno del apoyo que reciba. En el aspecto social, los niños con pérdida auditiva grave o profunda informan que se sienten aislados, sin amigos e infelices en la escuela y en ambientes similares. Es interesante que los niños con pérdida auditiva leve o moderada informan que tienen problemas en situaciones sociales con mayor frecuencia que los que tienen pérdidas más graves (ASHA, 1993b).

Los niños con trastornos de la comunicación tienen dificultades para recibir, enviar, procesar y comprender las señales verbales y no verbales, así como los conceptos o símbolos gráficos. Como fue evidente en la discusión sobre la pérdida auditiva, los trastornos de la comunicación son comunes en niños con dificultades de audición. Sin embargo, también se presentan en niños con una audición correcta y se manifiestan como problemas con el procesamiento del lenguaje (trastorno del procesamiento auditivo central), el uso del lenguaje (forma, contenido y función) y, o dificultades del habla (articulación, fluidez o trastornos de la voz). La presencia de trastornos de la comunicación puede hacer que sea muy difícil que el niño se beneficie de algún tipo de intervención basada en el lenguaje. Por lo general, es mejor en una situación así complementar cualquier trabajo cognitivo verbal con actividades vivenciales.

Por último, la definición internacional de discapacidades de aprendizaje requiere que el niño manifieste dificultades específicas en el procesamiento cognitivo y, o en el desempeño académico sin importar que las capacidades intelectuales del individuo sean normales o, incluso, superiores (Buttner y Hasselhorn, 2011). Se diagnostica una discapacidad de aprendizaje cuando el niño es incapaz de desempeñarse en el ámbito escolar al nivel esperado para su funcionamiento intelectual. Entre estas discapacidades, se encuentran los trastornos del desarrollo de habilidades escolares, como el trastorno de la lectura o dislexia del desarrollo, trastornos del deletreo, trastornos de las habilidades matemáticas o discalculia, incapacidad para escribir de manera legible o disgrafía, y el trastorno de la expresión escrita. Los niños con discapacidades de aprendizaje pueden tener problemas emocionales y un autoconcepto pobre, y carecer de confianza en sí mismos debido a su bajo rendimiento en la escuela. Cualquier tipo de discapacidad puede tener efectos muy extensos en el niño y su familia (Clarizio, 1997; Tzang, Chang y Liu,

2009).

La presencia de discapacidades múltiples representa un reto especial para el niño, la familia y el terapeuta. En estos casos, se ha encontrado que los niños tienen entre tres y siete veces más problemas emocionales y conductuales en comparación con los niños que no tienen ninguna afectación de este tipo (Alimovic, 2013). Además, mientras más discapacidades presenta un niño, es mayor la probabilidad de que también tenga problemas emocionales y conductuales (Alimovic, 2013). Alimovic (2013) usó el *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991) para comparar tres grupos de niños con edades de 4 a 11 años: 1) un grupo con discapacidad intelectual y deterioro visual, 2) un grupo con deterioro intelectual o cognitivo y 3) un grupo de niños sin afectaciones. Los padres informaron más problemas conductuales en todos los niños con afectaciones en comparación con los que no tenían. Sin embargo, la mayor frecuencia estuvo en el grupo con afectaciones cognitivas y visuales. La segunda frecuencia más alta estuvo entre los que tenían sólo discapacidades cognitivas, mientras que la tercera estuvo entre los que sólo tenían discapacidad visual. Los problemas conductuales incluían atención y problemas sociales y de agresión. Einfeld, Tonge y Turnier (1999) y Tonge y Einfeld (2000, 2003) encontraron que los problemas conductuales tienen una tendencia a aumentar con el tiempo si no se lleva a cabo una intervención. En el grupo de niños con discapacidad intelectual, cerca de 65% de los que presentaban conductas problemáticas siguieron teniendo dificultades constantes. Dosen (2005) encontró que los niños con discapacidad tienen todos los problemas psicopatológicos que se diagnostican con frecuencia en quienes no tienen un diagnóstico de discapacidad, pero a un nivel mucho más alto.

Se requiere tomar en cuenta las diferencias culturales al identificar las discapacidades específicas. Las diferencias culturales que resultan de las diferencias de lenguaje, los privilegios socioeconómicos y las expectativas conductuales han provocado que haya un diagnóstico excesivo de algunas discapacidades en diversos grupos culturales (Tarver-Behring y Spagna, 2004). Pensar en una lengua y hablar en otra puede dar la impresión de que hay algún trastorno de la comunicación. Lo que parece ser una discapacidad de comunicación puede deberse simplemente a que un niño trata de recordar qué palabra se usa en la lengua que le es menos familiar. Los privilegios socioeconómicos entran en juego cuando las evaluaciones se basan en experiencias “típicas” de los niños de la cultura predominante. Los que viven en pobreza tal vez no tienen estas experiencias, lo cual limita su capacidad de responder reactivos con una fuerte carga cultural. Esto suele manifestarse en puntuaciones bajas de vocabulario en niños provenientes de contextos desfavorecidos. “A veces, los maestros, de manera errónea, malinterpretan las diferencias culturales como una discapacidad o un problema” (Smith, 2007, p. 82).

De acuerdo con Smith (2007), las diferentes culturas, disciplinas profesionales e, incluso, los individuos no siempre están de acuerdo acerca de la definición de discapacidad o sus causas. Los modelos de discapacidad, por lo general, surgen de tres perspectivas básicas: del déficit, cultural y sociológica. La perspectiva del déficit considera las capacidades humanas como si estuvieran a lo largo de un continuo que va

desde lo bajo a lo alto. Esta perspectiva es la más común entre psicólogos, educadores y profesiones médicas en EUA. Este modelo, en general, se basa en la noción de que las habilidades y funciones se distribuyen de manera normal, lo cual significa que la mayor parte de la población se ubica alrededor del punto medio del continuo, y a medida que se aleja hacia los extremos el número de casos es cada vez menor. En EUA, esta noción subyace en el modelo médico de discapacidad que, a su vez, conduce a la definición legal de discapacidad (Smith, 2007).

En la perspectiva cultural, el concepto de discapacidad no es universal ni uniforme en distintas culturas. La conducta que se considera problemática o “diferente” en una cultura puede no serlo en otra. Incluso el grado en que un individuo es diferente con respecto de la conducta promedio dentro de una cultura puede no considerarse del mismo modo en distintas culturas. La cultura dominante en EUA tiende a creer en las relaciones de causa y efecto entre un factor biológico o traumático y la discapacidad que resulta. Otras culturas creen que la causa de las discapacidades es la mala suerte, los pecados de los padres, los espíritus malignos, las comidas tabú que la madre ingirió durante el embarazo o la voluntad de dios o de un espíritu. Lo que la cultura dominante de EUA considera discapacidad es visto como un don, una señal de buena suerte o de sabiduría o de alguna otra manera positiva en otras culturas. Estas visiones divergentes significan que al tratar con padres provenientes de otra cultura, la necesidad de la familia puede ser diferente de lo que el terapeuta espera. El terapeuta sagaz en el tema de las diferencias culturales comprenderá que la manera en que la familia desea abordar las necesidades del niño y los servicios que requiere varían dependiendo de su contexto cultural (Smith, 2007).

La perspectiva social interpreta las diferencias en las habilidades como producto de la construcción social. En este modelo, no es la discapacidad por sí misma lo que define la naturaleza del problema, sino el modo en que la sociedad describe o reacciona ante estos casos. Es decir, la sociedad limita al individuo, y no el padecimiento o la afectación. La idea es que si se eliminaran las barreras sociales, los individuos que se alejan del promedio podrían ser iguales e independientes en la sociedad. La versión más radical de esta perspectiva considera que las sociedades están estratificadas de modo que las distinciones como discapacidad, raza y grupo étnico sostienen los imperativos económicos y políticos. Con el fin de mantener la estructura de clases, algunos individuos deben verse como inferiores para restringir sus oportunidades (Smith, 2007).

En resumen, las discapacidades esquivan las limitaciones en cualquier área del funcionamiento, es decir, las áreas física, cognitiva, motriz o sensorial. Éstas pueden incluir dificultades cognitivas, lesión cerebral traumática, deterioro motor y ortopédico, deterioro visual y ceguera, deterioro auditivo y sordera, o dificultades del habla o lenguaje. **Comorbilidad** se refiere a la existencia de más de una discapacidad o diagnóstico, y cuando ocurre aumenta la probabilidad de que el niño experimente problemas emocionales o conductuales. Las discapacidades crónicas son aquellas que perduran a lo largo de toda la vida del individuo, incluso cuando recibe algún tipo de intervención. Por último, debido a que muchas discapacidades impactan todos los

aspectos de la vida del niño, requieren que se les asignen distintos lugares para recibir atención durante toda su vida.

Aspectos socioemocionales que enfrentan los niños con discapacidad

Los niños con discapacidad tienen los mismos problemas socioemocionales de desarrollo que sus pares sin discapacidad. Sin embargo, pueden tener más dificultades para enfrentar los retos normales del desarrollo social y emocional, y para aprender las habilidades indispensables. Estos niños enfrentan dificultades particulares que pueden deberse específicamente a su discapacidad y a su percepción acerca de sus limitaciones y fortalezas. Si el terapeuta comprende lo que los niños con discapacidad se encuentran en su vida, será más apto para diseñar intervenciones de juego para que el niño con discapacidad aproveche al máximo sus fortalezas.

Habilidades sociales pobres

Debido a que las discapacidades limitan las interacciones de los niños, con frecuencia carecen de habilidades sociales. Entre los niños con discapacidades del aprendizaje (DA), hay un alto índice de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Se encontró que los niños con TDA y TDAH tienen mayores problemas académicos y más dificultades relacionadas con las habilidades sociales que los niños que sólo tienen DA (Xin, Yu y Shaver, 2014). Además, la disfunción social es muy frecuente en niños diagnosticados con TDAH. Esto se puede atribuir a su falta de empatía interpersonal (Wilkes, Cordier, Bundy, Docking y Munro, 2011). El desarrollo de la empatía interpersonal requiere que el niño pueda adoptar la perspectiva emocional de la otra persona en una relación. Sin la capacidad de ponerse en los zapatos del otro o sentir lo que el otro siente, estos niños no están conscientes de la manera en que sus comentarios y conductas afectan a sus pares y a otras personas (Wilkes et al., 2011). Además, si la DA impide desarrollar las habilidades de lenguaje correspondientes a la edad del niño, éste puede usar un lenguaje inapropiado en una situación social, como hacer preguntas impertinentes o no poder seguir instrucciones (Tarver-Behreing y Spagna, 2004).

Autoestima baja

Una parte importante del desarrollo infantil sano consiste en adquirir una visión positiva, pero realista, del sí mismo. La autoestima positiva se ha asociado con una buena salud mental, mientras que la autoestima baja, con el riesgo de ansiedad y depresión en niños (Miyahara y Piek, 2006). El grado en que la discapacidad afecta la autoestima del niño depende de muchos factores, por ejemplo, si la discapacidad se detecta a simple vista o si afecta la apariencia física. Cuando la discapacidad no se nota a simple vista, algunos niños experimentan una falta de comprensión y empatía de parte de las personas

significativas que lo rodean, pues atribuyen las dificultades del niño a la falta de esfuerzo o de atención. Muchos niños cuya discapacidad no se detecta con facilidad, como los que tienen discapacidades de aprendizaje, tienden a tener una autoestima baja y un pobre desarrollo del autoconcepto. Buscan la aceptación de sus pares de una manera que los pone en riesgo de conflictos con la ley relacionados con pandillas, drogas o delincuencia juvenil (Tarver-Behring y Spagna, 2004). Cuando los niños tienen discapacidades más evidentes, es más probable que los adultos tengan expectativas realistas de ellos y les brinden mayor apoyo, lo cual los ayuda a aceptar sus limitaciones. En general, mientras más grave y evidente sea la discapacidad, son menores los problemas de autoestima de acuerdo a lo que se informa en la literatura (Miyahara y Piek, 2006).

Limitadas experiencias de éxito

Los niños con discapacidad pueden tener pocas experiencias relacionadas con el éxito, por lo que tienen sentimientos de inadecuación. A veces, no están conscientes de sus fortalezas o comparan su nivel de dominio de habilidades con el de otros niños sin discapacidad. Las habilidades motrices limitadas pueden impedir que el niño se sienta exitoso en actividades deportivas u otros pasatiempos infantiles, por compararse con sus pares. Algunos niños con discapacidad pueden tener dificultades con el funcionamiento perceptual motor, que se manifiestan al escribir, dibujar y otras habilidades motrices finas y gruesas. Los logros académicos también pueden ser mucho menores que los de sus compañeros. La experiencia de éxito aumenta cuando el niño recibe aliento para competir sólo consigo mismo, y se fija metas realistas y desarrolla sus áreas fuertes (Traver-Behring y Spagna, 2004).

Regulación emocional y conductual pobre

Dependiendo de la naturaleza de la discapacidad, algunos niños tienen dificultades con la autorregulación que se manifiestan en problemas internalizados y externalizados. Pueden experimentar una depresión grave o ideación suicida, las cuales afectan el desempeño académico y las relaciones sociales.

Otra posibilidad es que presenten explosiones conductuales u otras conductas inapropiadas que provocan el rechazo de sus pares e, incluso, de adultos. Los arrebatos de lenguaje altisonante y conducta agresiva contra pares y figuras de autoridad ocasionan problemas de disciplina, suspensiones y expulsiones de las escuelas.

MODALIDADES DE LA TERAPIA DE JUEGO

Hay tres tipos de intervención de terapia de juego que resaltan en la literatura sobre tratamiento para niños con discapacidad: individual, filial y grupal. La terapia de juego individual se puede llevar a cabo empleando distintos marcos teóricos; sin embargo, todos se enfocan en la relación uno a uno con el terapeuta. En la terapia de juego filial, los adultos importantes para la vida del niño aprenden a establecer una relación terapéutica de juego con el niño. Por último, el juego grupal también puede implementarse partiendo de diversas orientaciones teóricas, pero todas hacen hincapié en el beneficio terapéutico de la interacción entre pares guiada por el terapeuta.

Teorías de la terapia de juego individual

Las terapias de juego de relaciones interpersonales como la centrada en el niño (Landreth, 2012), la relacional (Moustakas, 1997), Gestalt (Oaklander, 2006) y la narrativa (Taylor De Faoite, 2011) se enfocan en el establecimiento de relaciones y en hacer conexiones emocionales. Aprovechan el hecho de que el juego se considera el método de comunicación más natural en la infancia, en la que objetos concretos (juguetes) se utilizan de manera simbólica como si fueran palabras (Landreth, Ray y Bratton, 2009). Debido a que los niños con discapacidad tienen dificultad para expresarse, la inclusión de objetos concretos que puedan manipular para representar a nivel simbólico sus experiencias del mundo permite que el terapeuta conozca sus preocupaciones y los problemas que enfrentan estos niños. La terapia de juego tiene la capacidad de llegar más allá de los retrasos en el desarrollo cognitivo, físico y emocional del niño, y de entrar en su mundo. Debido a la inmediatez del juego, el terapeuta puede trabajar de manera activa para ayudar al niño a expresarse de modos que, de otra forma, no estarían a su alcance. Los niños aprenden habilidades, abordan sus sentimientos y resuelven problemas.

Las terapias cognitivo-conductual (Knell, 1996), adleriana (Kottman, 2002) y de realidad (Davis y Pereira, 2013) hacen hincapié en corregir las distorsiones cognitivas y la solución de problemas, por lo que serían, por lógica, más apropiadas para niños con discapacidad que tienen problemas con el juicio, las habilidades sociales y el control emocional. Estas orientaciones teóricas tienden a ser más estructuradas y directivas en la interacción del terapeuta con el niño, también pueden incluir el uso de juguetes para representar distintos papeles y explorar soluciones alternativas positivas a los problemas y habilidades apropiadas en términos sociales. El terapeuta ilustra o enseña habilidades para la solución de problemas, la interacción social y el control emocional usando el juego infantil y los materiales del cuarto de juego. Además de las intervenciones cognitivas, estas teorías hacen adaptaciones de las técnicas conductuales clásicas de desensibilización sistemática, manejo de contingencias, moldeamiento o aproximaciones sucesivas,

extinción, tiempo fuera, modelamiento y ensayos conductuales en distintos grados en el cuarto de juego.

La terapia del desarrollo (Brody, 1997) y Theraplay® (Booth y Jernberg, 2010; Munns, 2000) hacen hincapié en la importancia de la experiencia para ayudar al niño a desarrollar apegos interpersonales y la capacidad de autorregulación. Sin importar el modelo, el terapeuta de juego trabaja con niños donde estén y comparte la convicción de que ellos necesitan experimentar relaciones empáticas en una atmósfera de seguridad.

La terapia de juego ecosistémica (O'Connor, 2000) presenta varios conceptos adecuados para el niño con discapacidad. La selección de muñecos es limitada en número y es específica para la dificultad del niño y su nivel de desarrollo.

Por lógica, al limitar el número y el tipo de juguetes ayuda a que el niño se mantenga enfocado además de que promueve las experiencias de éxito, competencia y desafío. Del mismo modo, la terapia de juego prescriptiva (Schaefer, 2001) impulsa al terapeuta a integrar una selección de intervenciones de juego en un programa de tratamiento inclusivo e individualizado para cada niño.

Terapia filial

La terapia de juego fue creada originalmente por Louise y Berenard Guerney (B. Guerney, 1964; B. Guerney, Guerney y Andronico, 1966; L. Guerney, 1979). En la terapia de juego, el terapeuta enseña, supervisa y empodera a los padres para que conduzcan las sesiones de juego centrado en el niño con sus hijos (VanFleet, 2013). La terapia filial se basa en un modelo psicoeducativo que retoma intervenciones centradas en el niño, dinámicas, conductuales y sistémicas. La meta primordial de la terapia filial es mejorar la relación cuidador-niño (Wickstrom, 2009). El formato de entrenamiento de los cuidadores en la terapia filial es flexible. El terapeuta hace modificaciones que permiten a los cuidadores aprender a tener expectativas más razonables de su niño tomando en cuenta su discapacidad. El cuidador también puede recibir entrenamiento en técnicas específicas para las principales dificultades del niño. Louise Guerney (1979) describe la enseñanza a cuidadores de niños con TDAH, discapacidades físicas, cognitivas y del aprendizaje para que les ofrezcan una terapia de juego, la cual ha logrado resultados positivos. VanFleet (2013) también habla de las aplicaciones especiales para niños con problemas escolares, depresión, enfermedades crónicas, ansiedad y perfeccionismo, problemas de la eliminación, problemas de déficit de atención, alteraciones del apego, trastorno negativista desafiante y trastorno de estrés postraumático. También ha hablado sobre su aplicación en diversas situaciones como problemas sociales, emocionales y conductuales que los niños presentan en distintos contextos y situaciones.

De acuerdo con las pautas de IDEA (U. S. Department of Education, 1997), que se mencionaron arriba, se recomienda incluir a los padres o cuidadores primarios en la planeación del tratamiento y el tratamiento de sus niños, así como ofrecerles

entrenamiento y otras formas de apoyo. La terapia de juego cubre o excede todas estas recomendaciones. Wickstrom y Falke (2013) señalan que los cuidadores en la terapia filial pueden solicitar apoyo continuo a través de sesiones de entrenamiento complementarias después de que el tratamiento termina. Eso suele ocurrir sobre todo con cuidadores que se encuentran en situaciones difíciles con niños con discapacidad (Darling, Senatore y Strachan, 2012; Gordon, 2009; Hughes y Cardwell, 2011; Morison, Bromfield y Cameron, 2003). Además de abordar estas metas esenciales, la terapia filial también mejora la relación cuidador-niño. Por todas estas razones, la terapia filial es un excelente tratamiento para los niños con discapacidad y sus cuidadores.

Terapia de juego grupal

La terapia de juego grupal puede ser la mejor opción para niños con discapacidad que también tienen dificultades sociales o dificultades que sólo se manifiestan en presencia de otros niños. Al igual que la terapia de juego individual, el terapeuta ayuda a los niños a aprender habilidades sociales y a expresar sus ideas y emociones de manera apropiada. Se sabe que el trabajo grupal tiene lo que se ha llamado **efectos catalíticos** sobre la conducta infantil; es decir, la conducta aumenta o decrece para acercarse a la norma del grupo. Si la mayor parte de los niños tienen un comportamiento relativamente bueno, el niño con las mayores dificultades se acercará a ese nivel. En cambio, si la mayor parte de los niños tienen dificultades graves, existe la probabilidad de que la conducta de un niño de alto funcionamiento empeore. Por esta razón, se sugiere que el grupo incluya niños con diversas discapacidades y problemas socioemocionales. Los niños que son una amenaza de daño emocional o físico para otros deben recibir un tratamiento individual hasta que puedan controlar sus dificultades al grado de dejar de constituir un peligro para los demás niños del grupo.

Por último, es importante notar que mientras más grave sea la falta de habilidades sociales, el grupo debe ser más pequeño y el terapeuta debe ser más directivo y el juego más estructurado (Meany-Walen, Bratton y Kottman, 2014; Trice-Black, Bailey y Riechel, 2013).

MODIFICACIONES AL PROCEDIMIENTO

Los niños con discapacidad son tan distintos entre sí como las estrellas en el cielo o los granos de arena en la playa. Ninguno es igual a otro. Ofrecer terapia de juego a estos niños requiere que el terapeuta de juego tenga un amplio panorama de las discapacidades y pueda adaptar con creatividad las técnicas de la terapia de juego a las necesidades únicas de cada niño. Además de la capacidad del terapeuta, es necesario que haya tenido experiencias de entrenamiento y conocimiento del diagnóstico legal y de los derechos y responsabilidades de los niños con discapacidad.

Requisitos y entrenamiento del terapeuta

Lo más importante es que el terapeuta que trabaje con niños con discapacidad tenga un conocimiento adecuado de la población. La legislación federal obliga a quienes trabajan en escuelas y organismos que apoyan a los niños con discapacidad a tener un conocimiento especializado en la identificación y las necesidades especiales de esta población (Tarver-Behring y Spagna, 2004). Más allá de la ley federal, las responsabilidades profesionales y éticas de quienes trabajan con estos niños están determinadas por una gran cantidad de “precedentes legales, indagación científica, organizaciones profesionales, grupos de padres y quienes trabajan en la profesión [de la educación especial]” (Trussell, Hammond y Ingalls, 2008, p. 19). El terapeuta tiene que conocer estos estándares, leyes, regulaciones e imperativos antes de ofrecer servicios a niños con discapacidad.

Los terapeutas de juego, sin importar el nivel o tipo de entrenamiento, están contemplados en IDEA 300.34(c)(10) (U.S. Department of Education, 1997) como proveedores de servicios:

Los servicios psicológicos incluyen:

1. Aplicar pruebas psicológicas y educativas, y otros procedimientos de evaluación;
2. Interpretar los resultados de la evaluación;
3. Obtener, integrar e interpretar información acerca de la conducta infantil y las condiciones relacionadas con el aprendizaje;
4. Consultar con el equipo de trabajo para planear programas escolares para cubrir las necesidades educativas especiales de niños de acuerdo con lo que indican las pruebas psicológicas, las entrevistas, la observación directa y las valoraciones conductuales;
5. Planear y administrar un programa de servicios psicológicos, incluyendo consejería psicológica para niños y padres; y
6. Ayudar a diseñar estrategias de intervención conductual positiva. (IDEA 300.34 (c) (10))

Aunque esto reconoce con claridad el ámbito de los servicios psicológicos, el papel de los trabajadores sociales en las escuelas está mejor definido por el Registro Federal:

Incluir la consejería en la definición de los servicios del trabajador social en la escuela en 300.34 (c)(14) busca indicar los tipos de personal que ayuda en esta actividad y no trata de implicar que los trabajadores sociales en la escuela estén calificados automáticamente para practicar la consejería y prohibir que otro tipo de personal la ofrezca, lo cual es consistente con los requisitos del estado. (71 Fed. Reg. At 46573-4).

El Registro Federal también reconoce los papeles y limitaciones potenciales de otros profesionales que pueden trabajar con niños con discapacidad:

Hay muchos profesionales que también tienen un papel en el desarrollo e implementación de estrategias cognitivas positivas. Los estándares para el personal que ayuda al desarrollar y implementar estas estrategias varían de acuerdo con los contactos. Incluir el diseño e implementación de estrategias conductuales positivas de intervención en la definición de *servicios psicológicos* no trata de sugerir que el psicólogo escolar es automáticamente apto para realizar estos deberes o que prohíban a otros profesionales calificados brindar estos servicios, lo cual es congruente con los requisitos del Estado. (71 Fed. Reg. At 46574)

Estas leyes determinan los papeles de los distintos profesionales y exigen con claridad que posean un entrenamiento especializado en relación con las necesidades de los niños con discapacidad. Además, los profesionales de la salud mental que ofrecen terapia de juego deben tener un entrenamiento especializado en esta modalidad. El autor ha interpretado estas directrices para indicar que un terapeuta de juego requiere tomar cursos formales y tener experiencia supervisada que lo califique para trabajar en el campo de la educación especial, acatando las leyes de certificación o licencia del estado en que viva. Asimismo, el entrenamiento adecuado en terapia de juego significa ser un Terapeuta de Juego Registrado (RTP, por sus siglas en inglés) o recibir la supervisión de alguien que cumpla con los requisitos para ser supervisor. Incluso estos supervisores tienen que continuar con su preparación y, al trabajar con casos de una discapacidad con la que no están muy familiarizados, debe acudir a asesoría o supervisión de parte de un terapeuta de juego más experimentado.

Características del terapeuta

Las características de los terapeutas de juego que han obtenido buenos resultados al trabajar con niños con discapacidad no se pueden determinar a partir de la revisión de la literatura. Sin embargo, un estudio que describe a los “maestros nutricios” británicos (Syrnyk, 2012) tiene relevancia en cuanto a los rasgos deseables del terapeuta que los niños con discapacidad necesitan. Los maestros nutricios británicos tienen una formación en educación especial para trabajar con niños con dificultades sociales, emocionales y conductuales. Más allá del entrenamiento formal, hay características específicas que

hacen idóneo a un educador, profesional de la salud mental o personal médico para trabajar con niños con discapacidad. Syrnyk (2012) encontró que los maestros nutricios en el sistema de educación británico tienen fortaleza interna, una naturaleza empática y tranquila, autoconsciencia y objetividad. Se encontró que los maestros nutricios son tenaces y pueden satisfacer las demandas en situaciones de mucha presión, al mismo tiempo que mantienen un comportamiento relajado y razonado. No se sienten frustrados ni enojados con facilidad. Los maestros nutricios son abiertos en relación con las demás personas, no juzgan y trabajan dentro de las limitaciones de la discapacidad. De acuerdo con Syrnyk (2012), estos atributos personales afectaron el resultado del tratamiento en la misma medida que sus conocimientos y habilidades. Por lo tanto, estas características son deseables en el terapeuta de juego que desea tener una influencia positiva en el crecimiento de los niños con discapacidad.

En resumen, quienes quieran trabajar en terapia de juego con niños con discapacidad requieren cuatro cosas. Primero, deben tomar cursos sobre el diagnóstico y la conceptualización de la discapacidad. Segundo, tienen que conocer las leyes, directrices y ética que rigen los servicios para niños con discapacidad.

Tercero, deben tener un buen entrenamiento en el campo de la terapia de juego en general y en su aplicación al trabajo con niños con discapacidad. Por último, el terapeuta de juego, al igual que los maestros nutricios, necesita atributos especiales, entre los que se encuentran la capacidad de brindar un ambiente tranquilo y de aceptación en donde el niño pueda tener experiencias de éxito.

Características del cliente

Los niños con discapacidad conforman una población muy amplia y diversa que posee distintas limitaciones y fortalezas. La dinámica de la familia y la comunidad del niño, así como la disponibilidad de recursos influyen en gran medida en las razones que llevan a un niño con discapacidad a terapia. La gravedad de la discapacidad y el nivel de interacción representan un desafío para el terapeuta. Aunque la terapia de juego se ha empleado en la mayoría de las discapacidades que el niño puede enfrentar, se han tenido que hacer modificaciones en muchos casos para que se adapte a las necesidades especiales de cada niño.

Indicaciones/contraindicaciones

La terapia de juego se ha empleado con buenos resultados como intervención principal o complementaria para abordar una amplia variedad de problemas conductuales, emocionales y sociales que niños con o sin discapacidad enfrentan (Carmichael, 2006; Gil, 2010; Landreth, 2005). Además de las dificultades relacionadas con la discapacidad, como el dolor, la aflicción y la hospitalización, estos niños con frecuencia deben lidiar

con el estrés cotidiano como el que deriva del divorcio, los cambios de institución, el abuso, la violencia doméstica y los desastres naturales; en todas estas situaciones, las intervenciones con terapia de juego han tenido buenos resultados (Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005). Landreth (2012) sugiere que la terapia de juego centrada en el niño está contraindicada en casos de niños que no pueden establecer una relación terapéutica, como en los casos graves del trastorno del espectro autista o de esquizofrenia. Sin embargo, otras formas más estructuradas de terapia de juego funcionan bien en el trabajo con estos niños.

Adaptaciones del cuarto de juego

Con dependencia de la discapacidad que requiera tratamiento, el terapeuta tiene que modificar significativamente el cuarto de juego. Éste y los materiales deben disponerse de modo que sean accesibles para el niño a pesar de sus limitaciones. En casos de niños con movilidad limitada, es útil incluir diferentes tipos de almohadas o sillas con asientos acojinados para permitirles cambiar de posición con facilidad y jugar de manera cómoda. Para ello, el niño puede sentarse en una almohada con los juguetes alrededor para que estén a su alcance. Otra opción, es que el terapeuta cuente con muñecos de peluche grandes en vez de almohadas para ofrecerle apoyo físico al niño. Además, se puede fijar la casa de muñecas en la mesa utilizando una abrazadera. Los muñecos se pueden colocar en charolas elevadas para ayudar al niño con posibilidades limitadas de movimiento. Las esquinas puntiagudas de mesas, estantes u otros muebles requieren ser cubiertas con protectores de goma o almohadillas de espuma para evitar accidentes con niños con problemas de coordinación (Carmicheael, 1994).

Por lo general, los muñecos se acomodan en estantes y el niño puede verlos todos de inmediato. En casos de niños con discapacidad, son necesarias algunas modificaciones. Por ejemplo, si el niño utiliza silla de ruedas, el terapeuta debe encontrar la manera de que pueda alcanzar los juguetes de la parte superior del estante. Al trabajar con niños que tienen limitaciones visuales, es importante mantener los juguetes en el mismo lugar de los estantes y en el cuarto y evitar, en la medida de lo posible agregar o quitar juguetes del cuarto de juego. Para los niños que no poseen las habilidades necesarias para jugar o que tienen dificultades para explorar el ambiente (p. ej., quienes tienen una discapacidad motriz o visual) es de provecho limitar la selección de juguetes incluso al punto de introducir sólo uno a la vez. En especial, para los niños con déficit de atención, un cuarto de juego con muchos colores y una amplia variedad de juguetes puede ser demasiado estimulante. En el modelo ecosistémico de terapia de juego, O'Connor (2000) sugiere limitar la cantidad de juguetes a sólo unos pocos elegidos para abordar las necesidades del niño y alcanzar las metas terapéuticas.

En la experiencia práctica, la autora ha encontrado que limitar las opciones de juguetes y tener un lugar tranquilo y ordenado mantiene enfocada la atención del niño. El cuarto

de juego que ella usaba tenía colores primarios intensos para resaltar la estantería, un armario y un mural pintado en un fondo de colores brillantes y “joviales.” La combinación de colores y patrones era demasiado estimulante para algunos niños. Cuando se mudó a otro cuarto con tonos grises y cafés, donde había de cinco a siete juguetes disponibles elegidos por los niños, estos se encontraban más tranquilos y concentrados. El ruido del vestíbulo también perturbaba mucho a algunos niños con síntomas de TDAH. La mayoría podía funcionar en el cuarto de juego regular con un vestíbulo bullicioso cerca, pero algunos pedían regresar al cuarto menos estimulante con juguetes seleccionados.

Adaptación de los juguetes

Más allá de adaptar el cuarto de juego, a veces es necesario adaptar los propios juguetes para cubrir las necesidades de los niños con discapacidad. Al elegir los juguetes para esta población, el terapeuta debe tener cuatro cosas en mente. Primero, los juguetes tienen que ser fáciles de manipular, sobre todo en el caso de niños con problemas en el control motor. Segundo, tienen que ser adecuados para la discapacidad específica. Se debe considerar si será más fácil para el niño manipular juguetes de tamaño mayor o menor. Tercero, los juguetes no deben ser complejos para que no interfieran con la capacidad de jugar o de expresarse del niño. Y cuarto, por supuesto, se debe valorar la seguridad que ofrecen los juguetes al niño.

La adaptación o selección de los juguetes ayuda al niño con discapacidad a ser más independiente y a tener mayor confianza en sí mismo en el cuarto de juego. Hay muchas maneras de adaptar los juguetes para que los niños los puedan manipular con mayor facilidad.

- Forrar el mango de los pinceles con tiras de esponja usando cinta con pegamento por ambos lados hace que sea más fácil sostenerlos.
- Para los niños que no pueden sujetar objetos como los pinceles o las baquetas es útil que estos se le sujeten a las manos o a los codos con cinta adhesiva para pintar o tocar la batería en la terapia de juego.
- Se puede diseñar un guante especial pegando velcro o imanes a un guante de algodón para que el niño pueda manipular juguetes u objetos de metal.
- Se pueden elegir artículos de vestir teniendo en mente al niño con discapacidad física. Artículos como monederos, sombreros y pañoletas son fáciles de manipular para los niños con discapacidad en comparación con prendas que se tienen que poner.
- Los saquitos rellenos de bolitas de poliestireno son preferibles en lugar de las pelotas, pues se amoldan a la mano del niño cuando los atrapan y no se van lejos en caso de que se le caigan. Existen marcas comerciales que producen estos saquitos con distintas formas que son atractivas y fáciles de manejar para los niños (Carmichael, 1994).

- Se puede hacer un títere fácil de manipular para niños que no tienen la posibilidad de trabajar con los títeres tradicionales. Se inserta peluche en la cabeza o cuerpo del títere para dar apoyo a una clavija de madera. Entonces, se debe colocar peso en la parte inferior del títere para que se apoye correctamente en la mano del niño cuando sostenga la clavija. Si es necesario, el títere se puede adaptar aún más colocando una base mecedora para que el niño lo pueda mover sólo empujándolo un poco.
- Los juguetes se eligen para abordar las necesidades de la discapacidad específica del niño. Entre los juguetes que se recomiendan para niños con dificultades en el control motor, se encuentran actividades en tableros con cuentas, tableros corredizos, campanas, ruedas y luces; una caja con diversos juguetes, texturas, tamaños y formas, y un arenero.

Una tabla con un conjunto de cerraduras y cerrojos ha sido muy popular de entre los juguetes de la autora. Los instrumentos musicales que sólo requieren de motricidad gruesa, como campanas, panderos, tambores, triángulos y palos de madera también son una buena opción. De la experiencia de la autora, los niños con discapacidad visual tienden a preferir los juguetes que se pueden reconocer por la forma y la textura. Los juguetes que hacen sonidos identificables, como los instrumentos musicales, un dinosaurio que gruñe o una figura de acción que habla, son muy atractivos para estos niños.

También debe considerarse el tamaño de los juguetes. Los niños con dificultades en la motricidad fina necesitan crayones y lápices grandes, o lápices de carpintero (un lápiz plano disponible en tiendas de artículos para hacer arreglos en casa), y hojas grandes de papel periódico o de estraza en el que puedan dibujar o colorear. Para otros niños, los materiales artísticos grandes son incómodos, por lo que prefieren artículos más pequeños, como los lápices que se usan para registrar las puntuaciones en el golf o el boliche. Por lo general, a menor nivel de desarrollo físico, se requiere mayor tamaño en los materiales y juguetes.

Los niños con problemas cognitivos prefieren juguetes sencillos y fáciles de manejar, como los que suelen estar diseñados para niños más pequeños que el niño en cuestión. Por un lado, la inclusión de juguetes más complejos impulsa al niño a dar los pasos en su desarrollo necesarios o permite al terapeuta enseñarle a manejar la frustración. Por el otro, cuando los juguetes son demasiado complejos o frustrantes, pueden inhibir la capacidad del niño para usarlos y expresarse mediante el juego de simulación o para desarrollar un sentido de dominio de habilidades. Por lo general, el terapeuta necesita determinar el valor representacional de los juguetes y la facilidad con la que se pueden usar al trabajar con esta población.

Por último, los juguetes elegidos, además de ser apropiados, no deben representar ningún peligro en términos físicos ni psicológicos para el niño. Sobre todo cuando se trabaja con niños con tendencias agresivas, se debe considerar de manera cuidadosa la inclusión de pistolas o armas de juguete en el cuarto de juego. Una vez más, por un lado, los niños necesitan medios para expresar su agresión de modo adecuado (Landreth,

2012). Tener un arma como un cuchillo de goma o una pistola de juguete brinda a los niños la oportunidad de redirigir su agresión hacia objetos inanimados y, al terapeuta, la oportunidad de enseñar al niño cómo expresar la agresión de manera apropiada. Por otro lado, si el arma no está disponible, no se estimula la agresión y hay menos oportunidades para que los niños realicen conductas agresivas. Tener materiales como esponjas o pelotas de algodón para lanzar, o papeles o palitos de madera para romper constituye un medio para que los niños expresen su enojo de maneras no destructivas. Permitir a un niño que rompa papel periódico sobre un contenedor de papel de desecho para que disipe su enojo lo ayuda, sobre todo cuando después pone en práctica ejercicios de relajación y escucha música relajante para que vuelva a enfocar su atención. La autora sugiere que el terapeuta considere las necesidades de cada cliente al determinar si poner a su disposición estos juguetes en una sesión, y que recuerde que no todos los niños, del mismo modo que no todos los terapeutas, ven las armas en el mismo contexto cultural.

Otras adaptaciones

Aunque Sousa (2007, 2011) no escribe específicamente para los terapeutas de juego, ni siquiera para los psicoterapeutas en general, presenta algunas adaptaciones prácticas que el terapeuta puede encontrar útiles. Recomienda trabajar con niños con TDAH “en un ambiente estructurado, predecible y acogedor” (2007, p. 59). También sugiere que las reglas sean sencillas y claras, y que sean visibles en todo el cuarto de juego. No es necesario hacer advertencias a los niños sobre las transiciones (como un aviso 5 minutos antes del final de la sesión). Los niños con TDAH tienen que estar preparados para los cambios en los horarios con suficiente anticipación. Sousa (2007) hace hincapié en que el espacio de trabajo sea adecuado para la discapacidad del niño. Recomienda impulsar y ayudar al niño a moderar sus emociones y la manera en que las expresa. Las observaciones de Sousa (2007) sobre crear un ambiente de aprendizaje para los niños con discapacidad son equivalentes a las condiciones terapéuticas que consideran las principales teorías de la terapia de juego (Carmichael, 2006).

Frecuencia y duración del tratamiento

El trabajo con niños con discapacidad no necesariamente requiere que el terapeuta programe sesiones más largas o frecuentes, o que realice un tratamiento durante mayor tiempo. Por lo general, las sesiones se programan de manera semanal o quincenal, dependiendo de las necesidades del niño, el escenario y el acceso del terapeuta al niño. La duración de cada sesión suele ir de 30 a 50 minutos. Cuando se trata de niños pequeños o con retrasos en el desarrollo, es buena idea acortar la sesión; en contextos escolares, también es necesario que las sesiones sean más breves. Las sesiones más largas permiten que el terapeuta aborde más contenidos y, o destine parte del tiempo a hablar con los padres; los terapeutas que trabajan en organizaciones o en la práctica

privada también prefieren las sesiones más largas. LeBlanc y Ritchie (2001) encontraron que los efectos de la terapia de juego alcanzaron su punto máximo alrededor de la sesión número 30. Sin embargo, Bratton, Ray y Rhine (2005) encontraron que la terapia de juego fue eficaz después de 35 sesiones. A veces, se necesita más tiempo cuando se trabaja con niños con discapacidad y tienen problemas para dominar las habilidades esperadas o para generalizar sus mejoras en su vida cotidiana.

Evaluación previa y planeación del tratamiento

La guía más completa para hacer la evaluación previa y la planeación y tratamiento de la terapia de juego es el texto *Play Therapy Treatment Planning and Intervention: The Ecosystemic Model and Workbook, 2nd Edition* [Planeación e intervención del tratamiento con terapia de juego: modelo ecosistémico y cuaderno de trabajo] (O'Connor y Ammen, 2013). La evaluación previa incluye entrevistas con los cuidadores, maestros y otros adultos cercanos que interactúan o cuidan al niño. Se pueden realizar evaluaciones formales e informales del funcionamiento cognitivo, emocional y social. El resultado es un cuadro integral de las fortalezas y debilidades, así como del nivel de apoyo que la familia puede ofrecer. El plan de tratamiento es parecido a un plan educativo individual detallado que describe las metas cuantificables y asigna la responsabilidad de alcanzar estas metas a los adultos cercanos, incluyendo, desde luego, al terapeuta (O'Connor y Ammen, 2013).

Gitlin-Werner, Sandgrund y Schaefer (2000) presentan un amplio panorama de los instrumentos de evaluación que se utilizan antes de comenzar la terapia. De particular interés para el terapeuta que trabaja con niños con discapacidad, es la escala de Westby (2000) del desarrollo del juego infantil. Esta escala ayuda a identificar los retrasos del desarrollo que tienen especial relevancia para la planeación del tratamiento. Lifter (2000) describe la manera de vincular la evaluación con la intervención para niños que están en riesgo de alguna discapacidad a través de la *Developmental Play Assessment* [Evaluación de Juego del Desarrollo] (DPA). La DPA implica valorar las actividades lúdicas del niño durante 30 minutos de juego espontáneo mientras un adulto cercano se encuentra en el cuarto. Se le proporcionan cuatro tipos de juguetes y se evalúa su juego examinando a nivel cualitativo las diferentes categorías de juego secuenciado en términos de desarrollo. La DPA ayuda a identificar el trastorno generalizado del desarrollo y otros retrasos del desarrollo (Pierce-Jordan y Lifter, 2005). Bierman y Welsh (2000) y Welsh, Bierman y Pope (2000) se centraron en la evaluación de la disfunción social, la cual de acuerdo con ellos “es un síntoma medular del trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta, el trastorno negativista desafiante y de los trastornos generalizados del desarrollo” (Bierman y Welsh, 2000, p. 526). Vig (2007) recomienda obtener un panorama general de los niveles de desarrollo del niño: “observando a los niños mientras juegan, los especialistas en la infancia temprana pueden obtener información valiosa acerca del desarrollo [de los niños]” (p. 201). Esta autora ofrece una útil revisión de la literatura sobre la evaluación del desarrollo con gráficas que indican las características promedio del desarrollo por grupos de edad y las características de los niños con

discapacidad. En su discusión, incluye los retrasos del desarrollo, dificultades de lenguaje, deterioro del oído, y deterioro de la vista. Además, Vig (2007) ofrece breves instrucciones para utilizar las observaciones del juego infantil en los escenarios de trabajo, identificar edades y etapas del desarrollo, identificar los indicadores de la discapacidad y discutir sobre cómo realizar una sesión de observación del juego.

Los terapeutas de juego que consideran emplear la terapia filial en sus planes de tratamiento para niños pueden consultar *Child Parent Relationship Treatment (CPRT) Manual* [Manual de tratamiento de la relación niño-padre] (Bratton, 2006). En los apéndices del manual, hay una serie de evaluaciones para determinar los problemas del niño desde el punto de vista del cuidador, así como idoneidad de los cuidadores para participar en la terapia filial. Hay instrumentos de investigación, pero pueden ser útiles para guiar el juicio clínico del terapeuta al trabajar con niños con discapacidad. Los tres instrumentos se diseñaron para aplicarse antes y después del tratamiento. El manual CPRT también es una guía básica para planear la terapia filial con una diada cuidador-niño.

Cuando se emplea la terapia de juego grupal con niños con discapacidad. Es importante que el terapeuta sondee al niño para estar seguro de que sea ubicado en grupos basándose en si comparten fortalezas, debilidades y necesidades. Además, los niños con discapacidad pueden representar un grupo más vulnerable, y se requieren cuidados extra para protegerlos del trauma físico y psicológico en el contexto grupal, como sentirse abrumado por la interacción requerida y por sufrir acoso escolar. Como lo afirmamos antes, los miembros de un grupo deben elegirse con cuidado para que el efecto catalítico natural de los pares entre sí se pueda aprovechar para mejorar el funcionamiento social general de cada miembro.

En resumen, la evaluación previa permite que el terapeuta desarrolle un tratamiento individualizado para niños con discapacidad. El plan de tratamiento es una descripción de metas a corto y largo plazo formuladas de una manera cuantificable e incluyen los métodos que se usarán para alcanzar dichas metas. La mayoría de las organizaciones tiene políticas que rigen la manera en que se deben escribir las metas para cumplir con los requerimientos de las exigencias federales, estatales y de terceras partes involucradas. Un solo plan de tratamiento debe tener contacto e identificar información para el niño y el cuidador, así como afirmaciones sobre el problema/la preocupación, las metas a largo plazo, los objetivos a corto plazo el tratamiento elegido y los criterios para darlo por concluido.

INVESTIGACIÓN/EVIDENCIA BASE

Guerney (1979) y Carmichael (1994) escribieron sobre el modo en que el terapeuta puede trabajar con niños con discapacidad a partir de búsquedas en la literatura mientras su trabajo está en curso. Una amplia mirada en la literatura de la terapia de juego desde principios del siglo XX hasta el presente identifica una amplia selección en estudios de caso que apoyan la eficacia de esta terapia con niños con discapacidad (University of North Texas Center for Play Therapy, 2014). Los resultados de estos estudios se basan, en su mayor parte, en los informes de adultos cercanos al niño. Aunque hay una gran cantidad de artículos donde se investigan las intervenciones con estos niños, son muy pocos los que se enfocan explícitamente en los resultados de la terapia de juego.

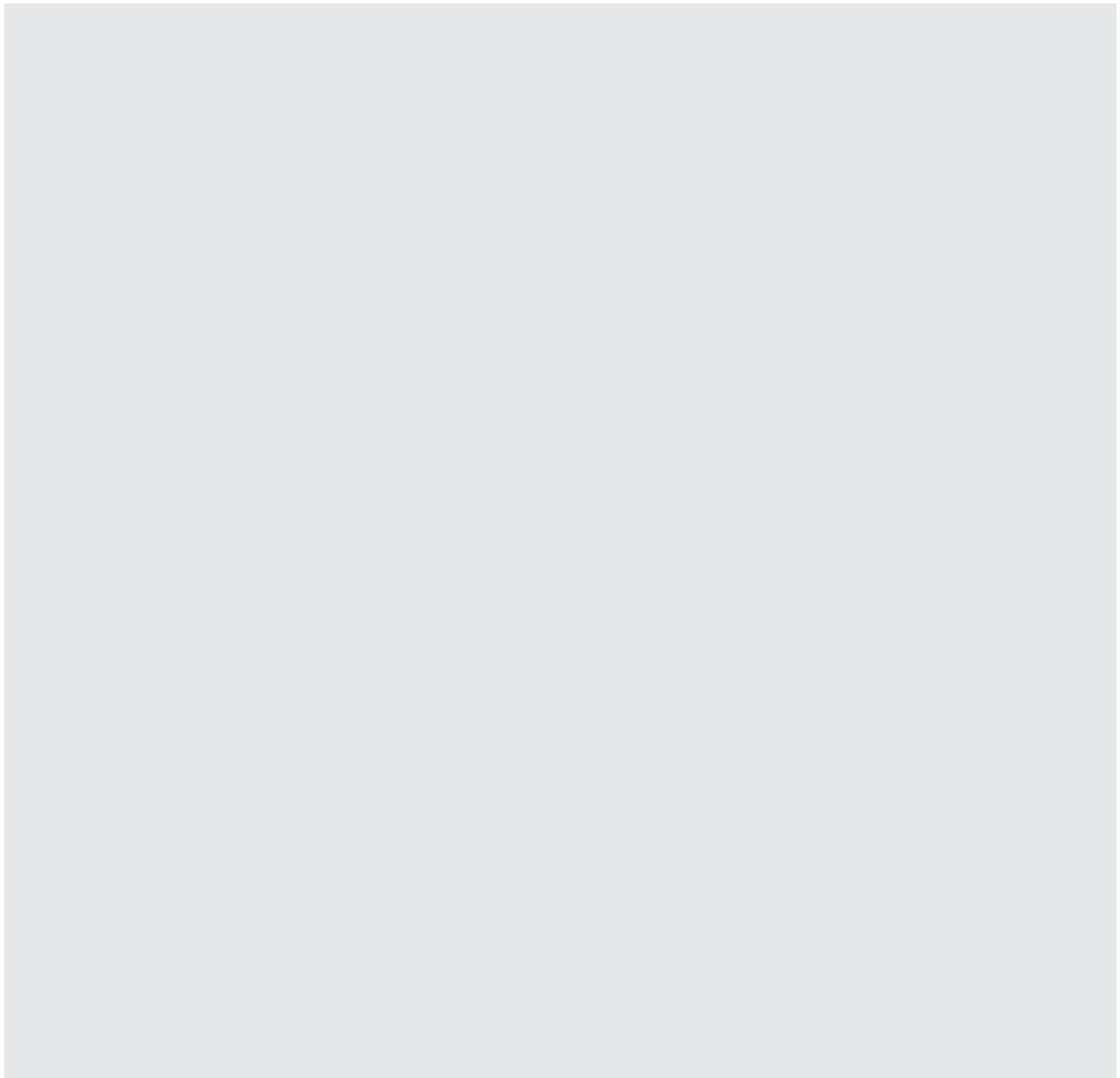
Los metaanálisis de Bratton y colaboradores (2005) y LeBlanc y Ritchie (2001) sobre la eficacia de la terapia de juego incluyeron estudios de niños con discapacidad. Una de las dificultades con gran parte de la investigación actual se relaciona con la excesiva focalización; por ejemplo, los investigadores se enfocan sólo en medir la conducta de niños con TDAH. Aunque útiles, estos estudios no dan una idea global del funcionamiento del niño antes o después del tratamiento. El otro problema tiene que ver con que no se evalúan, diagnostican ni informan discapacidades específicas en las poblaciones que se estudian. Pueden incluirse niños que, en efecto, tenían discapacidades específicas del aprendizaje, pero no son evaluados como parte del estudio. Estos dos descuidos de las investigaciones hacen difícil examinar los estudios presentados con intervenciones específicas recomendables para los terapeutas que trabajan con niños con discapacidad. A pesar de este dilema, la terapia de juego sigue siendo un enfoque bien documentado para tratar a estos niños (Bratton et al., 2005; Le Blanc y Ritchie, 2001; Muro, Ray, Schittlekorb, Smith y Blanco, 2006).

De acuerdo con VanFleet (2013), 40 años de investigación respaldan la eficacia de la terapia filial en general, y hay algunas evidencias de su eficacia con padres de niños con discapacidad. En un metaanálisis sobre terapia de juego, Bratton et al. (2005) encontraron que la terapia de juego filial fue eficaz para ayudar a los niños con discapacidades del aprendizaje y a sus padres. Una muestra de estudios encontró que la terapia filial es eficaz en casos de niños con discapacidades del aprendizaje (Kale y Landreth, 2004), y con parálisis cerebral (Cohen, Biran, Aran y Gross-Tsur, 2008). Wickstrom (2009) concuerda en que muchos estudios han demostrado la eficacia de este enfoque. Sin embargo, la cantidad exacta de los cambios en la relación cuidador-niño producidos en la terapia filial no se ha definido con claridad. Los hallazgos del estudio de Wickstrom indicaron que un cambio de segundo orden tuvo lugar y esto podría tener un efecto sistémico amplio. Se requiere investigación sobre los efectos de largo plazo de la terapia filial y su impacto sobre variables más allá de las mejoras inmediatas en la relación cuidador-niño.

Bratton et al. (2005) señalaron que la terapia de juego grupal fue eficaz en el tratamiento de niños. Tarver-Behring y Spagna (2004) promueven el trabajo grupal con niños con discapacidad para abordar las dificultades sociales y emocionales. De manera

específica, dichos autores sugieren que los grupos producen una autoestima positiva; modelan formas apropiadas de expresar los sentimientos, soluciones alternas de problemas y conductas positivas apropiadas; y pueden ser el medio para ofrecer educación acerca de discapacidades específicas. Para este texto, una amplia búsqueda en la literatura no fue suficiente para localizar algún estudio que evaluara específicamente la eficacia de la terapia de juego grupal en niños con discapacidad. Es evidente que ésta es un área que requiere mayor investigación.

En general, la terapia de juego ha mostrado ser eficaz para tratar una amplia variedad de problemas. El metaanálisis clásico de la terapia de juego (Bratton et al., 2005) encontró que su eficacia era independiente del género y edad de los niños, así como de los problemas que presentaban. La investigación sigue respaldando la eficacia de la terapia de juego para múltiples trastornos, discapacidades y dificultades de la infancia.



CONCLUSIÓN

En resumen, cuando se envía niños con discapacidad a terapia de juego, con frecuencia, presentan problemas complejos de salud mental que requieren de un terapeuta que cuente con entrenamiento especializado y, además, exige adaptaciones de los materiales, actividades y del cuarto de juego.

Aunque los niños con discapacidad experimentan muchas dificultades en común con los niños que no tienen discapacidades, también enfrentan algunas dificultades particulares. Pueden presentar problemas académicos o encarar barreras físicas y sociales en el mundo. El grado de afectación causado por estas limitaciones depende de muchos factores, como el grado de la discapacidad, las adaptaciones disponibles del ambiente, el entrenamiento y el conocimiento de los cuidadores, la disponibilidad de apoyo familiar y social, y la fuerza interna y la resiliencia del niño. El interjuego de los factores estresantes creados por la discapacidad del niño y los que forman parte de la infancia normal, con frecuencia, resultan en problemas multifacéticos clínicos, y hasta entonces el niño es llevado a tratamiento; el terapeuta tiene que estar consciente de toda esta complejidad.

Ser un terapeuta de juego eficaz en el terreno de la discapacidad infantil requiere un entrenamiento especializado y ciertas características personales. Los terapeutas que trabajan con esta población deben estar bien informados respecto de los asuntos médicos, legales y de salud mental que estos niños suelen enfrentar. También requieren entrenamiento y supervisión en las intervenciones idóneas para los niños con discapacidad. A nivel personal, el terapeuta debe estar consciente de que estos niños plantean problemas únicos que demandan intervenciones creativas y pacientes. El terapeuta puede encontrar que las batallas que libra el niño son paralelas a las suyas en la búsqueda de modos de alcanzar las metas de tratamiento del niño en el marco único de sus capacidades. Es importante poder enfocarse en las capacidades del niño para recibir el aliento de los pequeños logros.

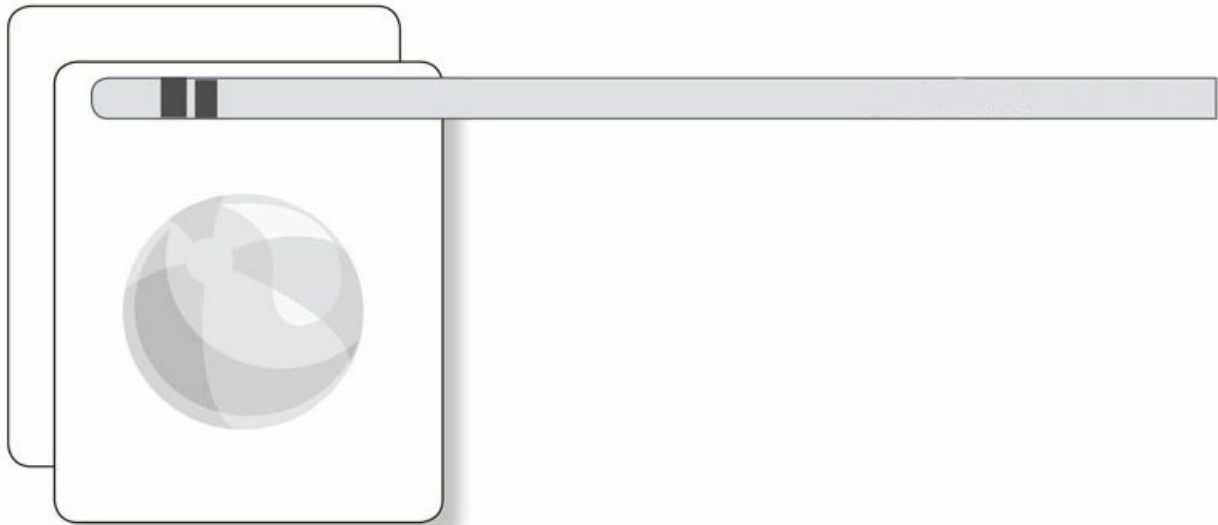
Aunque la terapia de juego es una intervención apropiada para niños con discapacidad, el terapeuta tiene que modificar significativamente muchos aspectos de su trabajo clínico para cubrir las necesidades de estos niños. A nivel teórico, ninguna teoría de la terapia de juego es la mejor para los niños con discapacidad, pero algunas se adaptan con mayor facilidad a sus necesidades. En segundo término, los materiales y las actividades lúdicas también requieren ajustes. Por último, el propio cuarto de juego tiene que modificarse para adaptarse a las diversas capacidades y limitaciones con que se presentan estos niños.

■ REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.
- Alimovic, S. (2013). Emotional and behavioural problems in children with visual impairment, intellectual and multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(2), 153–160. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01562.x
- Individuals With Disabilities Education Act, 20 U.S.C. § 1400 (2004).
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (1993b). *Effects of hearing loss on development*. Recuperado de: <http://asha.org/public/hearing/Effects-of-Hearing-Loss-on-Development>
- Booth, P. B., & Jernberg, A. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bierman, K., & Welsh, J. (2000). Assessing social dysfunction: The contributions of laboratory and performance-based measures. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 526–539.
- Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. New York, NY: Routledge.
- Bratton, S. C., Ray, D., & Rhine, T. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research & Practice*, 36(4), 376–390. doi:10.1037/0735-7028.36.4.376
- Brody, V. A. (1997). *The dialogue of touch: Developmental play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Buttner, G., & Hasselhorn, M. (2011). Learning disabilities: Debates on definitions, causes, subtypes, and responses. *International Journal of Disability, Development & Education*, 58(1), 75–87.
- Carmichael, K. D. (1994). Play therapy for children with physical disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 60(3), 51.
- Carmichael, K. D. (2006). *Play therapy: An introduction*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Clarizio, H. F. (1997). Conduct disorder: Developmental considerations. *Psychology in the Schools*, 34(3), 253.
- Cohen, E., Biran, G., Aran, A. & Gross-Tsur, V. (2008) Locus of control, perceived parenting style, and anxiety in children with cerebral palsy. *Journal of Developmental & Physical Disabilities*. 20(5) 415–423.
- Darling, C., Senatore, N., & Strachan, J. (2012). Fathers of children with disabilities: Stress and life satisfaction. *Stress and Health*, 28, 269–278. doi:10.1002/Ami.1427
- Davis, E., & Pereira, J. (2013). Combining reality therapy and play therapy in work with children. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 33(1), 78–86.
- Dosen, A. (2005). Mentalno zdravlje diece s mentalnom retardacijom. *Medicina*, 42, 101–106.
- Einfeld, S., Tonge, B., & Turner, G. (1999). Longitudinal course of behavioral and emotional problems in fragile X syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 87, 436–439.
- Gil, E. (2010). *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play*. New York, NY: Guilford Press.
- Gitlin-Werner, K., Sandgrund, A., & Schaefer, C. E. (2000). *Play diagnosis and assessment* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.
- Gordon, J. (2009). An evidence-based approach for supporting parents experiencing chronic sorrow. *Pediatric Nursing*, 35(2), 115–119.
- Guerney, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 303–310.
- Guerney, B., Guerney, L., & Andronico, M. (1966). Filial therapy. *Yale Scientific Magazine*, 40(6), 6–20.
- Guerney, L. F. (1979). Play therapy with learning disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 8(3), 242.
- Hughes, L., & Cardwell, P. (2011). Care of a child with down's syndrome. *Learning Disability Practice*, 14(10), 14–17.
- Individuals with Disability Education Act Amendments of 1997 [IDEA]. (PL 101-476, 104 stat. 1142) (1997).
- Kale, A., & Landreth, G. L. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 35–56.
- Knell, S. M. (1996). *Cognitive-behavioral play therapy* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Kottman, T. (2002). *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Landreth, G. L. (2005). *Play therapy interventions with children's problems: Case studies with DSM-IV-TR diagnoses* (2nd ed.). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L., Ray, D., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools, 46*(3), 281–289.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychological Quarterly, 14*(2), 149–163.
- Lifter, K. (2000). Linking assessment to interventions for children with developmental disabilities or at-risk for developmental delay: The Developmental Play Assessment (DPA) instrument. En K. Gitlin-Werner, A. Sandgrund, & C. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (2nd ed., pp. 228–261). New York, NY: Wiley.
- Meany-Walen, K., Bratton, S. C., & Kottman, T. (2014). Effects of Adlerian play therapy on reducing students' disruptive behaviors. *Journal of Counseling & Development, 92*(1), 47–56. doi:10.1002/j.1556-6676.2014.00129.x
- Michaud, L. (2004). Prescribing therapy services for children with motor disabilities. *Pediatrics, 113*(6), 1836–1838.
- Miyahara, M., & Piek, J. (2006). Self-esteem of children and adolescents with physical disabilities: Quantitative evidence from meta-analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18*(3), 125–130. doi:10.1111/1475-3588.00058
- Morison, J. E., Bromfield, L. M., & Cameron, H. J. (2003). A therapeutic model for supporting families of children with a chronic illness or disability. *Child & Adolescent Mental Health, 8*(3), 125–130. doi:10.1111/1475-3588.00058
- Moustakas, C. (1997). *Relationship play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Munns, E. (2000). *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Muro, J., Ray, D., Schottelkorb, A., Smith, M., & Blanco, P. J. (2006). Quantitative analysis of long-term child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy 15*(2), 35–58.
- National Dissemination Center for Children with Disabilities. (2012). *Visual impairments, including blindness* (NICHCY Disability Fact Sheet 13). Washington, DC: Office of Special Education Programs, U. S. Department of Education.
- Oaklander, V. (1988). *Windows to our children*. Gouldsboro, ME: The Gestalt Journal Press.
- O'Connor, K. J. (2000). *The play therapy primer* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.
- O'Connor, K. J., & Ammen, S. (2013). *Play therapy treatment planning and interventions: The ecosystemic model and workbook* (2nd ed.). Waltman, MA: Academic Press.
- Petersson, C., Simeonsson, R., Enskar, K., & Huus, K. (2013). Comparing children's self-report instruments for health-related quality of life using the international classification of functioning, disability and health for children and youth (ICF-CY). *Health and Quality of Life Outcomes, 11*(1) 1–10.
- Pierce-Jordan, S., & Lifter, K. (2005). Interaction of social and play behaviors in preschoolers with and without pervasive developmental disorder. *Topics in Early Childhood Special Education, 25*(1), 34–47.
- Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (2005). *Empirically based play interventions for children*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schaefer, C. E. (2001). Prescriptive play therapy. *International Journal of Play Therapy, 10*(2), 57–73.
- Smith, D. (2007). *Introduction to special education: Making a difference*. Columbus, OH: Allyn & Bacon.
- Smith, D., & Landreth, G. L., (2004). Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Play Therapy, 13*(1), 13–33.
- Sousa, D. A. (2007). *How the special needs brain learns* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Corwin.
- Sousa, D. A. (2011). *How the brain learns* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Corwin.
- Syrnyk, C. (2012). The nurture teacher: Characteristics, challenges and training. *British Journal of Special Education, 39*(3), 146–155. doi:10.1111/j.1467-8578.2012.00550.x

- Tarver-Behring, S., & Spagna, M. E. (2004). Counseling with exceptional children. *Focus on Exceptional Children, 36*(8), 1–12.
- Taylor De Faoite, A. (Ed.). (2011). *Narrative play therapy: Theory and practice*. London, England: Jessica Kingsley.
- Tonge, B., & Einfeld, S. (2000). The trajectory of psychiatric disorders in young people with intellectual disabilities. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 80–84.
- Tonge, B., & Einfeld, S. (2003). Psychopathology and intellectual disability: the Australian child to adult longitudinal study. En L. M. Glidden (Ed.), *International Review of Research in Mental Retardation* (Vol. 26, pp. 61–91). San Diego, CA: Academic Press.
- Trice-Black, S., Bailey, C. L., & Riechel, M. E. K. (2013). Play therapy in school counseling. *Professional School Counseling, 16*(5), 303–312.
- Trussell, R. P., Hammond, H., & Ingalls, L. (2008). Ethical practices and parental participation in rural special education. *Rural Special Education Quarterly, 27*(1), 19–23.
- Tzang, R.-F., Chang, Y.-C., & Liu, S.-I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 13*(4), 318–325. doi:10.3109/13651500903094567
- Universtiy of North Texas Center for Play Therapy. (2014). *The world of play therapy literature: A definitive guide authors and subjects in the field*. Recuperado de: <https://cpt.unt.edu/researchpublications/literature-home/>
- VanFleet, R. (2013). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Vig, S. (2007). Young children's object play: A window on development. *Journal of Physical Disability, 19*, 201–215. doi:10.1007/s110882-007-9048-6
- Welsh, J., Bierman, K., & Pope, A. (2000). Play assessment of peer interactions in children. En K. Gitlin-Werner, A. Sandgrund, & C. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (2nd ed., pp. 517–543) New York, NY:Wiley.
- Westby, C. (2001). A scale for assessing development of children's play. En K. Gitlin-Werner, A. Sandgrund, & C. Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (2nd ed., pp. 15–57). New York, NY: Wiley.
- Wickstrom, A. (2009). The process of systemic change in filial therapy: A phenomenological study of parent experience. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 31*(3), 193–208. doi:10.1007/s10591-009-9089-3
- Wickstrom, A., & Falke, S. (2013). Parental perceptions of an advanced filial therapy model. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 35*(1), 161–175. doi:10.1007/s10591-012-9228-0
- Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K., & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal, 58*(4), 231–240. doi:10.1111/j.1440-1630.2011.00928.x
- Xin, W. E. I., Yu, J.W., & Shaver, D. (2014). Longitudinal effects of ADHD in children with learning disabilities or emotional disturbances. *Exceptional Children, 80*(2), 205–219.



Capítulo 21

Terapia de juego con sobrevivientes de trauma interpersonal: superar el abuso y el crimen

Charles Edwin Myers

Nuestro mundo está lleno de cosas maravillosas, como la risa de los niños y las puestas del sol, al mismo tiempo está lleno de cosas horribles como el abuso infantil y otros crímenes en contra de los niños. Es de esperarse que la infancia sea una época de diversión, felicidad y juego. Sin embargo, para muchos, la infancia es una época de temor, horror y dolor. Una gran cantidad de experiencias traumáticas afectan negativamente a los niños, como desastres naturales, actos de violencia masiva, abuso y negligencia, y violencia doméstica. Aunque los desastres naturales como el huracán Katarina y el terremoto de 2010 en Haití son traumatizantes para los niños, el más duro es el trauma interpersonal, sobre todo el abuso y la negligencia, la violencia doméstica y los actos de violencia masiva, como los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2011, y el tiroteo en una escuela de Newtown, Connecticut, en 2013. Para los fines de este capítulo, el **trauma interpersonal** se define como cualquier evento traumático que experimenta un niño a causa de otra persona.

En este capítulo, primero, se definen las características del trauma interpersonal, como el abuso y los crímenes, y se muestra por qué la terapia de juego es un enfoque adecuado para trabajar con niños sobrevivientes de trauma interpersonal. Segundo, se revisan los enfoques de la terapia de juego con eficacia demostrada para aliviar los síntomas de estos niños. Tercero, se describen las modificaciones al procedimiento para cubrir las necesidades de estos niños. Cuarto, se exploran las técnicas y estrategias específicas conocidas para facilitar el crecimiento y curación de los niños sobrevivientes de trauma interpersonal. Por último, se comenta la investigación y las evidencias que apoyan el empleo de la terapia de juego en el tratamiento del trauma interpersonal.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

El trauma interpersonal es una epidemia silenciosa que afecta a muchos niños (Kaffman, 2009). En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*, la *American Psychiatric Association (APA)* describió el estrés postraumático como producto de la exposición a una amenaza real o potencial de muerte, daño grave o violencia sexual. Los niños pueden desarrollar estrés postraumático al experimentar o presenciar un trauma, enterarse de un trauma sufrido por su familia o amigos, o estar expuesto de manera repetida o extrema a detalles aversivos de un trauma (APA, 2013). En el caso del trauma interpersonal, la experiencia directa incluye el abuso físico o sexual del niño, secuestro, ser tomado como rehén, tortura, desastres causados por el ser humano y accidentes graves en medios de transporte motorizados. Presenciar incluye una amenaza de lesión o una lesión real, muerte por causas no naturales, abuso físico o sexual, ataques violentos, violencia doméstica, accidentes y traumas que les ocurren a otros, sobre todo al cuidador primario. Enterarse de un evento traumático o accidente que le ocurrió a un amigo cercano o un miembro de la familia incluye oír acerca de un ataque personal violento, suicidio, un accidente o lesión grave. La exposición repetida o extrema a detalles negativos incluye oír una historia o ver el evento traumático muchas veces en televisión o internet. Los efectos de los eventos traumáticos interpersonales e intencionales son especialmente graves o de consecuencias perdurables (APA, 2013, pp. 273-274).

Características y necesidades especiales

Los niños son seres relacionales. Aprenden acerca de sí mismos y del mundo a través de las relaciones interpersonales con personas cercanas en sus vidas. Los niños más pequeños desean tener relaciones cercanas con los adultos, sobre todo con sus padres y maestros. En la infancia media, los niños empiezan a desarrollar **hambre social**, es decir, el deseo de establecer relaciones importantes con sus pares, el cual aumenta a lo largo de la adolescencia. Uno de los aspectos más graves del trauma interpersonal es el daño que puede hacer al deseo de niños y adolescentes de formar y mantener tales relaciones. Además, el trauma interpersonal tiene un impacto generalizado y duradero en el desarrollo neurológico de los niños, porque sus cerebros están en el proceso de desarrollo (van der Kolk, 2005). Este efecto del trauma interpersonal puede ocasionar una disfunción cerebral duradera que afecta la salud y la calidad de vida de los niños durante todo el ciclo vital (Anda et al., 2006). Los avances recientes de las neurociencias aportan nueva información sobre los efectos del trauma y apoyan mucho de lo que el terapeuta de juego ha señalado de manera anecdótica.

El trauma interpersonal es una forma de daño psicológico que implica el rompimiento de la confianza debido a la muerte, el abandono, el abuso y la negligencia, o la violencia

doméstica (Findling, Bratton y Henson, 2006). La respuesta del trauma interpersonal es una reacción individual del niño a un evento inesperado en una relación que se experimenta de manera íntima o forzada (Everstine y Everstine, 2006). Este trauma supera los recursos internos del niño (Briere y Scott, 2006), da por resultado sentimientos internalizados de desamparo y vulnerabilidad y pérdida de seguridad y control (James, 1989). El trauma relacional con frecuencia implica al cuidador primario (Dayton, 2000).

Los niños que experimentan el trauma relacional se sienten aislados y con una amplia gama de sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas que los confunden y aterran (Gil, 2010). En respuesta al trauma, los niños experimentan con frecuencia una sensación de traición como resultado de que una persona que aman sea la fuente de su dolor o no los proteja de éste (Shaw, 2010). El trauma interpersonal tiene efectos profundos en el desarrollo actual y futuro de los niños, por lo que produce problemas que pueden durar toda la vida.

Efectos del trauma interpersonal

La exposición al trauma infantil es muy común (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y van der Kol, 2012; Kisiel et al., 2014). Los efectos del trauma interpersonal son generalizados y profundos. Los niños pequeños son especialmente vulnerables a los eventos traumáticos (Shaw, 2010), porque carecen de la capacidad cognitiva para procesar las experiencias intrusivas y angustiosas (Dass-Brailsford, 2007). Además, la infancia es una época de gran desarrollo en todas las áreas (es decir, conductual, cognitiva, emocional, psicológica, física y social). El trauma afecta a los niños de manera global, los eventos traumáticos pueden interrumpir su desarrollo (van der Kolk, 2005). Esta interrupción puede tener efectos devastadores cuando el trauma ocurre en un periodo sensible, en el que cuerpo y mente están programados para crecer de manera intensa (Berk, 2009). Cuando los niños experimentan trauma en un periodo sensible del desarrollo, sus oportunidades de alcanzar un desarrollo óptimo se reducen; en casos más graves, los niños nunca alcanzan todo su potencial.

El trauma interpersonal provoca una falta de regulación del afecto y la conducta, alteraciones de la atención y la consciencia, distorsión en las atribuciones, y dificultades interpersonales (D'Andrea et al., 2012). Del mismo modo, Kisiel y colaboradores (2014) encontraron que niños que habían experimentado trauma interpersonal presentaban niveles significativamente más altos de problemas afectivos/psicológicos, de atención/conductuales y de autorregulación. Además, Edelson (1999) encontró que niños que han presenciado violencia doméstica tenían mayores dificultades en el funcionamiento conductual y emocional, en las funciones cognitivas y las actitudes y en su desarrollo a largo plazo.

Los niños con trauma interpersonal experimentan enojo, ansiedad, traición, depresión, temor, culpa y desamparo, y se sienten abrumados y avergonzados (Damon, Todd y McFarlane, 1987; Edelson, 1999; Finkelhor, 1986; Kaufman y Wohl, 1992; Lisak, 1994;

McMahon, 1992; Namka, 1995; Ruma, 1993). Además, estos niños luchan contra la hostilidad, inseguridad, relaciones interpersonales, autoestima, autoimagen, sexualidad, aislamiento social, confianza y retraimiento (Brier y Scott, 2006; Edelson, 1999; Finkelhor, 1986; Hall-Marley y Damon, 1993; Lisak, 1994; Martin y Beezley, 1977; Middle y Kennerly, 2001). Debido a esta sensación de traición y pérdida de la confianza, los niños que viven un trauma interpersonal con frecuencia tienen dificultades en situaciones de separación y abandono (Cattanach, 1992; Damon et al., 1987), experimentan confusión y pérdida, y suelen encontrarse en un estado de hipervigilancia (Cattanach, 1992; Martin y Beezley, 1997; White y Allers, 1994). Además, el trauma interpersonal afecta de manera negativa el desempeño escolar ocasionando problemas cognitivos y conductuales. Los alumnos experimentan dificultades cognitivas, como problemas de atención, concentración y funcionamiento. También experimentan dificultades conductuales, como en la solución de problemas y la resolución de conflictos, actitudes negativas y no colaboradoras, negativismo y resistencia, y fugas (Edelson, 1999; Finkelhor, 1986; Hall, 1997; Ko et al., 2008; Martin y Beezley, 1977).

Abuso infantil y violencia doméstica

Los niños representan en el juego sus experiencias personales de abuso y violencia doméstica cuando se sienten seguros en una relación terapéutica. María, una niña de 6 años de edad, latina, jugaba con una casa de muñecas en la oficina de su consejero escolar y ponía la niña pequeña en el dormitorio haciendo un clic audible que simulaba ser el sonido de la cerradura de la puerta (Myers, 2007). Tomaba dos muñecos de adultos, uno femenino y otro masculino, y los ponía frente a la puerta del dormitorio. Entonces, la mamá le daba una bofetada al papá y le gritaba “¡Nunca más toques a mi hija!” André, un niño de 4 años de edad, afroamericano, hablaba con una voz chillona debido a problemas en sus cuerdas vocales. Este problema se desarrolló como consecuencia de haber llorado toda la noche cuando sus padres lo abandonaron una noche para satisfacer su drogadicción. André alimentaba al muñeco del bebé con el amor y la ternura que él no había experimentado, pero deseaba. Terminaba cada sesión volcando la casa de muñecas estrepitosamente, símbolo de su experiencia en familia. Estas historias son ejemplos del tipo de trauma relacionado con abuso y negligencia que muchos niños sufren y representan en su juego.

La ley de prevención y tratamiento del abuso infantil (Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA, 2010) definió el abuso infantil y la negligencia como:

Cualquier acto reciente u omisión para actuar de parte de un padre o cuidador que resulta en la muerte, daño físico o emocional grave, abuso o explotación sexual, o un acto u omisión para actuar que ocasiona un riesgo inminente de daño grave. (p. 6)

El abuso infantil es un problema social generalizado (Kaffman, 2009). Afecta a millones de niños cada año (Children’s Bureau, 2013). En 2012 se reportó que más de 3.8 millones de niños estadounidenses sufrieron al menos un abuso (Children’s Bureau,

2013), y en 2013, hubo 681 000 reportes confirmados de niños que sufrieron abuso o negligencia, mientras que 3.3 millones de niños recibieron servicios de protección (Children's Bureau, 2014). Estos niños experimentaron negligencia (78.5%), abuso físico (17.6%), abuso sexual (9.1%), maltrato psicológico (9.0%), negligencia médica (2.2%) y otros tipos de situaciones no especificadas (10.6%). El abuso infantil ocurre sin importar cuestiones de género ni raza. Los datos demográficos informados reflejan la población nacional con un desglose de género de 51% de niñas y 49% de niños, y racial de 44% de blancos, 21.8% de latinos y 21% de afroamericanos.

Finkelhor, Turner, Shattuck y Hamby (2013) realizaron un estudio nacional de 4 503 niños menores de 18 años de edad. Encontraron que 54.5% había sufrido ataques físicos; 9.5%, victimización sexual; 25.6%, maltrato; 40.2%, daños a sus pertenencias; y 39.2%, victimización indirecta. Al menos 48.4% de los participantes informaron más de un tipo de victimización (polivictimización) en el último año. Finkelhor y colaboradores (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby, 2005, 2009; Turner, Finkelhor y Ormrod, 2010) encontraron resultados similares en una serie de estudios sobre abuso infantil. Aunque estos números son alarmantes, muchos casos de abuso infantil nunca llegan a las autoridades; por ejemplo, los investigadores estiman que sólo 10% de abuso sexual infantil se denuncia alguna vez (Besharov, 1994; Ledesma, 2011; London, Bruck, Ceci y Shuman, 2005; Paine y Hansen, 2002; Shaw, 2010).

El *National Institute of Justice* [Instituto Nacional de Justicia] (NIJ, 2003) descubrió resultados similares en su estudio sobre victimización juvenil (es decir, ataque sexual, ataque físico, castigo físico abusivo y presenciar un acto de violencia) cuando entrevistó a 4 023 adolescentes de EUA. Los participantes informaron haber sufrido ataques sexuales (8.1%), ataques físicos (17.4%) y castigo físico abusivo (9.4%) y presenciado violencia (39.4%) (NIJ, 2003, p. 4). Por desgracia, la frecuencia del abuso infantil probablemente es mayor. Los participantes revelaron que 86% de los ataques sexuales y 65% de los ataques físicos nunca fueron denunciados ante las autoridades (NIJ, 2003, p. 2).

Otros datos estadísticos importantes se relacionan con los perpetradores del abuso infantil y negligencia, que no pertenecen a algún grupo demográfico específico. En todos los grupos étnicos, razas, niveles socioeconómicos se pueden encontrar (Douglas y Finkelhor, 2005; Finkelhor et al., 2005; NIJ, 2003), lo cual pone en riesgo a todos los niños. El Children's Bureau (2013) analizó a los perpetradores de los 50 estados que conforman EUA y refutó la imagen estereotipada del abusador como un extraño. De 512 040 perpetradores, 80.3% casos de abuso y negligencia fueron los propios cuidadores; de ellos, 88.5% correspondía a los padres biológicos. Además, 53.5% de los perpetradores fueron mujeres, 45.3% hombres y 1.1% no se identificó. Estos hechos crean una desconexión en muchos niños; la persona que es su fuente de amor también es fuente de dolor, lo que da por resultado una de las peores formas de trauma interpersonal.

La violencia doméstica fue un secreto callado de muchas familias por décadas; la gente no quería reconocer que ésta ocurría, y menos en su familia (Myers, 2008). Si la violencia doméstica ocurría en una familia, la actitud solía ser “lo que pasa en casa, se

quedada en casa” (Carlson, 1984). Desde la década de 1970, los estadounidenses están más dispuestos a reconocer la existencia de esta violencia y son más abiertos para hablar sobre la manera en que afecta a la sociedad e impacta en los niños (Kot, Landreth y Giordano, 1998). La mayor consciencia y reconocimiento de la violencia doméstica ha llevado a que haya más denuncias; por ejemplo, más de 25% de parejas informaron al menos una agresión física en sus casas (Straus y Gelles, 1990). La violencia doméstica, al igual que el abuso infantil y la negligencia, se presenta en todas las clases sociales, niveles educativos y grupos socioeconómicos (Lloyd, 1990). Sus efectos en los niños son invasivos y generalizados, lo cual produce hogares caóticos (Tyndall-Lind, Landreth y Giordano, 2001) y pone en peligro el bienestar físico y emocional en ellos, así como su seguridad y desarrollo.

Por qué el juego es adecuado

El juego es un elemento importante y vital de la infancia. Su presencia en esta etapa del desarrollo es evidente en todas las culturas del mundo, sin importar región geográfica, raza o estatus socioeconómico. El juego ocurre incluso en las circunstancias más insólitas, como los campos de concentración durante el Holocausto (Glazer, 1999) o después del devastador terremoto de Haití (Myers, 2011). El juego sirve a muchos propósitos, como el desarrollo saludable o la curación de los niños.

Papel del juego en la infancia y el desarrollo

En el siglo XVIII, Rousseau postuló que el juego es esencial para el desarrollo saludable de los niños (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005). Mucho después, ya en el siglo XX, el Comité de las Naciones Unidas para los Derechos de los Niños (United Nations, 1990) proclamó que el juego es un derecho universal e inalienable de la infancia e hizo hincapié en su importancia en el desarrollo y la integridad de los niños. Además, de acuerdo con la *American Association of Pediatrics*, los niños aprenden a interactuar con el mundo a través del juego (Ginsburg, Committee on Communication, & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2007). Landreth (2012) describió el juego como una actividad central en la infancia, en la que los niños aprenden sobre sí mismos, los demás y el mundo que los rodea. Aprenden a respetarse, a controlar sus sentimientos con responsabilidad y a ser creativos al enfrentar problemas. Los niños pueden imaginar nuevas maneras de ser por medio del juego, explorar su identidad en relación con los demás (Cattanach, 1992) y aprender y practicar nuevas habilidades en ambientes seguros y de apoyo (Boucher, 1999).

Los teóricos del desarrollo infantil, educadores y especialistas en salud mental reconocen la importancia del juego en la infancia (Baggerly y Landreth, 2001). El juego tiene una asociación directa con el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño (d’Heurle, 1979) y constituye una estrategia de aprendizaje adecuada para esta etapa del

desarrollo (Bredekamp, 1987; Erikson, 1963; Montessori, 1964; Piaget, 1952).

El juego y la actividad son medios naturales de comunicación para los niños (Axline, 1947/1969); Ginott, 1959; Landreth, 2012) y son los modos primarios del niño pequeño para expresar sus emociones (Hall, 1997). A través del juego, los niños comunican lo que no pueden decir con palabras. Usan juguetes para expresar emociones relacionadas con sus autopercepciones, los demás y los eventos significativos que experimentan (Ater, 2001). Los niños de 2 a 6 años de edad se encuentran en la etapa preoperacional de Piaget (1952) y los de 7 a 12, en la de las operaciones concretas. En estas etapas, los niños utilizan expresiones concretas y simbólicas para comunicar sus experiencias internas o sentimientos, y sus pensamientos. De acuerdo con Piaget (1962), el juego ofrece un puente entre las expresiones concretas y sus experiencias abstractas.

Propiedades curativas del juego

El juego es el proceso más natural y curativo en la infancia. Constituye un medio para que los niños representen sus sentimientos, pensamientos y experiencias, del mismo modo que el lenguaje verbal es el medio con el que los adultos expresan sus dificultades (Mader, 2000). Erikson (1963) pensaba que los niños tienen la capacidad recrearse y autocurarse jugando. El juego puede ser un modo de especial valor para comunicar y procesar las experiencias de trauma interpersonal en la infancia, porque presenta un modo seguro de expresar los sentimientos y fantasías más profundos (Mann y McDermott, 1983). El poder del juego en la curación y el crecimiento de los niños, así como su valor terapéutico ha quedado bien asentado (Caplan y Caplan, 1974). El juego ofrece un conducto natural en un ambiente seguro y de apoyo para la naturaleza curativa del juego para los niños que tienen una historia de trauma interpersonal.

Efectos del trauma interpersonal

Los niños con historia de trauma interpersonal con frecuencia sienten una gran pérdida de confianza y traición. Éstas ocurren cuando un vínculo con un cuidador se rompe, sobre todo debido al abuso infantil o la violencia doméstica, el niño pierde confianza en la capacidad de los cuidadores para protegerlo y mantenerlo seguro. Los actos de violencia masiva también pueden afectar la confianza en los cuidadores; por ejemplo, muchos niños fueron asesinados o heridos por una bomba que detonó en un edificio federal de la ciudad de Oklahoma, donde se encontraba una estancia infantil, y en 2012 por el tiroteo en una escuela de Newtown, Connecticut; asimismo, muchos niños perdieron a sus cuidadores en los ataques terroristas del 11 de septiembre.

Conductas postraumáticas en el juego

El terapeuta de juego que trabaja con niños que han experimentado un trauma interpersonal debe conocer las características de las conductas postraumáticas en el juego, los enfoques terapéuticos eficaces y las investigaciones relacionadas con los

tratamientos para esta población. En 1976, tres hombres secuestraron un autobús escolar en Chowchilla, California. Raptaron a 26 niños de 5 a 14 años de edad junto con el conductor del autobús, y se los llevaron en dos camionetas con vidrios polarizados hasta muy entrada la noche. Entonces, los secuestradores forzaron a los niños y al conductor a bajar por un hoyo en la tierra que conducía hasta una camioneta enterrada; ahí dejaron a los rehenes durante 16 horas hasta que lograron escapar. Los niños recuerdan cuán asustados estaban pensando que los hombres los matarían, el reducido espacio en que estuvieron horas sin ventilación y con una temperatura que alcanzó los 43 grados centígrados (Terr, 1981, 1983).

En su trabajo con los niños del secuestro de Chowchilla, Terr (1983) observó que los niños presentaban conductas postraumáticas específicas en su juego. Estas conductas fueron clasificadas en cuatro categorías: 1) pensamientos intensos y repetitivos del trauma, 2) repetían la escena del trauma, 3) miedo a cosas muy relacionadas con el evento traumático, y 4) una pérdida de la noción de futuro (Terr, 2003, p. 234). Otros expertos en trauma infantil (Gil, 1991, 2006, 2010; James, 1989, 1994) han notado juegos similares en sus clientes y sujetos. Findlig y colaboradores (2006), en una revisión de la literatura profesional sobre trauma e infancia, identificaron y definieron cinco conductas postraumáticas en el juego: 1) juego intenso, 2) juego repetitivo, 3) alteraciones del juego, 4) juego evitativo y 5) afecto negativo.

El juego intenso tiene una cualidad compulsiva, irrefrenable. Después del trauma, los niños pueden estar tan absortos en su juego que silencia el mundo a su alrededor. El terapeuta de juego, a veces, siente como si el niño olvidara que está también él en el cuarto. En su terapia, Jana, una niña de 7 años de edad, afroamericana, que sobrevivió al huracán Katrina y fue reubicada en Texas, mostró dos ejemplos de juego intenso. Uno ocurrió cuando estaba en el caballete e hizo un dibujo que casi por completo era de color azul agua, a excepción de un pequeño cielo en la parte superior y una pequeña figura en medio del agua y pedía auxilio. El otro ejemplo ocurrió en el arenero cuando la niña enterró muñecas, animales y otros objetos (que representaban las cosas perdidas en las inundaciones). Hizo estas dos cosas en un silencio focalizado.

El juego repetitivo se refiere a un juego específico o a un tema que el niño se siente impulsado a jugar exactamente del mismo modo en cada ocasión. Este juego ocurre en sesiones individuales o a lo largo de varias. En su juego, Karina, una niña latina de 6 años de edad, se dirigía al arenero, tomaba una caldera de juguete y ponía un poco de arena en ella. Repetía esta conducta en su juego algunas veces cada sesión y así fue durante varias semanas. Se trataba de un intento de comprender y aceptar lo que había sucedido en un trágico accidente cuando su primo de 3 años de edad se metió en un balde de agua donde ella había puesto algo brillante y se ahogó. Aunque el juego repetitivo puede ser reparador al permitir al niño darle sentido a una experiencia y dominar su resultado (Terr, 2003), también puede ser retraumatizante cuando el niño se queda atascado en él. El terapeuta de juego tiene que ser sensible a la manera en que el juego repetitivo afecta al niño y, tal vez, intervenir con un enfoque más directivo de solución de problemas (Gil, 2006, 2011a).

Las alteraciones del juego son una forma de disociación durante la cual el niño traumatizado de repente cambia su juego para protegerse de las emociones y pensamientos representados en su juego que se vuelven demasiado intensas para él. John era un niño europeo-americano de 8 años de edad cuya madre lo había abandonado al cuidado de su madre actual. Cada vez que las ideas sobre la familia y su madre surgían en la terapia, él cambiaba su juego a algo menos amenazante.

El juego evitativo es la desconexión o evitación del niño en relación con la terapia. Los niños y la terapia de juego son relacionales; sin embargo, cuando ellos experimentan un trauma, sobre todo uno interpersonal, con frecuencia se vuelven desconfiados de los demás, los evitan y se desconectan. Lupita, una niña latina de 6 años de edad, presencié la violación y asesinato de su madre. En las primeras sesiones, Lupita entraba en el cuarto de juego y se quedaba junto a la puerta mirando el piso con sus puños cerrados. A través de la reflexión delicada y el rastreo, con el tiempo empezó a sentirse segura lo suficiente para jugar y hablar con el terapeuta.

El afecto negativo es la representación física de las emociones del niño, sean planas o incongruentes con su juego. Por ejemplo, después de los ataques terroristas del 11 de septiembre, los niños construían torres con bloques y luego los derribaban con aviones de juguete. Su afecto era por completo plano, sin mostrar emociones al representar lo que debía ser un evento aterrador.

La investigación aporta un sustento sólido al hecho de que los niños con trauma interpersonal juegan de un modo diferente al de otros niños. Findling y colaboradores (2006) compararon dos grupos de tratamiento de niños que recibían terapia de juego, uno de ellos con historia de trauma interpersonal y el otro con otro tipo de problemas. Los investigadores definieron el trauma interpersonal como el trauma que implica una pérdida de confianza en un cuidador importante debido al abandono o el abuso. Myers, Bratton, Findling y Hagen (2011) continuaron el estudio añadiendo un grupo con un desarrollo normal sin historia conocida de trauma interpersonal y que también recibían sesiones de terapia de juego. Los investigadores de estos dos estudios utilizaron el *Trauma Play Scale* [Escala de juego traumático] (TPS; Findling et al., 2006). El TPS es una evaluación observacional de las cinco conductas postraumáticas en el juego ya descritas. Evalúa estas conductas en incrementos de 5 minutos a lo largo de ocho sesiones consecutivas, sin contar la sesión inicial. Empleando medidas repetidas, Findling et al. (2006) encontraron significancia clínica en la puntuación promedio del TPS en todas las conductas postraumáticas, a excepción del juego repetitivo, así como significancia estadística entre dos grupos clínicos en cuanto al promedio de TPS después de haber omitido el juego repetitivo. Los investigadores excluyeron el juego repetitivo, porque los jueces ignoraban la historia de los niños y esto inhibió su capacidad para determinar la literalidad del juego y si éste era postraumático, de dominio de habilidades o de autoconocimiento. Myers et al. (2011) encontró tamaños grandes del efecto y significancia estadística entre los niños con trauma interpersonal y niños con un desarrollo normal tomando el promedio del TPS y en las cinco conductas postraumáticas. En la tabla 21-1 se presenta la significancia estadística de cada estudio.

Tabla 21-1. Resumen de ANOVAs de los resultados de los estudios piloto y actual

	Findling et al., 2006		Myers et al., 2011	
	Trauma vs. No trauma ^a		Trauma vs. desarrollo normal ^b	
	η_p^2	$\alpha=.05$	η_p^2	$\alpha=.025$
Promedio de TPS	.28	p = 0.80	.74	p < .001
Promedio de TPS, omitiendo el juego repetitivo	.41	p = 0.25	.77	p < .001
Juego intenso	.31	p = .062	.86	p < .001
Juego repetitivo	.00	p = .836	.40	p = 0.20
Alteraciones del juego	.20	p = .148	.56	p = .003
Juego evitativo	.26	p = .094	.57	p = .003
Afecto negativo	.26	p = .094	.65	p = .001

^a Niños enviados a atención clínica con historia de trauma (n = 6) vs. niños enviados a atención clínica sin historia conocida de trauma interpersonal (n = 6).

^b Niños enviados a atención clínica con historia de trauma (n = 6) vs. niños con desarrollo normal sin historia conocida de trauma interpersonal (n = 7).

TEORÍAS MÁS APTAS PARA TRABAJAR CON ESTA POBLACIÓN

Al trabajar con niños sobrevivientes de trauma interpersonal es importante emplear enfoques responsivos en términos de desarrollo que cubran sus necesidades particulares. Perry y Szalavitz (2006) propusieron que la recuperación del trauma interpersonal en la infancia requiere reconstruir la confianza en el otro, recobrar la confianza en sí mismo, sentir seguridad otra vez y reconectarse con el amor. Bratton (2004) añade que los niños necesitan liberarse de las emociones y regularlas, adquirir o volver a adquirir el sentido de dominio de las habilidades de afrontamiento y competencia. El mejor modo en que el terapeuta puede cubrir estas necesidades es propiciando experiencias reparadoras en la relación terapéutica (Benedict, 2006; Bratton, 2004). Los cinco enfoques que cubren las necesidades de estos niños de una manera responsiva en términos de desarrollo y con base en la relación son la terapia de juego centrada en el niño (Landreth, 2012), el entrenamiento de la relación padre-hijo (Landreth y Bratton, 2006), la terapia de juego cognitivo-conductual (Cavett y Drewes, 2012), la terapia de juego ecosistémica (O'Connor, 2007) y la terapia de juego integrada focalizada en el trauma (Gil, 2011a).

Terapia de juego centrada en el niño

La terapia de juego centrada en el niño (TJCN) es un enfoque no directivo, basado en el juego que da voz a los niños (Guerney, 1983; Landreth, 2012; Myers, 2008). La TJCN tiene una base sólida de investigaciones (véase la sección Investigación/evidencia más adelante en este capítulo). Axline (1947/1969) fue la pionera de esta terapia trabajando con niños en la década de 1940. En su calidad de alumna de Rogers, Axline aplicó los principios no directivos de éste (Rogers, 1957) de empatía, autenticidad y consideración positiva incondicional en su trabajo con niños. Muchos otros terapeutas de juego (Guerney, 1983; Landreth, 2012; VanFleet, Sywulak y Sniscak, 2010) han contribuido después al desarrollo de la TJCN.

La TJCN incluye una filosofía hacia las actitudes y conductas para vivir la vida con niños (Landreth, 2012). Esta filosofía implica una profunda y permanente convicción en la capacidad constructiva y de autodirección de los niños (Landreth y Sweeney, 1997). El terapeuta que emplea este modelo aspira a relacionarse con los niños de manera que liberen sus poderes internos directivos, constructivos, de progresión, creativos y autocurativos (Landreth, 2012). En esta relación, el terapeuta crea un ambiente que empodera a los niños para aventurarse en la autoexploración y el autodescubrimiento, lo que resulta en la capacidad de expresar sus experiencias internas y continuar su crecimiento de manera constructiva (Landreth y Sweeney, 1997).

Diversos elementos de la TJCN facilitan el crecimiento y la curación del niño. La naturaleza responsiva en términos de desarrollo de la TJCN cubre las necesidades de los niños y les ofrece oportunidades para crecer, dominar habilidades y curarse (Landreth, 2001; Landreth y Bratton, 1998). La naturaleza simbólica del juego brinda a los niños una manera segura y no amenazante de expresar sus emociones, experiencias y pensamientos (Axline, 1947/1969; Bratton, Ray y Landreth, 2008; Landreth, 2001). La relación terapéutica ofrece un ambiente afectuoso caracterizado por la empatía, autenticidad y la consideración positiva incondicional, lo que permite que los niños avancen hacia una mayor autoaceptación, autoestima y autocomprensión (Axline, 1957/1969; Landreth, 2012).

Entrenamiento de la relación padre-hijo

El entrenamiento de la relación padre-hijo (ERPH; Landreth y Bratton, 2006) es un modelo de terapia filial de 10 semanas desarrollado por Landreth. Guerney (1964), practicante de la terapia centrada en el niño, fue el creador original de la terapia filial; pensaba que muchos problemas infantiles se debían a que los padres carecían del conocimiento y las habilidades necesarias (Landreth y Bratton, 2006). Sin embargo, Guerney también vio en los padres aliados en el proceso terapéutico y agentes potenciales de cambio terapéutico para los niños y trató de entrenarlos en relación con los principios básicos de la TJCN. Al principio, Guerney se reunía con los padres cada semana durante casi un año, pero luego redujo el tratamiento a 5 o 6 meses. Landreth (Landreth y Bratton, 2006) vio la necesidad de un enfoque más dinámico y estructurado que aun ofreciera a los padres las habilidades necesarias, pero en un encuadre temporal que los hiciera sentirse más cómodos para comprometerse.

En la TJCN es central el entrenamiento de los padres en las habilidades básicas de esta modalidad, para que ellos puedan conducir sesiones de juego semanales de 30 minutos con sus hijos (Landreth y Bratton, 2006). Los padres aprenden habilidades de escucha reflexiva, reconocimiento de los sentimientos del niño, constitución de la autoestima, rastreo y establecimiento de límites terapéuticos. El terapeuta recurre a diversos métodos para entrenar a los padres en estas habilidades, como la instrucción en diadas, las demostraciones de las sesiones de juego, juego de roles y supervisión grupal de las sesiones de juego de los padres.

Al trabajar con niños que han vivido abuso o negligencia, es de particular importancia la experiencia compartida de traición, daño, pérdida o rechazo de parte del cuidador. La fortaleza de la TJCN al trabajar con esta población es el poder de restaurar las relaciones saludables entre niños y cuidadores, sea el que le causó daño al niño, o el que (a los ojos de éste) no lo protegió del daño o el que sustituye después de la pérdida del cuidador primario. Después de un evento familiar externo, como el tiroteo en la escuela, la TJCN ofrece a los cuidadores un medio para restaurar el sentido de seguridad de los niños. Al

fortalecer la relación cuidador-niño, el cuidador puede establecer o reforzar un apego saludable y un lugar seguro para el niño. En la TJCN se han tratado muchos casos de niños con trauma interpersonal en refugios para víctimas de violencia doméstica, y de padres no agresores de niños que han sufrido abuso sexual, así como de padres encarcelados (Costas y Landreth, 1999; Harris y Landreth, 1997; Smith y Landreth, 2003).

Terapia de juego cognitivo-conductual y ecosistémica

En contraste con la TJCN, algunos terapeutas ven el valor de usar a veces un enfoque más directivo con el fin de abordar problemas específicos relacionados con el abuso o el trauma que ha sufrido un niño (Bethel, 2007). O'Connor (2007) informó sobre la posibilidad de que los niños sobrevivientes de abuso que reciben un tratamiento con terapia de juego no directiva pueden pasar periodos de 6 meses o más sin que el contenido de su juego o sus verbalizaciones se relacionen con las experiencias traumáticas. Afirma que estos niños pueden sentirse demasiado cómodos en terapia y se adaptan para evitar sus sentimientos y pensamientos relacionados con el trauma en lugar de afrontarlos de una manera activa y alcanzar la recuperación. Ruma (1993) identificó dos ventajas de usar la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) en comparación con los enfoques no directivos. A diferencia de la TJCN, que sostiene la convicción de que los niños abordarán sus experiencias traumáticas debido a que su naturaleza innata aspira a la autorrealización, en la TJCC el terapeuta dirige o estructura las sesiones de juego de modo que se aborde el trauma. En la estructura establecida por el terapeuta, los niños tienen el control del cómo, qué y cuándo abordar el trauma (Ruma, 1993). Además, la TJCC brinda a los niños que aprendieron a no expresar sus sentimientos, sobre todo en familias donde hay abuso y violencia doméstica, un encuadre (p. ej., desensibilización sistemática, manejo de contingencias, modelamiento, ensayo conductual, autoafirmaciones positivas) en el que reaprende a expresar toda la gama de emociones.

La terapia de juego ecosistémica (TJE) es un enfoque integrativo que recurre a las teorías y técnicas existentes e incorpora la teoría del desarrollo cognitivo como un marco de referencia organizador (O'Connor, 1991, 2007). La palabra “**ecosistémica**” se refiere a la importancia de considerar la interacción del niño y todos los sistemas en los que se encuentra inmerso al conceptualizar sus dificultades y diseñar el plan de tratamiento (O'Connor, 2007). O'Connor identificó dos elementos de la TJE que difieren de la mayor parte de las teorías de la terapia de juego: la manera en que la motivación subyacente del niño se comprende y el desarrollo como elemento central. En la TJE, el terapeuta ve la conducta infantil como el mejor intento de cubrir las necesidades básicas y de evitar consecuencias al mismo tiempo. Si comprende la motivación del niño, el terapeuta lo ayuda a aprender a cubrir sus necesidades de manera eficaz. El terapeuta

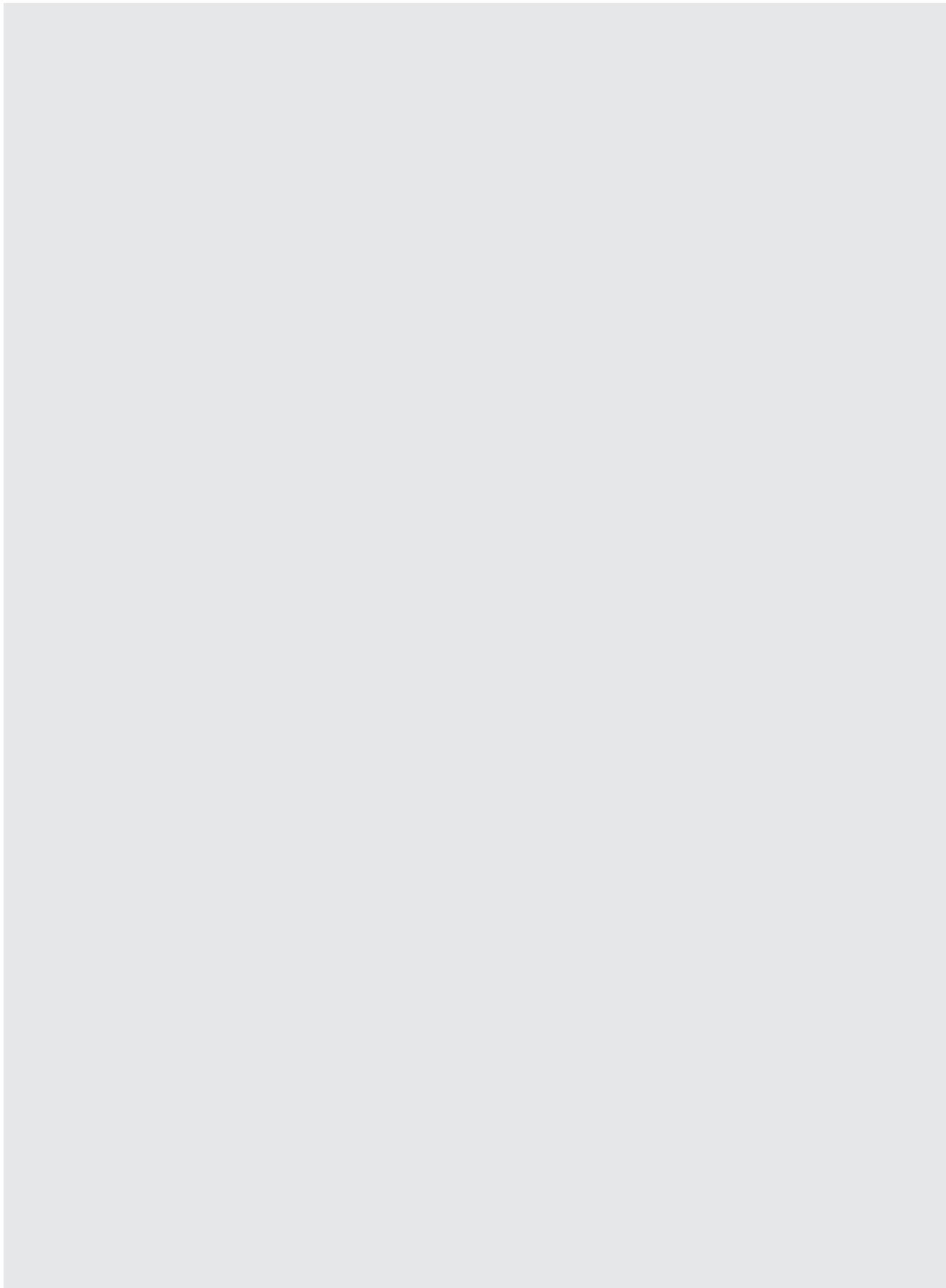
también se enfoca en cualquier retraso en el desarrollo y cómo éste se relaciona con la capacidad del niño para cubrir sus necesidades. La meta general de la TJE es que el niño reanude su funcionamiento adecuado en términos de desarrollo en todos los aspectos de su vida.

O'Connor (2007) identificó dos elementos curativos primarios en la TJE: la relación terapéutica y la capacidad del terapeuta para que el niño asuma la tarea de desarrollar estrategias de solución de problemas. A través de la relación, el terapeuta crea un ambiente seguro en el que ofrece al niño las experiencias y explicaciones necesarias para modificar su comprensión de los eventos traumáticos. También lo hace participar de manera activa en la solución de problemas con el fin de capacitarlo para cubrir sus necesidades de una manera adecuada a su nivel de desarrollo tomando en consideración el grado en que los sistemas en los que está inmerso apoyan u obstaculizan los esfuerzos del niño.

Terapia de juego integrada focalizada en el trauma

Gil (2011a) introdujo un modelo de tratamiento estructurado, integrado, llamado terapia de juego integrada focalizada en el trauma (TF-IPT, por sus siglas en inglés) con base en sus años de trabajo con niños sobrevivientes de experiencias traumáticas. Partiendo de un modelo no directivo, Gil integró las prácticas basadas en evidencias, como la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma (TF-CBT, por sus siglas en inglés) y el modelo de tratamiento del trauma de tres fases de Herman (1997). Gil (2011b) entretejió las terapias creativas (es decir, la terapia de juego, la terapia artística y la terapia con arenero) y los principios del apego (es decir, comprender la necesidad de realizar un tratamiento en una pugna familiar o social) para formar el programa de la TF-IPT. La TF-IPT ofrece a los niños (de 5 a 17 años de edad) la oportunidad de participar de lleno en su propio tratamiento y trabajo reparador al mismo tiempo que reconoce su necesidad natural de proteger a los miembros de su familia y a otras personas en las que confían al hablar del trauma interpersonal (Gil, 2011a).

La meta primaria de la TF-IPT (Gil, 2011a) es facilitar el manejo de la experiencia traumática. Gil hizo hincapié en la importancia de romper los ciclos de negación y secretos corrigiendo los recuerdos traumáticos para reducir los síntomas, promoviendo las interacciones sociales y previniendo la necesidad de estrategias de afrontamiento no saludables. Gil (2011a, p. 1) identificó las metas del tratamiento de la TF-IPT: a) crear un ambiente de seguridad, confianza y comodidad; b) procesar el material traumático; c) promover las reconexiones sociales; y d) regresar a los niveles de funcionamiento previos al trauma. Gil (2011a, 2011b) trazó el modelo de tres fases de la TF-IPT del siguiente modo: la fase uno se focaliza en el establecimiento de seguridad y de la relación, la fase dos facilita el procesamiento del material traumático y la fase tres prepara al niño para terminar el tratamiento y lo ayuda a reconectarse a nivel social.



MODIFICACIONES AL PROCEDIMIENTO

Los niños sobrevivientes de trauma interpersonal, con frecuencia, presentan problemas emocionales y conductuales importantes. Por ejemplo, las conductas de estos niños suelen ser respuestas de sobrevivencia que aprendieron para evitar el abuso o para controlarlo. Ziegler (2002) afirmó que algunos niños empujan a los abusadores a consumir el abuso con el fin de librarse de la tensión que le provoca estar siempre en guardia. Conducir la terapia de juego con esta población requiere muchas consideraciones y modificaciones.

Primero, el terapeuta que trabaja con niños en el entrenamiento interpersonal debe tener fundamentos sólidos en la terapia de juego y comprender el trauma interpersonal y sus efectos. Segundo, tiene que ser compasivo y comprensivo. Tercero, debe ser autoconsciente, sobre todo en relación con sus propias experiencias de trauma interpersonal. Los niños que han experimentado este trauma llevan a las sesiones experiencias e historias cargadas en términos emocionales, y esto puede desencadenar algo en el clínico. El terapeuta que ha elaborado sus propias experiencias en consejería y supervisión reduce la probabilidad de sobreidentificarse con el cliente en la contratransferencia. Y, por último, debido a que el abuso, la negligencia y otros crímenes contra los niños pueden despertar emociones intensas en el terapeuta, es necesario buscar supervisión, asesoría e, incluso, consejería de manera regular.

Las características del niño sobreviviente son importantes al determinar el curso del tratamiento. Entre ellas, se encuentra la gravedad y el tipo de las conductas. Una meta central al trabajar con esta población es, de ser posible, reparar las relaciones destruidas con las personas significativas. Dependiendo de la gravedad del daño a estas relaciones, un enfoque que se dirija explícitamente a reparar las relaciones, como el entrenamiento de la relación padre-hijo o Theraplay®¹ (Jernberg y Booth, 1999; Landreth y Bratton, 2006) sería el más indicado. Sin embargo, a veces, las conductas del niño son tan graves que el terapeuta determina que trabajar con el niño y el padre juntos desde el principio es abrumador para uno de ellos o ambos. En tales casos, el terapeuta decide trabajar con el niño en una modalidad individual como la terapia de juego centrada en el niño, la terapia de juego ecosistémica o la terapia de juego integrada focalizada en el trauma. También es importante considerar qué tan adecuado es incluir al niño con historia de abuso sexual en una terapia de juego grupal. Aunque ésta es beneficiosa para estos niños, es necesario estar seguros de que ningún niño tiene conductas sexuales y, así, proteger a todos los miembros del grupo. Otra vez, un periodo inicial de terapia de juego individual es útil para preparar a los niños para el trabajo grupal.

Las cuestiones de logística comprenden la disposición del cuarto de juego, los juguetes y materiales, así como la frecuencia y duración del tratamiento. Aunque las especificaciones varían entre los distintos enfoques, tienen algunas cosas en común. Los niños con trauma interpersonal, a veces, provienen de ambientes caóticos y requieren uno predecible y estable para recobrar la sensación de seguridad. El terapeuta ofrece

estos elementos a través de su manera de ser en la terapia y el modo en que estructuran las sesiones y el cuarto de juego. El terapeuta proporciona un ambiente nutricional y de apoyo mediante la aceptación afectuosa del niño y siendo consistente y predecible en su relación con éste (Landreth, 2012). También ofrece un ambiente predecible agrupando los juguetes de acuerdo con las emociones que suelen provocar (p. ej., agresivas, de control, nutriciales); de este modo, también promueve la capacidad de expresarse del niño. Los juguetes funcionan como palabras en la terapia de juego; cuando los niños no encuentran los juguetes que necesitan para expresarse es como si los adultos tuvieran problemas para encontrar la palabra correcta. Además, ofrecer juguetes con una conexión con el trauma del niño (p. ej., aviones y bloques para crear edificios después del 11 de septiembre) facilita la capacidad de expresarse y elaborar las emociones y experiencias internas. El terapeuta también tiene que considerar la duración y frecuencia de las sesiones; por lo general, una sesión de terapia de juego dura entre 45 y 50 minutos. Por su nivel de desarrollo, los niños pequeños (de 3 a 6 años de edad) pueden mantener la atención en el proceso terapéutico sólo 30 minutos, mientras que los mayores se sienten cómodos en sesiones de 45 a 50 minutos. Por lo general, se trabaja en sesiones semanales; sin embargo, algunos niños requieren una frecuencia mayor o menor; por ejemplo, los que viven violencia doméstica o en un albergue para niños sin hogar necesitan sesiones más frecuentes, porque el tiempo que tienen para estar en tratamiento puede ser corto si tienen que ser reubicados. Por otro lado, la frecuencia de las sesiones de niños que están en la fase final de la terapia se puede reducir a una cada dos semanas o al mes con el fin de prepararlos para la conclusión del tratamiento y seguir brindándoles apoyo.

Las teorías de la terapia de juego tienen distintas perspectivas del modo en que el terapeuta realiza la primera entrevista, evaluación y planeación del tratamiento. Sin importar el enfoque teórico, el terapeuta debe comprender la historia personal y del trauma, así como la relación del niño con sus cuidadores. Con niños sobrevivientes de trauma interpersonal, el terapeuta debe estar consciente del tipo de trauma interpersonal y la naturaleza de la relación entre el niño, los cuidadores y el trauma. Comprender la manera en que el niño experimentó el trauma y los cuidadores, sobre todo si uno de ellos fue el perpetrador, ofrece al terapeuta información importante para entender el juego del niño, planear el tratamiento y promover el cambio y el crecimiento.

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS PARA ESTA POBLACIÓN

El trauma interpersonal altera significativamente la capacidad de percibir las experiencias cotidianas con exactitud e inhibe la capacidad de afrontamiento eficaz (Bratton, 2004). El niño sobreviviente de trauma interpersonal requiere experiencias reparadoras para recobrar sus capacidades innatas y su potencial. Hay varias técnicas/estrategias específicas para cubrir las necesidades de estos niños.

Perry y Szalavitz (2006) esbozaron cuatro necesidades de recuperación de los niños sobrevivientes de trauma que son especialmente conmovedoras cuando se consideran las necesidades de las víctimas de trauma relacional. Primero, el terapeuta tiene que reconstruir la capacidad de confiar. El trauma interpersonal implica la ruptura de una relación entre el niño y una figura importante en sus vidas, a menudo debido al abuso, al abandono o a que experimenta el mundo como un lugar inseguro después de eventos como un tiroteo en la escuela o un ataque terrorista. Estos niños con frecuencia creen que los otros los abandonarán, por lo que desconfían de ellos. El terapeuta reconstruye la confianza siendo genuino y aceptando al niño en las sesiones de juego. Segundo, tiene que ayudarlo a recobrar la confianza en sí mismo. El trauma interpersonal pone de cabeza la vida del niño; casi siempre se siente impotente cuando otros le infligen dolor por sus acciones u omisiones. El terapeuta puede ayudar a los niños sobrevivientes a recobrar la confianza en sí mismos alentándolos a esforzarse. Además, promueve las capacidades de toma de decisiones y solución de problemas impulsándolos a que tomen la batuta en las sesiones. Tercero, el terapeuta tiene que promover la sensación de seguridad del niño; cuando es víctima de abuso u otro crimen, el niño ve al mundo como un lugar inseguro, pues no sabe cuándo sufrirá otro ataque del perpetrador. El terapeuta crea la sensación de seguridad brindando un ambiente seguro en el que transmiten un afecto genuino al niño y estableciendo límites cuando es necesario. Por lo general, los niños creen que los adultos les brindarán seguridad en sus vidas; estableciendo límites, el terapeuta les hace saber que los mantendrán seguros en términos físicos y psicológicos. Cuarto, el terapeuta ayuda a los niños a reconectarse con el amor; éste es un elemento curativo, por lo que el terapeuta facilita y promueve el apego de apoyo y reparador entre el cuidador y el niño. La reconexión con el amor es de especial importancia cuando el niño experimenta una pérdida de amor debido al trauma interpersonal; para algunos niños, la pérdida de amor es repetitiva (p. ej., el abuso y la negligencia son constantes).

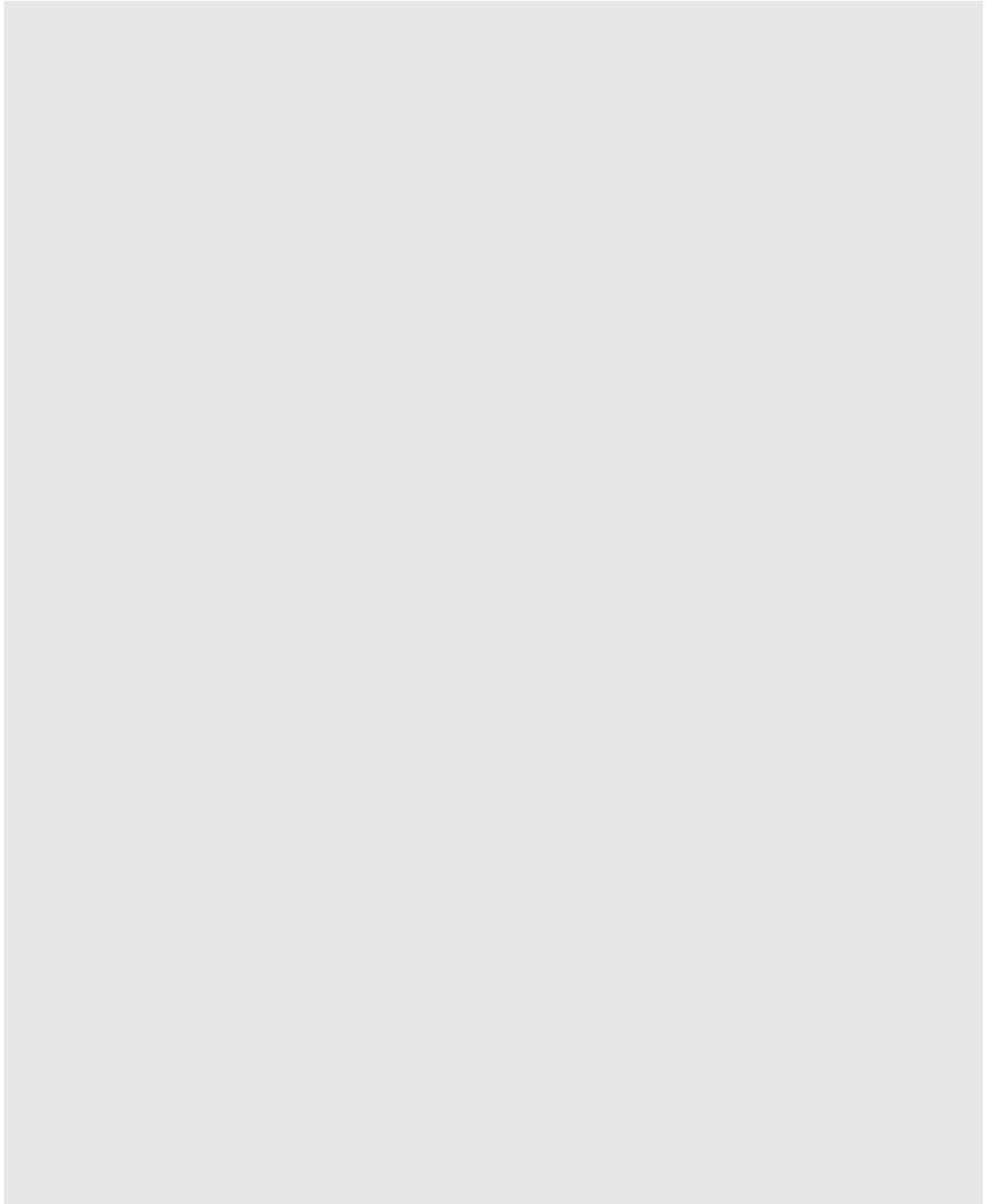
Bratton (2004) presentó una lista similar en relación con la terapia de juego en casos de niños gravemente traumatizados, que se superpone con lo que plantean Perry y Szalavitz (2009) acerca de establecer o restablecer la seguridad física y emocional y de construir o reconstruir la confianza y las relaciones. Bratton agregó tres metas más. Primero, el terapeuta tiene que ayudar al niño a establecer un sentido saludable del sí mismo, pues, con frecuencia, los niños sobrevivientes de abuso y crímenes desarrollan un sentido pobre del sí mismo, y se consideran estropeados, sucios o sin valor. David

Pelzer (1995) presenta este punto de vista interno en el recuento de su propia infancia en el libro *A Child Called "It"* (Un niño llamado "eso"). Para alcanzar esta meta, el terapeuta debe transmitir al niño una aceptación afectuosa, aliento y validación. Segundo, también debe ayudarlo a descargar las emociones y regularlas. Con frecuencia, estos niños tienen dificultades para expresar sus emociones de manera sana y no perjudicial, o aprenden a esconder sus sentimientos por el miedo a sufrir más abusos. El terapeuta facilita la descarga saludable y la regulación de emociones comunicando la aceptación de todas las emociones y estableciendo límites para contribuir al autocontrol del niño y redirigirlo hacia medios aceptables para expresar sus emociones. Tercero, el terapeuta ayuda a los niños sobrevivientes de trauma interpersonal a adquirir o recobrar la sensación de dominio de habilidades, afrontamiento y competencia. Por lo general, estos niños dudan de sí mismos, sobre todo en casos de abuso emocional, que a menudo acompaña otras formas de abuso, negligencia y crimen. El terapeuta contribuye a alcanzar esta meta dando aliento al niño.

Bratton (2004) describió varios aspectos del papel del terapeuta de juego al trabajar con niños víctimas de trauma grave. El terapeuta reconoce la necesidad vital de seguridad del niño dentro y fuera de las sesiones; esto puede requerir un plan de seguridad para las situaciones en que el niño se sienta inseguro. Este plan incluye cómo: alejarse de la situación peligrosa, identificar a las personas que brindan seguridad y llegar a ellas, encontrar lugares seguros y crear un "paquete de seguridad" que contenga números de emergencia y artículos que el niño pueda necesitar para escapar de una situación de peligro. El terapeuta tiene que ser paciente en el proceso de curación, pues es muy largo, sobre todo cuando hay una historia de abuso o negligencia crónicos o extremos. Ziegler (2002) describió el modo en que estas experiencias crean vías neuronales muy arraigadas; por lo tanto, es necesario ofrecer experiencias positivas repetidas para recrear vías neuronales saludables. El terapeuta también actúa como testigo de la historia de los niños, pues con frecuencia guardan su historia para sí mismos por temor a experimentar más dolor o por temor a las amenazas y la manipulación de los abusadores. El terapeuta actúa como testigo de la historia de abuso, negligencia y crimen que ha vivido el niño empleando sus habilidades reflexivas para comunicarle su aceptación y comprensión.

Es importante señalar que el terapeuta tiene una función terapéutica, no de investigación, ni forense. El objetivo principal es el tratamiento del niño y propiciar la curación emocional y psicológica. En terapia, "los hechos" del caso importan menos que la experiencia y percepciones del niño. En cambio, situarse en un papel de investigador requiere que el profesional sea lo más objetivo posible. Tratar (terapeuta) y evaluar (forense) al mismo tiempo crea un conflicto que puede poner en riesgo la terapia (Greenberg y Shuman, 1997; Strasburger, Gutheil y Brodsky, 1997). Esta clase de conflicto, suele ser un tema en casos donde se pelea la custodia de niños que vivieron trauma interpersonal perpetrado por uno de los cuidadores. En estos casos, el padre no ofensor puede presionar al terapeuta para que actúe como evaluador. Por el bien de todos, el terapeuta tiene que comunicarse y mantener límites claros en su función.

Por último, el terapeuta tiene que hacer partícipes a las familias en el proceso terapéutico. El tiempo que pasa con el niño es mínimo en comparación con el que éste pasa con su familia. Desarrollar una relación de apoyo con los cuidadores y brindarles las herramientas para apoyar el trabajo del niño en la terapia aumenta su eficacia.



INVESTIGACIÓN/EVIDENCIA

El terapeuta de juego debe conocer y manejar los enfoques más útiles, de acuerdo con la investigación, en el tratamiento de niños que han experimentado trauma interpersonal. Hay una gran cantidad de investigaciones que apoyan el uso de los enfoques antes descritos. A continuación se presentan algunos estudios sobre la terapia de juego centrada en el niño (TJCN), terapia de juego integrada focalizada en el trauma (TF-IPT) y el entrenamiento de la relación padre-hijo (ERPH) en relación directa con el tratamiento del trauma interpersonal.

Terapia de juego centrada en el niño

Varios estudios documentan el valor de la TJCN con esta población. Kot, Landreth y Giordano (1998) examinaron el uso de la TJCC intensiva con 22 niños testigos de violencia doméstica que se encontraban en un albergue. Los grupos de tratamiento y control estuvieron formados por 11 niños. Los padres del grupo de tratamiento informaron una disminución estadísticamente significativa tanto en los problemas de conducta en general, como en los problemas de conducta externalizada en particular. Los niños presentaron un aumento estadísticamente significativo en su autoconcepto y en la proximidad física con el terapeuta en las sesiones. Tyndall-Lind y colaboradores (2001) también exploraron el uso de la TJCN intensiva con niños testigos de violencia doméstica que se encontraban en un albergue. El estudio incluyó a 32 niños en dos grupos experimentales ($n = 10$ en TJCN de grupos de hermanos y $n = 11$ en TJCN individual) y un grupo de espera al que no se aplicó ningún tratamiento ($n = 11$). Los dos grupos de tratamiento mostraron un aumento estadísticamente significativo en su autoconcepto y una disminución en los problemas de conducta, los problemas de conducta externalizada, conductas agresivas y conductas ansiosas y depresivas en comparación con el grupo de control. En otro estudio, Scott, Burlingame, Starling, Porter y Lilly (2003) exploraron el uso de la TJCN con niños sobrevivientes de abuso sexual. Los participantes fueron 19 niñas y 7 niños de entre 3 y 9 años de edad. Después de 12 sesiones, los resultados indicaron que los niños presentaron un aumento estadísticamente significativo en sus sentimientos de competencia social y autoconcepto.

Terapia de juego integrada focalizada en el trauma

Gil (2011a) desarrolló el programa de la TF-IPT como parte de un estudio de los resultados en distintos contextos diseñado para comparar los efectos de la TF-CBT y la TF-IPT en los informes de los niños y los padres sobre la conducta infantil. Krueger

(2013) también comparó la TF-CBT y la TF-IPT examinando las creencias relacionadas con el trauma, la regulación emocional y la participación verbal y sus relaciones con los síntomas en 42 niños con historias complejas de trauma. Krueger informó cambios significativos en los dos grupos de tratamiento: disminución de las creencias negativas relacionadas con el trauma y de la sintomatología, así como aumento en la participación verbal. Además, sólo los niños del grupo TF-IPT mostraron mejoras significativas en las cogniciones relacionadas con el trauma. La TP-IPT recibió una calificación alta por parte del *Child Welfare System Relevance Level* [Nivel de relevancia del sistema de bienestar infantil] (California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, 2013), lo cual indica que cubre las necesidades de niños, jóvenes y familias en el ámbito de los servicios de bienestar infantil.

Entrenamiento de la relación padre-hijo

Landreth y Bratton (2006) informaron que, a partir de 2006, se han llevado a cabo 27 estudios sobre los resultados y la eficacia del ERPH, o el modelo de 10 sesiones de terapia filial desarrollado por Landreth que dio lugar posteriormente al ERPH. Cuatro estudios se relacionan de manera directa con el trauma interpersonal: Harris y Landreth (1997), Landreth y Lobaugh (1998), Costas y Landreth (1999) y Smith y Landreth (2003). En los siguientes párrafos se resumen estos estudios.

El encarcelamiento de un padre es una forma de trauma interpersonal, porque fuerza una interrupción de la relación en contra de la voluntad del niño. En un estudio aleatorizado de 22 madres encarceladas, Harris y Landreth (1997) entrenaron a 12 de ellas con sus hijos de entre 3 y 10 años de edad con el modelo ERPH. Harris y Landreth adaptaron el modelo de una sesión semanal a dos, para que el tratamiento se redujera de 10 a 5 semanas para ajustarlo a la relativamente corta estancia de las mujeres en prisión. El grupo de tratamiento recibió 2 sesiones a la semana de 2 horas de entrenamiento en terapia filial durante cinco semanas, y cada quince días ellas realizaban una sesión de juego de 30 minutos con sus hijos durante las visitas permitidas en la cárcel. En comparación con el grupo control, las madres del grupo de tratamiento mostraron un aumento significativo en la interacción empática con sus hijos. Además, las mujeres informaron mejoras estadísticamente significativas en la aceptación parental y disminución de los problemas conductuales de sus hijos. En un estudio aleatorizado de 32 padres encarcelados, Landreth y Lobaugh (1998) entrenaron a 16 padres con sus hijos de 4 a 9 años de edad en terapia filial. Las sesiones se llevaron a cabo en una prisión de mediana seguridad durante las visitas de los niños. Los resultados mostraron que los padres del grupo de tratamiento, en comparación con los del grupo control, informaron un aumento estadísticamente significativo en su aceptación de sus hijos y una disminución en el estrés relacionado con su papel de padres y en los problemas de conducta de sus hijos. Además, mejoró la autoestima de los niños.

Los niños que experimentan abuso sexual a manos de un cuidador pueden culpar al otro por no protegerlos. Costas y Landreth (1999) examinaron el efecto de la terapia filial con 26 padres no ofensores de niños (de 5 a 9 años de edad) que sufrieron abuso sexual. Los investigadores asignaron a los padres a grupos con base en la conveniencia geográfica. El grupo de tratamiento de 14 padres, en comparación con el de control, mostró un aumento estadísticamente significativo en la interacción empática con sus hijos y en su aceptación hacia ellos, y una disminución en los problemas de conducta infantil y ansiedad; aumentó el ajuste emocional, el autoconcepto de los niños, y disminuyó el estrés parental.

Experimentar o presenciar violencia doméstica puede destruir la confianza y seguridad del niño. Smith y Landreth (2003) examinaron la eficacia del ERPH con madres y niños (de 4 a 10 años de edad) en un albergue para víctimas de violencia doméstica. Los investigadores combinaron el entrenamiento y las sesiones de juego en 12 sesiones de una hora y media a lo largo de dos semanas para ajustarse a la estancia de 2 o 3 semanas de la mayor parte de las familias en el albergue. Al comparar los resultados de los grupos de tratamiento y de control, las 11 mujeres experimentaron un aumento estadísticamente significativo en su autoconcepto y en la aceptación e interacción empática con sus hijos. Por su parte, los 11 niños del grupo de tratamiento mostraron una disminución estadísticamente significativa de los problemas generales de conducta, en los problemas de conducta internalizada y externalizada, agresión, ansiedad y depresión, así como aumento en el autoconcepto.

CONCLUSIÓN

Los niños poseen una resiliencia sorprendente, pero por desgracia muchos enfrentan desafíos que incluso los adultos tendrían dificultades para manejarlos y superarlos. Los niños son por naturaleza relacionales, y cuando sus relaciones son destruidas debido al trauma interpersonal ocasionado por abuso, negligencia y otros crímenes, el resultado puede ser devastador. Un terapeuta afectuoso y hábil es el que más puede ayudar a estos niños mediante enfoques responsivos en términos de desarrollo que incorporen el juego, como medio natural de comunicación y curación de los niños, y una relación interpersonal saludable y de apoyo. El terapeuta de juego sí que hace una gran diferencia en la vida de estos niños.

■ REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D.,...Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186.
- Ater, M. K. (2001). Play therapy behaviors of sexually abused children. en G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 119–129). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Axline, V. M. (1969). *Play therapy* (Rev. ed.). New York, NY: Ballantine Books. (Original work published 1947)
- Baggerly, J. N., & Landreth, G. L. (2001). Training children to help children: A new dimension in play therapy. *Peer Facilitator Quarterly*, 18(1), 6–14.
- Benedict, H. E. (2006). Object relations play therapy: Applications to attachment problems and relational trauma. En C. E. Schafer & H. G. Kaduson (Eds.), *Contemporary therapy: Theory, research, & practice* (pp. 3–27). New York, NY: Guilford Press.
- Berk, L. E. (2009). *Child development*. (8th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Besharov, D. J. (1994). Responding to child sexual abuse: The need for a balanced approach. *The Future of Children Sexual Abuse of Children*, 4(2), 135–155.
- Bethel, B. L. (2007). Play therapy techniques for sexually abused children. En S. L. Brooke (Ed.), *The use of creative arts with sexually abuse survivors* (pp. 138–148). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Boucher, J. (1999). Editorial: Interventions with children with autism methods based on play. *Child Language Teaching and Therapy*, 15(1), 1–5.
- Bratton, S. C. (2004, October). *The healing process of young traumatized children in play therapy*. Paper presented at the annual conference of the Association for Play Therapy, Denver, CO.
- Bratton, S. C., Ray, D., & Landreth, G. (2008). Play therapy. En M. Hersen & A. M. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology: Vol. 2. Children and adolescents* (pp. 577–625). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 367–390.
- Bredenkamp, S. (Ed.). (1987). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age eight*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (2013). *Trauma-focused integrated play therapy (TF-IPT)*. Recuperado de: <http://www.cebc4cw.org/program/trauma-focused-integrated-play-therapy/detailed>
- Caplan, F., & Caplan, T. (1974). *The power of play*. New York, NY: Anchor Books.
- Carlson, B. (1984). Children's observations of interpersonal violence. En A. R. Roberts (Ed.), *Battered women and their families* (pp. 147–167). New York, NY: Springer.
- Cattanach, A. (1992). *Play therapy with abused children*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.
- Cavett, A. M., & Drewes, A. A. (2012). Play applications and trauma-specific components. En J. A. Cohen, A. P. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications* (pp. 124–148). New York, NY: Guilford Press. The Child Abuse Prevention and Treatment Act: Including Adoption Opportunities & The Abandoned Infants Assistance Act of 2010, 42 U.S.C. §5101, as amended by P. L. 111-320: the CAPTA Reauthorization Act of 2010.
- Children's Bureau. (2013). *Child maltreatment 2012*. Recuperado de: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
- Children's Bureau. (2014). *Child abuse statistics*. Recuperado de: <http://www.statisticbrain.com/child-abuse-statistics>
- Costas, M., & Landreth, G. L. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8(1), 43–66.

- Damon, L., Todd, J., & MacFarlane, K. (1987). Treatment issues with sexually abused young children. *Child Welfare, 66*(2), 125–137.
- D’Andrea, W. Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(2), 187–200.
- Dass-Brailsford, P. (2007). *A practical approach to trauma: Empowering interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dayton, T. (2000). *Trauma and addiction: Ending the cycle of pain through emotional literacy*. Deerfield Beach, FL: Health Communication.
- D’Heurle, A. (1979). Play and the development of the person. *Elementary School Journal, 79*(4), 224–234.
- Douglas, E. M., & Finkelhor, D. (2005). *Childhood sexual abuse fact sheet*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.
- Edelson, J. L. (1999). Children’s witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 839–870.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York, NY: Norton.
- Everstine, D. S., & Everstine, L. (1993). *The trauma response: Treatment for emotional injury*. New York, NY: Norton.
- Findling, J. H., Bratton, C. B., & Henson, R. K. (2006). Development of the trauma play scale: An observation-based assessment of the impact of trauma on play therapy behaviors of young children. *International Journal of Play Therapy, 15*(1), 7–36.
- Finkelhor, D. (1986). *A sourcebook on child’s sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7–26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. K. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment, 10*(1), 5–25.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, M. (2009). Pathways to poly-victimization. *Child Maltreatment, 14*(4), 316–329.
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *Pediatrics, 167*(7), 614–621.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play: Working with abused children*. 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. (2010). Children’s self-initiated gradual exposure: The wonders of posttraumatic play and behavioral reenactments. En E. Gil (Ed.), *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play* (pp. 44–63). New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E. (2011a). *Trauma-focused integrated therapy (TF-IPT): A 12-session play-based treatment and research protocol*. Fairfax, VA: Gil Center for Healing and Play.
- Gil, E. (2011b). Trauma-focused integrated play therapy model (TF-IPT). En P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp. 251–278). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ginott, H. (1959). Theory and practice of therapeutic intervention in child treatment. *Journal of Consulting Psychology, 23*, 160–166.
- Ginsburg, K. R., Committee on Communications, & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2007). The importance of play on promoting healthy child development and maintaining strong-parent-child bonds. *Pediatrics, 119*(1), 182–191.
- Glazer, H. R. (1999). Children and play in the Holocaust: Friedl Dicker-Brandeis—Heroic child therapist. *Journal of Humanistic Counseling, Education, & Development, 37*(4), 194–199.
- Greensberg, S. A., & Shuman, D.W. (1997). Irreconcilable conflict between therapeutic and forensic roles. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*(1), 50–57.
- Guerney, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology, 28*, 304–310.
- Guerney, L. F. (1983). Client-centered (nondirective) play therapy. In C. Schaefer & K. O’Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 21–64). New York, NY: Wiley.

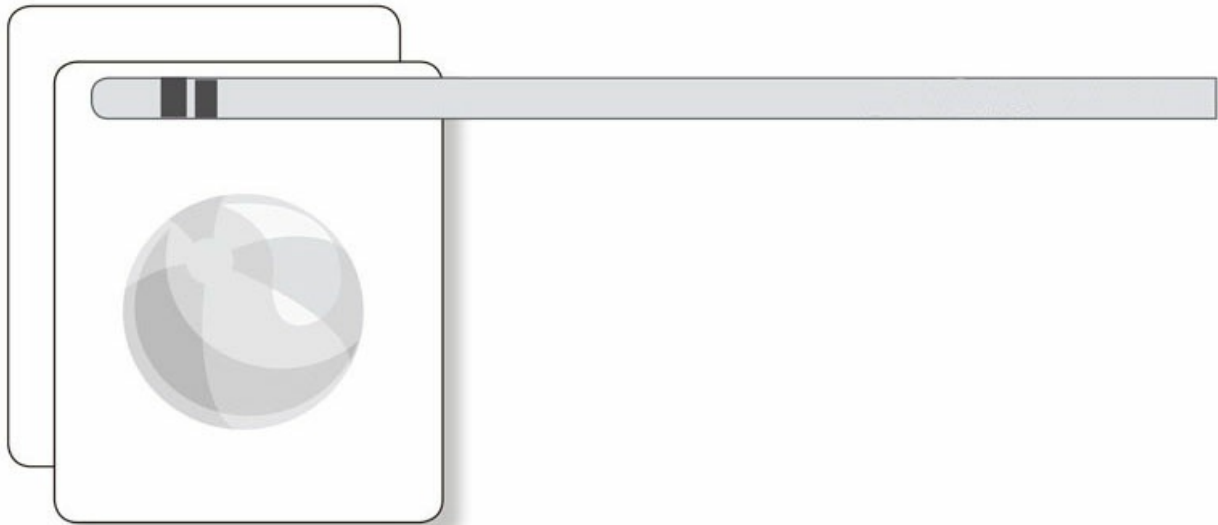
- Hall, P. E. (1997). Play therapy with sexually abused children. En H. G. Kaduson, D. Cangelosi, & C. E. Schaefer (Eds.), *The playing cure* (pp. 171–194). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Hall-Marley, S. E., & Damon, L. (1993). Impact of structured group therapy on young victims of sexual abuse. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 3(1), 41–48.
- Harris, Z. L., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five-week model. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 53–73.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- James, B. (1989). *Treating traumatized children: New insights and creative interventions*. Lexington, MA: Lexington Books.
- James, B. (1994). *Handbook for treatment of attachment-trauma problems in children*. New York, NY: Free Press.
- Jernberg, A., & Booth, P. B. (1999). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kaffman, A. (2009). The silent epidemic of neurodevelopmental injuries. *Biological Psychiatry*, 66(7), 624–626.
- Kaufman, B., & Wohl, A. (1992). *Casualties of childhood: A developmental perspective on sexual abuse using projective drawings*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Kisiel, C. L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G., & Burkman, K. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: Implications for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence*, 29(1), 1–14.
- Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M.,...Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology Research and Practice*, 39(4), 396–404.
- Kot, S., Landreth, G. L., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7(2), 17–36.
- Krueger, S. J. (2013). Cognitive behavioral and integrative treatment of abused children: Examining cognitive and emotional processes and developmental considerations (Unpublished dissertation). Catholic University of America, Washington, DC.
- Landreth, G. L. (2001). Facilitative dimensions of play in the play therapy process. En G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 3–22). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York, NY: Routledge.
- Landreth, G. L., & Lobaugh, A. F. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 76, 157–165.
- Landreth, G. L., & Sweeney, D. S. (1997). Child-centered play therapy. En K. J. O'Connor & L. M. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (pp. 17–45). New York, NY: Wiley.
- Ledesma, M. (2011, November 11). Child sex abuse often unreported. *Times Record News*. Recuperado de: <http://www.timesrecordnews.com/news/2011/nov/11/child-sex-abuse-often-unreported>
- Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 525–548.
- Lloyd, S. A. (1990). Asking the right questions about the future of marital violence research. En D. J. Besharov (Ed.), *Family violence: Research and public issues* (pp. 93–107). Washington, DC: AEI Press.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D.W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, & Law*, 11(1), 194–226.
- Mader, C. (2000). Child-centered play therapy with disruptive school students. En H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 53–68). New York, NY: Guilford Press.
- Mann, E., & McDermott, J. F. (1983). Play therapy for victims of child abuse and neglect. En C. E. Schafer & K. J. O'Conner (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 283–307). New York, NY: Wiley.
- Martin, H., & Beezley, P. (1977). Behavioral observations of abused children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 373–387.

- McMahon, L. (1992). *The handbook of play therapy*. London, England: Tavistock/Routledge.
- Middle, C., & Kennerley, H. (2001). A grounded theory analysis of the therapeutic relationship with clients sexually abused as children and non-abused children. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8(3), 198–205.
- Montessori, M. (1964). *The Montessori Method*. New York, NY: Schoken Books.
- Myers, C. E. (2007). Healing through play: An overview of play therapy with sexually abused children. En S. L. Brooke (Ed.), *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors* (pp. 121–137). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Myers, C. E. (2008). The royal road: Using play to heal children who have experienced domestic violence. En S. L. Brooke (Ed.), *The use of creative arts with the survivors of domestic violence* (pp. 81–93). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Myers, C. E. (2011). Lessons learned: Crisis counseling in Haiti. *Journal of Counseling in Illinois*, 1(1), 4–10.
- Myers, C. E., Bratton, S. C., Findling, J. H., & Hagen, C. (2011). Development of the trauma play Scale: Comparison of children manifesting a history of interpersonal trauma with a normative sample. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 66–78.
- Namka, L. (1995). Shame busting: Incorporating group social skills training, shame release and play therapy with a child who was sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 4(1), 81–98.
- National Institute of Justice (NIJ). (2003). *Youth victimization: Prevalence and implications* (NCJ 194972). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- O'Connor, K. J. (2007). "It hurts too much." Using play to lessen the trauma of sexual abuse early in therapy. En S. L. Brooke (Ed.), *The use of creative arts with sexually abuse survivors* (pp. 149–169). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- O'Connor, K. J. (1991). *The play therapy primer: An integration of theories and techniques*. New York, NY: Wiley.
- Paine, M. L., & Hansen, D. J. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 22, 271–295.
- Pelzer, D. (1995). *A child called "it": One child's courage to survive*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook: What traumatized children can teach us about loss, love, and healing*. New York, NY: Basic Books.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York, NY: International Universities Press.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York, NY: Basic Books.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 827–832.
- Ruma, C. D. (1993). Cognitive-behavioral play therapy with sexually abused children. En S. M. Knell (Ed.), *Cognitive-behavioral play therapy* (pp 197–230). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & John Paul Lilly, J. P. (2003). Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 7–30.
- Shaw, J. A. (2010). A review of current research on the incidence and prevalence of interpersonal childhood trauma. En E. Gil (Ed.), *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play* (p. 12–25). New York, NY: Guilford.
- Smith, N., & Landreth, G. L. (2003). Intensive filial therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 67–88.
- Strasburger, L. H., Gutheil, T. G., & Brodsky, A. (1997). On wearing two hats: Role conflict in serving as both psychotherapist and expert witness. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 448–456. Recuperado de: <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3675/448.pdf>
- Straus, M. A., & Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptation to violence in 8145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Terr, L. C. (1981). "Forbidden games:" post-traumatic child's play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(4), 741–760.

- Terr, L. C. (1983). Play therapy and psychic trauma: A preliminary report. In C. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 308–319). New York, NY:Wiley.
- Terr, L. C. (2003). "Wild child": How three principles of healing organized 12 years of psychotherapy. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1401–1409.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormond, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323–330.
- Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L., & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with children witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53–83.
- United Nations. (1990). *Adoption of a convention on the rights of the child* (U.N. Doc. A/Res/44/25). New York: Author. Recuperado de: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(3), 401–408.
- VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- White, J., & Allers, C. T. (1994). Play behaviors of abused children. *Journal of Counseling & Development*, 72, 390–394.
- Ziegler, D. (2002). *Traumatic experience and the brain: A handbook for understanding and treating those traumatized as children*. Jasper, OR: SCAR/Jaspir Mountain.

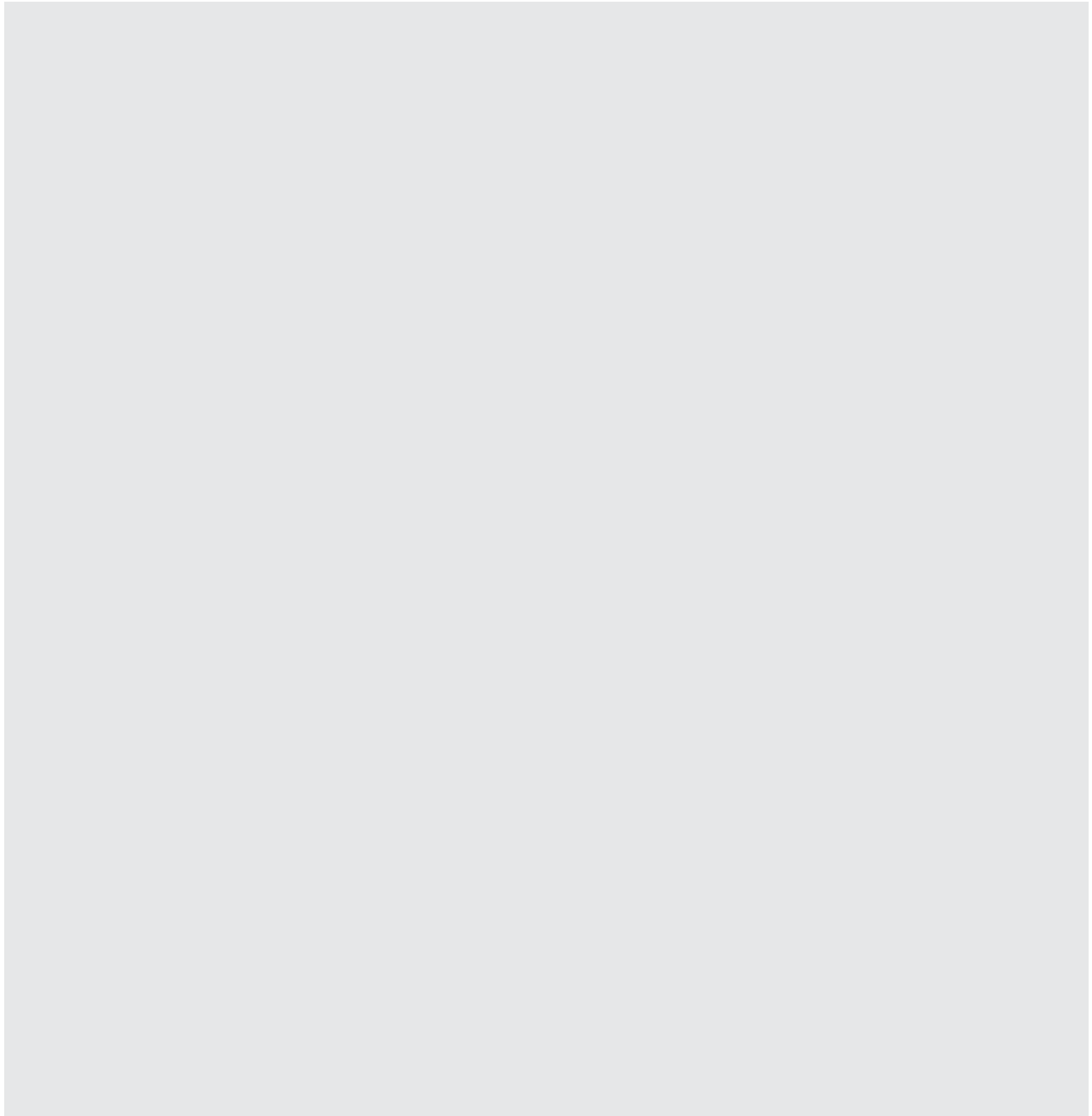
NOTA

¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.



Capítulo 22
**Terapia de juego con niños que
experimentan enfermedad médica y
trauma**

Laura Nabors y Jessica Kichler



POBLACIÓN

La categoría de niños que padecen una enfermedad crónica es muy amplia, incluye desde el asma con episodios agudos o intermitentes hasta la diabetes, una enfermedad crónica de largo plazo (Last, Stam, Onland-van Nieuwenhuizen y Grootenhius, 2007). Las enfermedades crónicas requieren al menos 6 meses de cuidados médicos y una adaptación continua a los síntomas que aumentan y disminuyen asociados con la enfermedad de largo plazo. Los niños padecen muchos problemas médicos que conducen a hospitalizaciones de corto plazo, como cuando un niño asmático llega a la sala de urgencias para recibir un tratamiento respiratorio o cuando el niño en fase terminal por un padecimiento renal requiere diálisis permanente mientras espera un trasplante de riñón. Muchos niños con enfermedades crónicas padecen “enfermedades sin cura conocida (p. ej., fibrosis quística, enfermedad inflamatoria del intestino), aunque se pueden manejar con medicamentos. Algunas enfermedades como el cáncer infantil son de manifestación aguda, pero con efectos posteriores crónicos” (Last et al., 2007, p. 101).

El rango de las enfermedades y los problemas médicos relacionados es amplio y complejo (p. ej., cáncer, asma, lesión traumática) e incluye consecuencias psicológicas agudas y de largo plazo. El curso de las enfermedades crónicas, por lo general, no se puede predecir, los síntomas aumentan y disminuyen con el paso del tiempo. Los niños que tienen enfermedades crónicas ahora viven más, pues la tecnología no sólo ha aumentado la esperanza de vida y los resultados médicos, sino también la capacidad de los niños para involucrarse en su vida escolar y comunitaria (Nabors y Lehmkuhl, 2004; van der Lee, Mookink, Grootenhius, Heymans y Offringa, 2007).

CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES ESPECIALES

Los niños con enfermedades crónicas enfrentan diversos problemas emocionales como ansiedad, preocupación, angustia, reacciones traumáticas y sentimientos de aislamiento y tristeza. Con frecuencia, experimentan tristeza en relación con las oportunidades sociales perdidas.

Corren el riesgo de participar menos en actividades extracurriculares y lúdicas con sus pares debido a que deben acudir a múltiples citas médicas o seguir un régimen médico complejo. Estos regímenes incluyen muchos componentes como restricciones en la dieta o la actividad, horarios para tomar los medicamentos, numerosas consultas médicas, múltiples hospitalizaciones o ingresos a la sala de urgencias. Rae y Sullivan (2005) realizaron una revisión de la literatura sobre la terapia de juego y encontraron que éste era un método eficaz para ayudar a los niños con ansiedad, estrés y depresión relacionados con el padecer una enfermedad crónica. Los terapeutas interactúan con niños que presentan padecimientos médicos agudos y crónicos en diversos escenarios, además de los hospitales y las salas de urgencias, como la práctica privada, centros comunitarios de salud mental y escuelas.

POR QUÉ LA TERAPIA DE JUEGO ES APROPIADA

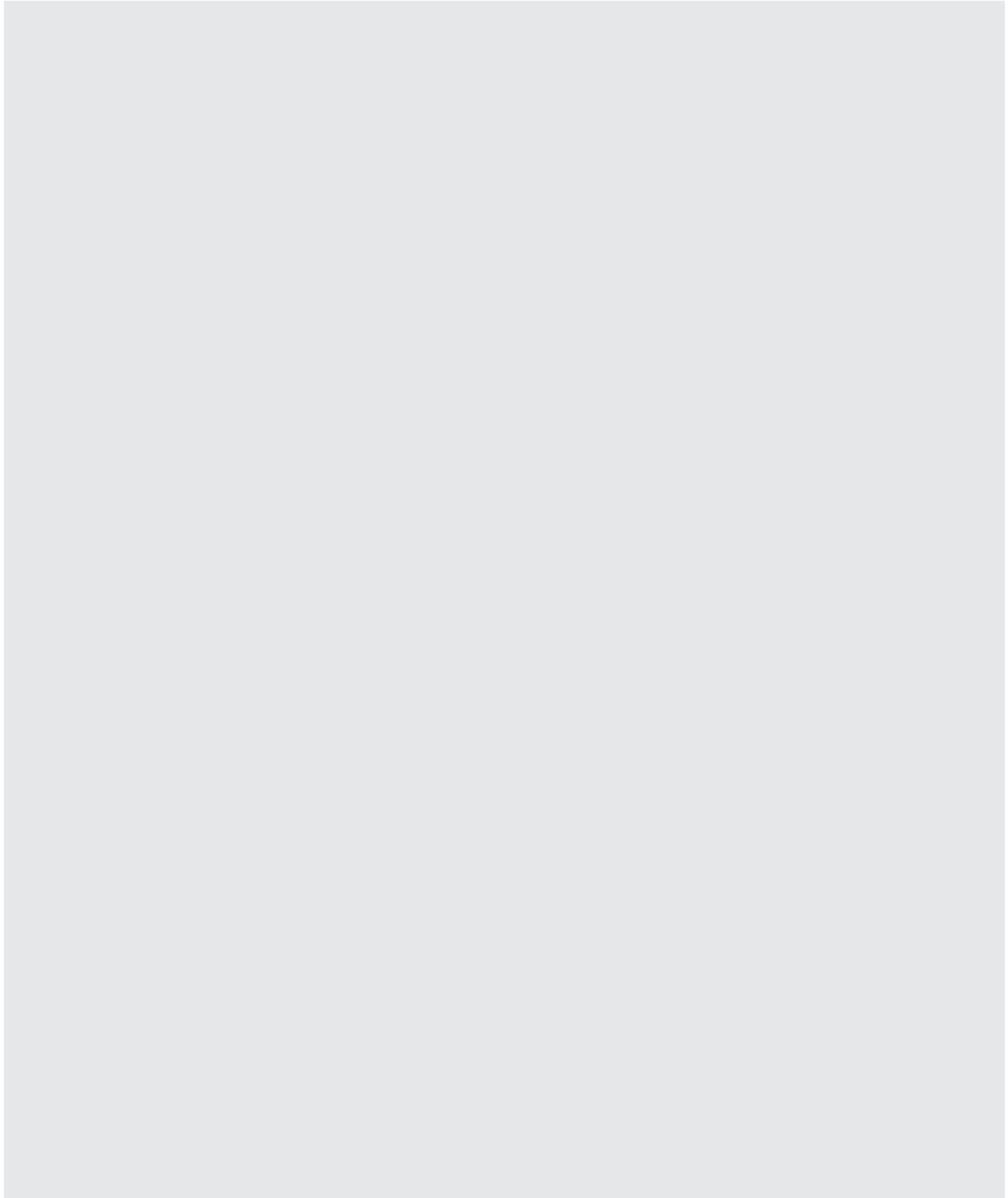
El juego se define como simulación, que implica una actitud que permite usar “la fantasía, la imaginación y el simbolismo” (Moore y Russ, 2006, p. 237). El juego de simulación es un mecanismo de curación en tanto que brinda a los niños la oportunidad de expresarse y manejar la ansiedad, y de ese modo facilita su ajuste (Moore y Russ, 2006). El juego es una manera de construir las relaciones cuidador-niño y asesorar al cuidador para que aprenda a dar apoyo a su hijo cuando éste padece una enfermedad. También es un método de ayudar a los niños a prepararse para una hospitalización o intervención médica. Es un refugio seguro para los niños retrabajar las experiencias que los atemorizaron. A través del juego, el terapeuta puede entrar al mundo del niño, donde éste puede recontar sus experiencias, elaborar jugando sentimientos terribles y ansiedad, y encontrar la manera de enfrentar los problemas difíciles relacionados con la enfermedad crónica.

La terapia de juego también es un punto de convergencia para construir la autoestima y la autoconfianza en su capacidad para enfrentar la enfermedad, en términos de pelear por estar bien y de seguir las indicaciones médicas, cuando el terapeuta o el niño interpone resultados positivos y estrategias de afrontamiento para los personajes en el mundo de imaginación que se representa en el juego. Rae y Sullivan (2005) describieron el juego basado en el hospital como un medio para focalizarse en “la preparación para la intervención o evento médicos, y en ayudar al niño a afrontar los sentimientos adversos relacionados con la hospitalización o la enfermedad” (p. 128). El juego es una actividad rutinaria para los niños y les brinda un ambiente familiar en el que pueden expresar ansiedad y miedos, así como adquirir dominio del manejo de sentimientos relacionados con el estrés de los múltiples contextos y eventos médicos.

La terapia de juego facilita el crecimiento emocional y el desarrollo de los niños que padecen enfermedades crónicas. Puede ser de corto o largo plazo y es una técnica dinámica que ayuda a los niños a expresar sus emociones mientras enfrentan la enfermedad. Aborda una amplia variedad de problemas médicos como miedos relacionados con intervenciones, piquetes de aguja y la importancia de la adherencia a las indicaciones médicas; también ofrece la oportunidad de manejar la angustia y la aflicción causada por los padecimientos médicos.

Durante las sesiones de terapia, el niño suele recontar sus experiencias de modos significativos para él a través del juego de médicos (Clark, 2007). Nabors et al. (2013) también descubrieron que los niños contaban historias mediante su juego y que esto les permitía elaborar los sentimientos relacionados con sus experiencias en hospitales. Las historias repetitivas que se desplegaron en su juego pueden ser como guiones en tanto que hacen un recuento del conocimiento del niño de los eventos previos (Nelson y Nelson, 1990). Cuando recrean los guiones, los niños cambian los papeles y los finales para que estos sean felices, lo cual da cuenta de sus esperanzas en un resultado positivo para sus experiencias con la enfermedad (Nabors et al., 2013). Esto permite el control y el dominio de experiencias traumáticas y angustiantes. Las historias repetitivas con

frecuencia se juegan una y otra vez hasta que se elaboran los sentimientos dolorosos. Los niños pueden repetir temas e historias en sus juego, en cada ocasión elaborando sus sentimientos y teniendo la oportunidad de que su sentido del sí mismo crezca. En el curso de las sesiones de juego, los niños desarrollan su propia teoría de sus experiencias y los significados que traen consigo.



TEORÍAS MÁS APROPIADAS PARA TRABAJAR CON ESTA POBLACIÓN

La terapia de juego no directiva de Virginia Axline es una modalidad de tratamiento muy eficaz para los niños que padecen una enfermedad médica. Axline, alumna de Carl Rogers, aplicó los conceptos clave en su teoría para trabajar con niños en sesiones de juego. En su libro, *Play Therapy*, Axline (1974) afirmó, “la terapia de de juego no directiva reconoce el derecho del individuo de ser él mismo” (p. 15). Ella creía que esta terapia ofrecía al niño la oportunidad de crecer en una dirección positiva en condiciones óptimas. En particular, afirmó que

representando y elaborando los sentimientos a través del juego, el niño lleva sus sentimientos a la superficie, los pone al descubierto, los enfrenta, aprende a controlarlos y los deja atrás. Cuando alcanza la relajación emocional, empieza a darse cuenta del poder que hay dentro de sí para ser un individuo por derecho propio, a pensar por sí mismo, a tomar sus propias decisiones y a ser más maduro en términos psicológicos; al lograr todo esto, alcanza la sí mismidad. (Axline, 1974, p. 16).

Creemos que un terapeuta con un enfoque no directivo (Axline, 1974) es adecuado para trabajar con niños que padecen enfermedades crónicas. Esta perspectiva permite al terapeuta encontrarse con el niño donde está y procesar la aflicción y el estrés en sus propios términos. Si el terapeuta está dispuesto a seguir al niño en el juego y tiene curiosidad sobre las opiniones y sentimientos de éste, crea una atmósfera que permite al niño expresar con libertad sus temores y pedir aclaraciones acerca de las experiencias médicas. Un terapeuta que establece un fuerte *rappport* con el niño y permite que exprese sus emociones en un ambiente seguro actúa como sostén y guía (Axline, 1974; Landreth, 1991). El cuarto de juego y la actitud de aceptación del terapeuta hacen de la terapia un buen lugar para crecer (Axline, 1974). El niño es la persona más importante en el cuarto, es aceptado, puede expresarse por completo. Axline planteó que algunos niños experimentan dudas en el primer contacto de juego, porque nadie les dice qué hacer o cómo ser. Así, el niño enfrenta el reto de ser y desarrollar su sí mismo en un lugar seguro. La terapia no directiva es una herramienta valiosa y, a veces, con trastornos como los de ansiedad, su valor aumenta con la implementación de técnicas cognitivo-conductuales.

MODIFICACIONES AL PROCEDIMIENTO

Se requieren juguetes relacionados con el ámbito médico para revisar las intervenciones a las que se someterá el niño y ayudarlo a manejar la ansiedad. Ofrecerle información de esta manera es muy importante para los niños cuyas características de personalidad influyen para que valoren la información (es decir, niños a los que les gusta investigar) acerca de lo que ocurre u ocurrirá durante las intervenciones médicas. Los muñecos y materiales también funcionan como un “escenario”, un medio familiar y querido, que constituye un mecanismo indirecto para elaborar las experiencias difíciles y traumáticas.

Cuando se trabaja con un niño que vive complicaciones médicas, es importante trabajar en torno a ellas. Esto puede requerir reunirse con el niño en su habitación de hospital o acompañarlos a una intervención médica para ayudarlo a manejar la ansiedad. Al llevar a cabo sesiones con un niño en cama o en otro lugar fuera del consultorio privado es útil tener juguetes del ámbito médico y materiales de dibujo. Es crucial trabajar en torno a las necesidades del equipo médico y respetarlas, asegurándose de ajustarse a las necesidades del niño y las indicaciones que debe seguir para el cuidado de su salud. Así, una sesión requiere continuar en torno a las visitas médicas, contemplar y dejar de lado las necesidades de los profesionales médicos y del niño. En esta posición única, el terapeuta tiene que comprender que la duración de las sesiones puede ser troncada y no alcanzar su duración estándar de una hora.

En su papel de consultor, el terapeuta ofrece al mismo tiempo educación sobre los cuidados que requiere la enfermedad, refleja los sentimientos del niño, lo ayuda a comprender las intervenciones médicas y le da su apoyo incondicional. La educación sobre los aspectos médicos y el apoyo también son cruciales para los cuidadores. El terapeuta debe estar listo para explicar el proceso de la terapia de juego, en el sentido de que “pone la pelota en la cancha del niño” de modo que pueda expresar sus sentimientos, crecer y desarrollarse. Además, explicar a los cuidadores que el juego ayuda a los niños a representar sus deseos para sentirse mejor y es un mecanismo para dominar los sentimientos del trauma los ayuda a comprender la importancia del trabajo que se realiza en las sesiones de juego. Enseñarles a jugar con su hijo de un modo relajado es importante, en tanto que los cuidadores preocupados que experimentan una aflicción por la pérdida de la infancia de su hijo (es decir, de una infancia libre de enfermedades) a veces olvidan la importancia del juego para la curación y crecimiento del niño.

Requisitos y entrenamiento del terapeuta

El terapeuta debe tener un entrenamiento adecuado, práctica supervisada y experiencias en internado en terapia de juego. El entrenamiento se obtiene por medio de prácticas clínicas profesionales, clases sobre desarrollo infantil y cursos de terapia de juego. Estas clases se ofrecen como parte de entrenamiento de posgrado o en seminarios y programas

de educación continua. El terapeuta de juego debe conocer bien las técnicas de terapia de juego con niños que experimentan traumas y enfermedades médicas, así como ser experto en las posibles complicaciones médicas y los regímenes de cuidados que implican los tratamientos. Esto permite al terapeuta adentrarse en las experiencias del niño y ayudarlo a él y a sus cuidadores a darle sentido a todo lo que sucede. Además, el terapeuta de juego debe tener una comprensión completa de las cuestiones psicológicas que suelen enfrentar los niños que padecen una enfermedad (p. ej., pérdida de control, miedo, depresión, trauma médico). El entrenamiento continuo en talleres, lecturas y revisión de la literatura sobre terapia de juego con niños permiten que el clínico se actualice y amplíe su conocimiento sobre este campo complicado y dinámico.

Características del terapeuta

Describiremos varias características beneficiosas del terapeuta de juego, muchas de las cuales Axline mencionó (1974). El terapeuta debe aspirar a crear un *rappont* y un ambiente de apoyo. Aprender a reconocer y reflejar lo que el niño siente es un aspecto esencial de un terapeuta competente. Debe mantener una actitud de respeto hacia el niño y establecer límites sólo cuando sea necesario. Estos límites se refieren principalmente al tiempo y la seguridad (es decir, jugar de manera segura y estar a salvo en el contexto de juego). El terapeuta debe repasarlos con el niño cuando surja la necesidad. Su método debe ser flexible, en el que siempre esté abierto a integrar otras técnicas, como las del manejo de ansiedad (es decir, habilidades de relajación), en la terapia de juego. Debe tener un conocimiento experto en técnicas para el manejo del estrés y del dolor, así como de la implementación de técnicas cognitivo-conductuales.

Debido a que los niños y sus cuidadores hacen preguntas relacionadas con asuntos médicos, es recomendable que el terapeuta posea habilidades de comunicación para consultar con el pediatra, cirujano y proveedores de servicios médicos para enterarse de la situación médica y del tratamiento del niño. Disponer de información sobre temas de salud y tener experiencia consultando a los hospitales es clave para aprender el papel del terapeuta en los contextos médicos. Además, tener un interés entusiasta en la salud y bienestar del niño, así como la capacidad para tolerar las heridas y la recuperación de la cirugía son factores importantes en la disposición del terapeuta para implementar la terapia de juego en contextos médicos.

El terapeuta de juego pediátrico funciona como consultor, y puede trabajar con niños por un periodo relativamente limitado de tiempo. En su papel de consultor, el terapeuta estima las capacidades de lenguaje y cognitivas del niño, aunque “a ojo de buen cubero”, durante las sesiones de juego. También hay oportunidades de evaluar las habilidades motrices finas del niño. La evaluación del dolor, las estrategias de afrontamiento y los aspectos emocionales se desarrolla a lo largo de las sesiones terapéuticas. Cuando el terapeuta tiene información sobre el niño, puede ponerse en contacto con otros

profesionales que también trabajan con el niño para intercambiar la información pertinente y determinar si requiere de algún otro servicio de apoyo. El terapeuta debe ser capaz de comunicar sus procedimientos y hallazgos al equipo médico, para que la información ayude al éste en su interacción con el niño.

Características del cliente

Los niños que han tenido experiencias negativas en ambientes hospitalarios se benefician de la terapia de juego, porque les ayuda a disipar la ansiedad relacionada con dichas experiencias y a prepararse para el futuro en el caso de que padezca una enfermedad crónica grave que implique múltiples hospitalizaciones y cirugías (Nabors et al., 2013). Entre los factores relacionados con la percepción negativa de la hospitalización, se encuentran las experiencias negativas con el personal médico o sus procedimientos, el estilo de afrontamiento del niño, la naturaleza de las intervenciones a las que ha estado sujeto, las reacciones del cuidador a la hospitalización del niño y su nivel de desarrollo. Los niños pequeños se benefician de la terapia de juego mostrando lo que no pueden expresar de manera verbal, así como las emociones relacionadas con experiencias negativas previas en el ambiente hospitalario. La terapia de juego es un medio para conocer el mundo de un niño que se resiste a la terapia tradicional en la que se le pide hablar. Le permite expresar sentimientos de depresión y ansiedad relacionados con una enfermedad crónica en un ambiente seguro. También es un mecanismo para reducir y manejar el estrés, que surge cuando los niños están hospitalizados y están sujetos a intervenciones difíciles y no cuentan con el desahogo habitual que les proporciona el juego.

Indicaciones y contraindicaciones

Tal vez, la terapia de juego no es la primera opción de tratamiento para adolescentes, en tanto que suelen sentirse más cómodos en una terapia tradicional en la que se les pide sólo hablar. Sin embargo, una actitud de aceptación y apertura para participar en la terapia de juego puede ayudar a niños de todas las edades. Aunque puede no haber juguetes, estar dispuesto a jugar otro tipo de juegos y aceptar al adolescente es esencial para establecer el *rapport* y crear una atmósfera donde los adolescentes puedan crecer y conformar un fuerte sentido del sí mismo a medida que afrontan una enfermedad crónica.

Además, estar en terapia de juego con el fin de verbalizar las preocupaciones está contraindicado para niños con retrasos significativos del lenguaje o las funciones cognitivas. Aunque el terapeuta tal vez no pueda seguir a nivel verbal los mensajes en el

juego con niños pequeños con retrasos del desarrollo, la terapia de juego es una modalidad poderosa para todos los niños, en tanto que ofrece la oportunidad de elaborar distintas situaciones a nivel no verbal. Esta terapia está contraindicada si el niño está muy enfermo y no puede participar por completo y disfrutar el juego.

En estos casos, las historias, la música y otras actividades creativas son recomendables como medio para ayudar al niño a procesar sus sentimientos.

Logística

Disposición del cuarto de juego, juguetes y materiales

En las sesiones de terapia de juego se puede emplear una amplia variedad de materiales, se pueden usar algunos médicos reales, como jeringas y vendas, así como equipo de juguete. Playmobil™ tiene muchos juguetes relacionados con el ámbito médico, como quirófanos, hospitales, doctores, sillas de ruedas, ambulancias, figuras y camas de hospital, entre otros. Un maletín de doctor con estetoscopio, herramientas para cirugía, máscaras e inyecciones. Manipulando los juguetes, los niños sienten dominio, cambian los resultados, expresan emociones y sienten control de los procedimientos dolorosos y equipo médico. Muñecas realistas en términos anatómicos, como Claudia's Kids (<http://www.claudiaskids.com/>), son una excelente manera para explicar la anatomía y el funcionamiento del cuerpo, y para revisar el modo en que se llevarán a cabo los procedimientos médicos y en que afectarán al cuerpo. Los niños también pueden ver en la televisión el programa “Doc McStuffins,” que muestra a una niña, que es un doctor de juguete, satisfacer las necesidades médicas de los juguetes. Hablar acerca de este programa de televisión y permitir que el niño presente su propio programa sobre los doctores es una buena manera para facilitar que se sienta cómodo contando sus propias historias.

El terapeuta también debe proporcionar juguetes típicos de la terapia de juego, como Legos™, materiales de arte (p. ej., crayones, marcadores, lápices de colores, pinturas, papel, bloc de dibujos), muñecos, títeres de dedo, carros, familias de animales (p. ej., animales que puedan representar a una familia), teléfono o celular, juegos (p. ej., damas) y otros materiales lúdicos que permitan al niño descargar sus emociones y ser creativo utilizando materiales conocidos (Axline, 1974). Clark (2007) señaló los beneficios que se obtienen cuando los niños llevan sus propios materiales lúdicos a las sesiones, lo cual facilita su capacidad para dar sentido a su juego al mismo tiempo que aprende a afrontar las experiencias y sentimientos relacionados con su enfermedad crónica. Utilizando juguetes y materiales lúdicos, los niños afrontan activamente sus experiencias emocionales. El terapeuta puede comprender y abordar las ideas equivocadas y las estrategias negativas de afrontamiento que obstruyen la capacidad de lidiar con la enfermedad o con los procedimientos médicos relacionados. Si el niño tiene dificultad para empezar a jugar con los muñecos, podemos comentar, como Axline (174)

recomendó, “No sabes qué te gustaría hacer” (p. 93). También recomendaba darle al niño permiso para no jugar, en tanto que muchos no esperan poder jugar en la terapia.

Frecuencia y duración del tratamiento

El momento y la duración de las sesiones de terapia de juego varían dependiendo del interés del niño y otros factores del encuadre relacionados con estar en el hospital. Con frecuencia, el terapeuta pediátrico se encuentra en un contexto hospitalario, donde la terapia de juego se interrumpe por razones médicas o de otra índole. El terapeuta debe informar al niño que las sesiones pueden ser cortas en duración o intensidad. Debe ser honesto con el niño si una sesión corta ya no se puede continuar en un momento posterior. Entrenar a los cuidadores para que utilicen el juego es un método para asegurarnos que el niño tenga múltiples oportunidades para expresar sus emociones a través del juego médico. Las sesiones pueden ser más largas de lo tradicional, que es una hora, como se trabaja en escenarios comunitarios o consultorios privados. La duración de cada sesión se debe determinar de acuerdo con los problemas del niño y las necesidades de la familia. La duración del tratamiento puede ser mayor cuando los niños están expuestos a un trauma relacionado con su enfermedad.

Como se mencionó antes, los niños viven más tiempo y se someten a más procedimientos médicos a medida que la tecnología avanza (van der Lee et al., 2007). Por lo tanto, los terapeutas pediátricos tienen que adoptar una perspectiva de largo plazo cuando ayudan a niños y familias que afrontan una enfermedad. Se recomienda trabajar con un enfoque flexible, en el que el terapeuta ofrezca periodos múltiples de tratamiento a medida que se requiera cuando los síntomas empeoran o con base en las necesidades de desarrollo.

Entrevista inicial, evaluación y planeación del tratamiento

El terapeuta debe evaluar si el niño se beneficiará con la terapia de juego después de obtener toda la información necesaria y conocer la estructura familiar, la historia del niño, sus habilidades de afrontamiento y experiencias previas, así como la personalidad del niño y sus estrategias habituales para hacer frente a las situaciones estresantes (Rae y Sullivan, 2005). Mediante la observación durante las sesiones de terapia de juego, se obtiene información clave para evaluar el funcionamiento cognitivo, emocional y motriz del niño, así como de su lenguaje.

Clark (2007) recomienda al terapeuta ser creativo al diseñar herramientas de evaluación y considerar múltiples métodos para medir el cambio en las conductas del niño. En nuestro trabajo, hemos usado encuestas para evaluar el cambio en la ansiedad y

el funcionamiento emocional; también hemos estructurado evaluaciones, reportes informales del niño y del cuidador, y observaciones. Otras áreas funcionales que se puede evaluar son la expresión de emociones, la regulación emocional, la capacidad de relajarse y controlar el dolor. Creemos que hay varias áreas por evaluar cuando se implementa la terapia de juego. En la tabla 22-1, se presenta un resumen de las posibles áreas de evaluación para determinar el cambio en el funcionamiento del niño como resultado de la terapia de juego.

Tabla 22-1. Áreas de evaluación del cambio en el funcionamiento de niños con enfermedad crónica

Área	Áreas de habilidad
Funcionamiento emocional	Niveles de ansiedad y depresión Capacidad para tolerar los procedimientos dolorosos Relajación y sueño Capacidad para expresar emociones, como tristeza e ira
Funcionamiento conductual	Regulación emocional, como reducir los estallidos o las conductas de ira Mejoras en la conducta hacia los miembros de la familia, pares y personal médico Mejoras en la adherencia a distintos aspectos de las indicaciones médicas Habilidades de lenguaje expresivo, incluyendo la expresión de emociones
Cambio en creatividad e imaginación en el juego	¿El juego del niño se vuelve menos repetitivo? ¿Puede incluir a otros en su juego? ¿Las historias del niño son más positivas? ¿El niño puede descargar sus emociones a través del juego?
Ajuste social	Juega con miembros de la familia y hermanos Relaciones con pares Habilidades sociales ¿Juega con pares en la escuela y en otros contextos? ¿Está más orientado a los pares que aislado? Interacciones padre-hijo Interacciones con el personal médico durante las visitas regulares y los procedimientos

Bratton, Ray, Rhine y Jones (2005) realizaron un metaanálisis y encontraron que los tamaños del efecto de la terapia de juego indicaron que tenía un impacto positivo en el funcionamiento emocional y conductual. Recomendamos evaluar múltiples conductas y emociones para determinar el efecto de la terapia de juego en esta población específica. Es importante recurrir a múltiples informantes, como el niño, el equipo médico, los cuidadores y los maestros para determinar si hay un cambio positivo en el funcionamiento del niño.

Aunque se recomienda que el terapeuta emplee varias herramientas de evaluación, no siempre es posible comprar pruebas estandarizadas en contextos clínicos. A pesar de esto, siempre se puede hacer evaluaciones repetidas del cambio en el funcionamiento emocional, conductual y social del niño. Este cambio se evalúa por medio de entrevistas breves a cuidadores y maestros, y de la observación del juego del niño que hacen los informantes antes mencionados y el propio terapeuta. Los niños también pueden proporcionar valoraciones subjetivas de los avances en sus habilidades, como del manejo

del dolor y de la adherencia a las indicaciones del tratamiento médico. Estas valoraciones pueden ser mediciones formales o con escalas visuales análogas, donde el niño evalúe el cambio en su funcionamiento en distintos momentos del tratamiento. En estudios experimentales sobre terapia de juego, se recomienda que quienes observen los posibles cambios en la conducta del juego ignoren el objetivo de la observación (es decir, la naturaleza de la terapia de juego o el tipo de intervención), para que hagan juicios más objetivos (Bratton et al., 2005).

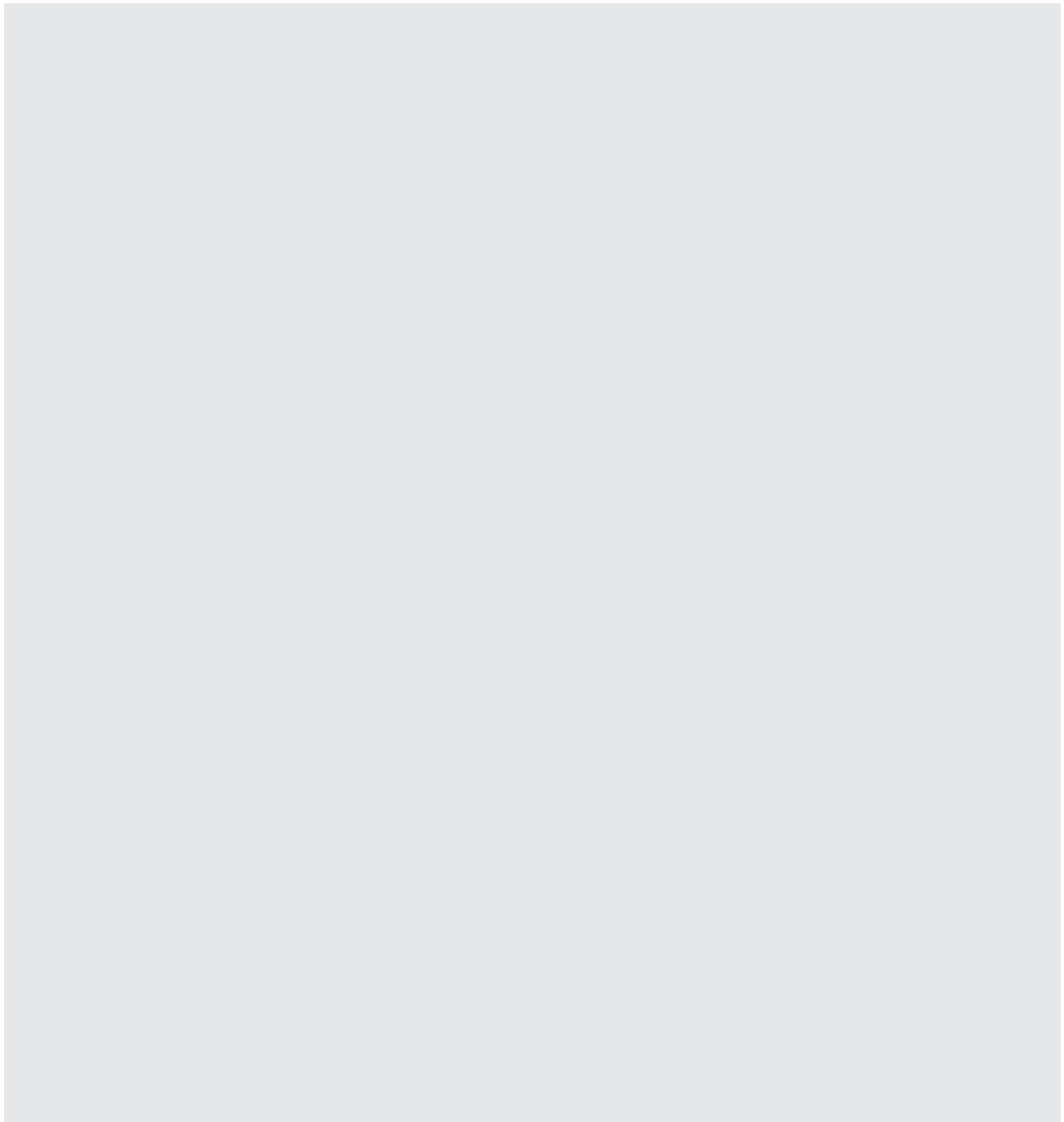
También es aconsejable que las observaciones sean constantes. Por ejemplo, si la sesiones de juego tienen lugar en distintas fases del desarrollo del niño, es importante examinar la relación entre los cambios en el funcionamiento cognitivo y en el funcionamiento emocional, conductual y social cada vez que el niño regrese al tratamiento. Además, si el niño está sometido a tratamientos intensivos que puedan afectar su desarrollo o funcionamiento cognitivo, es indispensable que el terapeuta evalúe estos rubros. El desarrollo cognitivo infantil y el funcionamiento emocional y conductual cambian a lo largo del tiempo, y el terapeuta puede recibir la solicitud de que interactúe con niños en distintos puntos de su desarrollo, a medida que la enfermedad progresa o los síntomas aumentan o disminuyen.

Este capítulo, se centra en las estrategias de la terapia de juego humanista y no directiva (Axline, 1974), porque la investigación ha mostrado que estos enfoques son eficaces con niños (p. ej., Bratton et al., 2005) y se han encontrado eficaces en el trabajo clínico y en las observaciones del juego de niños que tienen padecimientos médicos crónicos (p. ej., Nebors et al., 2013). Sin embargo, en las sesiones de terapia de juego no directiva, el terapeuta también puede abordar las habilidades de solución de problemas y enseñar estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, puede enseñar a los niños la manera de afrontar los procedimientos médicos y hacer preguntas a los doctores y a otros profesionales médicos, lo cual podría mejorar su capacidad para manejar el dolor o de ajustarse al contexto médico. Si la capacidad de solución de problemas fuera una intervención en las sesiones de terapia de juego, el terapeuta podría emplear entrevistas y mediciones de autorreporte para evaluar el cambio en esta capacidad y en el uso de estrategias de afrontamiento cuando el niño tiene que tratar con el equipo médico, y debe adherirse a las indicaciones del tratamiento y manejar el dolor. Debido a que los cambios tienen un efecto en cascada, el terapeuta puede ver el cambio positivo en el funcionamiento emocional o en las relaciones con otros, por ejemplo, cuidadores y hermanos, cuando los niños pueden afrontar mejor los procedimientos médicos y los asuntos relacionados con su padecimiento.

Etapas y estrategias del tratamiento

El primer año después del diagnóstico de enfermedad médica suele ser una etapa especialmente difícil en la vida del niño y su familia, en tanto que deben ajustarse al

padecimiento del niño (Barlow y Ellard, 2005). En este momento, el terapeuta puede esperar tener una participación mayor programando sesiones regulares. Las reacciones de aflicción son comunes, y muchos niños tienen que ajustarse a las alteraciones en sus actividades cotidianas. El terapeuta debe estar atento en las sesiones, escuchar al niño y comprender las historias de su juego para ayudarlos a procesar sentimientos, así como obtener mayor información acerca de cómo manejar su enfermedad. También es importante que el terapeuta esté disponible para reunirse con el niño cuando se someta a los procedimientos médicos o experimente dificultades para afrontar un periodo de síntomas intensos relacionados con la enfermedad.



TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS PARA ESTA POBLACIÓN

En esta sección del capítulo, revisamos distintos estudios que ofrecen información sobre las técnicas y estrategias específicas para niños que padecen una enfermedad crónica, así como para sus cuidadores. En especial, presentamos información de seis áreas clave: 1) entrenamiento del cuidador en terapia de juego, 2) uso de la terapia de juego para preparar a los niños antes de ser hospitalizados o sometidos a procedimientos médicos, 3) terapia de juego como herramienta para comprender los asuntos relacionados con la adherencia, 4) terapia de juego como herramienta para que el niño elabore y afronte experiencias terribles y traumatizantes en un ambiente en el que puedan controlar el despliegue de los eventos, 5) terapia de juego como técnica para ayudar a los niños a afrontar la aflicción anticipatoria, y 6) uso de la imaginación y el juego de fantasía durante las sesiones.

Entrenamiento del cuidador en terapia de juego: terapia filial

El terapeuta también desempeña un papel de entrenador al utilizar la terapia filial en el asesoramiento de los cuidadores para ayudar a sus hijos a elaborar los sentimientos relacionados con la enfermedad. En la terapia filial, los cuidadores y el niño tienen la oportunidad de reconectar y restablecer su relación. El cuidador y el niño, por lo general, participan en sesiones de juego supervisadas por el terapeuta. En ellas, la diada juega y se enfoca en interacciones normales en las que se hace menor hincapié en la enfermedad del niño. La meta de las sesiones es fortalecer la relación padre-hijo. Los cuidadores son compañeros del niño en el proceso de la terapia de juego, y el cuidador se enfoca en tener una consideración positiva hacia el niño, empatía por lo que experimenta y promueve su crecimiento. También se enfocan en promover que el niño encuentre soluciones a los problemas que aparecen en el juego, al mismo tiempo que comprenden lo que el niño les comunica (VanFleet, Ryan y Smith, 2005). La idea que guía a la terapia filial es que los cuidadores que aprenden el papel del terapeuta no directivo tienen un impacto positivo en el afrontamiento y el desarrollo del niño. A través del asesoramiento y la práctica, los cuidadores aprenden a generalizar su papel en las interacciones con el niño en casa y asumen un papel terapéutico para que el niño afronte el trauma y el estrés relacionado con su enfermedad (Ray, Bratton, Rhine y Jones, 2001).

Preparar a los niños para hospitalizaciones o procedimientos médicos

Jugar con juguetes del ambiente hospitalario y compartir información con los cuidadores ayuda a que el niño esté preparado para la hospitalización y, así, reduce las reacciones emocionales negativas (Rae y Sullivan, 2005). Los niños pueden usar equipos y, o juguetes para aprender acerca de lo que sucederá en sus futuras experiencias médicas; por ejemplo, puede enterarse de los pasos del procedimiento recreándolo con el terapeuta y usando muñecos y equipo médico de juguete. Athanassiadou, Tsiantis, Christogiorgos y Kolaitis (2009) sugieren que el juego con títeres permite a los niños revisar los pasos de los procedimientos hospitalarios, por lo que es un gran método para preparar a los niños que pronto serán hospitalizados y sometidos a procedimientos médicos. Athanassiadou et al. (2009) presentaron resultados de un estudio en el que se evalúa un programa en el que se empleó el juego con títeres con el fin de preparar a niños para cirugías de oído, nariz y garganta. Los hallazgos indicaron que el ajuste conductual de los niños mejoró (mostraron menos problemas conductuales después de la cirugía) con el programa de juego con títeres, en comparación con niños que no estuvieron en este programa. Otras intervenciones en que se utilizan muñecos o títeres también ayudan a preparar al niño para ser hospitalizado.

Por ejemplo, el terapeuta puede mostrar a los niños cómo funciona la vía intravenosa; con ayuda de un muñeco le indica cómo se le pondrá una aguja en el dorso de la mano y le explica que la medicina provendrá de una bolsa conectada a una manguerita; la medicina entrará a su cuerpo por la aguja clavada en la mano, llegará a sus venas y a través de éstas llegará a su cerebro y al resto de su cuerpo. Después, el muñeco se acuesta en una cama y lo llevan al quirófano; ahí le pone una mascarilla para respirar y se queda dormido. Cuando la cirugía haya concluido, el muñeco irá a la sala de recuperación y luego, tal vez, a casa. En este juego, los muñecos que representen al niño y al personal médico, el terapeuta puede revisar con el niño los pasos de este procedimiento y hablar sobre cómo podría sentirse el niño y las preguntas que le gustaría hacer en cada etapa. Cuando se emplea de esta manera, el juego es una avenida para enseñar a los niños acerca de los procedimientos médicos con el fin de reducir los temores y la incertidumbre en relación con lo que ocurrirá. Los niños también pueden aprender sobre el uso de las píldoras y los cuidados en el contexto de la cirugía representando diferentes situaciones y acciones positivas a través del juego. Del mismo modo, el juego puede usarse para enseñar y destacar la importancia de seguir las indicaciones médicas después de la cirugía.

Facilitar la adherencia a las indicaciones médicas

Los niños pueden procesar sus sentimientos en relación con seguir las recomendaciones médicas mediante las experiencias que le ofrece la terapia de juego. Jones y Landreth (2002) examinaron el cambio del funcionamiento emocional y conductual, y de la adherencia (definida como la capacidad del niño para seguir las recomendaciones

médicas) en niños con diabetes tipo I que asistieron a un campamento de verano y se asignaron a una intervención (terapia de juego) o al grupo de control. Las sesiones se basaron en la terapia de juego centrada en el niño de Landreth (1991), donde había materiales usuales en este tipo de terapia y equipo médico apropiado para niños con diabetes, como aparatos para medir los niveles de glucosa en la sangre. Jones y Landreth (2002) evaluaron el cambio en el funcionamiento emocional y el ajuste basándose en las percepciones de los niños y sus cuidadores. De acuerdo con los cuidadores, pero no con los niños, los niños que habían recibido la intervención se habían ajustado mejor que los del grupo de control. No se encontraron diferencias en el nivel de ansiedad entre los grupos, pero los investigadores notaron que los niveles de ansiedad en ambos grupos estaban en el rango normal al inicio del estudio. Los terapeutas notaron que las sesiones de juego ofrecían a los niños oportunidades para expresar sus sentimientos en relación con la diabetes. En general, los hallazgos apoyan la eficacia de la intervención para mejorar el ajuste de los niños.

Trabajar las emociones negativas después del procedimiento

Los niños utilizan juguetes médicos o juegan para elaborar sus sentimientos de malestar o el trauma relacionado con las experiencias médicas previas. Éste es un modo positivo para que los niños reexperimenten y descargen las emociones de malestar del pasado. Clark (2007) informó que en el juego con juguetes, los niños con frecuencia adoptan el papel del doctor al recrear sus experiencias (de este modo toma el control de la situación que vivió de manera pasiva) para afrontar el trauma relacionado con los procedimientos médicos y cirugías a las que se han sometido. Los niños procesan sus sentimientos desde un lugar de control y, entonces, de manera segura descargan las emociones a través del juego. Pueden comprender lo que implica el papel de recibir cuidados y, tal vez, aprecien más el papel de los doctores y las enfermeras al adoptar sus perspectivas en las recreaciones. El terapeuta también puede comprender y abordar las ideas equivocadas de los niños y las estrategias negativas de afrontamiento que obstruyen su capacidad de hacerse cargo de una enfermedad pasada o los procedimientos médicos que tuvieron lugar.

Asimismo, la terapia de juego es una gran vía para ayudar al niño a manejar la ansiedad, tristeza, soledad (sentirse aislado) y trauma relacionados con la exposición repetida a los tratamientos médicos (p. ej., múltiples sesiones de quimioterapia, toma de muestras para el laboratorio). El juego ofrece un medio indirecto para expresar sentimientos, de modo que los niños no tengan que confrontar directamente ciertos asuntos. Esto reduce la probabilidad de que se sientan retraumatizados al contar otra vez sus experiencias hospitalarias o cuando fue sometido a algún procedimiento médico. En el mundo del juego, los niños aprenden a afrontar sus problemas y sentimientos “en un ambiente seguro en términos emocionales” (Jones y Landreth, 2002, p. 120). En otras

palabras, el trauma y los sentimientos de malestar asociados con enfermedades y procedimientos médicos pasados pueden ser abrumadores para los niños, mientras que la naturaleza indirecta de la terapia de juego permite de una manera segura la autoexpresión a través del juego, un reino donde los niños tienen dominio de lo que ocurre. Los cuidadores también se benefician de observar el juego, porque conocen las percepciones del niño y sus experiencias (Murphy-Jones, 2001).

El juego ayuda a los niños a elaborar experiencias inquietantes a su propio ritmo y en su propia voz. En el ambiente de juego, los niños empiezan y terminan las acciones de los distintos escenarios, lo cual les permite sentirse con el control de lo que ocurre y elaborar los terribles eventos y los sentimientos relacionados de preocupación respecto de los posibles procedimientos médicos en el futuro (Clark, 2007).

Por último, los niños también pueden recrear escenas positivas utilizando los juguetes para, a través de su imaginación, tener control de las experiencias pasadas con tratamientos médicos o reforzar una actitud positiva hacia su enfermedad. Con el fin de elaborar experiencias negativas y ver otra vez los aspectos positivos de la vida, el terapeuta guía las historias del juego o el juego imaginativo para que tengan finales positivos. Esto lo logra destacando los personajes que afrontan los problemas de manera positiva o que utilizan técnicas de solución de problemas para resolver dificultades reales de sus vidas.

El juego y las actividades creativas ayudan a los niños a afrontar la tristeza anticipatoria

Por medio del juego o de otras actividades creativas, el terapeuta tiene la oportunidad de ayudar al niño que se encuentra en alguna fase de su enfermedad a lidiar con la tristeza anticipatoria. Adamo y DeFalco (2012) hablaron sobre la terapia de juego para un niño de 7 años de edad que, al final, murió de cáncer. Él hacía dibujos cuando su psicoterapeuta lo visitaba. Sus dibujos eran raquíticos, lo cual describía su propio estado físico. Dibujar permitió al niño expresar su tristeza y malestar de una manera contenida, de modo que pudo descargar sus sentimientos de ansiedad y enojo relacionados con el cáncer. Igualmente, Gariépy y Howe (2003) describieron el juego como un proceso durante el cual un niño puede expresar “agresión y sentimientos que no sería posible expresar en el mundo real” (p. 525). Mediante el juego, los niños tienen la oportunidad de asimilar lo que les sucede en contextos médicos y de usar materiales lúdicos como objetos a los cuales transferir sus ansiedades (Gariépy y Howe, 2003).

Imaginería como una herramienta más en terapia de juego

Nosotros proponemos que la imaginería ayuda a los niños a afrontar las diversas facetas del trauma médico y la enfermedad. La imaginería guiada es una estructura verbal que les ayuda a manejar los eventos. Les permite reflexionar y les brinda la oportunidad de promover resultados positivos si las escenas sugeridas son de naturaleza positiva e inspiradora. Los niños usan la imaginería para afrontar el dolor relacionado con los procedimientos médicos actuales, como canalizaciones e inyecciones (Johnson y Kreimer, 2005).

En términos de abordar las experiencias de dolor, las técnicas de relajación (p. ej., respiración profunda, relajación muscular progresiva e imaginación) ayudan a distraer al niño del dolor y propician un estado relajado, lo cual reduce la experiencia del dolor en muchos niños. La imaginería es una herramienta relativamente económica; el terapeuta requiere sólo un lugar tranquilo donde pueda hablar y, o usar los materiales de juego con los niños para guiarlos en sus fantasías.

La imaginería también se usa para guiar al niño a través de escenas positivas. Nosotros la hemos empleado con niños que padecen dolor crónico debido a artritis juvenil ideopática, la cual implica estallidos de dolor e hinchazón de las articulaciones parecidas a las que experimentan los adultos que padecen artritis. Los niños han desarrollado sus propios guiones de imaginería para distraer su atención del dolor; por ejemplo, desarrollan una imagen visual proveniente de una película en la cual superhéroes combaten el dolor (el cual con frecuencia adopta la forma del villano) y lo derrotan reduciéndolo o eliminándolo en una batalla épica. Otros niños eligen su lugar favorito, que a veces puede ser un paseo en un parque de diversiones, para salir o distraer sus pensamientos de la experiencia de dolor.

La imaginería espontánea dirigida por el niño también puede ser una herramienta de afrontamiento. Las imágenes pueden ser de naturaleza positiva o negativa. Las imágenes negativas son un modo de descargar la ira relacionada por el padecimiento médico u otros sentimientos relacionados con extrañar a la familia o tener que enfrentar la enfermedad. Descargar la ira y los sentimientos de malestar constituye una experiencia catártica para el niño. Las imágenes positivas generadas por el niño son un medio para fortalecer la autoestima y la sensación de que puede lidiar con el padecimiento médico. En consecuencia, tanto las imágenes positivas como las negativas pueden mejorar el afrontamiento.

El juego de fantasía guiada se origina en el niño, mientras el terapeuta lo observa, interpreta y supervisa. El papel de éste varía dependiendo de las creaciones del niño, el propósito y los síntomas que se abordan en el juego de fantasía. Si no hay juguetes disponibles, las historias y el juego imaginativo son un medio para ayudar al niño a expresarse e identificar sus sentimientos acerca de distintos asuntos clave de su vida. Cuando el juego implica la descarga de la preocupación relacionada con la enfermedad, el niño se libra de emociones perturbadoras, se relaja y puede manejar mejor la ansiedad.

Estudio de caso

Annie es una niña en etapa preescolar con diabetes; sus padres están en proceso de divorcio. Tenía dificultades para afrontar la separación de sus padres y seguir las indicaciones médicas para el control de la diabetes. Su madre la llevó a terapia de juego para “que saque sus sentimientos por lo que está pasando en nuestra familia.”

En la primera sesión, el terapeuta entrevistó a la madre para saber acerca del desarrollo temprano de Annie y su funcionamiento psicosocial actual, así como cualquier otro problema presente. Su historia temprana no contiene eventos destacables, excepto por haber sido diagnosticada con diabetes tipo I a los 2 años de edad. El padre de Annie participó en una sesión telefónica, y su perspectiva del desarrollo de Annie y las dificultades actuales concordó con la de la madre. Annie pasó varios fines de semana y algunos otros días con su padre. En la escuela, su desempeño era muy bueno.

Annie era hija única y solía pasar mucho tiempo con su padre y su madre. Había presenciado muchas peleas verbales entre ellos, y ambos estaban de acuerdo en que la situación era conflictiva. En días recientes, había tenido más dificultades para hacerse las pruebas de sangre, necesarias para monitorear su nivel de glucosa, porque tenía mucho miedo de los piquetes en el dedo, de modo que lloraba cada que se hacía la prueba y quería que la abrazaran. Seguía bien el resto de las indicaciones para controlar la diabetes, y ambos padres hacían lo que les correspondía para que ella continuara con sus cuidados cuando estaba en la casa de cada uno de ellos.

Annie asistió a la segunda sesión. Llegó al cuarto de juego con titubeos, pero logró separarse de su madre. Se le comunicó que el objetivo de la terapia era ayudarla a comprender sus sentimientos acerca de que sus padres ya no estuvieran juntos y a sentirse mejor cuando midieran los niveles de glucosa en su sangre. En el cuarto, había muchas opciones para jugar, como muñecas, una mesa con arena, materiales de arte, bloques, animales de peluche e instrumentos de doctor.

Primero, Annie se dirigió a unos peces de plástico que lanzaban agua. Escenificó un juego con los peces; en él, los peces grandes (“mamá y papá”) estaban enojados. Se gritaban y se soplaban uno a otro. La pequeña niña pez estaba asustada y quería escapar. Le pidió a los peces grandes que dejaran de gritar y pelear, pero ellos no podían y eso asustaba más a la niña pez.

Con el fin de abordar su temor a los piquetes en el dedo para las mediciones de glucosa en la sangre, la terapeuta le pidió a Annie que le mostrara el procedimiento de la prueba de sangre utilizando un animal de peluche. La niña adoptó el papel de padre y llevó al osito a que le hicieran el piquete en el dedo. La terapeuta le enseñó cómo modelar la respiración lenta y profunda al oso de peluche para ayudarlo a relajarse antes del piquete. Entonces, ella se reunió con Annie y su madre y les indicó que realizaran este juego con el oso de peluche en casa antes de hacerle la prueba de sangre. Después de que Annie le mostró al oso el procedimiento, sus padres le decían, “Ahora es tu turno de hacerte la prueba de sangre.” Annie tomaba algunas respiraciones lentas y profundas y les indicaba cuando darle el piquete. Ensayaba esta

rutina en la sesión con su madre y aceptó llevarla a cabo en casa. Sus padres tenían que registrar el éxito de esta rutina en una gráfica de monitoreo que compartirían entre sí cuando Annie pasara de la casa de uno a la del otro.

La tercera sesión empezó con el informe de la madre sobre la prueba de sangre. Había sido más fácil en tanto que Annie no lloró, pero aún requirió que la abrazaran ambos padres después de la prueba. La madre se preguntaba, al igual que el padre, con base en las notas de la gráfica de monitoreo, si ahora ellos le estaban poniendo más atención y ella expresaba su malestar por la situación familiar durante las pruebas de sangre.

En el cuarto de juego, de inmediato Annie empezó a jugar la misma historia de la sesión anterior. Habló acerca de los peces enojados gritándose y soplándose aire uno a otro y de la pequeña niña pez asustada que quería “escapar.” La terapeuta preguntó si la niña pez había “usado sus palabras para decir cómo se sentía.” Annie dijo, “No, no lo ha hecho; está asustada.” La terapeuta habló sobre cómo la ira de sus padres no era culpa de la niña. Annie dijo que sabía lo del divorcio y la separación de sus padres; ella quería que volvieran a estar juntos. La terapeuta le dijo que eso no podía ser, y que había otros niños cuyos padres estaban divorciados. También le describió cómo los padres amaban a sus hijos, pero ya no podían vivir juntos. En la expresión facial de Annie se reflejó alivio cuando descubrió que los padres aman a sus hijos aunque se separen, e integró esto a su historia en el juego.

A continuación, Annie practicó hablar de sus sentimientos por medio de palabras. El pez que la representaba dijo, “Me siento triste, porque mis padres no viven juntos. Me siento triste cuando se gritan y se pelean.” La intervención con el juego de roles de los peces continuó con una terapeuta pez como consejera. Cuando el pez consejero susurraba a Annie, la niña pez le dijo a sus padres que los amaba, pero que se sentía triste y molesta cuando ellos se peleaban. Les pidió a los padres que no pelearan frente a ella. El padre pez escuchó a la pequeña niña. La terapeuta pez pidió a los padres que no pelearan frente a la niña y ambos le aseguraron a ésta que la amaban.

La terapeuta y Annie crearon un libro de historias que ella se llevaría a casa basándose en el juego de las sesiones. Annie ilustró la historia de la tristeza y molestia de la niña a causa de la ira de los padres peces, y expresó sus sentimientos con palabras y comprendió que ambos padres la amaban aunque no pudieran estar juntos. Annie tenía que leer la historia a su padre y a su madre cuando estuviera en sus respectivas casas.

En la cuarta sesión, la terapeuta abordó el tema de los abrazos después de la prueba de sangre, que aún demandaba a pesar de que toleraba mejor esa situación realizando el juego con el oso de peluche. Cuando jugaban con los peces en una casa de muñecas, la terapeuta pez preguntó a la niña por qué necesitaba tanto los abrazos después de la prueba de sangre. Annie contestó, mientras sostenía la niña pez, “esta pequeña niña está asustada de que mamá y papá la dejen, pues ya se dejaron el uno al otro; por eso pide abrazos extra.” La terapeuta pez logró decirle a la niña pez que

podía hablar con sus padres acerca de su preocupación y pedir abrazos extra si eso la hacía sentir mejor.

Entonces, Annie practicó por su cuenta siendo la voz de mamá pez y de la niña pez.

Al final de la sesión, Annie hizo este juego para su mamá. Los ojos de ésta brillaron al comprender lo que sentía su hija cuando la niña pez decía a la mamá pez que estaba asustada de que la abandonara. Annie se veía aliviada y preguntó si podía tener más abrazos también cuando se sintiera preocupada por sus padres. La madre le aseguró que podía pedir más abrazos. Entonces, la terapeuta explicó la relación entre los abrazos después de la prueba de sangre y las preocupaciones de Annie en relación con ser abandonada.

En el paso de varias semanas, la madre informó una reducción en la necesidad de abrazos después de la prueba de sangre, y ambos padres indicaron que no había más problemas con esta situación. El juego con el oso de peluche ya no fue necesario y dejaron de practicarlo. Los padres también informaron que la comunicación entre ellos y Annie mejoró. También sentían que la niña se sentía más tranquila y se adaptaba mejor a su situación actual.

Este estudio de caso es un ejemplo de cómo las cuestiones emocionales se entretajan con el manejo de la enfermedad en la vida de niños pequeños que padecen enfermedades crónicas. La terapia de juego se convirtió en un foro para abordar las cuestiones emocionales, así como el manejo de la enfermedad. La terapeuta utilizó información clave acerca del manejo de la enfermedad, el monitoreo del progreso y el juego para descubrir los pensamientos y sentimientos de Annie en relación con la separación de sus padres. Se implementaron el juego de simulación y una técnica de relajación como actividad de “calentamiento” para la prueba de sangre, lo cual le brindó a la niña el control necesario sobre esa situación. Las dificultades con la prueba de sangre encubrían su sensación de falta de control sobre la separación de sus padres. La terapia de juego fue un medio valioso para facilitar el manejo de la diabetes, así como para descubrir el vínculo entre la molestia por los eventos de su vida (es decir, el divorcio de los padres) y la reacción de Annie ante la prueba de sangre.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

La mayor parte de la investigación sobre los efectos de la terapia de juego en esta población se ha enfocado en la manera en que el juego ayuda a los niños a afrontar el estrés y la ansiedad relacionados con la enfermedad y los procedimientos médicos. Moore y Russ (2006) informaron que el juego ayuda a los niños a lidiar con el estrés y la ansiedad, es un medio para expresar emociones y una herramienta eficaz para mitigar el impacto del dolor, con lo cual mejora el funcionamiento conductual de los niños que padecen enfermedades crónicas. Cuando utilizan juguetes y materiales lúdicos, los niños afrontan de manera activa sus emociones y experiencias. Sienten mayor dominio de la situación en tanto que cambian los resultados, expresan emociones y tienen la sensación de control (Clark, 2007).

Glazer-Waldman, Zimmerman, Landreth y Norton (1992) informaron una intervención en la que se usó terapia filial con cinco parejas de cuidadores y sus hijos (de 4 a 8 años de edad), quienes padecían diferentes enfermedades crónicas. Los autores examinaron los cambios en la ansiedad del niño y en las relaciones cuidadores-niño antes y después de las sesiones de juego. Después de éstas, la ansiedad de los niños permanecía en un nivel similar de acuerdo con sus propios informes; sin embargo, los padres estaban en una mejor posición para estimar el estado emocional de sus hijos. Glazer-Walman et al. (1992) también informaron que los cuidadores valoraron las sesiones de juego y sintieron que les ofrecieron oportunidades para restablecer relaciones cercanas y positivas con sus hijos. En un estudio más reciente, Tew (2010) investigó la influencia de la terapia de juego filial en comparación con el entrenamiento de cuidadores y niños que padecían distintas enfermedades crónicas. Se evaluó el estrés parental y la valoración de los cuidadores del funcionamiento emocional y conductual de los niños. Los resultados indicaron que el estrés parental era menor y que los cuidadores informaron menos problemas emocionales y conductuales en sus niños en la intervención filial, con respecto al grupo de comparación (de entrenamiento).

Proczkowska-Björklund, Gustafsson y Svedin (2010) examinaron el juego de 49 niños preescolares dos semanas después de una cirugía. Videograbaron las reacciones de los niños al jugar con el equipo usado durante el procedimiento médico (es decir, instrumentos anestésicos, como “laringoscopia, agujas, mascarillas, jeringas, electrodos de electrocardiograma y estetoscopio,” p. 172) que se dispuso en el cuarto. También había un “oso vestido con ropa para cirugía, una máquina anestésica de juguete y ropa (la misma que los padres y el personal usaron,” p. 172), así como materiales de dibujo y un rompecabezas. Los observadores registraron si la conducta de los niños se caracterizaba por el acercamiento o la evitación en términos de cómo empezaban a jugar con los materiales, respondían preguntas sobre estos o sobre lo que les había sucedido, y el tipo de recuerdos que guardan del terapeuta.

Los resultados sugieren que el juego posterior a la cirugía se relacionó con conductas/reacciones específicas y los resultados de la medicación previa a la cirugía. Es

decir, cerca de 50% de los niños mostraron signos de evitación en las sesiones de juego. Estos tendían a evitar jugar con los materiales o responder las preguntas sobre sus experiencias. Proczkowska-Björklund et al. (2010) concluyeron que los niños que tenían un inicio negativo con su experiencia podían reaccionar negativamente y evitar los procedimientos médicos, y volverse más ansiosos, con lo cual se creaba un “círculo vicioso” (p. 176). Además, sugirieron que una “reacción evitativa en el juego puede ser un modo más directo para estudiar una experiencia negativa en el proceso anestésico” (p. 176). También concluyeron que los niños más pequeños o tímidos tienen mayor riesgo de experimentar ansiedad y reacciones negativas frente a la cirugía.

Nuestra búsqueda en la literatura reveló la investigación sobre el uso de la imaginación para facilitar el afrontamiento en niños que padecen una enfermedad crónica. Por ejemplo, Walco, Varni y Ilowite (1992) emplearon imaginación, relajación muscular y respiración para ayudar a niños con artritis juvenil ideopática a manejar el dolor relacionado con la enfermedad. Los investigadores también pidieron a los niños que asignaran colores a su dolor y, entonces, imaginaran que el espacio donde se encontraba el dolor se reducía y, al final, desaparecía. Los niños más grandes podían imaginar que el dolor se prendía y apagaba, y luego visualizar que bajaban un interruptor para apagarlo. Además, Kazak et al. (1996) utilizaron imaginación junto con técnicas de respiración y conteo para ayudar a niños con leucemia a afrontar procedimientos dolorosos. Se asignaron aleatoriamente a grupos que recibieron terapia farmacológica o terapia farmacológica más imaginación guiadas y las técnicas concomitantes (es decir, respiración y conteo). Sus padres practicaron la imaginación con sus hijos (p. ej., visitar sus lugares favoritos, como un bosque mágico o un jardín encantado). Se observó que los niños que recibieron la intervención terapéutica experimentaron menores niveles de dolor en los procedimientos médicos en comparación con los que sólo recibieron la intervención farmacológica.

DIRECTRICES PARA LA INVESTIGACIÓN FUTURA

La terapia de juego es una intervención eficaz para niños que experimentan trauma o enfermedades médicas, pero tiene que compararse de manera más sistemática con otras intervenciones clínicas que se emplean con esta población (Bratton et al. 2005). Nosotros opinamos que los investigadores y clínicos deben usar el juego como una herramienta terapéutica junto con otras técnicas cognitivo-conductuales. Se requiere mayor información sobre los mecanismos por los cuales la terapia de juego mejora la eficacia de las técnicas de solución de problemas, manejo del dolor y otras técnicas cognitivo-conductuales que han sido exitosas para mejorar la capacidad de afrontamiento de niños que enfrentan trauma y enfermedades médicas.

Moore y Russ (2006) hicieron varias recomendaciones para guiar la investigación futura de los efectos de la terapia de juego en el funcionamiento social, emocional y conductual de niños que padecen enfermedades. Entre sus recomendaciones, podemos citar: a) realizar más investigaciones con niños que tengan diversos padecimientos médicos, b) examinar el impacto del juego en una gran variedad de situaciones y complicaciones en la vida de niños que padecen enfermedades, como prepararlos para una hospitalización o un procedimiento médico, lidiar con el aumento y la reducción de los síntomas de una enfermedad crónica que pone en riesgo la vida, enfrentar síntomas agudos relacionados con padecimientos médicos menos graves (p. ej., asma moderado) y comprender la manera en que los niños experimentan el dolor relacionado con la enfermedad o un procedimiento médico, c) documentar las intervenciones y su funcionamiento, sobre todo los protocolos de juego se deben registrar cuidadosamente y, en la medida de lo posible, ser anualizadas para que puedan replicarse, y d) documentar los efectos de distintos aspectos de las intervenciones de terapia de juego para entender mejor los mecanismos a través de los cuales operan distintas técnicas. Nuestras recomendaciones para las futuras investigaciones en este campo es que se incluyan diversas técnicas de medición para evaluar y registrar los cambios en el funcionamiento del niño, así como que se realicen estudios de caso y otros métodos de investigación adecuados para muestras pequeñas con el fin de obtener una imagen más completa del curso y el impacto de la terapia de juego en niños que padecen enfermedades crónicas.

CONCLUSIÓN

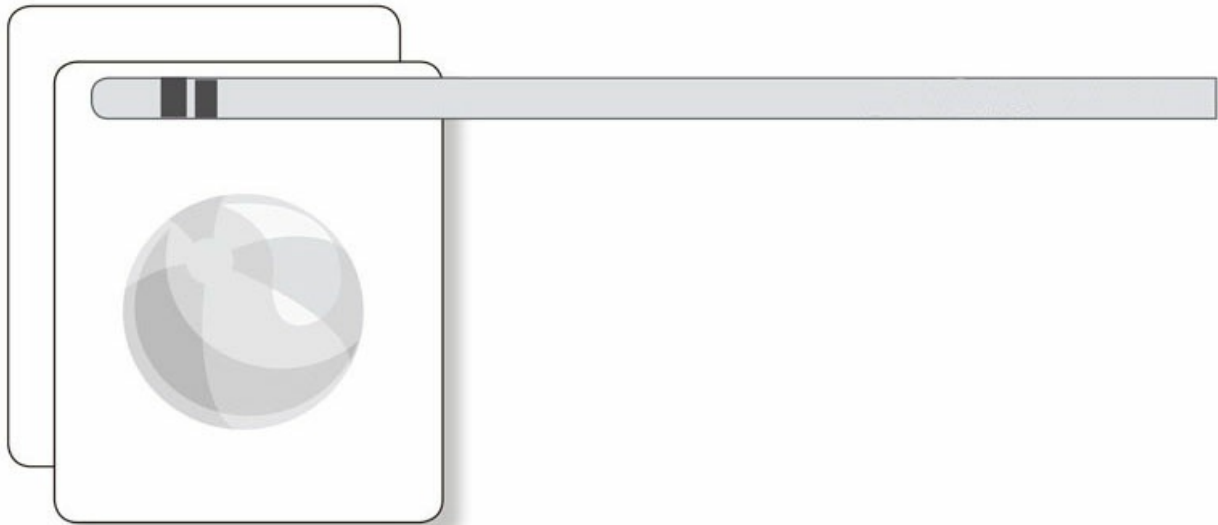
El juego es una herramienta que conecta a los niños con su mundo cotidiano, de modo que puedan compartir las experiencias de su enfermedad y los procedimientos médicos con los demás. Compartir la tristeza y otras emociones constituye una descarga poderosa que permite a los niños mejorar su capacidad de afrontar la incertidumbre del curso de su enfermedad y de los procedimientos médicos, los cuales los hacen sentir diferentes de sus padres, porque no tienen control sobre la enfermedad crónica.

La terapia de juego es una técnica dinámica para ayudar a niños que padecen enfermedades crónicas a afrontar las situaciones estresantes y adaptarse a sus circunstancias que enfrentan en relación con el dolor y los procedimientos médicos. El juego es una manera de expresar emociones, y es un método indirecto para descargar sentimientos de molestia y tristeza, los cuales es difícil expresar en casa en tanto que los niños procuran proteger a sus familias de mayores pesares relacionados con su padecimiento médico. El juego es el mundo de los niños; ahí pueden revivir y descargar sus emociones y procesar el trauma en contextos en que tienen control sobre las acciones de los personajes y los resultados de las situaciones de juego. Debido a que tienen control sobre el juego que se despliega, los ayuda a mediar sus emociones intensas para que puedan lidiar con sus sentimientos en los momentos y del modo en que lo decidan. Este control y la capacidad de expresar emociones a través de un medio seguro empoderan a los niños y facilita su expresión emocional y sus habilidades de solución de problemas. Por último, a través del juego, el terapeuta entra el mundo del niño y lo ayuda a expresar sus emociones, aprender a ser positivo y solucionar problemas, y a desarrollar habilidades de afrontamiento.

■ REFERENCIAS

- Adamo, S. M. G., & DeFalco, R. (2012). The role of play in the psychotherapy of a child suffering from cancer. *Psychoanalytic SocialWork, 19*, 101–120.
- Athanassiadou, E., Tsiantis, J., Christogiorgos, S., & Kolaitis, G. (2009). Letter to the editor: An evaluation of the effectiveness of psychological preparation of children for minor surgery by puppet play and brief mother counseling. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 62–63.
- Axline, V. M. (1974). *Play therapy*. New York, NY: Ballantine Books.
- Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2005). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents, and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development, 32*(1), 19–31.
- Behrens, C. (1986). Therapeutic games for children. En C. E. Schaefer & S. E. Reid (Eds.), *Game play: Therapeutic use of childhood games* (pp. 187–196). New York, NY: Wiley.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, C. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 376–390.
- Clark, C. D. (2007). Therapeutic advantages of play. En A. Göncü & S. Gaskins (Eds.), *Play and development: Evolutionary, sociocultural, and functional perspectives* (pp. 275–293). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Eiser, C., Eiser, J. R., & Jones, B. A. (1990). Scene schemata and scripts in children's understanding of the hospital. *Child: Care, Health and Development, 16*, 303–317.
- Gariépy, N., & Howe, N. (2003). The therapeutic power of play: Examining the play of young children with leukemia. *Child: Care, Health, and Development, 29*, 523–537.
- Glazer-Walman, H. R., Zimmerman, J. E., Landreth, G. L., & Norton, D. (1992). Filial therapy: An intervention for parents of children with chronic illness. *International Journal of Play Therapy, 1*, 31–42.
- Johnson, M. R., & Kreimer, J. L. (2005). Guided fantasy play for chronically ill children: A critical review. En L. A. Ready, T. M. Files-Hall, & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 105–122). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jones, E. M., & Landreth, G. L. (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *International Journal of Play Therapy, 11*(1), 117.
- Kazak, A. E., Penati, B., Boyer, B. A., Himelstein, B., Brophy, P., Waibel, M. K., & Johnson, K. (1996). A randomized controlled prospective outcome study of a psychological and pharmacological intervention protocol for procedural distress in pediatric leukemia. *Journal of Pediatric Psychology, 21*(5), 615–631.
- Landreth, G. L. (1991). *Play therapy: The art of the relationship*. Muncie, IN: Accelerated Development.
- Last, B. F., Stam, H., Onland-van Nieuwenhuizen, A. M., & Grootenhuis, M. (2007). Positive effects of a psychoeducational group intervention for children with a chronic disease: First results. *Patient Education and Counseling, 65*, 101–112.
- Moore, M., & Russ, S.W. (2006). Pretend play as a resource for children: Implications for pediatricians and health professionals. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*(3), 237–248.
- Murphy-Jones, E. (2001). Play therapy for children with chronic illness. En G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 271–288). New York, NY: Brunner-Routledge/Taylor & Francis.
- Nabors, L., Bartz, J., Kichler, J., Sievers, R., Elkins, R., & Pangallo, J. (2013). Play as a mechanism of working through medical trauma for children with medical illnesses and their siblings. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 36*(3), 212–224.
- Nabors, L., & Lehmkuhl, H. (2004). Children with chronic medical conditions: Recommendations for school mental health clinicians. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 16*, 1–15.
- Nelson, K., & Nelson, A. (1990). Category production in response to script and category cues by kindergarten and second-grade children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 11*, 431–446.
- Proczkowska-Björklund, M., Gustafsson, P. A., & Svedin, C. G. (2010). Children's play after anaesthesia and surgery: Background factors and associations to behavior during anaesthetic induction. *Journal of Child Health Care, 14*(2), 170–178.

- Rae, W. A., & Sullivan, J. R. (2005). A review of play interventions for hospitalized children. En L. A. Reddy, T. M. Files-Hall, & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 123–142). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ray, D., Bratton, S. C., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy, 10*(1), 85–108.
- Tew, K. (2010). Filial therapy with parents of chronically ill children. En J. N. Baggerly, D. C. Ray, & S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy: The evidence base for practice* (pp. 295–309). Hoboken, NJ: Wiley.
- van der Lee, J. H., Mokkink, L. B., Grootenhuis, M. A., Heymans, H. S., & Offringa M. (2007). Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: A systematic review. *Journal of the American Medical Association, 297*(24), 2741–2751.
- VanFleet, R., Ryan, S. D., & Smith, S. K. (2005). Filial therapy: A critical review. En L. A. Reddy, T. M. Files-Hall, & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 241–264). Washington, DC: American Psychological Association.
- Walco, G. A., Varni, J.W., & Ilowite, N. T. (1992). Cognitive-behavioral pain management in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics, 89*(6), 1075–1079.



Capítulo 23

Terapia de juego e intervención en crisis con niños víctimas de desastres

Jennifer N. Baggerly

Los niños que han vivido desastres constituyen una población única debido a su vulnerabilidad a potenciales síntomas de trauma. La terapia de juego es necesaria para que los niños superen estos síntomas y continúen con su desarrollo. El enfoque innovador de la terapia de juego en respuesta a desastres (TJRD), que integra la terapia de juego centrada en el niño y la psicoeducación cognitivo-conductual, es un tratamiento para niños que han vivido desastres. El propósito de este capítulo es preparar a los terapeutas para el trabajo con niños después de desastres: a) definiendo la población, en particular las características, las necesidades especiales y los síntomas neurofisiológicos, físicos, cognitivos, emocionales, conductuales y espirituales; b) explicando por qué la terapia de juego es adecuada; c) describiendo las teorías que mejor se adaptan a esta población, como los primeros auxilios psicológicos y la TJRD, así como las modificaciones al procedimiento; d) discutiendo las estrategias específicas para esta población; y e) identificando las evidencias e investigaciones que sustentan este trabajo.

POBLACIÓN

La población de niños que experimentan desastres naturales o causados por el hombre comprende a millones en todo el mundo cada año. En 2012, un total de 357 desastres (p. ej., terremotos, tornados, inundaciones, incendios y epidemias) en todo el mundo causaron 9 655 muertes, 124.5 millones de víctimas y 157 mil millones de dólares en pérdidas (Guha-Sapir, Vós, Below y Ponserre, 2013). Estos desastres naturales alteraron las vidas de millones de niños de todas las edades, géneros, razas, grupos étnicos, religiones y nacionalidades. Los desastres causados por el hombre (p. ej., guerra, terrorismo, tiroteos masivos, derrames de petróleo, accidentes aéreos) alteraron la vida de una cifra estimada de 14.5 millones de niños que se convirtieron en refugiados o que fueron desplazados de sus hogares debido a conflictos armados (UNICEF, 2007). Para finales de 2013, más de 11 420 niños fueron asesinados tan solo en el conflicto sirio (Salam y Daragan, 2013). En EUA, miles de niños han estado expuestos a desastres causados por el hombre, como derrames de petróleo y tiroteos masivos. La combinación de desastres naturales y causados por el hombre impactaron en 3 millones de niños en EUA en 2015, cifra estimada con base en el hallazgo de que 14% de una muestra representativa de niños de EUA entre 2 y 17 años de edad informó, en una encuesta, haber estado expuesto a un desastre, 4.1% informó que estuvo expuesto en el último año (Becker-Blease, Turner y Finkelhor, 2010).

Características y necesidades especiales

Al trabajar con niños que han experimentado un desastre, el terapeuta debe considerar sus características y necesidades particulares. En especial, se deben tener presente la vulnerabilidad de los niños, los síntomas usuales y atípicos.

Vulnerabilidad

La característica más sobresaliente de los niños que han estado expuestos a un desastre es su vulnerabilidad. Los niños son vulnerables después de un desastre por varias razones. Primero, se encuentran en un periodo crítico de su desarrollo en el que su cerebro y su cuerpo pueden ser alterados por influencia del ambiente (Gaskill y Perry, 2012). Segundo, la calidad de los cuidados que reciben influye en gran medida en su capacidad para recuperarse de un desastre (Scheeringa y Zeanah, 2001). Por último, el poder interpersonal e institucional de los niños es limitado para poder abogar por sus propias necesidades y obtener recursos. Así, los niños necesitan atención especial durante un desastre y después de él para asegurar su bienestar físico y psicológico.

Síntomas típicos

Los desastres, tanto los naturales como los causados por el hombre, pueden producir síntomas típicos de leves a graves de corto plazo o atípicos de largo plazo en los niños. La mayoría sólo experimenta síntomas temporales después de un desastre (LaGreca, 2008). Los síntomas de corto plazo ocurren en una o varias categorías: neurofisiológicos, físicos, cognitivos, emocionales, conductuales o espirituales (Baggerly y Exum, 2008).

Entre los síntomas neurofisiológicos, la amenaza real o percibida de un desastre puede ocasionar que el tronco cerebral y el diencefalo del niño activen una respuesta de afrontamiento o una reacción de pelea o huida. En su investigación seminal, van der Kolk (1994) explicó “la activación simultánea de corticosteroides y catecolaminas que pueden activar las conductas de afrontamiento, mientras que la activación aumentada en presencia de niveles bajos de glucocorticoides promueve reacciones indiferenciadas de pelea o huida” (p. 356). Perry, Poland, Blakely, Baker y Vigilante (1995) explicaron que la parte inferior del cerebro infantil puede activar una respuesta de pelea o huida, o una respuesta disociativa de congelación y rendición. En consecuencia, los desastres alteran las capacidades del sistema límbico para regular emociones, estados de ánimo, conductas y aprendizaje. Las funciones corticales de introspección, planeación, secuencia temporal, autoconsciencia y competencia socioemocional también sufren alteraciones.

Debido a esta respuesta neurofisiológica de temor en la parte inferior del cerebro, los niños experimentan numerosos síntomas físicos, como dolor de cabeza y estómago, poco apetito, insomnio, incontinencia nocturna y fatiga (Brymer et al., 2006; LaGreca, 2008; Vijayakumar, Kannan y Daniel, 2006). Los problemas de corto plazo más comunes que padece un niño después de un desastre natural es la perturbación del sueño. Casi 80% de los padres que estuvieron en el terremoto de la bahía de San Francisco dijeron que sus hijos presentaron perturbaciones del sueño (Vogel y Vernberg, 1993). Resultados similares se encontraron entre una población que vivió un huracán; 50% de una muestra de padres informaron que sus hijos preescolares presentaron resistencia o rechazo a dormir (Sullivan, Saylor y Foster, 1991).

Entre los síntomas cognitivos, los desastres cambian las creencias y juicios de los niños; por ejemplo, ellos creen que todas las tormentas destruirán sus casas (LaGreca, 2008). Los niños tienen dificultades para concentrarse o tomar decisiones, lo cual afecta su desempeño académico. Pane, McCaffrey, Kalra y Zhou (2008) encontraron que los estudiantes desplazados en Louisiana después del huracán de 2005 tuvieron cambios negativos en sus puntuaciones de pruebas estandarizadas. McFarlane, Policansky e Irwin (1987) encontraron una disminución significativa en los logros académicos entre los niños expuestos a un incendio devastador, 8 meses después del desastre. Con el tiempo, la tasa de bajo desempeño escolar en realidad aumentó, puesto que casi una cuarta parte de la muestra no tenía un rendimiento acorde con su potencial 26 meses después.

Entre los síntomas emocionales, los desastres obstaculizan las capacidades para manejar los sentimientos de temor y enojo, conectar con los otros, sentirse digno de vivir y mantener una autoestima saludable (LaGreca, 2008). Con frecuencia, los niños pequeños experimentan ansiedad de separación después de un desastre. En realidad, se

ha informado que la ansiedad de separarse de un padre o cuidador es más estresante que el propio desastre (Yorbik, Akbiyik, Kirmizigul y Sohmnen, 2004). Los niños pueden presentar temor a cosas que le recuerden el trauma, como la lluvia. Por ejemplo, después de un huracán, un niño se negó a bañarse durante un mes, porque la familia estaba agachada en la tina de baño cuando el huracán destruyó el tejado de su casa.

Entre los síntomas conductuales, los niños afectados por desastres experimentan retraimiento social, hipervigilancia, incontinencia nocturna, agresividad y rechazo a la escuela (Brymer et al., 2006; LaGreca, 2008). También pueden hacer recreaciones en el juego de las escenas traumáticas como un intento de tener una sensación de dominio sobre la experiencia abrumadora (Terr, 1990). Por ejemplo, los niños de un refugio después de un huracán jugaban al huracán dando vueltas y golpeando las cosas a su paso.

Entre los síntomas espirituales, los desastres pueden hacer que el niño cambie sus creencias acerca de dios y su visión del mundo (Baggerly y Exum, 2008). Pueden pensar que dios está enojado con ellos y ver al mundo como un lugar peligroso. Por ejemplo, una niña de un refugio después de un huracán usó una pistola de dardos para dispararle a una cruz diciendo, “estoy destruyendo a dios igual que él destruyó a mi familia con el huracán.”

Por fortuna, la mayoría de estos síntomas típicos se resuelven en poco tiempo. Speier (2000) afirmó, “por lo general, los niños se recuperan de experiencias aterradoras asociadas con un desastre sin necesidad de una intervención profesional. La mayoría sólo requiere tiempo para experimentar su mundo como un lugar seguro otra vez y a sus padres, como cuidadores nutricios quienes otra vez están a cargo” (p. 9).

Síntomas atípicos

Aunque estas reacciones ante los desastres por lo general se resuelven en 30 días, algunos niños experimentan síntomas graves, como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, durante meses o años si no reciben tratamiento (Kronenberg et al., 2010). Después del huracán Andrew, se encontraron síntomas muy graves en 55% de los niños en edad escolar tres meses después del desastre, y en 35% 10 meses después del huracán (LaGreca, Silverman, Vernberg y Prinstein, 1996). Del mismo modo, un año después del huracán Katrina, 61% de los niños de escuela primaria que vivían en las áreas de alto impacto presentaron síntomas intensos del trastorno de estrés postraumático (Jaycox et al., 2010). Aproximadamente dos años del huracán Katrina, 31% de los padres encuestados informaron que sus hijos habían sido diagnosticados con depresión, ansiedad o trastornos de la conducta, y 18% también informó una disminución de su desempeño académico (Abramson, Stehling-Ariza, Garfield y Redlener, 2008).

Para predecir qué niños son más propensos a presentar síntomas atípicos de largo plazo después de un desastre, el terapeuta tiene que evaluar las características del desastre y del niño, así como la exposición a éste (Rosenfeld, Caye, Ayalon y Lahad, 2005). Los desastres de mayor duración e intensidad provocan síntomas más graves (LaGreca, 2008).

Los desastres causados por el hombre tienden a ocasionar problemas de salud más serios, porque la confianza de las personas en el orden social es violado (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Los niños que viven una exposición más directa y sienten amenazada su vida durante el desastre tienden a experimentar síntomas más graves (LaGreca et al., 1996). En relación con las características, los niños más pequeños, en general, presentan síntomas más graves en comparación con los que han vivido abuso o victimización previos (Becker-Blease et al., 2010).

El terapeuta puede examinar a los niños en busca de síntomas actuales atípicos recurriendo a evaluaciones como el *Child's Reaction to Traumatic Events Scale-Revised* [Escala Revisada de Reacción Infantil a Eventos Traumáticos] (Jones, Fletcher y Ribbe, 2002) o el *Disaster Experiences Questionnaire* [Cuestionario de Experiencias de Desastres] (Scheeringa, 2005). Los síntomas de trastorno de estrés postraumático se pueden medir con el *Trauma Symptom Checklist for Young Children* [Lista de Verificación de Síntomas Traumáticos para Niños Pequeños] (Briere, 1996). Otros instrumentos de evaluación se encuentran disponibles en *National Children Traumatic Stress Network* [Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil] (www.nctsnet.org).

POR QUÉ LA TERAPIA DE JUEGO ES ADECUADA

Hay tres razones por las que la terapia de juego es adecuada para niños que ha experimentado trauma relacionado con un desastre. Primera, el impacto neurofisiológico de un evento aterrador, como un desastre, reduce el funcionamiento cerebral en las áreas de Broca y Wernike, las cuales controlan la producción y la comprensión del habla (van der Kolk, 2007). En consecuencia, los niños pueden asustarse literalmente al grado de quedar mudos. El simbolismo no verbal del juego les permite expresar sus experiencias. Los juguetes se convierten en las palabras del niño, y el juego en su lenguaje para comunicar sus reacciones al evento aterrador (Landreth, 2012). A medida que el terapeuta sigue el juego del niño, los recuerdos aterradores implícitos se externalizan y se hacen explícitos, de modo que es posible procesarlos.

Segunda, la terapia de juego facilita el procesamiento de recuerdos explícitos de los estímulos que recuerdan al desastre a través de la desensibilización sistemática. Los niños se relajan en la experiencia del juego y, poco a poco, se acercan a los objetos como ambulancias de juguete o recrean escenas como correr en busca de refugio (Baggerly, 2012). Si uno de estos estímulos se vuelve abrumador, los niños pueden cambiar el juego a una actividad que les da tranquilidad o consuelo, como mecer un muñeco de bebé. Repetir este patrón de exposición gradual en el juego y al ritmo del niño, le da el valor para interactuar con los estímulos que le recuerdan el desastre sin sentir ansiedad.

Tercera, las respuestas del terapeuta, como reflejar los sentimientos y ampliar el significado, ayudan a los niños a alcanzar la comprensión emocional del desastre (Terr, 1990). Cuando el terapeuta expresa empatía mientras el niño juega se activan las neuronas espejo de éste, su consciencia aumenta y sus redes neuronales adaptativas se integran, fomentando, así, una sensación de bienestar (Siegel, 2006, 2007). A través de este proceso, los niños le dan sentido a las experiencias aterradoras. Los recuerdos implícitos y explícitos se integran en la estructura del sí mismo para que la energía no se invierta en la evitación de estímulos que recuerden el trauma. En su lugar, los niños tienen libertad para usar su energía en la continuación de su desarrollo.

TEORÍAS DE LA TERAPIA DE JUEGO

Las intervenciones en salud mental para niños se eligen con base en la fase del desastre (LaGreca y Silverman, 2009). Algunas teorías de la terapia de juego son más adecuadas para ciertas fases del desastre que otras. En la fase inmediata al impacto, todos los niños deben recibir primeros auxilios psicológicos (PAP) e intervenciones en grupos grandes para mejorar el afrontamiento y reducir los síntomas típicos. Los PAP tienen su origen en la teoría cognitivo-conductual (TCC) con un enfoque focalizado en las soluciones, cuya meta es el afrontamiento y la estabilización y se alcanza en una sola interacción de tiempo limitado, con frecuencia de sólo 20 o 30 minutos (Brymer et al., 2006). En la fase de recuperación de corto plazo (es decir, en las primeras semanas o meses), los niños también deben recibir una terapia de juego en grupos pequeños basada en la TCC (Baggerly y Mescia, 2005; Brymer et al., 2006) con el fin de reforzar las estrategias de afrontamiento de muchos niños en un tiempo limitado (Felix, Bond y Shelby, 2006).

En la fase de regreso a la vida (es decir, después de algunos meses y hasta que se cumple un año), los niños con síntomas deben recibir terapia de juego en respuesta a desastres (TJRD) (Baggerly, 2007). La TJRD se basa en la terapia de juego centrada en el niño (TJCN) acompañada de intervenciones cognitivo-conductuales en los últimos 15 min de cada sesión. Este enfoque integrado facilita las tres etapas de recuperación del trauma: establecimiento de seguridad, recuento reparador de la historia traumática, y reconexión con la familia, pares y apoyos sociales en la comunidad (Herman, 1992). El cuarto de juego y los procedimientos de la TJCN establecen un entorno seguro y facilitan el recuento reparador de la historia traumática. Las estrategias de la TCC promueven las estrategias de afrontamiento y la reconexión del niño con los otros.

Procedimientos basados en las etapas del desastre

Fase inmediata posterior al impacto: primeros auxilios psicológicos

En la fase inmediata posterior al impacto, los sobrevivientes del desastre se reúnen en refugios o en otras instalaciones. El objetivo principal son las necesidades inmediatas y la seguridad física. Las intervenciones psicológicas son breves y se enfocan en reducir síntomas y dificultades de largo plazo (LaGreca y Silverman, 2009). En esta fase, los PAP se consideran la mejor intervención (LaGreca y Silverman, 2009). “PAP es un enfoque modular basado en evidencias para ayudar a niños, adolescentes, adultos y familias ... y diseñado para reducir la angustia inicial causada por los eventos traumáticos y promover el funcionamiento y afrontamiento adaptativos de corto y largo plazo” (Brymer et al., 2006, p. 5). Esta intervención se realiza de manera individual y tiene una duración de 15 a 20 minutos, por lo general, en un centro de atención a desastres, instalaciones médicas o en un lugar cercano al desastre cuando la seguridad se ha

restablecido. Baggerly y Mescia (2005) desarrollaron un enfoque modificado de los PAP para niños en el modelo C³ARE.

Modelo C³ARE para niños: intervención individual inicial

El modelo C³ARE es una intervención individual inicial que ayuda a los niños a estabilizarse después de un desastre (Baggerly y Mescia, 2005). En este procedimiento de seis pasos, el terapeuta revisa, conecta, conforta, evalúa, remite y educa de la siguiente manera:

1. *Revisa* la escena para asegurarse de que es seguro entrar, la estructura para identificar la autoridad principal de la escena, a sí mismo para garantizar su propia preparación y al niño sobreviviente para asegurarse de que está físicamente a salvo.
2. *Conecta* con el niño estando tranquilo, situándose a nivel de él y usando títeres para establecer rapport; con el protector del niño presentándose; y con los servicios especializados que se requieren inmediatamente después, como los servicios médicos de urgencia. Por ejemplo, el terapeuta podría decir, “Hola, mi nombre es ____, y voy a ayudar aquí el día de hoy. Éste es mi títere llamado _____. ¿Éste es tu familiar o tu amigo? ¿Te parece bien si te hago una visita? ¿Te duele algo o te sientes mal? ¿Qué necesitas justo en este momento?”
3. *Conforta* al niño con palabras tranquilizantes y afirmativas; le ofrece comida, agua y una manta; lo guía para que relaje su cuerpo a través de la respiración profunda, haciendo burbujas y la relajación muscular progresiva; alienta al niño a que dibuje un lugar seguro y feliz. Por ejemplo, dice, “Has pasado momentos difíciles, pero ahora están a salvo. ¿Te gustaría comer o beber algo? Conozco algunas maneras de hacerte sentir tranquilo. Haz burbujas. Ahora tensa los músculos como si fueras un soldado y luego relájalos como una muñeca de trapo. Dibuja un lugar seguro y feliz en esta hoja de papel.”
4. *Evalúa* (de manera informal mediante la observación) el funcionamiento y afrontamiento del niño; monitorea su estado físico y conductual; identifica los factores de riesgo y de protección; y determina las necesidades actuales y potenciales. El terapeuta puede preguntar, “¿Qué crees que necesitas justo ahora y en el futuro para salir adelante? Ayudaré a tu familia a encontrar la manera de obtener esas cosas.”
5. *Remite* al niño y al protector a los servicios y recursos necesarios, los pone en contacto con personas del lugar que los puedan ayudar y pares seguros, les ofrece folletos con los síntomas típicos del trauma y las estrategias de afrontamiento. Dice, “Dijiste que necesitabas _____. Esta información te puede servir a ti y a tu familia. ¿Qué preguntas tienes? Hazme saber cuando tengas otras preguntas o necesites ayuda con alguna cosa.”
6. *Educa* al niño y a los protectores acerca de las respuestas de trauma, las normaliza y alienta las estrategias positivas de afrontamiento, como la detención del pensamiento, técnicas de distracción, cantar, rezar/meditar y jugar con otros niños. El terapeuta

puede decir, “Muchos niños notan cambios en su cuerpo o en las cosas que hacen después de que algo aterrador ocurre. Algunos tienen pesadillas o lloran mucho, o no quieren jugar al aire libre. Aquí hay un documento con diversos cambios que se manifiestan en los niños. ¿Qué cambios has notado tú? Hay cambios normales que se observan en niños normales como tú cuando algo diferente y aterrador ocurre. ¿Qué sueles hacer para sentirte bien cuando te sientes mal? Yo conozco otras cosas que puedes hacer. ¿Te gustaría aprenderlas? Intenta esto... Aquí hay un documento que te dice muchas cosas que puedes hacer. Más tarde voy a reunir a los niños para que jueguen juntos. ¿Te gustaría venir? Ahora voy a visitar a otros niños. Regresaré después para avisarte cuando empiecen los juegos. Gracias por pasar un tiempo conmigo. Me dio mucho gusto conocerte. Adiós.”

A lo largo de esta intervención, el terapeuta debe emplear habilidades básicas de escucha atenta, reflejo de sentimientos, comunicación clara, focalización en las preocupaciones y respeto a la confidencialidad (Baggerly, 2006). El terapeuta puede conocer los detalles de cómo implementar las herramientas de estabilización y de recuperación del trauma consultando Baranowsky, Gentry y Schultz (2011).

Fase de recuperación de corto plazo: intervenciones basadas en el juego, grupos pequeños

Dado que la intervención en crisis requiere un enfoque de estabilización más activo y directivo que la consejería y la terapia de juego típicas (Brymer et al., 2006), el terapeuta tiene que integrar técnicas de la terapia de juego en sesiones de consejería en grupos pequeños de niños que experimentan síntomas en la fase de recuperación de corto plazo. Enseñar a los niños habilidades cognitivo-conductuales les ayuda a establecer seguridad y estabilización en su cuerpo, así como conocimientos, conductas, emociones y relaciones sociales (Baggerly, 2006). Feliz, Bond y Shelby (2006) adaptaron varias estrategias del protocolo de PAP (Brymer et al., 2006) para niños preescolares y de primaria que vivieron desastres.

Normalizar los síntomas. Muchos niños pueden sentir vergüenza por sus reacciones al desastre, como la incontinencia nocturna, y los adultos pueden preocuparse cuando se presentan conductas agresivas o evitación a los estímulos que recuerdan a éste. El terapeuta debe normalizar las respuestas de los niños al desastre dando información a los adultos y los niños sobre las reacciones típicas. Esta información se puede transmitir mediante libros de historias de los niños (Holmes, 2000; Shephard, 1998) y representaciones con títeres creadas para abordar las situaciones locales. Por ejemplo, después del tsunami de 2004, los maestros Sri Lanka estaban angustiados al ver que algunos niños se negaban a jugar al aire libre por temor a que llegara otro tsunami. Varios terapeutas elaboraron una representación con títeres en la que se explicaba esto como una respuesta normal y les recordaba cómo reconocer las evidencias físicas para

determinar cuándo es inminente un tsunami (Baggerly, 2006).

Manejo de la hiperactivación. Algunos niños experimentan hiperactivación corporal, porque no pueden desactivar sus respuestas de pelea o huida después de un desastre (Perry et al., 2006). En consecuencia, muchos de ellos presentan inquietud generalizada y evitan los estímulos que les recuerdan al desastre, como estar cerca del agua, como un recurso para manejar la ansiedad. El terapeuta debe enseñar al niño técnicas para calmarse a sí mismo y relajarse, con el fin de que su cuerpo también tenga calma. Estos procedimientos incluyen a) hacer respiraciones profundas mediante actividades lúdicas, como hacer burbujas de jabón o soplarle a un rehilete; b) relajación muscular progresiva tensando los músculos como un muñeco de hojalata y luego relajándolos como una muñeca de trapo; c) concentrarse en imágenes positivas dibujando lugares alegres, contando historias con finales positivos o meditando en lugares tranquilos; y d) enseñar a los padres y protectores a realizar sesiones de tranquilización que incluyan dar masaje, mecer y cantar a los niños (Felix et al., 2006). Por ejemplo, en Sri Lanka, muchos niños tenían miedo de ir a la playa después del tsunami. Los terapeutas les enseñaron, a ellos y a sus maestros, a hacer respiraciones profundas y a visualizar una imagen positiva mientras cantaban la siguiente canción, que es la tonada de *“Twinkle, Twinkle Little Star”* [Parpadea, parpadea, estrellita]: *“I am safe and I am strong. Take a breath and sing this song. I’m growing stronger every day. I know that I will be okay. I am safe and I am strong. Take a breath and sing this song”* [Estoy a salvo y soy fuerte. Toma aliento y canta esta canción. Cada día soy más fuerte. Sé que estaré bien. Estoy a salvo y soy fuerte. Toma aliento y canta esta canción] (Baggerly, 2006). Poco a poco, los niños regresaron a la playa para colaborar en las faenas de pesca y lavar ropa.

Manejo de recuerdos perturbadores. Algunos niños tienen pensamientos perturbadores de los eventos relacionados con el desastre, porque las alteraciones cerebrales durante el trauma codifican imágenes indelebles en sus recuerdos implícitos (van der Kolk, 2007). El terapeuta debe enseñar a los niños métodos para contener dichas imágenes y tener los pies en la tierra, como a) “cambiar la cinta” remplazando el pensamiento con una canción, historia o dicho predeterminados, como “Ahora estoy a salvo y lo sé porque...” y b) actividades que los mantengan anclados al momento presente, como frotarse el estómago o frotarse las manos (Felix et al., 2006). El terapeuta también puede ayudar al procedimiento de asentamiento sensorial y de contención (Baranowsky et al., 2011) pidiendo al niño que juegue el juego 3-2-1. Se pide al niño que identifique tres objetos por encima de la altura de sus ojos, tres sonidos que todos puedan oír, tres cosas que puedan tocar; luego, dos cosas que puedan ver, oír y tocar; después, una cosa que puedan ver, oír y tocar. Esta actividad ayudó a los niños que estaban en refugios después del huracán Katrina a enfocarse en el aquí y ahora, así como a darse cuenta de que se encontraban a salvo en ese refugio (Baggerly, 2006).

Aumentar las cogniciones exactas. Debido a sus cogniciones egocéntricas y concretas, algunos niños hacen atribuciones erróneas respecto de las causas de los desastres, como sus pesadillas o su mala conducta. El terapeuta debe evaluar estas atribuciones erróneas

y dar una explicación exacta o, al menos, alterna a) haciendo una lista de posibles razones del desastre y pidiendo a los niños que decidan si son verdaderas o falsas; b) creando una caja de culpas para que los niños pequeños pongan sus dibujos de quién o qué tuvo la culpa y, luego, dibujen la causa correcta; c) elaborando una representación con títeres en la que estos indaguen en las atribuciones erróneas y uno de ellos dé las razones exactas; y d) escenificar un programa de radio a donde la gente llame y pregunte, mientras que un experto da información correcta (Felix et al., 2006). En Sri Lanka, los terapeutas realizaron una representación con títeres en la que un títere pequeño preguntaba con timidez si el tsunami había sido causado por sus pesadillas o por alguien que puso algo en el océano, mientras que títeres más grandes explicaban con calma que un terremoto bajo al agua fue la causa del tsunami (Baggerly, 2006).

Aumento del afrontamiento eficaz. Los niños pequeños no han tenido las experiencias suficientes para desarrollar diversas estrategias de afrontamiento y no tienen la capacidad cognitiva para evaluar con precisión la eficacia de las estrategias con las que sí cuentan. Debido a que las estrategias negativas de afrontamiento de retraimiento social y culparse a sí mismo se han correlacionado con mayores síntomas depresivos (LaGreca et al., 2010), el terapeuta debe ayudar a los niños a diferenciar entre las estrategias eficaces e ineficaces y a desarrollar otras estrategias adaptativas. Ajustar los estilos de afrontamiento preferidos de los niños (los “atentos” que se centran en los estímulos versus los “distráidos”, que se alejan de los estímulos) con las intervenciones correspondientes ha demostrado ser eficaz para reducir los síntomas (LaGreca, 2008).

Los procedimientos para mejorar el afrontamiento eficaz incluyen: a) escribir o dibujar estrategias desadaptativas de afrontamiento en tarjetas y pedirle al niño que “saque la basura”; b) jugar con cartas en las que los niños encuentren pares de estrategias adaptativas y desechen las desadaptativas; c) jugando adivinanzas en las que los niños actúen las estrategias positivas; y d) organizar juegos de cooperación adecuados en términos de desarrollo, como las estatuas de marfil o carreras de relevos (Felix et al., 2006). Por ejemplo, después de los tornados de Oklahoma, los terapeutas orientaron a los niños para fabricar pulseras con cinco tarjetas de colores en las que dibujaron estrategias eficaces de afrontamiento.

Búsqueda de apoyo social. Muchos niños pequeños se retraen o se aferran a sus padres después de un desastre. Algunos niños mayores se aíslan del apoyo social saludable realizando conductas disruptivas con padres o se disocian vía los videojuegos. El terapeuta debe enseñarles modos adecuados de buscar apoyo social saludable y de disminuir el retraimiento social nocivo. El procedimiento propuesto por Felix et al. (2006) incluye: a) juego de roles en el que se muestre la manera de pedir apoyo social de cuatro fuentes distintas, como pares, padres, personal de auxilio y maestros; b) haciendo cupones de apoyo escribiendo o dibujando una petición de ayuda en una hoja de papel y dándosela a un par o adulto de confianza cuando sea necesario; y c) creando una cadena de apoyo con muñecos de papel, en la que las imágenes unidas se etiqueten con los nombres de personas que brindan apoyo. Por ejemplo, después del huracán Katrina, algunos niños demandaban con ira a los adultos que jugaran con ellos, por lo

que los terapeutas les enseñaron por medio del juego de roles a pedir con amabilidad a los adultos que jugaran con ellos (Baggerly, 2006).

Fomentar la esperanza. Cuando los desastres destruyen casas, escuelas, comunidades y vidas de seres queridos, los niños pierden las nociones de seguridad, orden y significado. En consecuencia, muchos pierden la esperanza. El terapeuta debe ser parte de una repuesta humanitaria compasiva que vuelva a encender la esperanza y las imágenes positivas del futuro. Los procedimientos propuestos por Felix et al. (2006) para fomentar la esperanza son: a) representar mediante el juego de roles los esfuerzos de la familia y la comunidad para reconstruir lo que sea necesario; b) crear historias, poemas o canciones para expresar esperanza; y c) identificar los proyectos de apoyo a la comunidad donde los niños puedan participar, como hacer tarjetas de agradecimiento a los oficiales de policía o construir un jardín de piedras. Por ejemplo, en Sri Lanka, los terapeutas orientaron a los niños para encontrar objetos de la naturaleza en la playa y colocarlos en un arenero para simbolizar la reconstrucción de su comunidad (Baggerly, 2006).

Antes de implementar estas intervenciones, es importante conocer la historia previa de la salud mental de los niños y, o experiencias traumáticas previas que puedan tener efectos después de un desastre natural. Por ejemplo, cuando los terapeutas implementaron las intervenciones después del tsunami en Sri Lanka, algunos niños manifestaron que sus padres habían sido asesinados por minas terrestres durante la guerra civil (Baggerly, 2006). Al trabajar con familias después del huracán Katrina, algunos padres indicaron que los síntomas de TDAH de sus hijos se habían intensificado. El terapeuta también debe recurrir a su juicio el implementar intervenciones en la fase de recuperación de corto plazo para no desencadenar traumas previos. Otra vez, la meta durante la respuesta al desastre es la estabilización. Si se observan cuestiones relacionadas con la historia de salud mental o de traumas previos, el terapeuta debe enfocarse en situar en el aquí y el ahora y en dar contención para estabilizar al niño y remitirlo a un profesional de la salud mental de su localidad para darle seguimiento.

Recuperación de largo plazo: terapia de juego en respuesta al desastre

La TJRD integra la terapia de juego centrada en el niño con estrategias de la TCC que se describieron con anterioridad (Baggerly, 2007, 2012). La terapia de juego centrada en el niño (Axline, 1947), tal como la describe Landreth (2012), se implementa en los primeros 35 minutos de la sesión para ayudar al niño a sentirse seguro y hacer una representación reparadora y la narrativa del trauma. Las estrategias psicoeducativas de la TCC se implementan en los 15 minutos restantes para reducir los síntomas del niño, mejorar el afrontamiento y reconectar con los miembros de su familia y comunidad. La TJRD se ejemplifica en el siguiente estudio de caso.

Estudio de caso

Jonah es un niño caucásico de 7 años de edad con TDAH; vivió un tornado cuando estaba en la escuela. El tornado arranco el techo de la escuela, mientras Jonah y sus compañeros se encontraban agazapados en el pasillo. Por desgracia, la maestra y un compañero de Jonah murieron aplastados por los escombros. Dos meses después, Jonah seguía mostrando síntomas de hiperactivación (es decir, insomnio y agresión), evitación de los estímulos que le recordaban el trauma (es decir, rechazo a ir a la escuela y miedo a la lluvia), intromisión (pesadillas y *flashbacks* cuando llovía). Jonah vivía con su abuela, porque su madre era drogadicta.

Jonah tenía varios factores de riesgo que predecían sus síntomas, es decir, problemas de salud mental por el TDAH, trauma por el abandono de su madre, tuvo contacto directo con el desastre y una experiencia intensa al presenciar la muerte de dos personas. Las puntuaciones de Jonah en el *Trauma Symptom Checklist for Young Children* se ubicaron en el rango de Intrusión, Evitación, Activación, Ira y Total-Estrés Postraumático.

Jonah participó en seis sesiones individuales de TJRD. El cuarto de juego contaba con juguetes correspondientes a las categorías de a) nutrición (p. ej., familias de muñecos flexibles, casa de muñecas, platillos, biberón, instrumentos de doctor, mantas); b) descarga de agresión (p. ej., muñecos inflables para golpear, pistola de dardos, cuchillo, soldaditos), y c) creación-expresión (p. ej., arenero, animales de granja y zoológico, grupos de policías y bomberos, carros, crayones, hojas de papel, tijeras). Para facilitar la recreación del desastre se incluyeron juguetes específicos como una escuela, autobús escolar y un *Thunder Tube* (un tambor especial con un cable que hace un sonido de tornado).

Se pusieron en práctica las habilidades básicas de la terapia de juego centrada en el niño, como rastrear la conducta de juego, reflejar sentimientos y el contenido del juego, devolver la responsabilidad, aliento, consolidar la autoestima, establecer límites terapéuticos, facilitar la comprensión y ampliar los significados. En las dos primeras sesiones, los temas del juego de Jonah fueron la exploración de los juguetes y la agresión al muñeco inflable. La parte psicoeducativa de las sesiones se centró en enseñar la respiración profunda utilizando burbujas de jabón, técnicas de estabilización del juego 3-2-1, detención del pensamiento con un aplauso y frotar las manos, y normalizar los síntomas por medio de representaciones con títeres.

En la tercer y cuarta sesiones, Jonah empezó a recrear la escena traumática primero mediante la actividad motriz gruesa y luego mediante la actividad motriz fina en el arenero, como se muestra en la tabla 23-1.

Tabla 23-1. Transcripción y análisis de la terapia de juego

Comentarios del niño y del terapeuta	Análisis

Niño: Toma y golpea el “Thunder tube” (juguete musical). Salta hacia atrás en una respuesta de sobresalto	Los juguetes son parte importante de la desensibilización sistemática. Cuando los niños están listos, se acercan al juguete que les recuerda al trauma. La exposición gradual permite adquirir una sensación de dominio de la situación
Terapeuta: “Te sobresaltó ese sonido”	El reflejo de sentimientos aumenta la consciencia y conecta la respuesta visceral del cuerpo con palabras que designan sentimientos
Niño: “Sí, me asustó.” Observa un minuto el juguete. Lo golpea otra vez sin saltar	El escenario seguro y la relación cálida con el terapeuta le dieron la sensación de seguridad para intentar otra vez
Terapeuta: “Fuiste valiente al hacer ese sonido otra vez. Ahora no te asustaste tanto	Alentar al niño y reforzar su autoestima facilita que domine la situación
Niño: Mueve el <i>Thunder Tube</i> sobre la escuela de juguete. “Wu, wu, wu. Cuidado escuela, se avecina un tornado”	Ahora que se siente seguro y alentado, adquiere el valor para comenzar la recreación del trauma cuando él lo decide
Terapeuta: “Les estás haciendo una advertencia. Conoces el sonido de las sirenas. Lo oíste antes”	El reflejo del contenido ayuda al niño a saber que el terapeuta comprende su juego. El terapeuta amplía el significado conectando el juego con experiencias pasadas para facilitar el dominio del trauma
Niño: “Yúp.” Luego, grita con voz de pánico, “¡Agáchese todo el mundo y formen una cadena para que el tornado no se los lleve!” Patea la escuela de juguete y todo el mobiliario y los muñecos se caen	Los niños recrean las escenas traumáticas como un intento por alcanzar la comprensión emocional de lo que ha sucedido y darle sentido
Terapeuta: “Algo muy aterrador está sucediendo a la gente que está en la escuela. Ellos saben algo que pueden hacer para mantenerse a salvo”	El reflejo de sentimientos se dirige a los muñecos más que al niño debido a que proyectar en ellos le brinda una distancia psicológica segura. Una frase que refuerce la autoestima le da un reconocimiento por tener habilidades de seguridad
Niño: Sigue gritando con voz de pánico e ira, “Sí, pero no sirve, porque mira, de todos modos se murieron un niño y la maestra.” Deja caer un bloque encima de algunos muñecos	Su tono y sus palabras revelan una incongruencia o una disonancia cognitiva entre el resultado ideal deseado y lo que en realidad sucedió
Terapeuta: “Es tan aterrador y triste que ellos hayan muerto, y tan, pero tan frustrante que nadie pudiera protegerlos. A veces, las cosas malas sólo pasan y la gente no puede controlarlas”	El reflejo de sentimientos se hace con un tono de voz acorde a ellos para transmitir empatía. El terapeuta usó un tono suave y triste para hacer consciente la falta de control como un intento de facilitar la comprensión
Niño: Mira la escuela abajo y suspira. Luego, se mueve con lentitud al arenero. Pone la mano en la arena para alisarla	La energía del niño se reduce y su actividad se vuelve más lenta. Parece integrar la nueva consciencia mientras se conforta a sí mismo alisando la arena
Terapeuta: “Ahora es más lento tu cuerpo y tu respiración. Te estás calmando a ti mismo alisando la arena”	La respuesta del terapeuta busca aumentar la consciencia corporal del niño y estimular su capacidad de autorregulación
Niño: Reúne los muñecos de la escuela y los pone en la arena. Entierra algunos muñecos. Luego pone soldados y policías en la orilla del arenero	Con frecuencia, los niños cambian de una recreación del trauma utilizando la motricidad gruesa a otra en la que emplean la motricidad fina para obtener una perspectiva diferente
Terapeuta: “Algunos de ellos están bajo la arena. Esos [señalando a los soldados y policías] están junto a la pared”	El terapeuta rastrea la conducta del juego sin nombrar objetos o asumiendo que están muertos para dejar que el niño guíe el juego y para promover su creatividad
Niño: Dice en voz baja: “¡Sí, aquí vienen los héroes para salvarlos a todos!”	El juego permite que los niños experimenten en la fantasía lo que desearon en la realidad
Terapeuta: “Los héroes en verdad quieren rescatarlos”	El terapeuta facilita la comprensión reflejando el tema del rescate
Niño: Con una energía ligeramente mayor, dice, “¡Esta vez, todos están a salvo!”	El niño hace una recreación reparadora del trauma para resarcir su esperanza y poder personales

Terapeuta: “Siempre lo intentan, y *esta* vez los salvaron. Es importante para la gente hacer lo que pueda para ayudar y tener esperanza en lo mejor”

El terapeuta amplía el significado conectando el juego inmediato con la añoranza interna de rescatar y mantener la esperanza con expectativas realistas

Después de 35 minutos de TJCN en la tercera y cuarta sesiones, el terapeuta dirigió la actividad psicoeducativa de crear “Mi libro de historias”, donde se describen los eventos antes, durante y después del tornado. Jonah hizo dibujos y el terapeuta transcribió sus pensamientos y sentimientos en cada evento. Esta actividad reveló qué partes del proceso de pensamiento de Jonah eran exactos y qué partes requerían atención. Por ejemplo, Jonah verbalizó el pensamiento de que “si hubiera estado sentado junto a la maestra, la habría podido salvar.” El terapeuta reflejó su deseo de protegerla y agregó una expectativa realista. “En verdad, querías protegerla. Por desgracia, aunque el hombre más fuerte del mundo hubiera estado junto a ella, no la habría podido salvar a pesar de en verdad querer hacerlo.” Traer este hecho a su consciencia lo ayudó a interpretar con exactitud la experiencia y a integrar en la estructura de su sí mismo que él es un niño afectuoso y protector, en vez de un niño débil y culpable.

En las sesiones cinco y seis, el tema del rescate fue más breve y menos intenso en el juego de Jonah. Se centró en construir “casas fuertes” con bloques. Estos juegos de dominio de habilidades y de creatividad indicaban un movimiento hacia la solución. La parte psicoeducativa de las sesiones reforzó el manejo de síntomas y las habilidades sociales para relacionarse de manera apropiada con pares y adultos cuando se sintiera alterado.

En la última sesión, la abuela de Jonah asistió como invitada para ver la representación con títeres que Jonah había creado, en la que se mostraba cómo pedir ayuda cuando estuviera alterado. También mostró sus estrategias de afrontamiento y compartió su “Mi libro de historias.” Su abuela confirmó su gradual mejora informando que había tenido el valor de regresar a la escuela y no se había peleado en las últimas dos semanas. El terapeuta concluyó la sesión enseñando a la abuela algunas actividades para fortalecer su vínculo (Bailey, 2010) y le proporcionó información sobre lo que pueden hacer los padres después de que su hijo ha vivido un desastre.

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS PARA ESTA POBLACIÓN

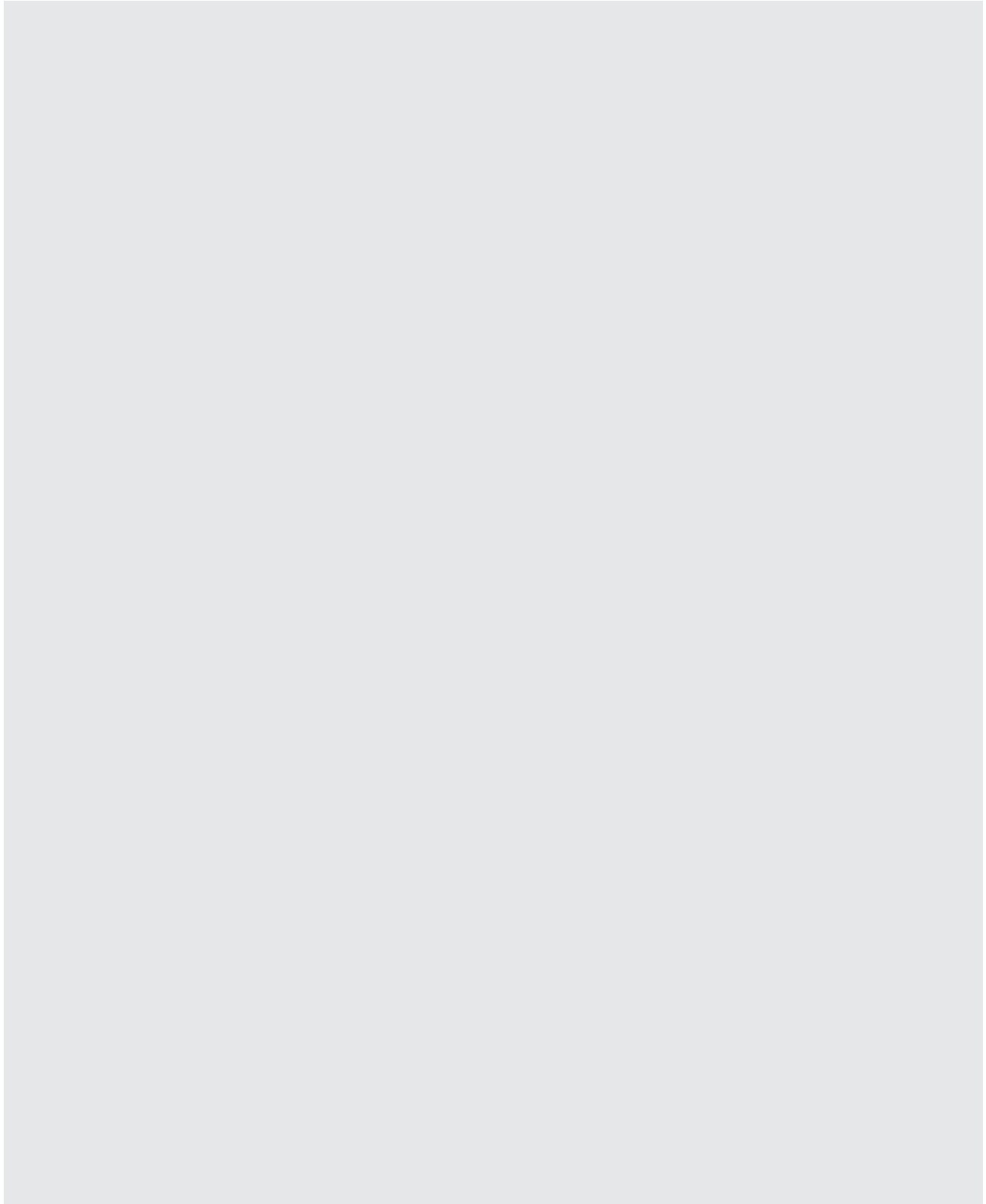
Las poblaciones de niños que pueden requerir técnicas y estrategias especiales pertenecen a ciertos contextos interpersonales, culturales y sociales. Respecto de los contextos interpersonales, los niños tienden a reproducir las reacciones de sus padres y otros adultos significativos frente al desastre. Los niños de padres que muestran una ansiedad excesiva tienen la misma tendencia (LaGreca et al., 1996). Por lo tanto, una estrategia particular para esta población es que se realicen consultas intensivas con los padres con el fin de enseñarles estrategias para calmarse. Una manera creativa es invitarlos al final de las sesiones de juego con sus hijos para que estos les enseñen estrategias para calmarse a sí mismos. Esta estrategia permite que niños y padres se brinden apoyo mutuo en el manejo de la ansiedad.

El contexto cultural influye en las interpretaciones infantiles de las causas del desastre, así como en sus estrategias de afrontamiento (Rosenfeld et al., 2005). Algunas culturas atribuyen el desastre a la voluntad de Dios o lo ven como un castigo, mientras que otras los atribuyen a causas científicas. Con el fin de respetar estas diferencias, es indispensable que el terapeuta pregunte a los padres, a informantes de la misma cultura o a representantes religiosos sobre su perspectiva acerca de las causas del desastre. Por ejemplo, algunos niños tamiles de Sri Lanka creían que el tsunami de 2005 fue un castigo de Dios por la guerra civil. Los terapeutas aceptaron esta interpretación y se enfocaron en la fortaleza de la población para sobrevivir. Del mismo modo, tomando en cuenta que las culturas hacen hincapié en diversas estrategias de afrontamiento, el terapeuta puede preguntar a los niños y a sus familias cuáles son las estrategias que más usan. Por ejemplo, los niños tamiles eran adeptos al yoga y la meditación, y sus padres estaban complacidos viéndolos aprovechar sus recursos.

En relación con el contexto social, los niños de grupos con menor poder económico y sociopolítico, como las minorías étnicas y otros grupos marginados, tienden a presentar síntomas más graves (LaGreca, 2008). El terapeuta tiene que proporcionar apoyo a la justicia social con el fin de cubrir las necesidades de la familia. Por ejemplo, si una familia no tiene documentos migratorios, es probable que no busque servicios de salud después del desastre. El terapeuta puede ponerse en contacto con agencias de auxilio para que estas familias tengan acceso a los servicios necesarios.

Las respuestas de los niños también varían de acuerdo con contextos más amplios, sociales, políticos y económicos, incluyendo los planes de acción y auxilio en caso de desastres. Los niños que perciben y reciben mayor apoyo y recursos de los miembros de su comunidad, las agencias gubernamentales y las organizaciones civiles tienen síntomas menos graves. En contraste, los niños que perciben que el gobierno está en su contra tienen síntomas más graves (Abramson et al., 2008). El terapeuta tiene que recurrir a la estrategia de reatribución de la TCC. Una manera de hacerlo es con el juego de la basura o el tesoro, en el que los niños distinguen ideas sobre los desastres como verdaderas

(tesoro) o falsas (basura). Por ejemplo, la idea de que “los niños y las agencias gubernamentales pueden ayudar en la recuperación después de un desastre” es un tesoro, mientras que la idea de que “el gobierno causó el desastre” es basura. El terapeuta ayuda a los niños a identificar la razón por la cual una idea es un tesoro o es basura.



INVESTIGACIÓN/EVIDENCIAS

Por varias razones, no hay investigaciones sobre la eficacia de los PAP en general (es decir, con niños y adultos). Primero, en comparación con otras intervenciones psicológicas, los PAP son relativamente nuevos; su propagación comenzó en 2006. Segundo, debido a que los sobrevivientes de desastres conforman una población muy vulnerable, es difícil obtener a tiempo la aprobación de los consejos institucionales correspondientes. Aun cuando se obtenga, las personas en esta situación trastocada pueden estar reacios o incluso pueden sentirse ofendidos de que los investigadores les pidan que participen en sus investigaciones. Por último, la naturaleza caótica del desastre y el desembolso de la gente hace que sea prácticamente imposible llevar a cabo diseños aleatorizados con grupo de control. En consecuencia, un análisis de las investigaciones de la literatura revisada por pares de 1990 a 2010 reveló que “los primeros auxilios psicológicos carecen de una adecuada evidencia científica, pero tiene un amplio apoyo de parte de los expertos y las conjeturas racionales” (Fox et al., 2012, p. 247).

La TJRD está sujeta a las mismas dificultades en la realización de investigaciones. A pesar de los numerosos estudios de caso, sólo hay dos estudios con grupo de control publicados sobre la TJCN después de desastres. Por fortuna, estos dos estudios presentan evidencias de que la TJCN es eficaz en casos de víctimas de desastres. Shen (2010) encontró que después de la terapia de juego centrada en el niño, niños taiwaneses de escuela primaria que experimentaron un terremoto presentaron un aumento significativo en la ansiedad y riesgo de suicidio en comparación con el grupo de control. En su estudio control aleatorizado, Schottelkorb, Doumas y Garcia (2012) encontraron que los niños refugiados de guerra presentaron una disminución significativa en los síntomas de estrés postraumático en los grupos de TJCN y TF-CBT. Los hallazgos de Schottelkorb et al. fueron importantes, porque mostraron que la TJCN es eficaz para reducir los síntomas de trauma del mismo modo que la TF-CBT. Con base en estos hallazgos, es sensato suponer que la TJRD, que combina la TJCN y la TCC, también es eficaz para reducir los síntomas del trauma. Estos estudios están planeados para después de futuros desastres.

CONCLUSIÓN

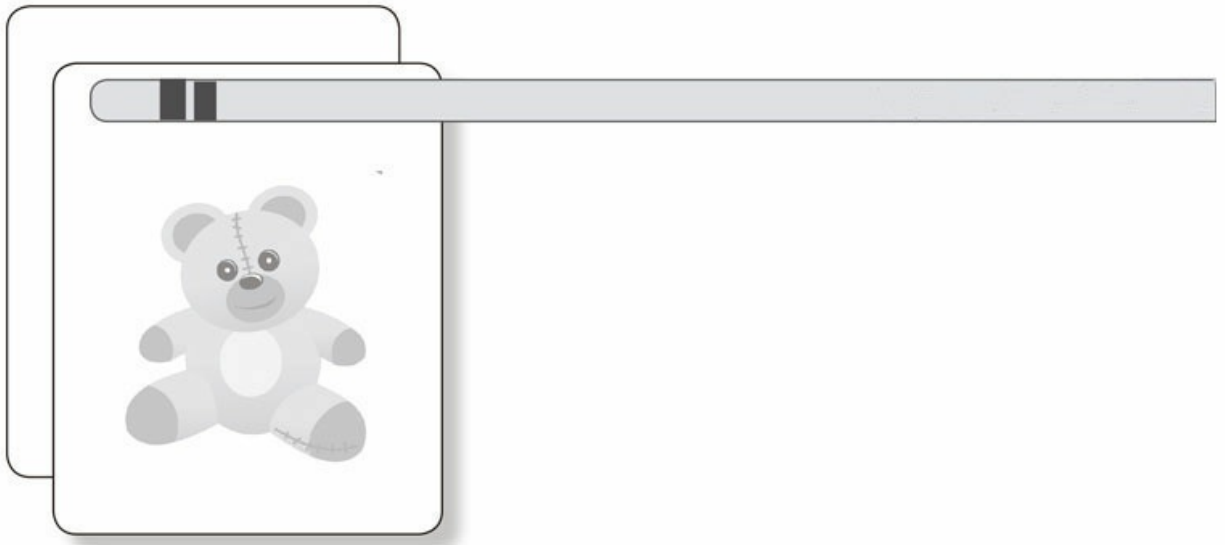
Millones de niños viven desastres naturales y causados por el hombre cada año. Ellos constituyen la población más vulnerable en estas situaciones debido a que se encuentran en un periodo crítico de su desarrollo y a su falta de poder y recursos. Aunque la mayoría de los niños sólo experimentan síntomas temporales, algunos presentan síntomas neurofisiológicos, físicos, cognitivos, emocionales, conductuales y espirituales más duraderos. El terapeuta de juego puede ser parte clave de un enfoque de respuesta al desastre utilizando el modelo C³Are en la fase inmediata después del impacto, intervenciones basadas en el juego en grupos pequeños en la fase de recuperación de corto plazo, y terapia de juego en respuesta al desastre en la fase de recuperación de largo plazo. De este modo, el terapeuta promueve la recuperación y la resiliencia en niños afectados por desastres.

■ REFERENCIAS

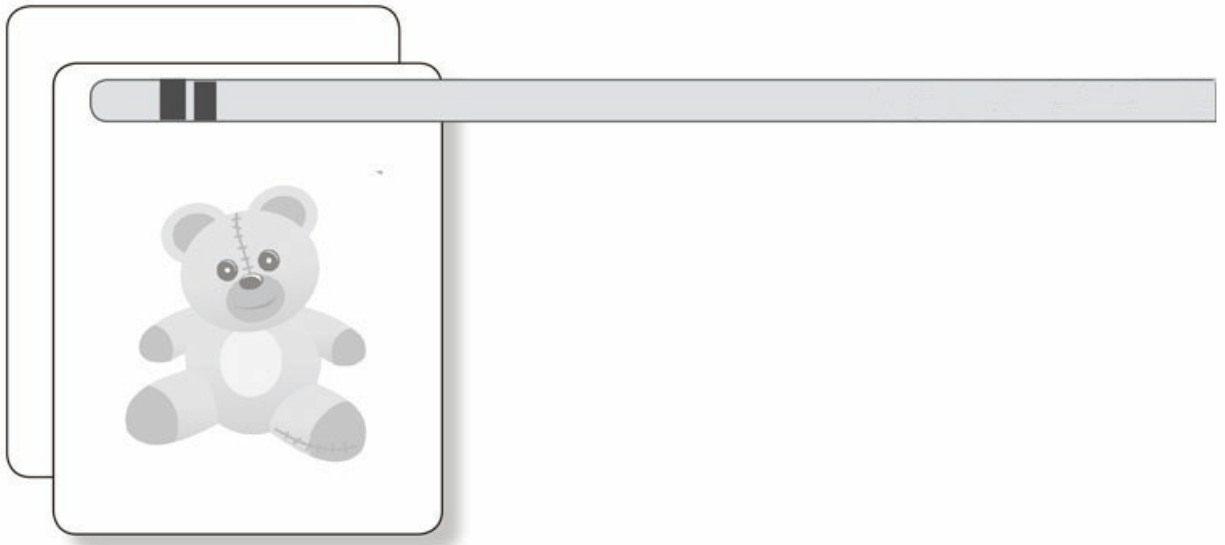
- Abramson, D., Stehling-Ariza, T., Garfield, R., & Redlener, I. (2008). Prevalence and predictors of mental health distress post-Katrina: Findings from the Gulf Coast Child and Family Health Study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(2), 77–86.
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. New York, NY: Ballantine Books.
- Baggerly, J. N. (2012). *Trauma informed child centered play therapy* [DVD]. Framingham, MA: Microtraining Associates and Alexander Street Press.
- Baggerly, J. N. (2006). Preparing play therapists for disaster response: Principles and procedures. *International Journal of Play Therapy*, 15, 59–82.
- Baggerly, J. N. (2007). *Crisis stabilization for children: Disaster mental health* [DVD]. Framingham, MA: Microtraining Associates and Alexander Street Press.
- Baggerly, J. N., & Exum, H. (2008). Counseling children after natural disasters: Guidance for family therapists. *American Journal of Family Therapy*, 36(1), 79–93.
- Baggerly, J. N., & Mescia, N. (2005). *Disaster behavioral health first aid specialist training with children: C-FAST*. Tampa, FL: Florida Center for Public Health Preparedness.
- Bailey, B. (2010). *I love you rituals*. New York, NY: Harper.
- Baranowsky, A. B., Gentry, J., & Schultz, D. (2011). *Trauma practice: Tools for stabilization and recovery* (2nd ed.). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.
- Becker-Blease, K. A., Turner, H. A., & Finkelhor, D. (2010). Disasters, victimization, and children's mental health. *Child Development*, 81, 1040–1052.
- Briere, J. (1996). *Trauma symptom checklist for children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Watson, P. (2006). *Psychological first aid field operations guide* (2nd ed.). Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. Recuperado de: <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>
- Felix, E., Bond, D., & Shelby, J. (2006). Coping with disaster: Psychosocial interventions for children in international disaster relief. En C. E. Schaefer & H. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy: Theory, research, and practice* (pp. 307–328). New York, NY: Guilford Press.
- Fox, J. H., Burkle, F. M., Bass, J., Pia, F. A., Epstein, J. L., & Markenson, D. (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: Research analysis of peer-reviewed literature from 1990–2010. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6(3), 247–252.
- Gaskill, R., & Perry, B. D. (2012). Child sexual abuse, traumatic experiences, and their impact on the developing brain. En P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse* (pp. 30–47). Hoboken, NJ: Wiley.
- Guha-Sapir, D., Vos, F., Below, R., & Ponserre, S. (2013). Annual disaster statistical review 2012: *The numbers and trends*. Brussels, Germany: CRED. Recuperado de: http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2012.pdf
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Holmes, M. (2000). *A terrible thing happened—a story for children who witnessed violence or trauma*. Washington, DC: Magination Press.
- Jaycox, L. H., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., Gegenheimer, K. L., ...Scholar, M. (2010). Children's mental health care following Hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 223–231.
- Jones, R. T., Fletcher, K., & Ribbe D. R. (2002). *Child's Reaction to Traumatic Events Scale-Revised (CRTES-R): A self-report traumatic stress measure*. Blacksburg, VA: Author.
- Kronenberg, M. E., Hansel, T., Brennan, A. M., Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., & Lawrason, B. (2010). Children of Katrina: Lessons learned about post disaster symptoms and recovery patterns. *Child Development*, 81(4), 1241–1259.
- LaGreca, A. M. (2008). Interventions for posttraumatic stress in children and adolescents following natural disasters and acts of terrorism. En R. C. Steele, T. D. Elkin, & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice* (pp. 121–141). New York, NY: Springer Science.

- LaGreca, A. M., Sevin, S., & Sevin, E. (2005). *After the storm*. Miami, FL: Sevendippity. Recuperado de: <http://www.7-dippity.com/index.html>
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., Lai, B., & Jaccard, J. (2010). Hurricane-related exposure experiences and stressors, other life events, and social support: Concurrent and prospective impact on children's persistent posttraumatic stress symptoms. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 78*(6), 794-805.
- LaGreca, A. M., & Silverman, W. K. (2009). Treatment and prevention of posttraumatic stress reactions in children and adolescents exposed to disasters and terrorism: What is the evidence? *Child Development Perspectives, 3*(1), 4-10.
- LaGreca, A. M., Silverman, W. K., Vernberg, E. M., & Prinstein, M. (1996). Symptoms of posttraumatic stress after Hurricane Andrew: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 712-723.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of relationship* (3rd ed.). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.
- McFarlane, A. C., Policansky, S. K., & Irwin, C. (1987). A longitudinal study of the psychological morbidity in children due to a natural disaster. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 17*(3), 727-738.
- Pane, J. F., McCaffrey, D. F., Kalra, N., & Zhou, A. J. (2008). Effects of student displacement in Louisiana during the first academic year after the hurricanes of 2005. *Journal of Education for Students Placed at Risk, 13*(2-3), 168-211.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & 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.
- Rosenfeld, L. B., Caye, J. S., Ayalon, O., & Lahad, M. (2005). *When their world falls apart: Helping families and children manage the effects of disasters*. Washington, DC: NASW Press.
- Salama, H., & Dardagan, H. (2013). Stolen futures: The hidden toll of child casualties in Syria. London, England Oxford Research Group. Recuperado de: http://www.oxfordresearchgroup.org.uk/publications/briefing_papers_and_reports/stolen_futures
- Scheeringa, M. S. (2005). Disaster experiences questionnaire (Unpublished measure). Tulane University, New Orleans, LA.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 799-815.
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy, 21*(2), 57-73.
- Shen, Y. (2010). Effects of post earthquake group play therapy with Chinese children. En J. N. Baggerly, D. C. Ray, S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice* (pp. 85-103). Hoboken, NJ: Wiley.
- Shephard, C. (1998). *Brave Bart—A story for traumatized and grieving children*. Clinton Township, MI: Trauma and Loss in Children.
- Siegel, D. J. (2006). An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: Awareness, mirror neurons, and neural plasticity in the development of well-being. *Psychiatric Annals, 36*(4), 247-258.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York, NY: Norton.
- Speier, A. (2000). *Psychosocial issues for children and adolescents in disasters* (2nd ed.). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado de: <http://store.samhsa.gov/product/Psychosocial-Issues-for-Children-and-Adolescents-in-Disasters/ADM86-1070R>
- Sullivan, M. A., Saylor, C., & Foster, S. C. (1991). Post-hurricane adjustment of preschoolers and their families. *Advances in Behavior, Research, and Therapy, 13*(3), 163-172.
- Terr, L. C. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. New York, NY: Harper & Row.
- UNICEF. (2007). *Progress for children: A world fit for children statistical review*. New York, NY: Author. Recuperado de: http://www.childinfo.org/files/worldfit_progress_for_children.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *Mental health response to mass violence and terrorism: A training manual* (DHHS Pub. No. SMA 3959). Rockville, MD: Center for Mental Health Services,

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado de: <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA-3959/default.asp>
- van der Kolk, B. (1994). The body keeps score: Memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253–265.
- van der Kolk, B. A. (2007). The developmental impact of childhood trauma. En L. J. Kirmayer, R. Lemelson, M. Barad, L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives* (pp. 224–241). New York, NY: Cambridge University Press.
- Vijayakumar, L., Kannan, G. K., & Daniel, S. J. (2006). Mental health status in children exposed to tsunami. *International Review of Psychiatry*, 18, 507–513.
- Vogel, J., & Vernberg, E. M. (1993). Children's psychological responses to disaster. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 464–484.
- Yorbik, O., Akbiyik, D., Kirmizigul, P., & Söhmen, T. (2004). Post-traumatic stress disorder symptoms in children after the 1999 Marmara earthquake in Turkey. *International Journal of Mental Health*, 33(1), 46–58.



Parte 5
**Terapia de juego en escenarios no
tradicionales**



Capítulo 24

Terapia de juego en escenarios médicos

Kristin S. Bemis

En los escenarios médicos pediátricos comunes se trabaja con una amplia variedad de pacientes, padecimientos y disciplinas. Muchos niños lo saben muy bien. Estudios recientes estiman que entre 7 y 18% de los niños padece una enfermedad médica (Cousino y Hazen, 2013), y 5 de cada 100 son hospitalizados cada año por una enfermedad, herida o discapacidad (Fuhrmann, 2010). Los estudios también demuestran un aumento de familias que usan las salas de urgencia para cuidados primarios y hacen visitas de rutina (Amerigroup Real Solutions in Health Care, 2011). Es evidente que, en cualquier año, grandes cantidades de niños se encuentran en un escenario médico pediátrico. Por fortuna, muchos de los mejores hospitales ahora cuentan con servicios psicológicos además de los médicos, lo cual abre la oportunidad para que la terapia de juego se implemente en este escenario especializado no tradicional.

En un escenario médico pediátrico, los niños están expuestos al mundo adulto y muy abstracto de la medicina, y se ven obligados a transitar sus avenidas con la comprensión cognitiva y las habilidades de afrontamiento limitadas, propias de la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Citando a Sourkes (1982), Goodman (2007) señala que “con frecuencia, los niños tienen dos versiones de una enfermedad; la versión médica que ellos pueden repetir verbalmente, y su propia versión privada” (p. 206). Uno de los muchos trabajos del terapeuta en un escenario médico pediátrico es ayudar al niño a explorar su versión privada y dar sentido a su mundo. Este escenario, con frecuencia, presenta un desafío único en tanto que el terapeuta trabaja no sólo con el paciente, sino con la familia entera. Situación que plantea obstáculos y consideraciones diferentes de los de otros escenarios de consejería más tradicionales.

DEFINICIÓN DEL ESCENARIO

Características del escenario

Una de las características que definen el escenario médico es la amplitud y complejidad de los casos que ahí se trabajan. Un niño con un diagnóstico reciente de falla cardiaca también puede vivir acoso escolar, el proceso de divorcio de sus padres, dificultades académicas o un diagnóstico psiquiátrico comórbido. El diagnóstico médico sólo exacerba estas situaciones en vez de reducir el impacto de otros factores estresantes. Como terapeutas, sabemos que los niños no existen en el vacío, y lo mismo es cierto de los niños que asisten a hospitales. Los diagnósticos médicos no son lo único que pasa en sus vidas. Tomando en cuenta esto, muchos hospitales están diseñados para proporcionar servicios adicionales ambulatorios en los escenarios clínicos, y algunos ofrecen cuidados primarios para los pacientes y sus familias. Estos escenarios permiten al terapeuta brindar una modalidad de tratamiento sensible al contexto: una que se ajuste al diagnóstico del niño, así como a otros factores psicosociales y familiares.

Otra característica única de los escenarios médicos, que contrasta con los más tradicionales, es que niños y adolescentes, a menudo, acuden por padecimientos agudos o crónicos. La duración de su ingreso varía de acuerdo con los problemas, lo cual provoca que las perspectivas de una intervención varíen de un caso a otro. Además, en hospitales grandes, por lo general, los niños que acuden provienen de una amplia área geográfica debido a las especialidades y certificaciones con que cuentan los centros hospitalarios. En estos contextos, el terapeuta debe determinar si puede brindar un tratamiento consistente y eficaz o si tiene que remitir al paciente a algún otro lugar. Estas decisiones son de particular importancia en casos en los que el paciente está por periodos muy breves o poco frecuentes en las instalaciones. Aunque algunos niños se benefician del trabajo de corto plazo, otros requieren un tratamiento más largo con un terapeuta que sea constante. En estos casos, promover una relación terapéutica con un niño que tiene problemas de apego y una historia de trauma, o con un paciente que no se puede comprometer a asistir a sesiones regulares de terapia debido a la distancia entre su casa y el hospital, no es lo mejor para el niño. En su lugar, identificar los recursos que hay en su comunidad y educar a los cuidadores en relación con las metas y la importancia del tratamiento tal vez sea lo único que el terapeuta pueda hacer con la familia.

Los hospitales tienen recursos multidisciplinarios invaluable para los pacientes y sus familias. En ellos, un paciente puede recibir terapia física, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, terapia de masaje, musicoterapia y servicios escolares. El terapeuta de juego es un miembro más de este equipo. Cuando es así, un papel esencial del terapeuta consiste en tener comunicación con una gran variedad de miembros del equipo e identificar cuándo involucrar a otros departamentos del área médica.

Por último, los programas de terapia de juego en hospitales constituyen una oportunidad importante para captar niños a los que profesionales de su comunidad puedan ver debido a que el ingreso puede ser un proceso muy largo o a que los síntomas médicos suelen hacer que los pacientes cancelen sus citas. En estos casos, el programa de tratamiento para pacientes internos y externos permite que haya continuidad en los servicios. En un día, el terapeuta puede interactuar con el paciente y su familia en un cuarto del hospital, de espera, de oncología o de juego.

Por qué el juego es adecuado

Los eventos médicos suelen ser atemorizantes, confusos y dolorosos. Es importante señalar que los niños experimentan estas situaciones estresantes a través del filtro de su propia percepción. Para un niño, un piquete en el dedo puede ser el procedimiento médico más estresante, mientras que para otro tomar pastillas puede serlo también. Evaluar la perspectiva subjetiva del niño es crucial para determinar qué situaciones son más traumáticas y provocan mayor ansiedad. Sin embargo, es difícil, si no imposible en términos de desarrollo, que el niño, sobre todo si es muy pequeño, verbalice sus sentimientos. Incluso para los niños más grandes, con habilidades verbales y cognitivas más desarrolladas, hablar de estos eventos a veces implica revivir el trauma o es demasiado abrumador. Las metáforas y símbolos latentes en el cuarto de juego permiten una exposición gradual y segura que el niño o el adolescente pueden regular. En la seguridad del cuarto de la terapia, el juego tiende un puente entre los conceptos abstractos de la enfermedad y las cogniciones concretas del niño. Esto facilita una mejor comprensión y mayor dominio del mundo extraño de los médicos. El juego cambia “lo que puede ser inmanejable en la realidad y lo hace manejable en la fantasía” (Landreth, 2002, p. 12).

La terapia de juego es un enfoque sensible al desarrollo para evaluar y tratar niños en escenarios médicos. Constituye un mecanismo para evaluar y corregir las distorsiones de los niños pequeños en relación con su enfermedad y sus experiencias en ambientes médicos. Por ejemplo, cuando un niño emplea objetos médicos en el cuarto de juego para mostrar cómo recibe un bebé una inyección “por ser malo,” el terapeuta tiene la oportunidad de intervenir con un enfoque psicoeducativo adecuado que establezca límites terapéuticos para corregir las percepciones del niño. En el escenario hospitalario, las tareas normales y el curso del desarrollo con frecuencia encuentran obstáculos. Los niños muy pequeños luchan para hacer conexiones de apego adecuadas; los preescolares presentan regresiones en relación con habilidades que ya dominaban, como el control de esfínteres; y los niños de escuela primaria experimentan una baja en su autoestima. Los adolescentes viven una disminución de su independencia, falta de privacidad y tiempo de menor calidad con sus pares. Se observa indefensión aprendida en muchos niños y adolescentes hospitalizados en tanto que tienen que depender en gran medida de sus

cuidadores y empiezan a tener dificultades con tareas sencillas. A menudo, los cuidadores, sin darse cuenta, propician la indefensión de sus hijos, porque se encuentran abrumados con su propia aflicción e incapacidad para solucionar o arreglar los problemas que llevaron a su hijo al hospital. La terapia de juego ofrece la oportunidad para recobrar la sensación de control, adquirir un mayor sentido de competencia y dominio de las situaciones, y regresar a las tareas normales del desarrollo. En el caso de adolescentes, se deben considerar las intervenciones grupales para facilitar un ambiente terapéutico que cubra sus necesidades de interacción con pares. En todos los casos, es esencial conceptualizar qué estaría haciendo un niño o un adolescente si pudieran estar del otro lado de las paredes del hospital, pero teniendo cuidado de no generalizar en exceso ni depender de una “norma” basada en la edad cronológica o en las etapas de desarrollo (en Ray, 2011, pp. 17-19 se pueden consultar otras precauciones que se deben tener en cuenta respecto del mal uso o el mal entendimiento potenciales de los modelos de desarrollo).

Posibles obstáculos para implementar la terapia de juego en este escenario

Uno de los principales obstáculos para implementar un programa de terapia de juego en un escenario médico pediátrico se remonta a una de sus características definitorias: la amplitud de diagnósticos y comorbilidades que se ven en este ambiente. Los profesionales de la salud mental que trabajan en hospitales pueden encontrarse con cualquier cosa, desde un niño con un trastorno conversivo hasta uno con encefalitis límbica. Traumas físicos, enfermedades médicas raras, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, dificultades de adherencia, trastornos del dolor, problemas de duelo, todos son parte de la población que acude a los hospitales pediátricos. A menudo, un nuevo diagnóstico médico es comórbido con un diagnóstico psiquiátrico preexistente. Cuando esto sucede, se puede solicitar al terapeuta que vaya a la cama del niño o a una clínica con muy poco tiempo para evaluar, intervenir o hacer recomendaciones al equipo médico. La flexibilidad y la capacidad para aprender de manera continua son características que definen a un terapeuta de juego exitoso en un escenario médico. Estos terapeutas a menudo bromean diciendo que su especialidad es “cualquier cosa que lleva al niño al hospital.” Aunque esto es una exageración, en tanto que no podemos darles el mismo tratamiento a todos los niños y familias, y todos tenemos nuestras áreas de especialidad, esta broma capta la variedad y complejidad que los clínicos encuentran en los hospitales con regularidad. El terapeuta de juego en un escenario médico requiere prepararse de manera continua en relación con nuevos diagnósticos, tratamientos, medicamentos e intervenciones potenciales con el fin de comprender mejor el mundo de sus pacientes. Es crucial entender los eventos médicos objetivos que experimenta un paciente para apreciar y conceptualizar mejor su perspectiva subjetiva. También es importante estar atento y consciente de las consideraciones éticas al aceptar un caso que

el terapeuta siente que está más allá de su alcance. Consultar con pares, remitir al niño con otro terapeuta y aprovechar otros recursos multidisciplinarios disponibles en el hospital son opciones posibles y, a veces, indispensables.

Al presentar el escenario hospitalario a alumnos de posgrado en terapia de juego, suelo recomendarles que gocen estando rodeados de gente que habla el lenguaje de la terapia de juego, porque esto terminará de pronto una vez que entren al mundo de la terapia fuera de la universidad. Esto es especialmente cierto en un hospital, donde los médicos, colaboradores, residentes y estudiantes de medicina nos superan en número de una manera apabullante. Las instalaciones médicas operan dentro de un modelo que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento.

Aunque nuestras metas y las de los médicos, por lo general, armonizan, porque todos queremos que el niño recobre su funcionamiento óptimo, tenemos que ser capaces de comunicarnos con profesionales cuyo conocimiento y experiencia son diferentes de los nuestros. Hablar de la necesidad que tiene el niño de expresar sus emociones no es la mejor manera de comunicar al equipo médico cómo el terapeuta planea ayudar a un niño de 7 años de edad que acaba de patear y morder a una enfermera. Debe ser capaz de articular sus propias metas y ajustar el tratamiento con base en la información de otros profesionales, sean doctores, psiquiatras, terapeutas de lenguaje o trabajadores sociales.

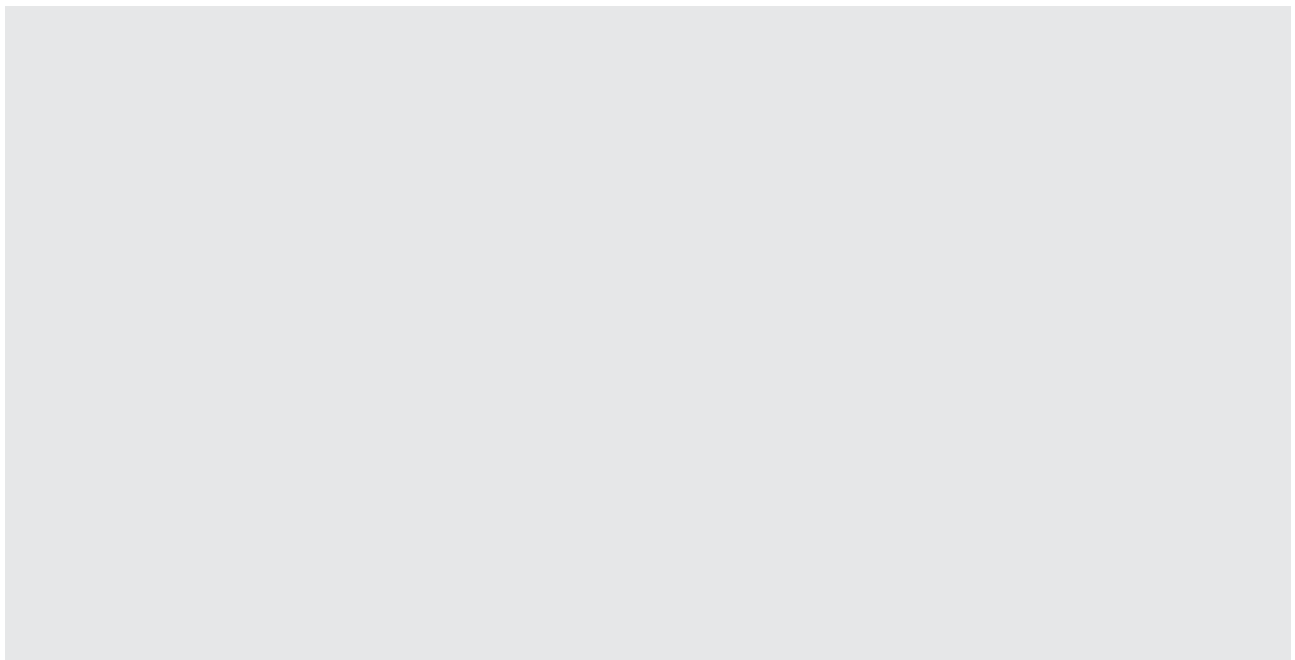
Otro desafío único en los escenarios médicos es que las sesiones terapéuticas no siempre tienen lugar en un cuarto especial para ella. A veces, deben llevarse a cabo en un cuarto para exámenes o en la cama si el niño es admitido en el piso para pacientes internos. Tal vez, éste es uno de los aspectos más intimidantes de implementar la terapia de juego en un escenario médico. Los terapeutas a menudo batallan con esto cuando empiezan su internado, porque están acostumbrados a la seguridad y comodidad del cuarto tradicional para la terapia de juego. En las sesiones con el niño en cama, el terapeuta enfrenta una gran cantidad de distracciones. Las enfermeras u otros miembros del personal entran y salen del cuarto, el cuidador a veces quiere permanecer en él durante la sesión, por lo cual la confidencialidad se pone en riesgo. En estos casos, el terapeuta tiene que establecer límites especiales en relación con la televisión y otros aparatos electrónicos, así como con los juguetes traídos de la casa del niño y que, por lo general, no se encuentran ni se desean en un escenario tradicional.

Ya que “los niños usan los juguetes como palabras” (Landreth, 2002, p. 16), el terapeuta puede sentirse como si estuviera eligiendo las palabras del niño. Esto es especialmente cierto en la sesión inicial, cuando elige los artículos que llevará a la cama del niño. Yo suelo visitar primero al niño para obtener algunas ideas de qué juguetes le gustaría que llevara del cuarto de juego. Esto me permite escoger cosas más consistentes con lo que el niño habría elegido si hubiera tenido la oportunidad de estar ahí. En el hospital, también hay algunas restricciones relacionadas con el control de infecciones que limitan lo que se puede llevar a la cama del niño. En mi hospital, todas las cosas usadas en la cama deben poderse limpiar por completo o ser nuevas y exclusivas para un solo paciente. Esto implica no utilizar materiales caros y muy específicos. Yo me baso principalmente en lo que se puede lograr con cosas menos costosas y más versátiles,

como marcadores, pegamento y papel.

Otro aspecto único de las sesiones con un niño en cama se refiere a las precauciones que exige la enfermedad, como portar una mascarilla, guantes y bata para el control de infecciones. Es esencial tener en mente cuánta de la expresión no verbal se pierde cuando una mascarilla cubre la boca y la nariz del terapeuta, y la apariencia tan similar que tienen todos los que atienden al niño. El terapeuta debe asegurarse de comunicar al niño que es diferente del resto del personal y que no tiene nada que ver con inyecciones o medicinas. Una madre me dijo que había contado 49 miembros del personal médico con los que se había encontrado en las primeras 24 h en que su hijo estuvo como paciente interno. El terapeuta debe aspirar a ser consistente y predecible para el niño y su familia. En un escenario médico, de inmediato es claro que lo más importante no es que el terapeuta conozca la técnica más reciente y grandiosa o cuente con materiales excelentes, sino que se convierta en la herramienta más terapéutica del cuarto.

Además, el escenario médico opera con sus propias reglas, que no siempre se ajustan a los horarios del terapeuta. En muchas ocasiones, busco a un paciente en cama sólo para descubrir que lo llevaron para practicar algún procedimiento o que está dormido. Otras veces, estando a mitad de una sesión, de pronto tenemos que interrumpirla debido a un procedimiento o intervención médica, o simplemente porque el paciente se fatiga. En un escenario más tradicional, cuando un niño pide que se termine la sesión antes de tiempo, se establece un límite y se le recuerda el tiempo que queda, pero en los escenarios médicos, a un niño que está en tratamiento de quimioterapia o que pasó toda la noche con vómito se le concede interrumpir la sesión antes de tiempo debido a su fatiga o dolor. Por lo general, le doy la opción al niño de permanecer junto a su cama aunque ya no quiera seguir trabajando con los materiales que llevo. Con frecuencia, el niño desea a nivel emocional que la sesión y la conexión con el terapeuta continúen, pero a nivel físico ya no puede participar de manera activa.



POBLACIÓN

Lo más frecuente es que, en el hospital, se consulte al terapeuta en relación con un niño que presenta dificultades de afrontamiento o adherencia a ciertos aspectos de las indicaciones médicas, problemas de conducta o síntomas emocionales. Estas situaciones se manifiestan de distintas maneras a lo largo de las etapas de desarrollo. Con frecuencia, un niño de 3 años de edad presenta conductas agresivas como pegar o morder, mientras que uno de 16 años se niega a tomar los medicamentos. Como terapeuta de juego, mi objetivo es ayudar al individuo a adaptarse y ajustarse a las situaciones médicas y emocionales estresantes. Como miembro de un equipo multidisciplinario que trata a este individuo en un escenario médico, también tengo el compromiso de que mis objetivos incluyan facilitar el cuidado del “niño en su totalidad.” Esto significa ayudar no sólo con la dinámica emocional en el juego, sino trabajar para reducir al mínimo las barreras para el tratamiento médico del niño. Si un niño con fobia a las agujas es diagnosticado con diabetes y todos los días se debe monitorear su nivel de glucosa e inyectarle insulina, el equipo médico necesita que me enfoque en ayudar al niño a lograr la adherencia a estos procedimientos médicos para que pueda ser dado de alta y regresar a casa. Como terapeuta de niños, también debo abordar la dinámica más amplia que implica una enfermedad crónica, como la manera en que este niño se ve ahora y en que la enfermedad impacta en su funcionamiento con pares. Todos son objetivos importantes, pero se deben buscar en conjunto para garantizar que el niño esté listo para regresar a casa tan pronto como sea posible.

ORIENTACIONES TEÓRICAS MÁS ADECUADAS PARA EL ESCENARIO MÉDICO

Una vez más, tomando en cuenta la amplitud y variedad de clientes en el escenario médico, es importante señalar que es crucial recurrir a una práctica basada en evidencia e informada para garantizar que se abordan de manera adecuada las necesidades del cliente (Kazdin, 2008; Kenney-Noziska, Schaefer y Homeyer, 2012). No se trata de un enfoque que sirva para todos los problemas dentro o fuera del hospital. Una teoría y modelo integrados de tratamientos con sustento empírico es la mejor opción (Drewes, Bratton y Schaefer, 2011), porque el terapeuta puede “incorporar modelos directivos y no directivos basados en evidencias para abordar diversas necesidades de la población clínica” (Kenney-Noziska et al., 2012, p. 247). Esto no significa que el terapeuta no parta de su orientación teórica. No puede simplemente tomar la técnica más reciente y grandiosa sin considerar la conceptualización del cliente, los fundamentos de esa intervención, y qué tan bien se siente implementando dicha técnica y cuál es su nivel de dominio. En la investigación, una técnica puede ser eficaz, pero a menudo falla en la práctica clínica. Todos los profesionales de la salud, y definitivamente los que trabajan en un escenario médico, tienen que comprender no sólo los tratamientos que cuentan con un sustento empírico potencial, sino también los mecanismos de cambio que subyacen en ellos y las variables contextuales del escenario y el paciente para asegurarse de que la implementación o adaptación de la técnica sea adecuada (Kazdin, 2008; Schaefer y Drewes, 2014). Las orientaciones y enfoques teóricos en el escenario médico tienen que acomodarse a las habilidades y estrategias de afrontamiento propias de la etapa de desarrollo, emplear un enfoque psicoeducativo y crear un espacio terapéutico para la exploración y expresión de emociones. Un terapeuta de juego en este escenario debe tener un gran respeto hacia el poder de la relación entre él y el niño, el impacto de la aceptación incondicional hacia éste y los poderes terapéuticos del juego.

MODIFICACIONES AL PROCEDIMIENTO

Con frecuencia, los escenarios hospitalarios plantean obstáculos para las sesiones de terapia que no se presentan en contextos tradicionales. Ciertas modificaciones ayudan a crear un ambiente terapéutico fuera del cuarto de juego. Primero, el terapeuta debe conseguir cestos o paneras que se puedan limpiar con un trapo para guardar y transportar materiales del cuarto de juego a la cama del niño. Cuando me preparo para una sesión inicial junto a la cama, tomo en cuenta la etapa de desarrollo del niño, los objetivos de la sesión y cualquier cosa que sepa de él, la familia o el equipo médico en relación con las necesidades del niño. Las sesiones subsiguientes suelen ser más fáciles, porque el niño puede proporcionar más información sobre los materiales más adecuados para él. Por otro lado, a veces los materiales lúdicos deben ser constantes para brindar la consistencia propia del cuarto de juegos y el niño sepa qué esperar en las sesiones. Debido a que compartimos el cuarto de juego con varios terapeutas en nuestro hospital, el conjunto portátil de juguetes que utilizamos para enseñar la terapia filial se puede usar para llevar una bolsa de soldaditos o carritos sin tomar cosas que otro terapeuta pueda necesitar en el cuarto de juego. Entre los objetos recomendables para las sesiones en cama están las pinturas lavables en frascos pequeños y desechables o marcadores aptos para niños pequeños. Estas herramientas ofrecen un modo de hacer cosas más transportables y que se ajusten a los controles de infecciones. Los frascos miniatura de Play-Doh o crayones empaquetados son recomendables, porque se pueden dar nuevos a cada niño para mantener el control adecuado de las infecciones. El arroz es un buen sustituto de la arena y las charolas de unicel funcionan bien como areneros en miniatura. En un hospital, también es imperativo tener muchos artículos nuevos para los pacientes, como aquellos que han recibido un trasplante de médula ósea; para ellos, es indispensable contar con un sistema para garantizar que los objetos que empleamos con un niño no se mezclen con los que han utilizado otros.

Crear un programa de terapia de juego en un escenario médico es difícil, sobre todo tomando en cuenta el estado actual de los servicios de salud y la disparidad entre la cantidad de investigaciones basadas en evidencias y cuantitativas en la psicología de la salud pediátrica y de la terapia de juego. Las subvenciones económicas y las donaciones son muy útiles para comenzar un programa, los terapeutas deben recabar datos de resultados y evaluar la eficacia del programa para garantizar su crecimiento y presencia continuos en este escenario. Monitorear los datos de resultados no sólo es crucial para el financiamiento y desarrollo del programa, sino que se debe considerar como la mejor práctica que se puede usar para impulsar la futura investigación sobre la terapia de juego. Brindar educación al personal médico y reclutar doctores para apoyar el programa también es indispensable.

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS EN ESCENARIOS MÉDICOS

Debido a una gran cantidad de recursos disponibles en algunos escenarios médicos pediátricos, es importante hablar no sólo de técnicas de terapia de juego, sino también de recursos adicionales a los que se tiene acceso a través de otros proveedores de servicios psicosociales que pueden ayudar a un paciente en combinación con la terapia de juego. Primero, el cuarto de juego en el escenario médico debe estar equipado con materiales específicos para la población hospitalaria, aun cuando algunos puedan provocar estrés en el niño. Del mismo modo que no retiramos los títeres o muñecos de perros del cuarto de juego para atender a un niño que ha sufrido un ataque traumático de un perro, tampoco retiramos los juguetes de instrumentos médicos para trabajar con un niño hospitalizado. Proporcionando materiales específicos del escenario, el terapeuta brinda al niño una oportunidad para la desensibilización y el dominio de la situación y, al mismo tiempo, puede evaluar cualquier distorsión relacionada con la comprensión de las experiencias médicas. Entre los materiales lúdicos disponibles, debe haber objetos a los que cualquier niño está expuesto en un hospital, como guantes, termómetros, vendas, mascarillas y estetoscopios. Los materiales reales y de juguete ofrecen oportunidad a un niño con demasiada ansiedad para acercarse a objetos de la vida real. Otros objetos más específicos pueden emplearse cuando lo necesite un niño que trabaja objetivos específicos, como la ansiedad durante las pruebas de laboratorio y la preparación para una cirugía.

Juego médico

Una estrategia común en el hospital es el juego médico. Con frecuencia utilizado por especialistas certificados en la vida infantil, este juego implica utilizar materiales médicos específicos de la enfermedad o la experiencia del niño para ayudarlo a familiarizarse con ellos, prepararlos para un procedimiento próximo o hacerlos sentir más cómodos en relación con dichos materiales y procedimientos (Boling, Yolton y Nissen, 1991; McCue, 1988). Es una manera eficaz para desensibilizar al niño y reducir su ansiedad a su propio ritmo, así como para ayudarlo a comprender su enfermedad y las indicaciones médicas. Aun cuando el terapeuta no tenga un entrenamiento en el juego médico tradicional, es esencial disponer de algunos artículos para este tipo de juego. Aguja y otros materiales peligrosos no se deben incluir a menos que se tenga un entrenamiento formal para manejarlos. Se debe permitir a los niños acercarse a los materiales, reales y de juguete, a su ritmo. Es importante señalar que no se les debe permitir practicar el juego médico en el cuerpo del terapeuta, sino que se les debe encaminar para que utilicen muñecos o un material sustituto. Esto los protege de sentimientos potenciales de culpa (Landreth, 2002) y permite evaluar mejor su comprensión y posibles distorsiones en relación con los cuidados médicos que necesita.

Estrategias no farmacológicas para manejar la ansiedad y el dolor

Además del tratamiento farmacológico, hay numerosas estrategias para mejorar el manejo del dolor, reducir la ansiedad y fortalecer la sensación de control y dominio del niño sobre las experiencias médicas. Entre ellas, se encuentran la distracción, técnicas de respiración profunda, relajación muscular, imaginería guiada y arreglos para la comodidad del niño, así como intervenciones más especializadas como retroalimentación biológica, hipnoterapia, acupuntura y masaje. Por lo general, el terapeuta se ubica junto a la cama para implementar estas estrategias. En otras ocasiones, puede formar parte de una sesión en la que el paciente aprende estrategias de afrontamiento o desarrolla otras habilidades para futuros eventos.

La distracción goza de un amplio reconocimiento en los escenarios médicos como estrategia eficaz para manejar el dolor, se puede llevar a cabo de muchas maneras, que van desde los libros “*I Spy*” de i-Pad. Sin embargo, no todas las técnicas de distracción se crean del mismo modo. La investigación sugiere que la distracción interactiva es más eficaz que la pasiva, y da buenos resultados con niños desde tres años de edad (Wohlheiterer y Dahlquist, 2012). La distracción interactiva implica el uso de recursos cognitivos como la atención selectiva y el funcionamiento ejecutivo, el combate a las respuestas neurales “de abajo hacia arriba” (tendencia del cerebro y del cuerpo a poner más atención a los estímulos más notables, como el dolor) y propiciar que la atención se dirija a la tarea de distracción en turno (Legrain et al., 2009; Wohlheiter y Dahlquist, 2012). Las tareas ideales de distracción interactiva ocupan al cerebro de acuerdo con el nivel de desarrollo y permiten que el niño se sienta exitoso. La distracción también es beneficiosa para los niños más pequeños utilizando cunas móviles u otros materiales lúdicos, así como los arreglos para mejorar la comodidad, de los que se habla más adelante.

Las técnicas de respiración diafragmática, la imaginería guiada y la relajación muscular progresiva están dirigidas a disminuir la tensión mental o corporal y a promover mejoras en el manejo del dolor y la ansiedad frente a los procedimientos médicos (Goodyear-Brown, 2010; LeVieux y Lingnell, s. f.). Se ha encontrado que todas estas estrategias producen una reducción clínicamente significativa del dolor (Kemper, Vohra y Walls, 2008; Palermo, Eccleston, Lewandowski, Williams y Morley, 2010). Estas técnicas son las más eficaces con niños de nivel primaria y adolescentes, mientras que hacer burbujas de jabón o soplar a rehiletes para practicar la respiración profunda es una estrategia sencilla y útil con niños preescolares (Goodyear-Brown, 2010). Es indispensable que estas estrategias de afrontamiento se enseñen antes de los procedimientos médicos, para que el niño las pueda usar con eficacia cuando lo necesite. Hay varios recursos disponibles para aprender cómo enseñar la respiración diafragmática, la imaginería guiada y la relajación muscular (Culbert y Kajander, 2007; Goodyear-Brown, 2010). Las

estrategias de imaginación guiada más eficaces utilizan todos los sentidos del niño y puede ser dirigida por el terapeuta siguiendo un guión preexistente o uno creado por el propio niño. En la relajación muscular progresiva, los músculos ligados se tensan y relajan a voluntad de una manera sistemática (LeVieux y Lingnell, s. f.), pero varios músculos se agrupan con base en la edad y apertura del paciente. Cuando enseño por primera vez la relajación muscular como habilidad en el cuarto de juego, suelo dividirla en tres partes (piernas, brazos y hombros) mientras el niño se siente más cómodo con el concepto antes de ser más específico y extenderme más con su práctica.

Los arreglos para mejorar la comodidad del niño incluyen música, cambios de posición para los procedimientos médicos y el uso de calor o frío para mitigar el dolor. Se ha encontrado que la música reduce el estrés y el dolor en los escenarios médicos, y se usan en todas las edades, incluso recién nacidos (Novotney, 2013). Los musicoterapeutas suelen ser parte del equipo multidisciplinario en hospitales grandes y constituyen un recurso invaluable para cubrir las amplias demandas psicosociales de los pacientes pediátricos. Otros arreglos consisten en buscar posiciones más cómodas en los procedimientos médicos, como permitir que el niño se quede en el regazo de su cuidador y maximizar el contacto físico cuando se trata de bebés (Cohen, 2008).

Las intervenciones especializadas no farmacológicas –retroalimentación biológica, hipnoterapia y otros enfoques holísticos, como acupuntura y masajes– requieren un entrenamiento más extenso. Todos han mostrado eficacia para reducir el dolor y algunos otros síntomas (Gold et al., 2009; Kemper et al., 2008; Palermo et al., 2010). Aprovechar el equipo multidisciplinario y otros recursos disponibles del hospital trae beneficios adicionales al paciente que el terapeuta solo no podría ofrecer.

Psicoeducación

Es vital que los niños comprendan su enfermedad de un modo sensible a su nivel de desarrollo (Goodman, 2007). La investigación demuestra que los pacientes pediátricos oncológicos “que comprenden su enfermedad de acuerdo con su nivel de desarrollo obtienen mejores resultados psicológicos que los que no lo hacen” (Bale, Bradlyn y Kato, 2003, p. 386). La mayoría de las conductas problemáticas que se observan en niños pequeños con enfermedades crónicas aparecen en cuanto empieza el tratamiento. Un niño de 4 años de edad no comprende por qué lo pican y lo pinchan cada semana, y tomar medicinas o ser inyectado todos los días lo hace sentir anormal. Aunque explicarle a un niño así requiere de términos más básicos que a un adolescente, aún hace falta explicarle su enfermedad y la función de la medicina en su tratamiento. Además, el terapeuta puede usar sus reflexiones en las sesiones de juego para reforzar estos conceptos, lograr que el niño los comprenda mejor y se esfuerce para seguir su tratamiento. Debido a que estas cuestiones con frecuencia surgen entre el niño y el cuidador, el papel del terapeuta es proporcionar a los cuidadores con las palabras y

explicaciones apropiadas para que puedan apoyar al niño en casa y reforzar su comprensión. La investigación sostiene que los eventos amenazantes que se entienden mejor son menos angustiantes (Beale et al., 2003; Goodman, 2007).

Actividades de cabecera

Como se mencionó antes, numerosas sesiones de terapia tienen lugar junto a la cama del niño. Con niños en la etapa de latencia y adolescentes, es útil tener preparada una estrategia o actividad expresiva. “El arte es una herramienta terapéutica para descubrir las preocupaciones del niño” (Goodman, 2007, p. 206). Una actividad que suelo usar en la sesión inicial es una cuyo objetivo es crear el *rappont* por medio de recortes de personas en papel grande. Llevo materiales para que los dos realicemos la actividad, además de varios marcadores, lápices y crayones. Al participar el terapeuta en la actividad, el niño o adolescente sabe que habrá ciertas revelaciones del terapeuta, lo cual es útil con pacientes mayores o con los que simplemente son tímidos o, quizá, resistentes a la idea de reunirse con el terapeuta. Las instrucciones que doy son sencillas para dejar que la actividad deje abierta la posibilidad de que el niño muestre sus ideas e interpretaciones. El terapeuta debe asegurarse de no hacer la actividad más rápido que el niño, porque esto propicia que éste copie lo que hace el terapeuta. Las instrucciones deben constar de palabras o imágenes para poner las cosas “que te hacen sentir feliz o que te gustan” de un lado y “las cosas que no te gustan o que no te hacen feliz” del otro. Deliberadamente evito usar palabras que designen emociones para mantener un bajo nivel de resistencia a la actividad. Los recortes permiten que el niño pase tiempo creando una cara de cada lado, lo cual puede darle tranquilidad y puede ser una buena herramienta de evaluación para el terapeuta, pues con frecuencia he visto lados “felices” que están muy lejos de parecerlo. Yo uso mi creación para modelar artículos que causen poca resistencia, como chocolate, papas o galletas, para mi lado feliz (o col de Bruselas para mi lado no feliz), además de objetos de mayor nivel de resistencia, como familia y amigos del lado positivo, e inyecciones y peleas del lado negativo. Como sucede con cualquier actividad expresiva, el terapeuta debe observar las preferencias, dificultades y rechazos del niño hacia ciertos objetos o temas. Esto no sólo es una gran oportunidad para crear el *rappont*, sino también una gran herramienta de evaluación para identificar estrategias y estilos potenciales de afrontamiento, así como los niveles de introspección y consciencia de sí mismo.

Otra instrucción que me gusta usar en las sesiones junto a la cama del niño en etapa de latencia o de mayor edad cuando está cerca de ser dado de alta del hospital es “muéstrame tu historia.” Esta instrucción se da de una manera que quede abierta la actividad para que el niño tenga libertad de participar y hacer la actividad por sí mismo. Con materiales sencillos de arte, como marcadores y hojas de papel, los niños pueden crear su versión de los eventos que los llevaron al hospital, sus experiencias en su

estancia y el futuro que imaginan. Esta actividad les permite ver el esfuerzo y el trabajo que han hecho durante su internamiento, y da al terapeuta una oportunidad de impulsarlos hacia adelante, al mismo tiempo que detecta cualquier distorsión o pensamiento desadaptativo en relación con su enfermedad. A los niños o adolescentes que tienen dificultades con la adherencia, suelo pedirles que creen dos finales a su historia: uno describe una buena adherencia en casa y otro, eventos que son consecuencia de una mala adherencia, de modo que tengan una idea clara de su papel en el tratamiento.

Facilitar la adherencia al tratamiento

Una parte muy importante de los servicios de salud mental en los escenarios médicos es facilitar la adherencia al tratamiento. La investigación estima que entre 50% y 80% de los niños y adolescentes no se adhieren al tratamiento, y que la adherencia puede mejorar por medio de ciertas intervenciones (McGrady y Hommel, 2013). Con niños muy pequeños, el objetivo es empoderar a los cuidadores enseñándoles el lenguaje y las habilidades de la terapia de juego, con el fin de que se sientan mejor preparados para manejar el rechazo de los medicamentos o los berrinches en casa. Las habilidades que más he enseñado en estos escenarios son el establecimiento de límites terapéuticos y las estrategias para facilitar opciones. Utilizo el método de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) de Landreth (2002) para establecer límites, el cual implica reconocer los sentimientos, comunicar el límite y plantear alternativas aceptables. Este enfoque fomenta que los cuidadores validen las emociones de los niños y les ayuden a sentirse escuchados y comprendidos (Landreth, 2002; Landreth y Bratton, 2006). A menudo, los cuidadores se sienten abrumados en el hospital por las experiencias que se le imponen a su hijo, y tienden a minimizar sus emociones con frases bien intencionadas como “no tengas miedo” o “no llores” como un intento de darse consuelo a sí mismos y a los niños. Por lo general, sienten alivio cuando poseen una herramienta que les permita mostrar afecto y comprensión al mismo tiempo que ponen límites a las conductas inaceptables. Para los pacientes en escenarios médicos, es esencial realizar los tres pasos del método ACT, sobre todo el último, para dar opciones y alternativas que ayuden al niño a recobrar una sensación de control. Es necesario ser específico con los ejemplos verbales y visuales para el cuidador, como “Jonny, yo sé que en verdad no quieres tomar la medicina, pero tienes que tomarla antes de 5 minutos. Puedes elegir tomarla con jugo o con leche.”

Otro método utilizado en los escenarios médicos consiste en usar cuadros en etiquetas adheribles o planes de conducta para mejorar la adherencia al tratamiento. El terapeuta con menor entrenamiento conductual tiene dificultades con métodos como éste. Sin embargo, he encontrado que, por lo general, hay un medio afortunado donde el lenguaje y los conceptos de la terapia de juego coinciden de manera armónica con estrategias

conductuales como ésta. Cuando elaboro un plan de conducta o sistema de reforzamiento para un niño, me aseguro de incluir palabras de aliento y frases escritas para que los cuidadores las usen, y explico la diferencia entre elogiar de manera evaluativa y alentar. Suelo hacer una lluvia de ideas con los cuidadores para determinar si quieren implementar el reforzamiento positivo con una estrategia de júbilo más espontáneo o mediante la economía de fichas, lo cual también depende de la motivación del niño y de los objetivos del tratamiento. Las etiquetas adheribles y los cuadros también son útiles (Burns, Dunn, Brady, Barber-Starr y Blosser, 2013) como herramienta de evaluación con la cual el terapeuta reúne datos y determina si los objetivos actuales del tratamiento del niño son realistas y alcanzables, y planea en consecuencia los siguientes objetivos con base en la tasa de éxito del niño.

Intervenciones con hermanos

Sería un descuido no tocar brevemente el impacto en los hermanos cuando un niño es hospitalizado o es diagnosticado con una enfermedad crónica. La investigación demuestra que los hermanos de estos niños tienen dos a tres veces mayores probabilidades que sus pares de tener problemas de ajuste psicológico (Lobato y Kao, 2002, p. 711). A veces, la terapia de juego grupal que incluye a los hermanos y al paciente médico está justificada, y puede ser una intervención poderosa, sobre todo cuando se habla de las preocupaciones por el fin de la vida. También hay intervenciones más allá de las sesiones de terapia para promover el afrontamiento y la comprensión de los hermanos. En nuestras instalaciones médicas, profesionales de varias disciplinas, como trabajo social, vida infantil, cuidado pastoral y enfermería, llevamos a cabo días de los hermanos para varias poblaciones. Los hermanos asisten juntos en un escenario grupal para aprender acerca de la enfermedad y las experiencias médicas de sus hermanos. Este trabajo implica oportunidades de juego médico, recorridos por los lugares pertinentes del hospital y las actividades terapéuticas para ayudar a los hermanos a procesar sus propias emociones y reacciones frente a las situaciones estresantes relacionadas con tener un hermano que padece una enfermedad médica. Con frecuencia, los trabajadores sociales se reúnen al mismo tiempo con los cuidadores para ofrecer educación, apoyo y herramientas para aprovechar sus recursos. Además, distintos grupos de enfermedades específicas (es decir, cáncer, diabetes) organizan campamentos familiares en las instalaciones locales, para que las familias pasen un fin de semana lejos para disfrutar del aire libre contando con el apoyo del personal médico. Estos paseos son recursos valiosos para los hermanos cuyas necesidades pasan desapercibidas por mucho tiempo si no asisten con regularidad al hospital, o si los cuidadores se enfocan en las necesidades médicas del niño enfermo.

INVESTIGACIÓN E INTERVENCIONES SOBRE TRATAMIENTOS CON SUSTENTO EMPÍRICO EN ESCENARIOS MÉDICOS

La investigación en escenarios médicos pediátricos es difícil debido a la gran cantidad de enfermedades y el impacto que las lesiones físicas o las enfermedades tienen en las herramientas habituales de evaluación. La investigación sugiere que “encontrar una salida aceptable para los sentimientos de ansiedad, enojo y temor y adquirir una sensación de dominio sobre el ambiente” (Koocher y O’Malley, 1981, p. 10) son tareas cruciales para esta población. Un metaanálisis de las intervenciones psicológicas en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas mostró que cerca de 80% de los participantes experimentó un efecto positivo de las intervenciones psicológicas (Beale, 2006). Además, estudios con pacientes pediátricos del área de oncología encontraron que las intervenciones centradas en el paciente, interactivas y de desarrollo de habilidades son las más eficaces (Beale et al., 2003), y me gustaría argumentar que esto también sucede en enfermedades de otro tipo.

La investigación sobre terapia de juego ha encontrado que la terapia centrada en el niño con pacientes diagnosticados con diabetes mellitus que requieren insulina mejora la adaptación a la enfermedad aun cuando se utiliza como medida preventiva (Murphy-Jones y Landreth, 2002). La investigación relacionada con la terapia filial con cuidadores de niños que padecen enfermedades crónicas muestra una disminución en el estrés general de los padres y un aumento de la aceptación hacia sus hijos. El estudio también encontró una disminución en los problemas conductuales y en los síntomas depresivos o ansiosos percibidos por los cuidadores que participaron (Tew, Landreth, Joiner y Solt, 2002). La terapia de juego integrativa es promisoría para la investigación futura sobre el poder de combinar los enfoques con sustento empírico y los beneficios, fortalezas del juego (Drewes et al., 2011).

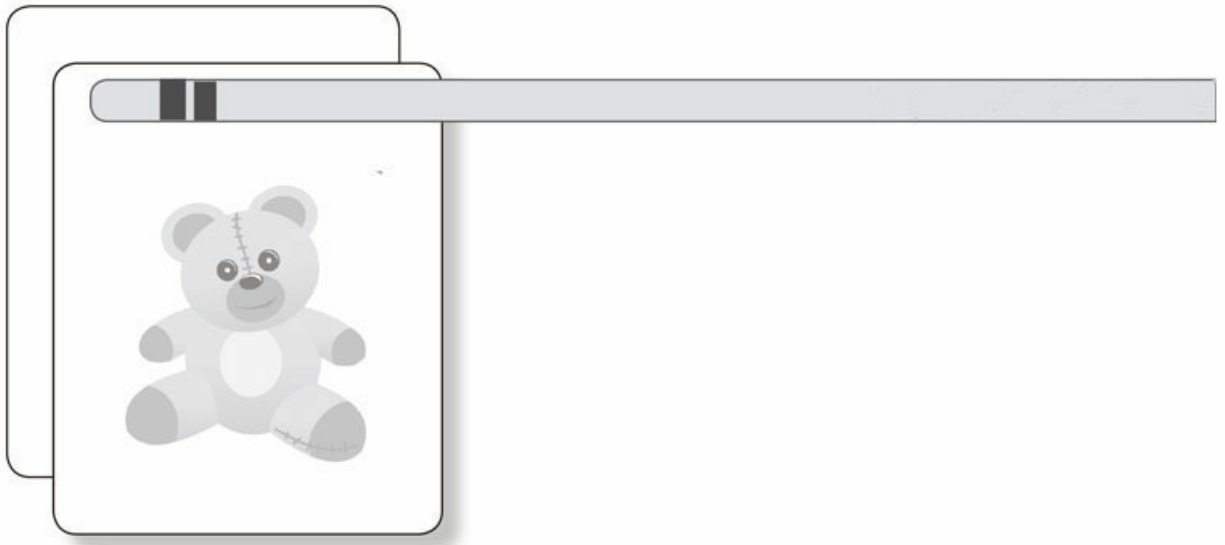
CONCLUSIÓN

Sin importar el tipo de enfermedad o su duración o daño, los niños y sus familias enteras son afectados por los eventos que los llevan a los escenarios médicos. El terapeuta de juego y los profesionales de la salud mental tienen una posición privilegiada para facilitar las experiencias terapéuticas para esta población y mejorar sus habilidades de afrontamiento, su adherencia al tratamiento y su aceptación. Después de todo, sin importar cuál sea el obstáculo, sea en un escenario médico o uno más tradicional, los pacientes siguen siendo niños que tratan de ser niños y debemos acercarnos a ellos utilizando su propio lenguaje y adaptándonos a su modalidad de interacción.

■ REFERENCIAS

- Amerigroup Real Solutions in Health Care. (2011). *The rising costs of nonemergent care in medicaid: A snapshot*. Recuperado de: http://hcr.amerigroupcorp.com/wp-content/uploads/2012/05/Rising-Cost_-of-Nonemergent-Care-in-Medicaid.pdf
- Beale, I. L. (2006). Scholarly literature review: Efficacy of psychological interventions for pediatric chronic illnesses. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(5), 437–451.
- Beale, I. L., Bradlyn, A. S., & Kato, P. M. (2003). Psychoeducational interventions with pediatric cancer patients: Part II. Effects of information and skills training on health-related outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 12(4), 385–397.
- Boling, R., Yoltson, K., & Nissen, H. (1991). Medical play and preparation: Questions and issues. *Children's Health Care*, 20(4), 225–229.
- Burns, C., Dunn, A., Brady, M., Barber-Starr, N., & Blosser, C. (Eds.). (2013). *Pediatric primary care* (5th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Cohen, L. L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics*, 122(S3), 134–139.
- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 809–828.
- Culbert, T., & Kajander, R. (2007). *Be the boss of your pain: Self-care for kids*. Minneapolis, MN: Free Spirit.
- Drewes, A. A., Bratton, S. C., & Schaefer, C. (Eds.). (2011). *Integrative play therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Fuhrmann, K. (2010, August). *Treating pediatric traumatic medical stress*. Association for Play Therapy Mining Report. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=28862>
- Gold, J., Nicolaou, C., Belmont, K., Katz, A., Benaron, D., & Yu, W. (2009). Pediatric acupuncture: A review of clinical research. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 6(4), 429–439.
- Goodman, R. (2007). Living beyond the crisis of childhood cancer. In N. B. Webb (Ed.), *Play therapy with children in crisis* (3rd ed., p. 197–227). New York, NY: Guilford Press.
- Goodyear-Brown, P. (2010). *Play therapy with traumatized children: A prescriptive approach*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146–159.
- Kemper, K., Vohra, S., & Walls, R. (2008). The use of complementary and alternative medicine in pediatrics. *Pediatrics*, 122(6), 1374–1386.
- Kenney-Noziska, S., Schaefer, C. E., & Homeyer, L. (2012). Beyond directive or nondirective: Moving the conversation forward. *International Journal of Play Therapy*, 21(4), 244–252.
- Koocher, G. P., & O'Malley, J. E. (1981). *The Damodes syndrome*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York, NY: Routledge.
- Legrain, V., Van Damme, S., Eccleston, C., Davis, K., Seminowicz, D., & Crombez, G. (2009). A neurocognitive model of attention to pain: Behavioral and neuroimaging evidence. *Pain*, 144(3), 230–232.
- LeVieux, J., & Lingnell, L. (n.d.). *Pediatric non-pharmacologic management of anxiety and pain* (Unpublished training materials). Children's Medical Center, Dallas, TX.
- Lobato, D., & Kao, B. (2002). Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 711–716.
- McCue, K. (1988). Medical play: An expanded perspective. *Children's Health Care*, 16(3), 157–161.
- McGrady, M. E., & Hommel, K. A. (2013). Medication adherence and health care utilization in pediatric chronic illness. *Pediatrics*, 132(4), 730–740.
- Murphy-Jones, E., & Landreth, G. L. (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 117–140.
- Novotney, A. (2013, November). Music as medicine. *American Psychological Association*, 44(10), 46.

- Palermo, T.M., Eccleston, C., Lewandowski, A.S., Williams, A.C., & Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: *An updated meta-analytic review*. *Pain, 148*(3), 387–397.
- Ray, D. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. New York, NY: Routledge.
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (Eds.). (2014). *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sourkes, B. (1982). *The deepening shade: Psychological aspects of life threatening illness*. Pittsburg, PA: University of Pittsburg Press.
- Tew, K., Landreth, G., Joiner, K., & Solt, M. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy, 11*(1), 79–100.
- Wohlheiter, K., & Dahlquist, L. (2012). Interactive versus passive distraction for acute pain management in young children: The role of selective attention and development. *Journal of Pediatric Psychology, 38*(2), 202–212.



Capítulo 25

Terapia de juego en escuelas

Kristi L. Perryman

La escuela es un ambiente y cultura únicos. Su propósito es educar a todos los niños, prepararlos para sus futuros trabajos y crear individuos equilibrados. La *American School Counselor Association* [Asociación Americana de Consejeros Escolares] (2004) describe el papel de los consejeros escolares como “preparar a los estudiantes de hoy para que sean los adultos de mañana.” Las escuelas no sólo educan a los niños en áreas esenciales como matemáticas, ciencia, lectura e historia, sino también les enseñan arte, salud, opciones vocacionales. Son responsables de dar a sus alumnos comidas saludables; ofrecerles educación especial, de lenguaje, así como servicios de terapia ocupacional y física; y en algunos casos asegurar que tomen sus medicamentos. Como se nota en esta descripción, educar y preparar a todos los niños es una enorme tarea, y con frecuencia hay numerosos obstáculos que inhiben el aprendizaje y las capacidades de los estudiantes para llegar a ser adultos exitosos.

La escuela es un microcosmos de la sociedad, y a menudo se entreteje con la esencia de su comunidad con su fábrica cultural. Funciona como el punto central de la participación social de una comunidad; su influencia y su significado se extienden más allá de las paredes del aula. Como tal, a menudo se convierte en lugar de reuniones, votaciones e incluso funerales. Las fortalezas y debilidades de la comunidad se reflejan de manera natural en la escuela. Por ejemplo, los distritos con altos índices de crímenes tienen mayores probabilidades de tener problemas de disciplina en sus escuelas. Por otro lado, en los distritos con mucha participación de la comunidad hay mayor participación de los cuidadores en la escuela, lo cual da por resultado menores índices de delincuencia y menos problemas de disciplina, al mismo tiempo que un ambiente más seguro para el aprendizaje. Tener consciencia de estas situaciones es vital para entender el escenario escolar.

En EUA, muchos tipos de profesionales de la salud mental pueden trabajar en un escenario escolar. Algunas escuelas tienen un psicólogo o un clínico para dar servicios en sus instalaciones (consejeros o trabajadores sociales con cédula profesional). Sin embargo, prácticamente todas las escuelas tienen consejeros escolares profesionales. Debido a la cultura única del sistema escolar, el papel de cada profesional puede ser muy diferente del que desempeñan en otros escenarios, y cualquiera de ellos puede ser requerido para implementar la terapia de juego en escuelas. Debido a que los consejeros escolares profesionales son los que se contratan con mayor frecuencia en las escuelas, su papel como terapeutas de juego será el tema principal de este capítulo.

El papel principal del consejero escolar es implementar orientación respecto del plan de estudios. Gysbers y Henderson (1988) establecieron las áreas medulares como la

orientación respecto del plan de estudios, los servicios responsivos, planeación individual y apoyo al sistema. La *American School Counseling Association* (ASCA) estableció el modelo nacional para los consejeros escolares en 2004 adoptando estos componentes. El modelo nacional delinea más los servicios directos como las “interacciones en persona entre estudiante y consejero” en las siguientes áreas.

Plan medular de la consejería escolar (orientación en el aula)

Este plan consta de lecciones estructuradas diseñadas para ayudar a los estudiantes a alcanzar las competencias deseadas y proporcionarles a todos el conocimiento, las actitudes y las habilidades apropiadas para su nivel de desarrollo. El plan medular de la consejería escolar se implementa a lo largo de todo el plan de estudios de la escuela y está a cargo de los consejeros escolares en colaboración con otros educadores profesionales en los niveles de primaria, secundaria y bachillerato, así como en actividades grupales.

Planeación de estudiantes individuales

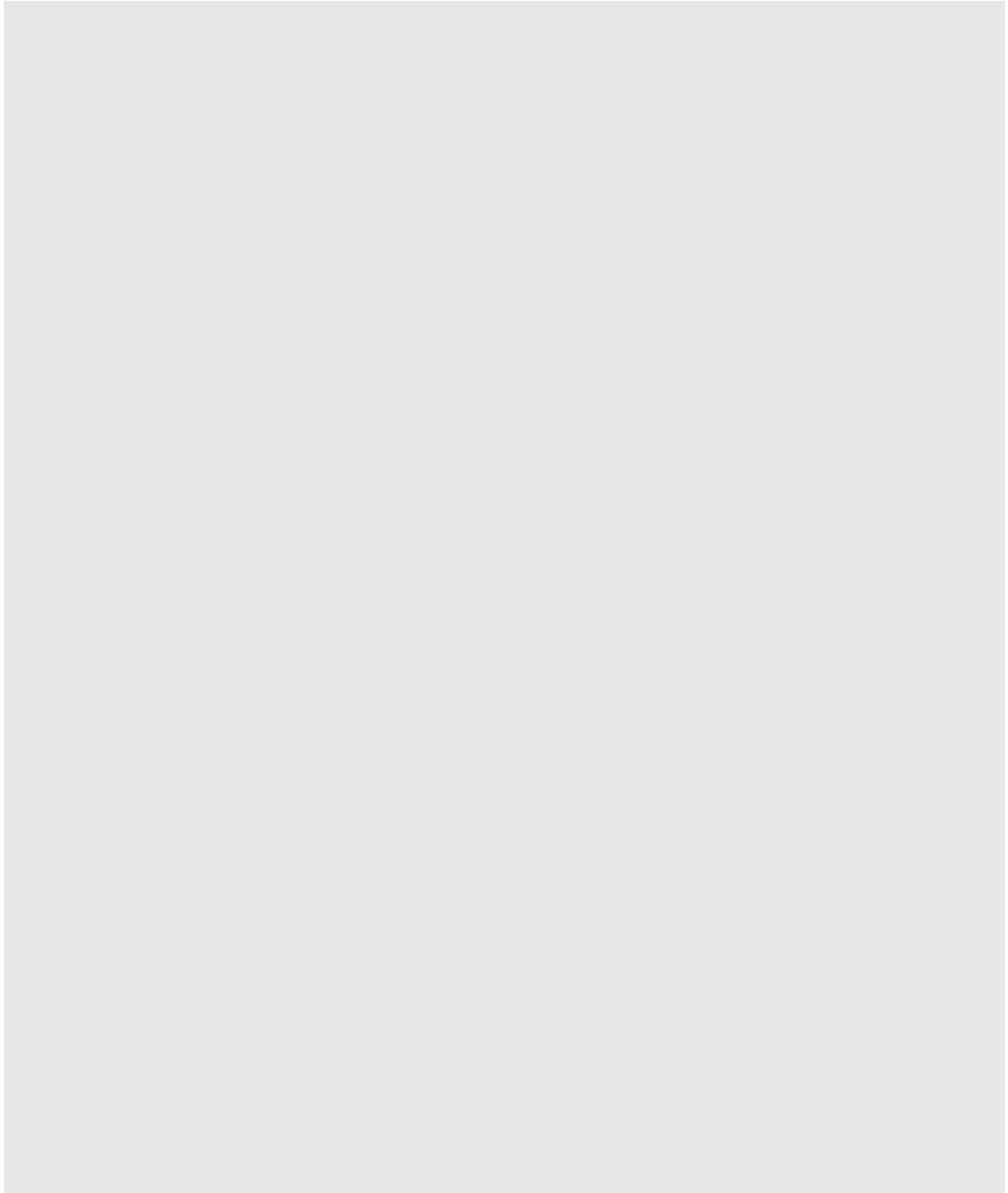
Los consejeros escolares coordinan las actividades sistemáticas corrientes diseñadas para ayudar a los estudiantes a establecer metas personales y desarrollar planes para el futuro.

Servicios responsivos

Los servicios responsivos son actividades diseñadas para resolver las necesidades y preocupaciones inmediatas de los estudiantes. Incluyen sesiones individuales o grupales de consejería o respuestas ante las crisis.

De acuerdo con la ASCA, los consejeros de educación básica deben distribuir 75% de su tiempo para brindar orientación curricular y servicios responsivos, mientras que los de educación media tienen que destinar 80% de su tiempo para dichas funciones. Éstas son las áreas donde se deberían implementar la terapia de juego, en tanto que el consejero lleva a cabo sesiones individuales y grupales de consejería y orientación en el aula. La orientación en el aula puede compararse con los grupos psicoeducativos en escenarios comunitarios, lecciones estructuradas de enseñanza de habilidades sociales, sentimientos y así sucesivamente. Muchos estudios han destacado los beneficios de los programas de orientación implementados para estudiantes de primaria hasta bachillerato (Lapan y Gysbers, 1997; Lapan, Gysbers y Petroski, 2001; Sink y Stroh, 2003). Algunos de los

beneficios que se encontraron fueron puntuaciones elevadas en pruebas estandarizadas de rendimiento académico para tercero y cuarto de primaria, y sensación de seguridad y mayor satisfacción con la calidad de la educación en estudiantes de nivel medio. Más adelante, en este capítulo, abordaremos las sugerencias para implementar la terapia de juego en las áreas de servicios directos.



¿POR QUÉ USAR LA TERAPIA DE JUEGO EN LAS ESCUELAS?

La primera razón para llevar la terapia de juego a las escuelas de nivel básico y medio como parte de los programas de orientación es que se trata del enfoque más adecuado en términos de desarrollo para trabajar con niños (Landreth, 2012; Landreth, Ray y Bratton, 2009; Ray, 2011; Drewes y Schaefer, 2010). Piaget afirmó que el desarrollo cognitivo de los niños precede sus habilidades verbales. Miller (2002) reconoció este descubrimiento revolucionario y señaló que la teoría de Piaget fue la primera en refutar las ideas previas de que el pensamiento representacional derivaba de la capacidad de usar palabras; en lugar de ello, “el pensamiento es previo al lenguaje y más amplio que éste” (p. 47). Un ejemplo del descubrimiento de Piaget en acción es la capacidad del niño para recibir la enseñanza del lenguaje de señas y emplearlo de manera correcta. Muchos cuidadores usan el lenguaje de señas con sus hijos para referirse a conceptos, como bebida y comida, para que los niños tengan una manera de expresarse antes de hacerlo verbalmente. Esto permite a los niños expresar sus necesidades para que un cuidador las satisfaga y disminuya su frustración. Piaget (1972) afirmó, “El lenguaje, entonces, no es el medio para desarrollar la inteligencia de los niños” (p. 26). Erikson (1972) planteó que el juego “puede facilitar en un niño el impulso a recapitular y, por así decirlo, a reinventar su propia experiencia con el fin de aprender a dónde podría llevarlo” (p. 132). Esto ilustra las inclinaciones naturales infantiles a darle sentido a su mundo por medio del juego.

La segunda razón para utilizar la terapia de juego en las escuelas se basa en la tremenda necesidad de ofrecer intervenciones más adecuadas en términos de desarrollo en una edad temprana. El *Department of Health and Human Services* (2010) de EUA afirmó:

Los informes sobre las necesidades tempranas de salud mental en Head Start indican que los niños muestran un aumento en las conductas disruptivas en el aula que no sólo afectan la atmósfera global de aprendizaje, sino que plantean un desafío al personal de la escuela y contribuyen al aumento de estrés de los maestros y de la tensión en el aula.

Las cuestiones conductuales tienen un impacto emocional, e incluso físico, negativo en los estudiantes, el cuerpo docente y el personal de la escuela. Los resultados de largo plazo de estas situaciones, cuando no se resuelven satisfactoriamente, también son perjudiciales. El abuso de sustancias y los trastornos de personalidad son sólo dos ejemplos de temas que se pueden desarrollar cuando las intervenciones tempranas no se llevan a cabo con éxito.

Los niños que presentan conductas agresivas y violentas tienen mayor riesgo de ser encarcelados o, incluso, de cometer suicidio, porque suelen presentar conductas agresivas y violentas contra ellos mismos y contra los demás. Un informe sobre violencia juvenil del *Surgeon General of the United States of America* (2001) hizo hincapié en la

importancia de las intervenciones tempranas diciendo “los jóvenes que se vuelven violentos antes de los 13 años de edad, por lo general, cometen más delitos, más graves y por mayor tiempo.” El informe también afirmaba que estos niños muestran un patrón de violencia creciente a lo largo de su infancia y algunos incluso en su adultez. El informe indica que las intervenciones tempranas son cruciales para evitar carreras crónicas de violencia.

Vivimos en una emocionante era en la que los constantes descubrimientos en el mundo de las neurociencias plantean razones biológicas para las intervenciones tempranas. Hirshfeld-Becker y Biederman (2002) estudiaron programas australianos de intervención/prevención. Observaron los beneficios de dirigir estos trabajos a los niños de preescolar y primaria: “Los niños más pequeños son más plásticos, tanto en términos de su conducta como de su neurodesarrollo.” Sin embargo, la investigación reciente sobre el cerebro sugiere que la plasticidad continúa a lo largo de toda la vida, lo cual significa que el cerebro puede ser reformateado en cualquier edad (Siegel y Bryson, 2012). Éste es un descubrimiento emocionante en tanto que constituye una razón más para intervenir en cualquier edad y tener esperanza de crecimiento. Sin embargo, mientras a menor edad se realicen las intervenciones, los niños sufren menos el impacto de las conductas y decisiones negativas. Bratton, Ceballos, Sheely-Moore, Meany-Walon, Pronchenko y Jones (2013) realizaron la primera investigación controlada sobre los resultados de la terapia de juego centrada en el niño (TJCN) con niños que presentaban conductas disruptivas en preescolar. Los resultados indican que la TJCN es una intervención temprana eficaz para reducir las conductas disruptivas, de modo que apoya el uso de la terapia de juego para ayudar a niños en preescolar antes de que se arraiguen más en ellos estas conductas.

La investigación indica con claridad que la intervención temprana tiene un papel importante en la manera en que los niños se perciben a sí mismo y perciben su éxito futuro como estudiantes, miembros de la comunidad y de su familia, y seres humanos. En muchos casos, los problemas de salud mental se identifican por primera vez cuando los niños entran a la escuela; por lo tanto, es esencial que las intervenciones se implementen en este momento para que los resultados sean óptimos. La terapia de juego es la opción evidente para llevar a cabo estas intervenciones, porque es el método más adecuado en términos de desarrollo.

La tercera razón es que la terapia de juego es un enfoque adecuado en términos de desarrollo para implementar los estándares de la ASCA (Perryman y Doran, 2010; Ray, Armstrong, Warren y Balkin, 2005). En esta era en que las pruebas psicológicas y la rendición de cuentas son muy importantes, también es un tratamiento eficaz para incluirlo cuando se realizan programas de evaluación en las escuelas. Lapan y Stanely (2006) del *Missouri Department of Elementary and Secondary Education* [Secretaría de Educación Primaria y Secundaria de Missouri] desarrollaron un programa llamado “Partnership for Research Based Evaluation” [Sociedad para la Evaluación basada en la Investigación] (PRBE) para que los consejeros lo usen con el fin de identificar problemas, recolectar datos y mostrar cómo hacer cambios usando técnicas o

intervenciones específicas. Los consejeros escolares profesionales realizan el PRBE para determinar los beneficios de diversas áreas de los servicios responsivos. Ray (2011) afirma, “la terapia de juego, como servicio responsivo, es un método adecuado en términos de desarrollo para responder a las necesidades inmediatas de los niños que operan preponderantemente en un mundo no verbal” (p. 206). Integrar la terapia de juego como un servicio responsivo también ofrece una excelente intervención que se puede medir con facilidad. Más adelante, en este capítulo, abordaremos distintas maneras de implementar la terapia de juego como servicio responsivo.

Una cuarta razón para emplear la terapia de juego en las escuelas es su familiaridad y accesibilidad. El consejero es parte de la comunidad escolar de los niños y, tal vez, el único profesional de la salud mental al que tienen acceso. Una ventaja y un factor distintivo de la escuela es el hecho de que el consejero es parte del ambiente cotidiano de los niños. El consejero conoce bien a los cuidadores y a los hermanos de los niños. Tiene la oportunidad de verlos interactuando con sus pares, maestros y el resto del personal en el ambiente escolar todos los días, dentro y fuera del aula. Debido a que el papel fundamental del consejero escolar es ayudar a educar a todos los niños, también suelen establecer relaciones con todos los estudiantes, al menos en cierto grado. El consejero también se relaciona con los maestros, el resto del personal escolar y los directivos, todos los cuales interactúan con el alumno de algún modo.

La quinta razón para implementar la terapia de juego en la escuela es su eficacia para mejorar el rendimiento académico y disminuir las conductas disruptivas en las escuelas. Blanco y Ray (2011) coordinaron el grupo controlado más grande hasta ahora, en el que midieron el efecto de la terapia de juego en el rendimiento académico. Los niños de primer grado que estaban en riesgo de tener un bajo rendimiento recibieron sesiones de 30 minutos de TJCN durante 8 semanas. Se encontró que el rendimiento académico de estos alumnos mejoró significativamente. Como se informó antes, Bratton et al., (2013) encontraron que la terapia de juego fue eficaz como intervención temprana para disminuir las conductas disruptivas.

La última razón para utilizar la terapia de juego en las escuelas es que constituye la manera más adecuada para cubrir las necesidades de diversos niños, porque no se centra en el lenguaje verbal. El juego es un lenguaje universal para los niños; lo usan en vez de las palabras para dar sentido a su mundo. Gil y Drewes (2006) formularon los siguientes principios para ser un terapeuta de juego competente y responsable en términos culturales: aumentar la sensibilidad propia, adquirir conocimiento con responsabilidad y desarrollar una competencia activa (pp. 7-10). Sin importar las identidades culturales de los niños, ellos utilizan los juguetes para resolver problemas y recrear su percepción del mundo. Por lo tanto, es vital para el consejero escolar profesional que trabaja como terapeuta de juego asegurarse de que es competente en términos culturales. En una sección posterior, abordaremos la manera de equipar el cuarto de juego para que sea adecuado en términos culturales.

Comprender la cultura particular del escenario escolar es esencial para implementar con éxito un programa de terapia de juego. Esto incluye tener presente el papel de la

escuela para los alumnos y la comunidad, así como comprender en profundidad los componentes del modelo nacional de la ASCA, en EUA. En resumen, las razones para implementar la terapia de juego en las escuelas son las siguientes:

- Se trata del método más adecuado en términos de desarrollo para trabajar en consejería con los niños.
- Hay una gran necesidad de intervenciones tempranas adecuadas al nivel de desarrollo de los niños en las escuelas.
- Es un enfoque adecuado en términos de desarrollo para implementar los servicios responsivos contemplados en los estándares de la ASCA.
- El consejero conoce a los estudiantes por ser parte de la comunidad escolar. Por lo tanto, los alumnos tienen acceso a los servicios requeridos en la comunidad donde se presentan los problemas.
- La terapia de juego ha demostrado ser un medio eficaz para mejorar el rendimiento académico y reducir los problemas de conducta en las escuelas.
- Es el método más adecuado en términos culturales para trabajar con niños.

OBSTÁCULOS POTENCIALES PARA IMPLEMENTAR LA TERAPIA DE JUEGO EN ESCUELAS

Hay numerosos obstáculos para implementar la terapia de juego en escenarios escolares. En esta sección, se abordan cinco de las situaciones más comunes que un consejero escolar puede encontrarse al implementar la terapia de juego.

Primero, la falta de tiempo, tal vez, es el obstáculo más grande en las escuelas (Ebrahim, Steen y Paradise, 2012; Ray et al., 2005). La proporción recomendada por la ASCA es de un consejero por cada 250 alumnos; esta última cifra es muy grande, pero asumimos que sólo 10% de la población estudiantil, es decir, 25 estudiantes de los que un consejero es responsable, requerirán algún servicio responsivo una vez a la semana. Otra vez, estos servicios incluyen el tiempo dedicado a la consejería en crisis, individual o grupal. Además, el consejero escolar también es responsable de dar una clase de orientación a todos los grupos (por lo general, semanal o bimestral) y de la planeación individual como parte de los servicios directos. La planeación individual incluye servicios como trabajar con un estudiante sobre su horario para ayudarlo a alcanzar las metas educativas. El consejero escolar profesional también es responsable de ofrecer diversos servicios indirectos a los estudiantes, como colaborar con los cuidadores, maestros, directivos, universidades y miembros de la comunidad, para remitirlos a otros servicios que sean necesarios. De esta descripción del trabajo del consejero escolar, es fácil ver cuán abrumador puede ser tan sólo encontrar el tiempo necesario para cubrir las necesidades de unos cuantos alumnos que requieren consejería. Por lo tanto, es esencial encontrar intervenciones exitosas para obtener el máximo impacto.

Segundo, la falta de apoyo de cuidadores, maestros y directivos es otro obstáculo importante para implementar la terapia de juego en las escuelas. Los cuidadores pueden estar preocupados de que sus hijos pierdan tiempo “jugando” con el consejero en lugar de aprovecharlo para estudiar. Por desgracia, estas ideas erróneas son comunes en las escuelas, porque los maestros y directivos rara vez saben de la terapia de juego y sus beneficios. Los maestros piensan que el niño recibe una recompensa por su mala conducta si lo dejar ir a jugar a la oficina del consejero en vez de seguir trabajando en el aula. Ray, Schumann y Muro (2004) mencionaron dificultades semejantes en su estudio sobre las lecciones que aprendieron al implementar la terapia de juego en las escuelas. Los maestros se sentían responsables de poner límites a las conductas de los niños, aun cuando conductas similares estaban permitidas en el contexto de la terapia. Los maestros sentían que esta tolerancia en las sesiones de juego alentaría más conductas negativas en el aula. También asumían la responsabilidad de lo que percibían como malas conductas, con miedo de que ellos como maestros se vieran reflejados en ellas. Por lo general, no entendían la ética del papel del terapeuta de juego en relación con hacer llamadas a una línea de ayuda como si fueran periodistas investigando abuso infantil, y compartir información confidencial. Algunos maestros también se abstuvieron de remitir estudiantes que consideraban muy difíciles, con el fin de proteger al terapeuta. Por lo tanto, es

imperativo educar a los cuidadores, al cuerpo de maestros y a los directivos acerca de los beneficios de la terapia de juego en la escuela para superar este obstáculo.

La falta de un entrenamiento suficiente es el tercer factor que inhibe a los consejeros escolares de implementar la terapia de juego. Wynne (2008) citó este factor como uno de los que afectan el éxito de la terapia de juego en las escuelas. La *American Counseling Association* [Asociación Americana de Consejería] (2014) aborda el campo de acción del consejero profesional en sus estándares éticos: “los consejeros actúan sólo dentro de los límites de su competencia, con base en su educación, entrenamiento, experiencia supervisada, licencias estatales y nacionales, y experiencia profesional” (p. 8). A pesar de que la investigación confirma muchos beneficios de la terapia de juego, la mayoría de los programas de entrenamiento en consejería escolar no la incluyen entre sus contenidos o prácticas. Con el fin de obtener el entrenamiento adecuado, la mayor parte de los profesionales de la salud mental tienen que buscar entrenamiento después de hacer una maestría, el cual puede demandar mucho tiempo y gastos extra.

Sin embargo, el número de programas de entrenamiento en terapia de juego aumentó significativamente en los últimos 10 años. Ray et al. (2005) informaron que 67% de los consejeros encuestados no habían tenido cursos de terapia de juego de nivel universitario a pesar de que 97% de ellos estaban de acuerdo en que el juego es el lenguaje natural de los niños. La *Association for Play Therapy* (APT) respondió a esta necesidad creando criterios para aprobar centros universitarios. Desde 2014 cuenta con una lista de 23 centros universitarios aprobados que brindan formación en terapia de juego, además de 180 universidades que ofrecen al menos un curso de terapia de juego en sus programas de posgrado (Association for Play Therapy, 2014b). Estos programas incluyen cursos de psicología, consejería y trabajo social. Los centros aprobados por la APT deben ofrecer al menos 15 unidades de educación continua cada 3 años. Gracias a las gestiones de la APT, el entrenamiento en terapia de juego se ha vuelto más accesible para los consejeros escolares y otros profesionales de la salud mental.

Cuarto, la falta de espacio y recursos también son barreras que aparecen con frecuencia al implementar la terapia de juego en las escuelas (Ebrahim et al., 2012; Ray et al., 2005). Estos son desafíos comunes en todas las escuelas, pues siempre tratan de hacer más con menos. Las aulas suelen estar sobrepobladas, y los consejeros, los terapeutas de lenguaje y la educación especial compiten por los espacios. Una consejera escolar describió su primera oficina, que era el cuarto remodelado del conserje que compartía con la enfermera. Ahí sólo cabía un catre para los niños enfermos y un escritorio junto a la puerta. En este espacio, ella tenía un caballete detrás de la puerta, una bolsa con los materiales de juego y un cubo con arena debajo del catre. Es esencial que el consejero resguarde un espacio confidencial para mantener los estándares éticos. Los consejeros han compartido historias en las que trabajan con grupos en la biblioteca o en el estrado de un gimnasio, cuando no hay nadie más, en sus intentos por encontrar un espacio confidencial, por desgracia, estas historias son muy comunes.

La batalla por conseguir recursos es un problema igualmente frustrante en las escuelas. Como los maestros, los consejeros a menudo compran sus propios materiales. Por lo

general, cuentan con un presupuesto muy limitado (\$500 - \$ 800 dólares en EUA) para todo el año. Las escuelas incluyen materiales de evaluación para este presupuesto a pesar de que no está considerado en los estándares nacionales la ASCA y, por lo tanto, debería haber un presupuesto específico para ellos. Los consejeros con iniciativa también buscan recursos de las organizaciones de padres de familia, de la comunidad y de organizaciones locales como iglesias. También buscan artículos de calidad en tiendas de descuento, ventas de objetos usados y ventas de garage.

Por otro lado, algunos consejeros escolares trabajan en escuelas donde disponen de un aula entera como oficina, lo que les permite tener un escritorio, área de juego, una mesa y un tapete para grupos o clases reducidos. La variabilidad de los recursos y espacios depende en gran medida de lo que haya hecho el consejero que estuvo antes.

Un último obstáculo potencial para implementar la terapia de juego en las escuelas es la forma en que se describe el papel del consejero escolar profesional. El modelo nacional de la ASCA (2005) establece que, aunque es apropiado para la escuela que los consejeros lleven a cabo consejería individual y en grupos pequeños, se considera inadecuado que ofrezcan terapia o consejería de largo plazo para abordar los trastornos psicológicos. Sin embargo, la ASCA no define con claridad estos términos y consejeros y educadores bien intencionados a veces utilizan esta afirmación para explicar por qué el juego como herramienta terapéutica no se puede emplear en las escuelas. Los consejeros escolares profesionales son especialistas en salud mental en sus escuelas y están entrenados para usar las mismas teorías y técnicas como consejeros en otros escenarios. Los terapeutas de juego poseen un conjunto adicional de habilidades especiales diseñadas para abordar de manera específica las necesidades de desarrollo de los alumnos en las escuelas. Con el fin de brindarles la mejor ayuda e implementar al cien por ciento el modelo nacional de la ASCA, es indispensable aclarar los términos y definir “terapia,” “trastornos psicológicos” y, sobre todo, “consejería de largo plazo” en relación con el contexto escolar.

En resumen, esta sección revisó algunos de los principales obstáculos para implementar la terapia de juego en el escenario escolar. Se habló sobre falta de tiempo, apoyo, entrenamiento, espacio y recursos, así como el lenguaje problemático que la ASCA utiliza para describir el papel del consejero. Con ayuda de la APT y la actividad de los consejeros escolares en investigación, por ejemplo, se han hecho progresos en estas áreas.

Teorías más adecuadas para la terapia de juego en las escuelas

Las perspectivas teóricas de los consejeros dependen en gran medida del objetivo de los programas de posgrado en los que recibieron su entrenamiento y de cualquier otra experiencia y entrenamiento posterior. Su marco teórico dicta la manera en que abordan los estándares nacionales de la ASCA y en que trabajan con niños, planta docente, directivos y cuidadores. Ahí se refleja su visión de la naturaleza humana y del desarrollo

de conductas saludables y desadaptativas. Sus perspectivas teóricas guían las intervenciones que llevan a cabo para ayudar a los alumnos. Para los propósitos de este capítulo, se abordarán los siguientes enfoques teóricos para su uso en el escenario escolar: terapia de juego centrada en el niño (TJCN), terapia de juego cognitivo-conductual y terapia de juego adleriana. La TJCN se basa en la teoría centrada en la persona. Carl Rogers (1961) fundó esta teoría y las condiciones centrales de la terapia, como autenticidad, empatía y consideración positiva incondicional. Se basa en el supuesto de que el ser humano aspira por naturaleza al crecimiento. Este enfoque no directivo fue adaptado por Virginia Axline para trabajar con niños y llegó a conocerse como terapia de juego centrada en el niño (1947). De acuerdo con Landreth (2012), “la terapia de juego centrada en el niño es una filosofía básica de la capacidad humana innata del niño para aspirar al crecimiento y la madurez y, al mismo tiempo, es una actitud de confianza profunda y permanente en la capacidad del niño para autodirigirse de manera constructiva” (p. 60). La TJCN cuenta con la investigación más sólida en comparación con otros tipos de terapia de juego (Landreth et al. 2009). Esta teoría toma en cuenta el desarrollo, por lo que es adecuada para los niños de edad escolar en tanto que atraviesan por varias etapas. El papel del consejero en este enfoque es seguir al niño, establecer límites sólo cuando es necesario para protegerlo, a sí mismo, al cuarto y a los juguetes.

La terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) fue desarrollada por Susan Knell. Esta perspectiva teórica se basa en la terapia cognitivo-conductual y el trabajo de teóricos como Ellis (1971), Beck (1976) y Bandura (1977). La TJCC es directiva, está orientada a las metas y estructura las sesiones para enseñar a los niños, ayudarles a pensar en nuevas maneras de jugar, a resolver sus problemas, a crear relaciones y a pensar en sí mismos. En la TJCC, el consejero realiza una evaluación para determinar las metas del tratamiento y, luego, crea una intervención específica para “aumentar la competencia conductual” (Knell, 1998, p. 30). En la TJCC, el consejero se enfoca en los problemas del niño para facilitar su solución a través de diversas técnicas basadas en la investigación con el fin de eliminar las conductas no deseadas y reemplazarlas con conductas deseadas. Entre las intervenciones, se encuentran el uso de juegos, biblioterapia, narración de historias, juego de roles, modelamiento, desensibilización, moldeamiento y reforzamiento positivo, así como la confrontación de las creencias irracionales que contribuyen a las dificultades (Knell, 1998). La TJCC se usa con frecuencia en las escuelas, porque su manera directa de abordar un problema o conducta seduce a maestros, directivos y algunos consejeros que fueron entrenados en los enfoques conductuales como forma de manejar un grupo en el aula.

El posible desafío que se encuentra al usar este enfoque en la escuela es el tiempo que se requiere para realizar la evaluación, desarrollar las metas del tratamiento e implementar la intervención terapéutica. Sin embargo, es relativamente eficiente en términos de tiempo, pues la mayoría de las intervenciones conductuales requieren cerca de 30 días.

La terapia de juego adleriana es otro enfoque teórico que seduce a muchos consejeros escolares. Fue creada por Alfred Adler, quien fundó la Sociedad de Psicología Individual

en 1912 (Schultz y Schultz, 2013). “Los adlerianos creen que las personas que asisten a consejería, porque experimentan dificultades con problemas de la vida, están desanimados (Kottman, 2003, p. 139). Terry Kottman adaptó la teoría adleriana para trabajar con niños. Este tipo de terapia de juego adopta un enfoque holístico para trabajar con el niño, y se basa en el supuesto de que las personas están inmersas en lo social. Por lo tanto, incluye a las personas significativas del mundo social del niño, como cuidadores y maestros. La terapia de juego adleriana es un enfoque más directo para abordar las conductas desadaptativas y ofrece sugerencias específicas a los cuidadores y maestros dependiendo de cuál es la meta de este tipo de conductas. El modelo adleriano se enfoca en que el terapeuta establezca y mantenga una relación igualitaria con el niño, pues se considera que éste es un compañero en el proceso terapéutico. El terapeuta de juego explora el estilo de vida del niño, lo ayuda a conocerse mejor y lo reorienta o reconduce (Kottman, 2003). En esta forma de terapia de juego, el papel del terapeuta es ser activo y directivo, y alentar al niño. Un posible desafío para este enfoque en las escuelas es lograr que cuidadores y maestros participen en el proceso y el tiempo que requiere evaluar y trabajar con niños con regularidad. Sin embargo, la terapia de juego adleriana se ajusta bien al ambiente escolar.

Meany-Walen hizo un estudio empleando la terapia de juego adleriana con niños de los primeros años de primaria que presentaban conductas disruptivas. Se llevaron a cabo dos sesiones a la semana de 30 minutos durante seis semanas; los alumnos que participaron mostraron una disminución significativa de sus conductas disruptivas; también se encontró una reducción en el estrés de la relación maestro-alumno. Estos son beneficios importantes.

En este capítulo, se presentaron tres enfoques teóricos adecuados para trabajar con niños en escenarios escolares. Es esencial que los consejeros escolares profesionales se preparen en una perspectiva teórica que se ajuste a sus creencias personales acerca de las personas y la naturaleza humana desde el principio de su entrenamiento y práctica. Esta teoría lo guiará en su travesía por múltiples situaciones que los niños llevan a la escuela, y en su labor para ayudar a los niños a ser exitosos en el ámbito académico y personal.

MODIFICACIONES AL PROCEDIMIENTO

Se deben hacer modificaciones específicas a tres aspectos del procedimiento para emplear la terapia de juego en escenarios escolares: en la terminología utilizada para describir esta terapia, en el tiempo dedicado a las sesiones y en los tipos de juguetes. El primer aspecto se abordará en esta sección, mientras que los otros dos en las secciones Disposición del cuarto de juego y juguetes y Frecuencia y duración de la terapia de juego.

Debido a que hay varias restricciones legales y profesionales en relación con el tipo de servicios que los consejeros escolares pueden ofrecer y los términos que pueden utilizar para describir su trabajo, tienen que conocer muy bien las leyes y los códigos éticos que rigen en los estados donde trabajan. El término *terapia de juego* es muy general, y los terapeutas provienen de diversas profesiones de la salud mental. A pesar de ello, es posible que a los consejeros no les esté permitido utilizar las palabras *terapia* y *terapeuta* para referirse a su trabajo y a sí mismos. Como se mencionó en las secciones previas, el modelo nacional de la ASCA (2012) menciona explícitamente que es inapropiado que los consejeros escolares practiquen la “terapia.” Además, en algunos estados de EUA, también hay restricciones legales en relación con el tipo de profesionales a los que les está permitido utilizar los términos **terapia y terapeuta**. Por definición, los consejeros escolares son: profesionales que ofrecen consejería individual o en grupos pequeños. Dado que las intervenciones basadas en el juego constituyen la manera más adecuada en términos de desarrollo para trabajar con niños, sea como maestro, consejero o terapeuta, es razonable y adecuado a nivel profesional que los consejeros escolares ofrezcan consejería basada en el juego. De este modo, su trabajo se puede alinear a la definición general de terapia de juego y a los parámetros actuales de su profesión.

Al escribir esta sección, me di cuenta con claridad de todo el estrés que experimentan los consejeros escolares al tratar con ahínco de acatar las indicaciones estatales y de la ASCA y los dictados de su código ético para ofrecer intervenciones adecuadas al nivel de desarrollo de los alumnos y basadas en las mejores prácticas. Por sí sola, ésta es una tarea abrumadora, pero la necesidad adicional de compensar su situación siendo creativos con su terminología, tiempo y juguetes con el fin de obtener apoyo en su comunidad escolar constituye una carga tremenda para cualquier profesional que brinda ayuda a los demás y para cualquier ser humano afectuoso. Asimismo, este estrés tiene el potencial de transmitir mensajes despectivos a los alumnos, como sentimientos de ser malos, que hay algo malo con la terapia de juego, y de que es urgente apurarse y cambiar. Aunque se han dado pasos enormes en el campo de la terapia de juego, es de suma importancia para el futuro de los consejeros escolares defender su uso en las escuelas para abordar las necesidades de los niños y su bienestar.

Establecer la terapia de juego en las escuelas

Para abordar algunas situaciones a las que se enfrentan los consejeros escolares al implementar la terapia de juego, en esta sección se hablará de cómo promoverla. Las siguientes directrices para incorporar la terapia de juego en los programas de consejería escolar son adaptaciones del trabajo de Perryman y Doran (2010):

- Estar consciente de la cultura del contexto escolar.
- Defender el programa de consejería escolar proporcionando información a directivos, maestros, cuidadores y miembros de la comunidad acerca de la terapia de juego.
- Arreglar un cuarto de juego o un espacio de juego, o disponer de una bolsa con los materiales necesarios.
- Estar consciente a nivel ético y ser competente, educar a otras personas interesadas en relación con el código ético.
- Evaluar los servicios responsivos del programa de terapia de juego e informar los resultados a los interesados.
- Ser un terapeuta de juego competente en términos culturales adaptando su lenguaje y los juguetes para cubrir las diversas necesidades de los alumnos (p. 84).

Como se mencionó antes, es esencial medir el éxito del programa de terapia de juego. Los resultados permiten a los consejeros aprender de sus errores, hacer las adaptaciones necesarias a sus programas y defenderlos al presentar sus hallazgos. Las formas de medir el éxito de una intervención con terapia de juego incluyen revisar los propios datos de la escuela, así como hacer evaluaciones específicas. Entre los datos útiles de la escuela se encuentran los promedios de calificaciones de los alumnos, las faltas y las indicaciones de asistir a terapia de juego, individual o grupal, o la asistencia a lecciones de orientación cuando ésta ha terminado. Para la evaluación se pueden utilizar las medidas académicas e instrumentos como los inventarios de autoestima. Ray (2011) recomienda mantener informados a maestros y directivos acerca del progreso general por medio de informes. Aunque esto lleva tiempo, también facilita el apoyo en tanto que los profesionales trabajan juntos y discuten los cambios en la conducta de los niños. Ray sugiere hacer esto cada mes. Desde luego, las intervenciones de juego deben ser de corto plazo (10-12 sesiones o menos), porque los servicios responsivos son sólo un componente de las actividades que debe realizar el consejero escolar. Landreth (2012) considera que “muchos problemas conductuales y experiencias de los niños pueden tratarse con eficacia en un periodo relativamente breve” (p. 370), y la escuela es un escenario excelente para este tipo de terapia de juego.

Otro modo de promover la terapia de juego en las escuelas es crear boletines mensuales para cuidadores, maestros y directivos con un panorama general del programa de orientación de la escuela, la manera en que el consejero dedica tiempo a implementarlo y la forma en que la terapia de juego aporta otros beneficios a los niños. También se pueden implementar programas para que los padres aprendan más sobre la terapia de juego y temas como disciplina y comunicación con los niños a través del

juego. Los consejeros escolares también deben tener las puertas abiertas y tiempo para mostrar su espacio de juego y compartir listas de artículos requeridos a los cuidadores. Ray (2011) también recomendó elaborar folletos para promover la terapia de juego en la escuela y la comunidad. En vez de elaborar sus propios folletos, los consejeros escolares pueden repartir el folleto “*Why Play Therapy?*” [¿Por qué la terapia de juego?] (*Association for Play Therapy, 2014c*) o presentar videos en los que se destacan los beneficios de la terapia de juego. El consejero también puede preparar presentaciones para el personal de la escuela, cuidadores, maestros y directivos siguiendo estas recomendaciones (adaptadas de Perryman y Doran, 2010):

- Explicar que el juego es el método más apropiado en términos de desarrollo para trabajar con niños.
- Destacar las ventajas de la terapia de juego o la “consejería con juguetes” en el escenario escolar.
- Describir su función en el plan de mejoramiento escolar del distrito y, particularmente, para las escuelas de ese distrito (cuando sea aplicable).
- Describir su función al abordar el componente de los servicios responsivos tanto del programa de orientación estatal como de los estándares nacionales de la ASCA.
- Llevar a cabo una presentación profesional empleando datos de investigación sobre el programa de consejería y sus beneficios para el distrito. Por ejemplo, se podría seleccionar un grupo de estudiantes que tiene una baja asistencia y realizar una intervención grupal de seis semanas de terapia de juego. Se compararía entre su asistencia en el trimestre previo y el posterior al grupo. Debido a que los distritos escolares reciben financiamiento de acuerdo con la asistencia de los alumnos, la cantidad de dinero que el distrito ha obtenido debe destacarse como un beneficio de la intervención. Lo mismo se puede lograr con facilidad haciendo referencia a las conductas y a los promedios de calificaciones para mostrar los beneficios académicos.

En esta sección, revisamos estrategias específicas para implementar la terapia de juego en las escuelas. El consejero debe ser un fuerte defensor e investigador, así como poseer la capacidad para vender el programa de terapia de juego para garantizar su éxito.

Disposición del cuarto de juego y juguetes

En esta sección se explica cómo disponer un cuarto de juego, da un panorama general de los tipos de juguetes necesarios y revisa otra vez la frecuencia y duración de las sesiones de terapia de juego en las escuelas. Como señalamos antes, espacio y tiempo son escasos en la mayoría de las escuelas, pero la creatividad del consejero no conoce límites cuando se trata de maximizarlos. Para empezar, en esta sección se hablará del espacio del cuarto

de juego y su ubicación, así como de los juguetes necesarios para el cuarto y la bolsa con los materiales.

El cuarto de juego debe ser cálido y acogedor, de modo que haga saber a los niños que ese espacio está hecho para ellos. Landreth (2012) sugiere un cuarto de 3.5×4 m para disponer del espacio necesario para la terapia de juego. También recomienda que el cuarto no tenga ventanas para garantizar la privacidad. Pisos de azulejo o vinílicos son fáciles de limpiar o reparar, en caso de ser necesario. Las paredes deben estar pintadas de color hueso y pintura lavable. Si el consejero escolar decide colgar objetos en la pared, deben situarse a la altura de los niños. Son recomendables los estantes empotrados en la pared para organizar los materiales de juego y que sean accesibles a los niños. Lo ideal es que el cuarto de juego se encuentre lejos de las aulas para que, en caso de que se produzca mucho ruido en la sesión terapéutica, el trabajo en las aulas no resulte afectado; también se recomienda que esté lejos de la oficina del director. Disponer de una oficina ubicada en un área poco transitada evita que los alumnos, cuidadores, maestros y directores vean quién pasa frente al cuarto de juego, y asegura la confidencialidad de las sesiones del niño. Cuando sus compañeros preguntan al niño por qué va a ver al consejero puede perjudicar la relación entre estos dos. Muchas escuelas tienen la oficina del consejero junto a la del director. Esto puede disuadir al niño de ir a ver al consejero, porque desde el principio asocian la oficina del director con la disciplina, por lo que el consejero es visto automáticamente como encargado también de la disciplina. Aunque es imposible contar con una oficina aislada por completo, los consejeros deben hacer todo lo que esté en sus manos para garantizar la confidencialidad.

Landreth (2012) describió los tipos de juguetes para el cuarto de juegos, y los dividió en juguetes de la vida real, juguetes para expresar la agresión y las conductas disruptivas, y juguetes para la expresión creativa y la descarga emocional. Estos juguetes se agrupan por tema cuando se ordenan en los estantes del cuarto de juego o se meten en bolsas de plástico y contenedores en caso de un cuarto de juego portátil. Landreth sugiere la siguiente lista de juguetes y materiales (pp. 167-169). Dependiendo de la ubicación de la oficina del consejero, se emplean instrumentos musicales ruidosos o se retiran para no perturbar las actividades académicos de los demás alumnos.

- Abatelenguas, palos de paleta.
- Acuarelas.
- Animales de peluche (dos o tres).
- Animales de zoológico y familias de animales de granja.
- Antifaz tipo llanero solitario y otras máscaras.
- Arañas de juguete y otros insectos.
- Arenero y una cuchara grande.
- Autobús escolar.
- Banco armable y martillo.
- Biberón (de plástico).
- Bloques de construcción (de varias formas y tamaños).

- Bolso y joyas.
- Cacerolas, cazuelas, vajilla.
- Cajas de cereal.
- Cámara de juguete.
- Camión, carro, avión, tractor, bote, ambulancia.
- Cartones de huevo.
- Cartulinas (de varios colores).
- Casa de muñecas (de las que se abren y el niño se puede inclinar).
- Chupete.
- Cinta adhesiva transparente, pegamento no tóxico.
- Crayones, lápices, hojas de papel.
- Curitas.
- Dinero de juguete y caja registradora.
- Dinosaurio, tiburón.
- Disfraces para los muñecos.
- Equipo médico.
- Escoba y recogedor.
- Esponja, toalla.
- Esposas de policía.
- Estufa.
- Familia de muñecos con movilidad.
- Figuras inflables para golpear.
- Fregadero.
- Gomosito (figura movible de arcilla).
- Jabón, cepillo, peine.
- Jarro.
- Latas vacías de frutas y verduras.
- Linterna.
- Marcadores borrables no tóxicos.
- Muebles para casa de muñecas (de madera fuerte).
- Muñecas.
- Objetos que se ponen en la cabeza: casco bombero, gorro de policía, diadema, corona.
- Pañuelos.
- Pelotas.
- Piezas para armar objetos.
- Pinturas, caballete, papel, pinceles.
- Pistolas y cuchillos de juguete.
- Pizarrón, gises de colores, borrador.
- Platillos (de batería).
- Platillos (de comida).
- Refrigerador (de madera).

- Reloj de juguete.
- Ropa para muñecas, mantas.
- Soga.
- Soldaditos y equipo bélico.
- Tambor.
- Teatro de títeres.
- Teléfonos (dos).
- Tijeras con punta achatada.
- Títeres de mano (doctor, enfermera, policía, madre, padre, hermana, hermano, bebé, cocodrilo, lobo).
- Trapos o toallas viejas.
- Víbora de goma, cocodrilo.
- Xilófono.

Algunos de estos artículos son juguetes de descarga de la agresión (p. ej., pistolas, cuchillos, figuras inflables para golpear y soldaditos). Debido a que el juego es el lenguaje de los niños y a que los juguetes son las palabras, se puede deducir que un niño a veces necesita usar el juego agresivo para articular los sentimientos de ira y agresión, para los que aún no se dispone de las palabras adecuadas. Esta premisa se puede comparar con el trabajo con adultos. Sería impensable que un consejero que trabajara con adultos que sienten dolor o enojo pusiera límites a las palabras que utilicen en la sesión para expresarse.

Sin embargo, cuando se trata de niños, los adultos pueden temer que permitirse jugar con juguetes agresivos aumenta la probabilidad de que actúe de manera agresiva fuera del cuarto de juego. Lo cierto es que esto ocurre muy rara vez. El juego agresivo, en realidad, permite a los niños expresar sus sentimientos en un ambiente apropiado y de aceptación, mientras que el terapeuta establece límites cuando es necesario. La capacidad de expresar estos sentimientos elimina la necesidad de expresarlos de maneras inapropiadas fuera del cuarto de juego. Retomando el ejemplo anterior del adulto, si usa un lenguaje fuerte y un volumen alto de voz para expresar su dolor o enojo con un terapeuta que lo acepta tienen menor necesidad de hacerlo con otros cuando termina la sesión. Éste es un ejemplo muy claro de los beneficios terapéuticos de la catarsis. Sin embargo, debido al gran temor a la violencia escolar en años recientes, no se permite en las escuelas nada que se parezca a un arma, como pistolas de juguete, cuchillos y espadas. Por lo tanto, es recomendable modificar la lista anterior para el cuarto de juego de la escuela. En su lugar, el consejero puede utilizar otros juguetes agresivos como títeres, soldaditos, bloques que puedan ser pateados o aventados, un *pouncing bag*, o incluso un tronco que el niño pueda golpear con un mazo de hule. La otra cosa que se debe recordar es que los niños serán creativos si y sólo si tienen la necesidad de expresar agresión. Pueden utilizar su dedo índice como pistola o construir un arma con bloques, palos de madera, arcilla o casi cualquier otra cosa que encuentren en el cuarto de juego. Lo importante es recordar que los niños requieren de un ambiente adecuado y las

herramientas con las cuales expresar sus emociones reprimidas, como dolor o enojo, del mismo modo que los adultos.

En muchas escuelas, el consejero no dispone de un espacio como el antes descrito. En esos casos, una bolsa con materiales de juego básicos se prepara para utilizarlos en la terapia. Entonces, el consejero puede llevarla a cabo en un espacio pequeño y luego moverse a una esquina vacía de un salón, el gimnasio o la biblioteca. La lista básica creada por Landreth (2012) es la siguiente:

- Antifaz tipo “llanero solitario”.
- Avioncitos.
- Biberón (de plástico).
- Carritos.
- Casa de muñecas (una caja de paquetes de hojas de papel; la tapa de la caja funciona como el techo de la casa; unas líneas en la parte interior indican la división de los cuartos. Cajas dobles sirven como contenedores para guardar los juguetes).
- Cinta adhesiva transparente.
- Crayones (caja de ocho).
- Cuchara.
- Curitas.
- Dos platos y tazas de juguete.
- Esposas de policía.
- Gomosito (figura movible de arcilla)
- Limpiadores de pipa.
- Muebles para casa de muñecas (al menos dormitorio, cocina y baño).
- Muñeca.
- Muñecos de familia movibles.
- Palos de paleta.
- Papel prensa.
- Pelotas suaves.
- Piezas de joyería.
- Plastilina no tóxica.
- Soga de algodón.
- Soldaditos (20 son suficientes).
- Teléfonos (dos).
- Tijeras de punta chata.
- Títeres de mano agresivos (cocodrilo, lobo o dragón).

Habiendo hablado de la disposición del cuarto de juego y los juguetes que se requieren, centremos la atención en la frecuencia, duración de las sesiones y del proceso de la terapia de juego en escenarios escolares.

Frecuencia y duración de la terapia de juego

Debido a la presión sobre los directivos, maestros y alumnos de elevar o mantener las calificaciones y recibir fondos, el tiempo de clases tiene preponderancia sobre todas las demás actividades escolares. En la mayoría de los estados, el receso se ha reducido de 3 periodos de 30 minutos al día a un solo descanso de 15 min al día. En muchas escuelas, las clases de música y artes se han reducido y, en algunos casos, eliminado. Esto tiene consecuencias desafortunadas para los niños, porque disponen de muy poco tiempo no estructurado para jugar y socializar o para que su cerebro descanse. También afecta de manera negativa su amor natural por el aprendizaje y aumenta su nivel de ansiedad. Como resultado, el consejero se requiere más que nunca. La sesión tradicional de consejería es de aproximadamente 50 minutos. Es imposible que el consejero escolar lleve a cabo sesiones individuales con esta duración. Por fortuna, hay una gran cantidad de investigaciones que apoyan la eficacia de sesiones más breves. Landreth (2012) recomienda sesiones de 30 minutos semanales o quincenales por no más de 12 sesiones.

Las sesiones grupales de consejería suelen durar 1 o 2 horas. El consejero escolar quizá tenga que modificar este tiempo, pero respetando las normas éticas. No se debe apresurar a los niños en la sesión grupal, ni negarles el tiempo necesario para que procesen los temas que surgen en ella. Esto plantea un reto interesante a los consejeros escolares en tanto que aspiran a ayudar a los niños a abordar sus dificultades de una manera divertida y creativa al mismo tiempo que intenta no contrariar a los maestros y directivos utilizando demasiado tiempo de clase. Conocer los estándares nacionales de la ASCA, así como las directrices de orientación completas de cada estado, ayuda a los consejeros escolares a pedir el tiempo necesario para implementar en su totalidad el programa de consejería escolar.

Además, los consejeros creativos suelen encontrar la manera para extender las sesiones grupales. Comenzar justo antes o después de un receso y permitir a los alumnos llevar su comida al grupo es una manera de extender el tiempo. Si los alumnos tienen que pasar parte del tiempo comiendo, el consejero puede sondear, mientras tanto, cómo les ha ido en la semana e introducir la actividad en turno. Con los niños mayores que trabajan sobre temas de la amistad y de habilidades sociales, el consejero puede llevar una parrilla eléctrica para preparar burritos o una waflera para unificar el trabajo de equipo y la hora de la comida. Aunque esto no puede ser lo mejor en todos los grupos, la mayoría de los alumnos disfrutan de estas actividades y tienen la oportunidad de practicar sus habilidades sociales de una manera divertida. Por último, en algunas escuelas, los cuidadores pueden llevar más temprano a sus hijos o recogerlos más tarde. Muchas cuentan con programas en horarios después del habitual que incluyen actividades como música, arte y yoga. Los consejeros pueden establecer horarios para el grupo antes o después de estas otras actividades escolares.

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS PARA USAR LA TERAPIA DE JUEGO EN LAS ESCUELAS

En esta sección, se revisan técnicas y estrategias específicas que los consejeros escolares pueden emplear. Por conveniencia, las técnicas se ordenaron de acuerdo con las teorías que se presentaron con anterioridad en este capítulo.

Terapia de juego centrada en el niño

La TJCN no es tanto una técnica como una manera de estar con el niño. Se basa en los ocho principios básicos de Axline (1969), que después fueron revisados por Landreth (2012):

1. El terapeuta se interesa genuinamente por el niño y establece una relación cálida y de cuidado.
2. Siente una aceptación incondicional hacia el niño y no desea que sea diferente de lo que es en ningún aspecto.
3. Crea la sensación de seguridad y libertad en la relación, para que el niño se sienta confiado para explorar y expresarse por completo.
4. Siempre es sensible a los sentimientos del niño y se los refleja con delicadeza de modo que pueda comprenderse mejor.
5. Cree profundamente en la capacidad del niño de actuar con responsabilidad, respeta con determinación su capacidad de resolver problemas personales y le permite hacerlo.
6. Confía en la dirección interna del niño, le permite guiar el rumbo de la relación y se resiste a dar indicaciones para orientar el juego o la conversación hacia algún rumbo.
7. Aprecia la naturaleza gradual del proceso terapéutico y no trata de apresurarlo.
8. Establece sólo los límites necesarios para anclar la sesión a la realidad y ayudar al niño a aceptar responsabilidades personales adecuadas en una relación.

La terapia de la relación padre-hijo (TRPH) es una técnica basada en la TJCN. En la TRPH, se enseña a los cuidadores a llevar a cabo sesiones de juego con sus hijos usando la escucha reflexiva y el rastreo. Esto permite a los cuidadores ver en verdad el mundo a través de los ojos del niño, con lo cual su relación se fortalece (Landreth et al., 2006). Esta intervención de 10 semanas en grupos pequeños es perfecta para que un terapeuta de juego la implemente en la escuela. Ofrecer TRPH ayuda a los cuidadores a construir relaciones más sólidas con sus hijos, mientras que los educan al mismo tiempo en relación con otros usos de la terapia de juego en las escuelas.

Terapia de juego cognitivo-conductual

La TJCC se usa con frecuencia en las escuelas, una de sus técnicas, el programa de afrontamiento (Podell, Martin y Kendall, 2008), consta de 16 sesiones que se enfocan en los trastornos de ansiedad generalizada y de separación, que son muy comunes en este entorno. Recurre a actividades lúdicas y divertidas, como dibujos y representaciones cómicas de los sentimientos, para ayudar a los estudiantes a manejar la ansiedad. Aunque esta técnica requiere más de 12 sesiones, el modelo de corto plazo recomendado antes ha mostrado ser eficaz en distintas investigaciones.

Una gran cantidad de técnicas de TJCC serían adecuadas para trabajar con individuos, grupos y salones de clase dependiendo de las intervenciones requeridas. Ilumina-Tu-Vida (O'Connor, 1983) es una actividad en la que los niños expresan sus sentimientos de un modo creativo y no amenazante. El terapeuta enseña a los niños los colores que se suelen asociar con diversos sentimientos, como el amarillo con la alegría y el azul con la tristeza. Entonces, se les pide que los usen para crear una representación visual de los sentimientos que han tenido en sus vidas. Es una actividad sencilla y sólo se requieren materiales que siempre hay en las escuelas. Se podría usar para que los niños aborden sus preocupaciones, como la dificultad para reconocer, expresar y manejar sus sentimientos.

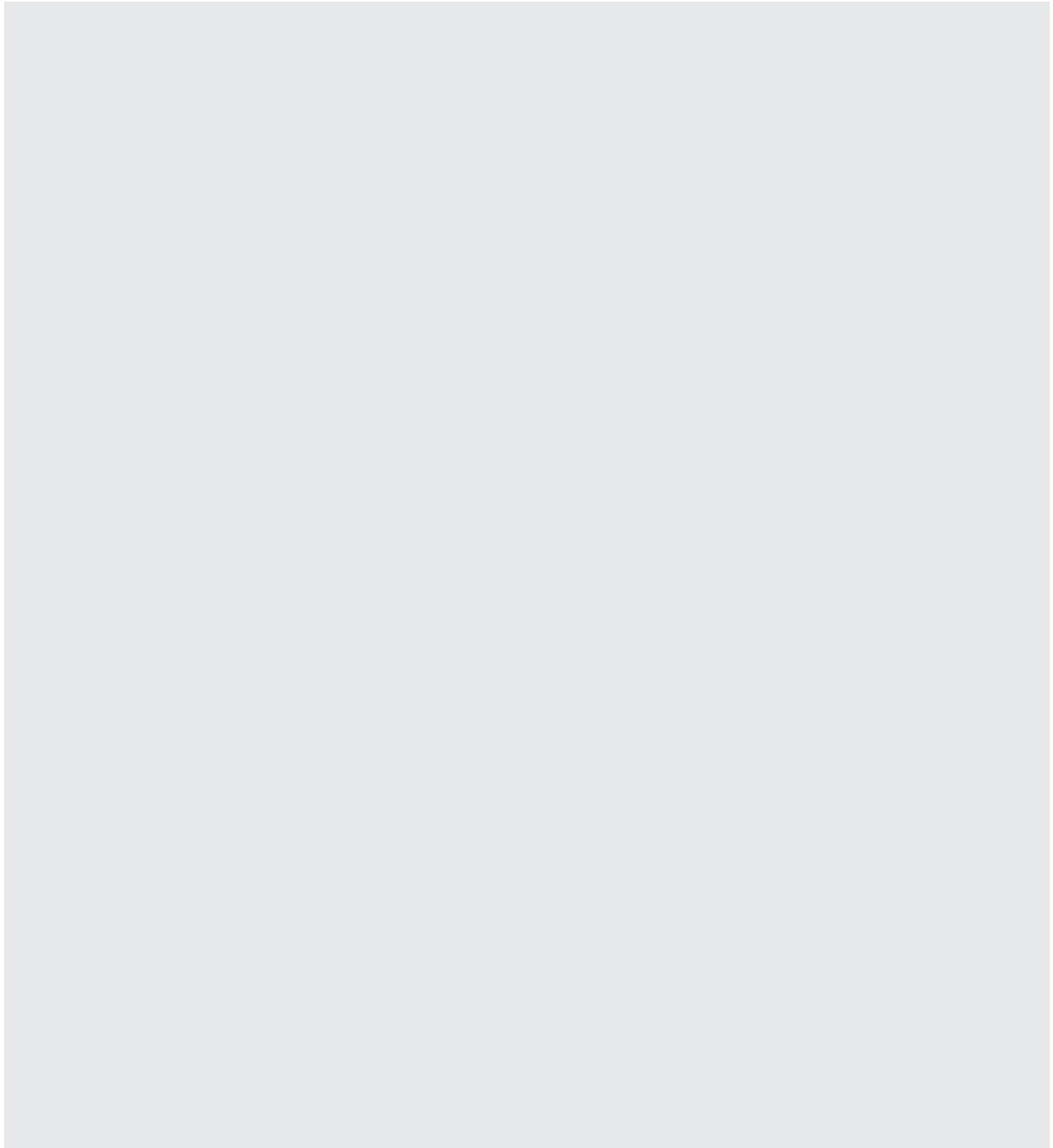
Terapia de juego adleriana

La terapia de juego adleriana se puede aplicar con facilidad en las escuelas. Esta teoría se enfoca en tener valor, conectar, ser capaz y contar, así como en la noción de que hay cuatro metas principales de las malas conductas (atención, poder, venganza y probar su incompetencia). Una herramienta para emplear los conceptos adlerianos en las escuelas es el folleto de Kottman (2010), donde se tratan estas metas con cuidadores y maestros. Las metas se enlistan en las columnas de un lado del formato con los siguientes encabezados: sentimientos del niño, acciones del niño (activas y pasivas), sentimientos del adulto y reacciones del niño. Debajo de estos encabezados, aparecen ejemplos que ayudan a identificar la meta de las malas conductas del niño. El consejero puede usarlo con maestros y cuidadores invitándolos a identificar cómo se sienten cuando están con el niño y, a partir de ahí, ver lo que éste puede realmente sentir y necesitar cuando ocurre esa conducta. Esto es de gran ayuda para establecer la empatía y la comprensión de los adultos hacia el mundo infantil.

La terapia de juego adleriana utiliza técnicas como las metáforas terapéuticas, recuerdos tempranos y creación de historias en la arena. La relevancia de establecer una relación igualitaria, dar aliento y su tendencia a ser más directivo son aspectos que los consejeros escolares suelen apreciar. En las historias metafóricas, por ejemplo, el consejero pone mucha atención a los juguetes que usa el niño y las historias que cuenta,

y emplea esta información para crear una historia sobre las situaciones en las que se encuentra el niño. Entonces, el consejero utiliza los juguetes o actividades preferidos del niño (hacer un libro, dibujar, crear música) para contar su historia y ayudarlos a conocerse y aprender nuevas formas de manejar situaciones similares. El consejero procesa con delicadeza la historia con el niño, teniendo cuidado de no personalizar demasiado la información antes de que esté listo.

En esta sección, se revisaron algunas técnicas y estrategias de las terapias de juego centrada en el niño, cognitivo-conductual y adleriana en escenarios escolares.



INVESTIGACIÓN/EVIDENCIAS

La *Association for Play Therapy* reconoce que es necesario hacer más investigaciones sobre la terapia de juego, y en 2013 diseñó una estrategia de investigación para elevar su credibilidad entre otros profesionales y entre el público general. En esta sección revisaremos parte de la literatura y citaremos los beneficios de la terapia de juego.

Se ha encontrado que la TJCN mejora el rendimiento académico, la autoestima, los retrasos del habla y el lenguaje expresivo, y la conducta adaptativa, internalizada y general de los niños (Blanco y Ray, 2011; Danger y Landreth, 2005; Post, McAllister, Sheeley y Flowers, 2004; Kot, Landreth y Giordano, 1998). Niños traumatizados que recibieron TJCN después de un terremoto mostraron una disminución significativa en la ansiedad general, ansiedad fisiológica, preocupación/exceso de sensibilidad y riesgo de suicidio (Shen, 2002). Comprender estos beneficios ayuda a los consejeros a planear las intervenciones con niños en las escuelas. Un inconveniente que se menciona a menudo al usar la TJCN en las escuelas es el tiempo que se necesita para ver resultados. Sin embargo, estudios recientes han encontrado resultados positivos de la terapia de juego centrada en el niño de corto plazo. Un ejemplo es el estudio antes mencionado de Blanco y Ray (2011), en el que se implementó la TJCN con niños de primer año en riesgo de tener bajo rendimiento académico en sesiones de 30 min, durante 8 semanas. Hubo un aumento estadísticamente significativo en el desempeño académico.

La TJCC ha tenido éxito al abordar dificultades relacionadas con trauma, abuso sexual, violencia doméstica, regulación emocional/afectiva, desarrollo de habilidades sociales, ansiedad, agresión y depresión (Drewes, 2009).

Ray, Bratton, Rhine y Jones (2001) realizaron un metaanálisis de la investigación sobre los resultados de la terapia de juego y encontraron que ésta es un tratamiento eficaz para ayudar a los niños a lidiar con sus problemas. Ésta fue una investigación revolucionaria, porque abarcó un periodo de 60 años e incluyó 94 estudios, de los cuales 36 se llevaron a cabo en una escuela. La investigación ha encontrado resultados positivos en el rendimiento académico y el lenguaje oral, y disminuciones en TDAH, ansiedad y problemas de conducta externalizada (Blanco y Ray, 2011; Blanco, Ray y Hollman, 2012; Garzo y Bratton, 2005; Ray, Schottelkorb y Tsai, 2007).

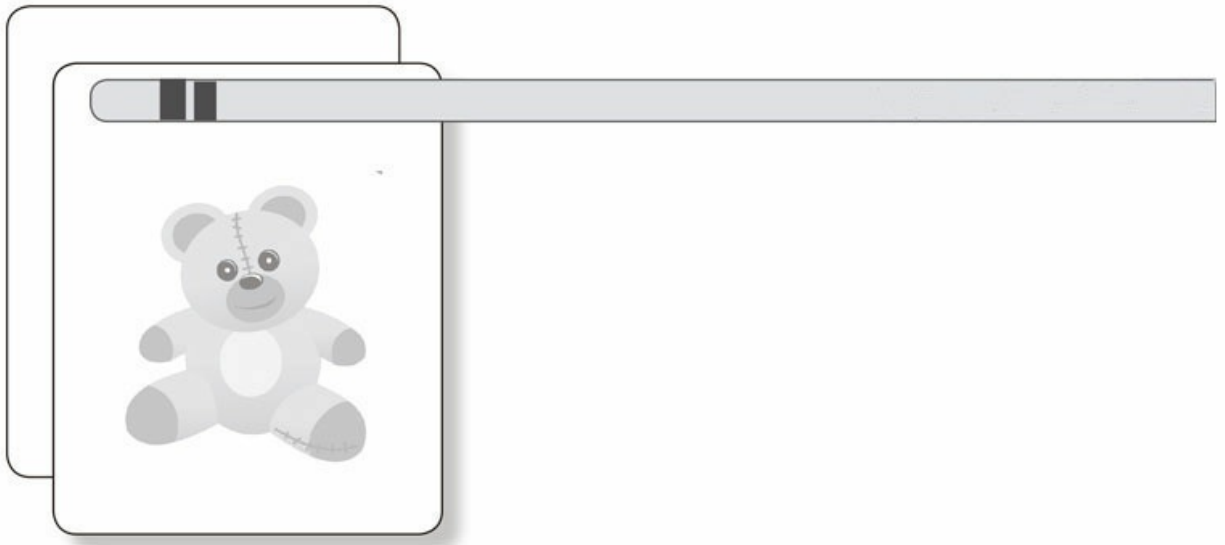
CONCLUSIÓN

A pesar de las dificultades potenciales de logística, la terapia de juego es una intervención importante, adecuada en términos de desarrollo y eficaz en escenarios escolares. Para superar algunos de ellos, es importante que los consejeros escolares interesados en ofrecer servicios de terapia de juego hagan varias cosas. Primero, deben asegurarse de contar con un buen entrenamiento y de ofrecer servicios de alta calidad. Segundo, necesitan recolectar datos de manera consistente que demuestren la eficacia de sus intervenciones y difundirlos entre cuidadores, maestros y directivos. Siempre que sea posible, deben publicar sus resultados en revistas educativas y de salud mental, como el *International Journal of Play Therapy*, pues esto dará respaldo a la importancia de su trabajo. Por último, los consejeros escolares tienen que trabajar con sus organizaciones profesionales y con comisiones educativas estatales para impulsar la inclusión de la terapia de juego como parte de sus funciones. Un acceso más fácil y regular a las propiedades curativas de la terapia de juego no puede sino beneficiar a los niños y, a largo plazo, a la sociedad entera.

■ REFERENCIAS

- American Counseling Association. (2014). *ACA code of ethics*. Recuperado de: <http://www.counseling.org/resources/aca-code-of-ethics.pdf>
- American School Counselor Association. (2012). *The ASCA national model: A framework for school counseling programs* (3rd ed.). Alexandria, VA.: Author.
- Association for Play Therapy. (2014a). *About play therapy overview*. Recuperado de: <http://www.counseling.org/resources/aca-code-of-ethics.pdf>
- Association for Play Therapy. (2014b). *Find university play therapy*. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/university.cfm>
- Association for Play Therapy. (2014c). *Programs and publications*. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/ps.programspublications.cfm?ID=2384#anchor23590>
- Axline, V. M. (1947). Nondirective play therapy for poor readers. *Journal of Consulting Psychology, 11*, 61–69. doi:10.1037/h0063079
- Axline, V. M. (1969). *Play therapy*. New York, NY: Ballantine.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Blanco, P. J., & Ray, D. (2011). Play therapy in schools: A best practice for improving academic achievement. *Journal of Counseling and Development, 89*, 235–242. doi:10.1002/j.1556-6678.2011.tb00083.x
- Blanco, P. J., Ray, D., & Holliman, R. (2012). Long-term child-centered play therapy and academic achievement of children: A follow-up study. *International Journal of Play Therapy, 21*(1), 1-13.
- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., & Jones, L. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy, 22*, 28–42. doi:10.1037/a0030318
- Danger, S., & Landreth, G. L. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy, 14*(1), 81–102. doi:10.1037/h0088897
- Drewes, A. A. (2009). Integrating play therapy and cognitive behavioral therapy. Recuperado de: <https://www.a4pt.org/download.cfm?ID=28322>
- Ebrahim, C., Steen, L.S., & Paradise, L. (2012). Overcoming school counselor's barriers to play therapy. *International Journal of Play Therapy, 21*, 202–214. doi:10.1037/a0029791
- Ellis, A. E. (1971). *Growth through reason: Verbatim cases in rational-emotive therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Erikson, E. (1972). Play and actuality. En M. Piers (Ed.), *Play and development* (pp. 127–167). New York, NY: Norton.
- Garza, Y., & Bratton, S. C. (2005). School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural consideration. *International Journal of Play Therapy, 14*, 51–80. doi:10.1037/h0088896
- Gil, E., & Drewes, A. A. (2006). *Cultural issues in play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Gysbers, N. C., & Henderson, P. (1988). *Developing and managing your school guidance program*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Hirshfeld-Becker, D. R., & Biederman, J. (2002). Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*, 161–172. doi:10.1023/A:1019687531040
- Knell, S. M. (1998). Cognitive –Behavioral play therapy. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(1), 25-30.
- Kot, S., Landreth, G. L., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 7*(2), 17–36. doi:10.1037/h0089421
- Kottman, T. (2003). *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kottman, T. (2010, July). Partners in the sand: Adlerian applications of sand tray play therapy. Presentation for the Missouri Association for Play Therapy Annual Conference, Springfield, MO.

- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Landreth, G. L., Ray, D., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools, 46*(3), 281–289. doi:10.1002/pits.20374281-289
- Lapan, R., & Stanley, B. (2006). *Partnership for results-based evaluation*. Presentation for Missouri School Counselors at Jefferson City, MO.
- Lapan, R., & Gysbers, N. (1997). & Sun, Y. (1997, March). The Impact of More Fully Implemented Guidance Programs on the School Experiences of High School Students: A Statewide Evaluation Study. *Journal of Counseling & Development, 75*(4), 292-302.
- Lapan, R., Gysbers, N., & Petroski, G. (2001, Summer2001). Helping Seventh Graders Be Safe and Successful: A Statewide Study of the Impact of Comprehensive Guidance and Counseling Programs. *Journal of Counseling & Development, 79*(3), 320.
- Miller, P. (2002). *Theories of developmental psychology*. New York, NY: Worth.
- O'Connor, K. J. (1983). The color-your-life technique. En C. E. Schaefer & K. J. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 251–258). New York, NY:Wiley.
- Perryman, K., & Doran, J. (2010). Guidelines for incorporating in schools. In C. Schaefer & A. A. Drewes (Eds.), *School based play therapy* (pp. 61–86). Hoboken, NJ: Wiley.
- Piaget, J. (1972). Some aspects of operations. En M. Piers (Ed.), *Play and development* (pp. 15–27). New York, NY: Norton.
- Podell, J. L., Martin, E. D., & Kendall, P. C. (2008). Incorporating play within a manual-based treatment for children and adolescents with anxiety disorders. En A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy. Evidence-based and other effective treatments and techniques* (pp. 165–178). Hoboken, NJ: Wiley.
- Post, P., McAllister, M., Sheely, A., & Flowers, C. (2004). Child centered kinder training for teachers of pre-school children deemed at risk. *Journal of Play Therapy, 13*(2), 53–74. doi:10.1037/h0088890
- Ray, D. (2011). *Advance play therapy*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Ray, D., Armstrong, S., Warren, E., & Balkin, R. (2005). Play therapy practices among elementary school counselors. *Professional School Counseling, 8*(4), 360–365.
- 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. doi:10.1037/h0089444
- Ray, D., Muro, J., & Schumann, B. (2004). Implementing play therapy into the schools: Lessons learned. *International Journal of Play Therapy, 13*, 79–100. doi:10.1037/h0088886
- Ray, D., Schottenkorg, A., & Tsai, M.(2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy, 16* (2), 95-111. doi:-10.1037/1555-6824.16.2.95
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. New York, NY: Houghton Mifflin.
- Schaefer, C. E. & Drewes, A. A. (2010) In the therapeutic powers of play and play therapy. Drewes, A.A. & Schaefer, C.A. (Eds.), *School based play therapy*. (pp. 3-16). Hoboken, NJNY: John Wiley & Sons.
- Schultz, D., & Schulz, S. (2013). *Theories of personality*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Shen, Y. (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. doi:10.1037/h0088856
- Siegel, D. J., & Bryson, T. P. (2012). *The whole-brain child: 12 revolutionary strategies to nurture your child's developing mind*. New York, NY: Bantam Books.
- Sink, C. A., & Stroh, H. R. (2003). Raising achievement test scores of early elementary school students through comprehensive school counseling programs. *Professional School Counseling, 6*(5), 350–364.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Head start impact study final result*. Recuperado de: http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/hs/impact_study/reports/impact_study/executive_summary_final.pdf
- U.S. Surgeon General. (2001). *Youth violence: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44297/>
- Wynne, L. S. (2008). *Play therapy in school settings: September 2008 mining report*. Recuperado de: http://www.a4pt.org/ps_index.cfm



Capítulo 26

Terapia de juego y el sistema legal

Daniel S. Sweeney

Acatar los estándares éticos, legales y profesionales debe ser una preocupación generalizada y un mandato transteórico de todos los terapeutas de juego. Sin importar a cuál de las teorías y técnicas presentadas en este libro se adhiera el terapeuta, éste debe conocer muy bien las normas legales y éticas que rigen el ejercicio de su profesión y que están acordes con las leyes estatales y federales. Aunque la mayoría de los terapeutas conocen muy bien el código ético de su profesión, suelen estar menos preparados en lo referente a los temas legales que pueden surgir en el curso de su trabajo con niños. En este capítulo, se abordarán varias situaciones y dificultades legales más comunes que enfrenta el terapeuta de juego, así como problemas éticos implicados en ellas.

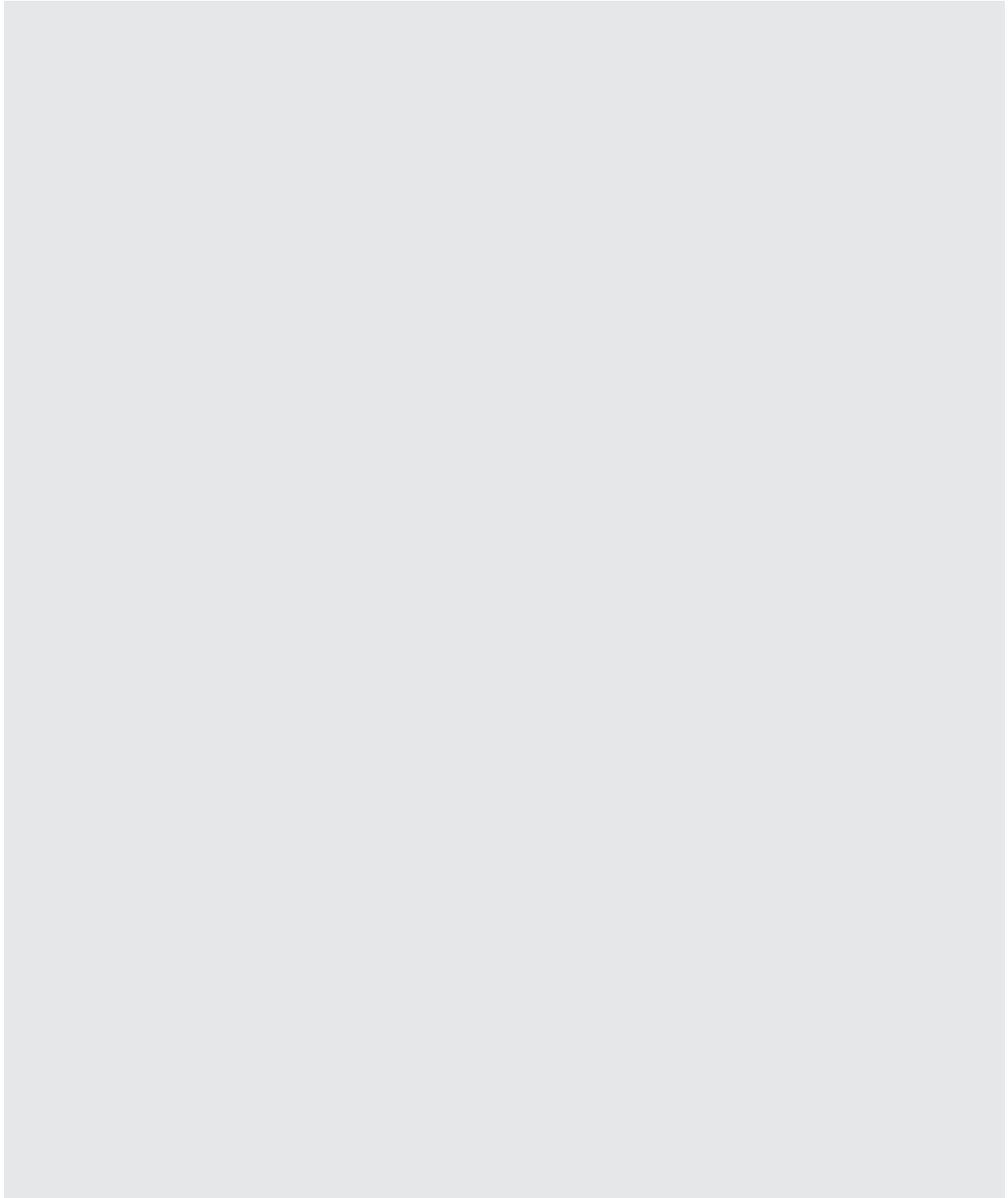
Los lectores de este libro están especializados en explorar y emplear la terapia de juego, con base en la creencia y reconocimiento de que los niños no se comunican de la misma manera que los adultos en el contexto terapéutico. Sin embargo, esto no cambia los estándares éticos y legales que se aplican a todos los psicoterapeutas. De hecho, debido a que el terapeuta tiene el compromiso de trabajar con una población en gran medida dependiente y con distintos niveles de capacidades psicológicas, se puede decir que deben estar aún más comprometidos con abordar las situaciones, sin olvidar las necesidades del cliente ni los requerimientos de la ley. Aunque el objetivo de la terapia es el niño y su mundo, es importante recordar que la terapia de juego tiene lugar en el mundo de los adultos, en el cual los asuntos legales son esenciales.

Además, aunque el niño siempre es el objetivo de la terapia de juego, no es nada práctico excluir a los cuidadores del proceso; de hecho, esto puede implicar un problema legal. En la mayoría de los casos, los cuidadores no sólo tienen la responsabilidad legal del niño, sino que pasan la mayor parte del tiempo con él. Las intervenciones de terapia de juego deben ser sistemáticas e inclusivas; esto no sólo es una recomendación clínica, sino también un imperativo ético y legal.

Por último, las consideraciones legales y éticas que enfrenta el terapeuta de juego no dependen de su modalidad ni del enfoque teórico en el que se basa. Así como el terapeuta tiene la responsabilidad legal y ética de recibir un adecuado entrenamiento y tener experiencia supervisada –y ser libre de adoptar distintos enfoques teóricos y técnicos–, del mismo modo se espera y se exige que acate los estándares legales y éticos.

La *Association for Play Therapy* (APT) editó *Play Therapy Best Practices* [Las mejores prácticas en terapia de juego] (2012). Aunque se trata de recomendaciones y no de mandatos para los miembros de la APT, son de ayuda para el terapeuta en términos de manejar los temas legales y éticos. Además, se pide al terapeuta que acate las directrices éticas de las organizaciones de salud mental que rigen su profesión, así como

las leyes y estatutos estatales y federales aplicables. Ya que este breve capítulo toca los temas legales relacionados con la terapia de juego, se recomienda que quienes la ejercen basen su identidad en la siguiente afirmación de la *APT Foundation*: “La responsabilidad primaria del terapeuta de juego es actuar con respeto a la dignidad, reconocer la singularidad y resguardar el bienestar y los intereses del cliente” (APT, 2012, p. 2).



COMPETENCIA Y CONSENTIMIENTO: SUPERPOSICIÓN ENTRE LA ÉTICA Y LA LEY

Al trabajar en terapia de juego con niños, es imperativo recordar que, aunque el niño es el centro del tratamiento, desde el punto legal y ético, el tutor es el verdadero cliente (Sweeney, 2001). Esto se debe simplemente a que la suposición del estado es que los menores de edad no son legalmente competentes. La edad de consentimiento, el punto en el que los niños se consideran competentes, varía de un lugar a otro, lo cual se discutirá más adelante en este capítulo.

Por lo general, no se considera a los niños como legalmente capaces de dar (o negar) su consentimiento para recibir servicios y tampoco tiene el derecho de obtener o mantener el privilegio de que la información que revele sea confidencial. El tutor legal es el poseedor de estos derechos. Esto hace que los aspectos legales y éticos de la consejería con niños sean muy ambiguos para el terapeuta y el cliente. Henderson y Thompson (2011) comentaron: “Trabajar con niños crea desafíos particulares para los consejeros, porque los derechos de los menores son más ambiguos que otros aspectos de las leyes y la ética” (p. 118). Además, de los estándares éticos y legales, también sugirieron que:

Muchas situaciones no tienen una solución correcta; la respuesta final depende del contexto de la consejería, la filosofía del ejercicio profesional, la interpretación de la ley por parte de las autoridades locales o estatales, las potenciales ventajas o desventajas de la solución y el riesgo para el consejero y el cliente. (p. 139)

El principio del consentimiento informado por sí mismo es relativamente sencillo. Los clientes tienen el derecho a saber qué implica estar en un proceso psicoterapéutico. Es el proceso del consentimiento informado lo que se puede complicar, sobre todo en el tratamiento para menores de edad.

Aunque hay muchos elementos del proceso del consentimiento informado, el principio fundamental implica tres asuntos primordiales: 1) el terapeuta debe revelar toda la información relevante acerca del proceso terapéutico, 2) el cliente debe comprender esta información y 3) el cliente debe estar de acuerdo con participar de manera voluntaria en el proceso terapéutico. En esencia, la suposición del estado es que: a) los menores son legalmente incompetentes, b) no tienen la capacidad de dar (o negar) su consentimiento para recibir servicios profesionales, c) no tienen el derecho de obtener o mantener el privilegio de que su información se considere confidencial y d) es el tutor legal –casi siempre el padre o la madre– quien posee estos derechos.

También es importante recordar que sólo el tutor legal puede dar el consentimiento en nombre del niño. El consentimiento informado otorgado por una persona que no tiene la autoridad legal para darlo **no** se puede considerar consentimiento informado. Por ello, es necesario estar seguro de que la persona que firma –quizá el padre que no tiene la custodia del niño, un padre adoptivo, un tío o una tía, un abuelo, un encargado de vigilar a personas que están en libertad condicional– tenga la autoridad legal para hacerlo.

Muchos profesionales deciden pedir a todos los cuidadores que demuestren su capacidad legal para autorizar que el niño reciba un tratamiento, como copias del certificado de nacimiento, el documento que ampara la custodia legal del niño, el decreto de adopción y el acuerdo de la custodia del niño que aparece en el decreto de divorcio de los padres, entre otros. Aunque esto puede parecer excesivo, tener estos documentos puede resultar invaluable en caso de que alguien se inconforme después con el hecho de que el niño esté en tratamiento.

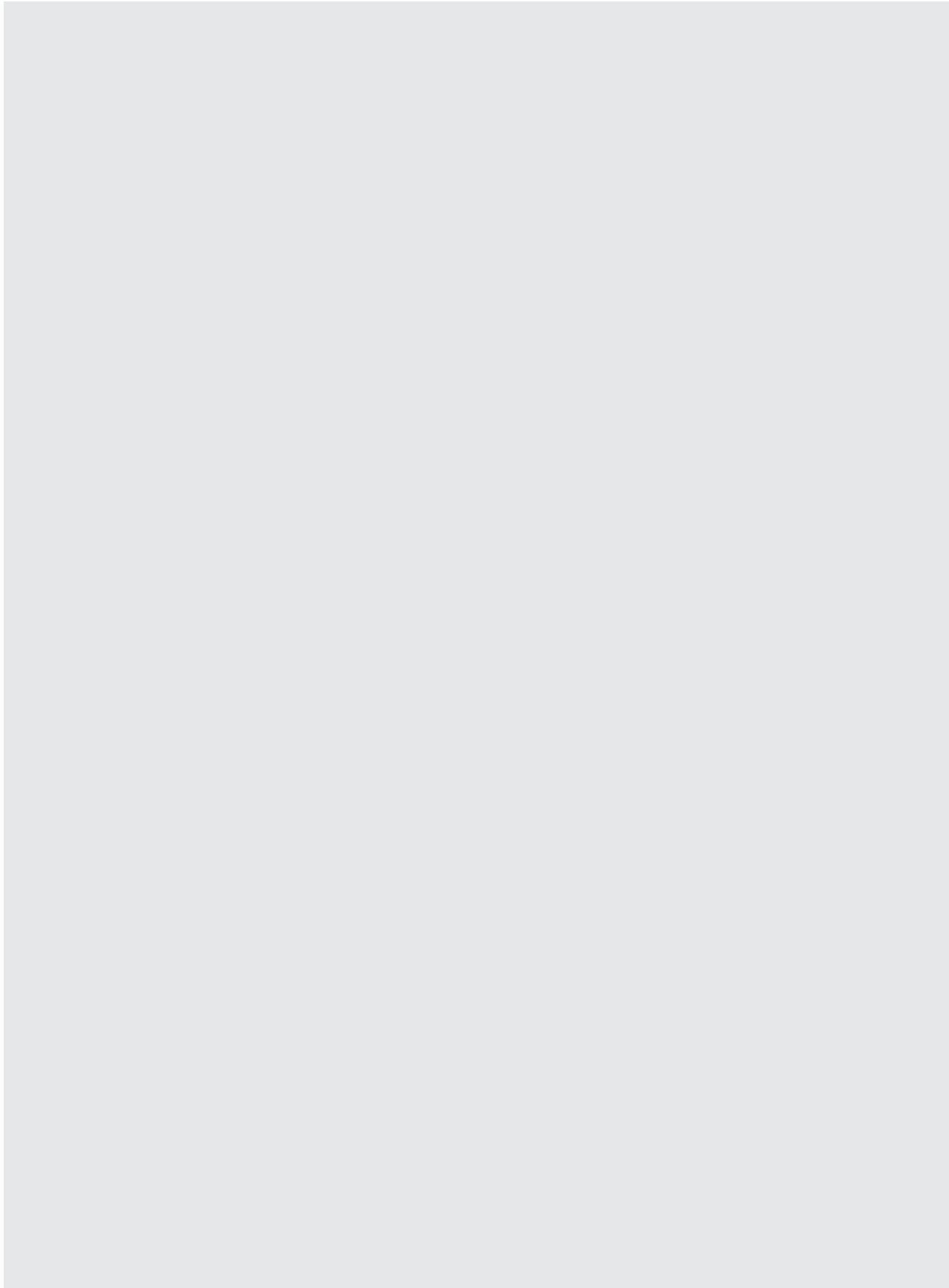
Hay excepciones a los requisitos para obtener el consentimiento parental, como el tratamiento de urgencia, cuando se trata de un menor emancipado, el tratamiento del consumo de alcohol y drogas, consejería para el control de la natalidad, enfermedades de transmisión sexual u otras situaciones permitidas por las leyes estatales. La edad en que un sujeto puede dar legalmente su consentimiento varía en distintos estados, por lo que es indispensable que el terapeuta conozca las leyes de la jurisdicción que le corresponde. En especial el terapeuta debe conocer la edad en que se adquiere independencia legal, las leyes concernientes a los menores emancipados, los estatutos del consentimiento de un menor y las circunstancias que afectan la aplicabilidad de estas leyes.

Además del tema de la competencia legal de los menores, sobre todo en lo concerniente al consentimiento, una acepción diferente, pero igual de importante, del término **competencia** se refiere a si el terapeuta ejerce su profesión dentro de los límites de su conocimiento. En *Play Therapy Best Practices* de la APT se afirma explícitamente:

El terapeuta de juego ejerce sólo dentro de los límites de su competencia. Ésta se basa en el entrenamiento, la experiencia supervisada, las licencias profesionales estatales, nacionales e internacionales y la experiencia profesional. Se compromete a adquirir conocimiento y desarrollar habilidades pertinentes para trabajar con una población diversa de clientes. (2012, p. 14)

La propia definición de terapia de juego de la APT (2014) –“uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que un terapeuta de juego entrenado utiliza los beneficios terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (<http://a4pt.site-ym.com/?page=WhyPlayTherapy>)– se enfoca en la necesidad crucial de entrenamiento. Se trata de una obligación clínica, ética y legal que el terapeuta tenga al menos entrenamiento adecuado y experiencia supervisada. Muchos terapeutas creen que porque han leído un artículo o un libro, o han asistido a un solo taller, se consideran suficientemente preparados, pero se equivocan.

La competencia es un concepto ético y, al mismo tiempo, legal: “desde la perspectiva ética, la competencia es un requisito de los clínicos para que puedan proteger y servir a sus clientes... Desde el punto de vista legal, los clínicos incompetentes pueden incurrir en malas prácticas y un tribunal de justicia puede encontrarlos legalmente responsables” (Corey, Corey y Callanan, 2011, p. 236). El proceso de adquirir y mantener la competencia debe ser deliberado, enfocándose en lo que es de especial importancia para el terapeuta que eligió trabajar con niños.



REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

El registro de la información es un asunto legal en la misma medida que es un asunto clínico y ético. Llevar registros rigurosos minimiza los riesgos legales. Sweeney (2001) señala que “el terapeuta de juego tiene la responsabilidad de tener registros adecuados en términos profesionales, resguardados en un lugar seguro y conservados por el tiempo prescrito” (p. 71).

Aunque a pocos terapeutas les gusta la parte administrativa de su trabajo, hacer esto es un imperativo ético y legal. Cada psicoterapeuta es responsable de producir y conservar los registros adecuados de su trabajo. Corey et al. (2011) afirman que el propósito primordial de mantener los registros es ofrecer servicios de alta calidad y mantener la continuidad del servicio si otro profesional entra en escena (p. 172). Además, el terapeuta debe conservar los registros para demostrar que ofrece los mejores servicios y que tiene evidencias de que su trabajo se apega a los estándares de la comunidad de la terapia de juego y de sus propias licencias profesionales.

Todos los expedientes de psicoterapias deben incluir (pero no se limitan a): ficha de identificación, fecha del servicio, tipo de servicio, información de los honorarios, información de la entrevista inicial y la evaluación, consentimiento informado y presentación de los documentos que avalan la formación profesional, plan de tratamiento, notas de las sesiones, pruebas psicológicas, terminación y resumen final, consultas o remisiones con otros profesionales de la salud mental. También es importante incluir toda la documentación relacionada con las interacciones o actividades legales. Abordar el contenido aceptable de estos rubros está más allá de los propósitos de este capítulo, por lo que recomendamos a los lectores que consulten a colegas y otras obras sobre el tema.

Los estándares que todo terapeuta razonable debe considerar en la producción y conservación de los registros son: a) ¿se sentiría cómodo si los padres leyeran el expediente clínico, que son quienes suelen tener el derecho legal de hacerlo?, b) ¿se sentiría cómodo si cinco años después, a plena luz del día, un jurado formado por otros terapeutas de juego leyera el expediente?, y c) lo más importante, ¿se sentiría cómodo si el expediente se utilizara como prueba o fuera revisado en un proceso legal?

El terapeuta también es responsable de mantener en un lugar seguro los expedientes de los clientes. La primera recomendación es que el terapeuta y las agencias a las que está afiliado cuenten con una política escrita en relación con el manejo de los expedientes. En el caso de los terapeutas en cuyo trabajo se aplica el *Health Insurance Portability and Accountability Act* [Ley de Trasferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud] (HIPAA), deben regirse por las políticas escritas respecto de los expedientes. Estas políticas deben ser accesibles para que el cliente las revise. Por lo general, los clientes firman la documentación reconociendo que tienen acceso a estas políticas para conocerlas.

Los terapeutas suelen contar con dos niveles de seguridad para los expedientes. En el caso de los expedientes escritos, deben guardarse en un lugar seguro, como un armario que se cierre con llave (de preferencia en una habitación que también permanezca

cerrada con llave, de modo que sean dos cerraduras las que resguardan los expedientes). Cuando se guardan en una computadora, los archivos deben encriptarse y la computadora debe contar con una contraseña segura, la cual se debe cambiar con regularidad.

Una sección exclusiva de los terapeutas de juego incluye creaciones artísticas y expresivas de los clientes. Por ejemplo, obras de arte, fotos de las creaciones en el arenero, genogramas con un formato expresivo se deben tratar con el mismo respeto y confidencialidad que cualquier otra parte de los expedientes, lo mismo que grabaciones de audio o video de las sesiones.

Con respecto al tiempo mínimo apropiado que el terapeuta debe conservar los expedientes, todos los estados y la mayoría de las organizaciones profesionales lo establecen. El terapeuta es responsable de conocer por completo estos requisitos. Por lo general, se recomienda que los expedientes de los niños se conserven esos tiempos mínimos, empezando a contar después de que alcanza la mayoría de edad. Esto puede variar de acuerdo con la jurisdicción en que labora el terapeuta. Suele ser mejor conservarlo tiempo de más que de menos.

El terapeuta debe tener una política consistente en cuanto a la eliminación segura de material confidencial de los clientes. Por lo común, esto implica la destrucción de archivos escritos triturándolos o borrando los archivos de computadora de modo que no sea posible acceder a ellos mediante la exploración o la recuperación.

Un asunto relacionado con el resguardo de los archivos es la práctica común entre los terapeutas de juego (sobre todo los que trabajan bajo supervisión) es grabar en video las sesiones para su supervisión y crecimiento personal. Esto crea un problema legal y ético que debe ser manejado de manera apropiada. Es necesario conseguir el consentimiento del tutor legal. Esto puede incluirse en la carta de consentimiento informado que se les pide firmar desde el principio, pero debido a la naturaleza delicada de las grabaciones se recomienda utilizar una autorización específica para este rubro.

También es importante tener presente que cualquier grabación forma parte del expediente del cliente, por lo que tiene que ser manejada de manera adecuada y garantizar su seguridad. Las grabaciones no reemplazan a los expedientes tradicionales. Algunos terapeutas utilizan videograbaciones para después anotar los contenidos de la sesión, pero esto no es recomendable porque es un proceso tedioso que demanda demasiado tiempo. Las videograbaciones, por lo general, deben destruirse o borrarse cuando la terapia termina, a menos que exista una razón clínica o legal convincente para no hacerlo.

ABUSO INFANTIL Y DENUNCIA

Es común y se acepta que todos los psicoterapeutas tienen la obligación legal de denunciar el abuso infantil ante las autoridades correspondientes. Aunque la definición de abuso sexual varía de un estado a otro o de una jurisdicción a otra, por lo general implica el daño a un menor (definido como una persona menor de 18 años de edad) que **no** es accidental. Entre las posibilidades, se encuentran: a) abuso físico, b) abuso sexual, c) negligencia, d) abuso emocional y mental. Entre estas categorías, también se incluyen situaciones como recién nacidos, hijos de drogadictos, síndrome del niño maltratado, involucrar a un niño en actividades ilegales, exposición a la violencia doméstica, cuidado infantil inadecuado, abandono, falta de crecimiento, amenaza de daño, explotación o venta infantil y muchas otras posibilidades. La obligación de denunciar es incuestionable para el terapeuta.

Qué, cuándo, cómo y con quién denunciar varía de una jurisdicción a otra. Es responsabilidad del terapeuta conocer las leyes estatales. No sólo está obligado legalmente a denunciar, sino que al no hacerlo se le puede imputar una responsabilidad civil y, o criminal.

El papel del terapeuta es denunciar un abuso del que sospecha, no investigar los detalles. Esto es tarea de las instancias gubernamentales correspondientes (p. ej., servicios de protección a la infancia) de agencias autorizadas por el gobierno. Esto se discutirá en la siguiente sección.

¿SER TERAPEUTA O INVESTIGADOR?

Los papeles de terapeuta e investigador deben mantenerse separados. Aunque relacionados, no se deben mezclar los aspectos terapéuticos y relacionales de la experiencia niño-terapeuta con la difícil pero necesaria naturaleza del proceso de investigación de delitos. Los niños experimentan ansiedad y, quizá, cierto nivel de retraumatización como resultado de este proceso y, por lo tanto, tienen una mayor necesidad de apoyo en la relación terapéutica. Si el terapeuta se convierte en la parte principal o auxiliar de la investigación, su capacidad para dar apoyo se ve afectada, si no imposibilitada.

Lowenstein (2011) comparte esta perspectiva cuando sugiere: “Es aconsejable que diferentes individuos se encarguen de la función de evaluador independiente sin sesgos del abuso sexual y de terapeuta una vez que se demostró su existencia” (p. 294). Sin embargo, esta recomendación puede fallar en tanto que sugiere que el terapeuta participe en la comprobación de que el abuso sexual existió.

Melton, Petrila, Poythress y Slobogin (1997) mencionan algunas dificultades en los papeles opuestos de terapeuta e investigador:

- Las técnicas de la evaluación forense también pueden ser antiterapéuticas. La evaluación forense debe hacerse en poco tiempo, no es para beneficio del sujeto, se ocupa de eventos muy cargados de emociones e implica asuntos en los que hay una motivación para mentir. En consecuencia, las entrevistas forenses suelen ser confrontativas y abordar recuerdos traumáticos antes de lo común en la evaluación e intervención.
- La confusión de papeles es otro posible resultado para los profesionales de la salud mental que emprenden los dos trabajos, el forense y el terapéutico. Ellos pueden olvidar con facilidad el hecho de que el cliente último en la evaluación forense no es la persona evaluada.
- Debido a que el ejercicio de la autoridad puede estar implicado, la práctica forense puede alterar las perspectivas y la reputación del clínico de modos que interfieran con la evaluación e intervención terapéuticas con clientes ajenos a problemas legales. La mera asociación con el sistema de justicia puede bastar para comprometer las relaciones terapéuticas actuales y futuras del clínico.
- Superar tales obstáculos para sostener las relaciones entre la salud mental y el sistema de justicia requiere cierto nivel de compromiso que puede ser irrealista para los clínicos para los que el trabajo forense es una tarea secundaria (p. 96).

Así, los límites entre el papel de terapeuta y el de investigador pueden volverse difusos y confusos. Melton y Kimbrough-Melton (2006) resumen esta situación:

Si el profesional de la salud mental está preocupado por reunir evidencias y colaborar en el caso (para la condena o encarcelamiento de un padre incestuoso o una adjudicación civil de abuso, ubicación de un niño

en una casa de cuidados y, en última instancia, la cancelación de los derechos parentales), ¿la capacidad del clínico para funcionar como terapeuta para el niño o la familia se verá afectada? De hecho, ¿el déficit en la aplicación de la ley afecta la capacidad del clínico –o incluso de otros clínicos– para ayudar a otros niños y familias?

No es poco frecuente que un terapeuta de niños presente un informe inicial y luego que el destinatario le solicite más información. El terapeuta puede recibir instrucciones acerca de qué información se requiere y qué debe hacer o preguntar. Entonces, es libre para decidir cómo proceder. Sin embargo, una respuesta aconsejable ante esta situación es que, si los servicios de protección a la infancia (u otra agencia) creen que hay suficiente información para justificar futuras acciones o preguntas, ellos se hagan responsables de este proceso. Así, el terapeuta puede continuar con su papel.

Por lo general, los papeles de terapeuta y, o investigador no son abordados en los estatutos o la jurisprudencia, ni en el código ético de las organizaciones de profesionales de la salud mental. Corresponde a los terapeutas de juego decidir si quieren mezclar los papeles en cierto grado o mantenerlos separados por completo.

Aunque en los códigos éticos no se habla de asumir los dos papeles, de terapeuta e investigador, se puede decir que cae en la categoría de asumir papeles duales o múltiples. Los códigos éticos de casi todas las profesiones de salud mental prohíben las relaciones duales o múltiples. Por ejemplo, el código ético de la APA dice: “el psicólogo se abstiene de entrar en una relación múltiple si se piensa que ésta afectaría su objetividad, competencia o eficacia al desempeñar sus funciones como psicólogo, o de alguna otra manera pone en riesgo de explotación o daño a las personas con quienes mantiene una relación profesional” (p. 6).

Se debe señalar que, aunque el terapeuta de juego puede no querer desempeñar un papel de investigador, puede ser llamado a declarar para rendir testimonio del material que se ha revelado en el proceso terapéutico. Se hablará de la citación y el testimonio en la siguiente sección. Además, Snow, Helm y Martin (2004) han señalado que “a pesar de la falta de investigación que apoye el uso del material terapéutico como testigo en un proceso jurídico, se pide a los terapeutas que declaren en relación con el daño psicológico que un niño sufre a consecuencia del abuso” (p. 77). Esto es además del testimonio de “hechos” en lo concerniente a las revelaciones verbales y no verbales que el niño hace en el curso del tratamiento.

QUÉ HACER CON LAS CITACIONES

Puede ser una experiencia intimidante para un terapeuta recibir y responder a una citación legal. Puede reaccionar a esta intimidación con pánico, lo cual puede llevar a ignorar la citación o a responder de inmediato con todos los materiales solicitados. Cualquiera de estas reacciones puede ser un error ético, legal y, o clínico. Responder a las citaciones puede ser muy complicado, y una reacción mesurada en la que se pueda consultar a alguien al respecto es la mejor respuesta.

¿Qué es una **citación**? En esencia, es un documento u orden legal que solicita al terapeuta presentarse y testificar y, o producir documentos de cierto tipo. Una **citación duces tecum** (del latín, que significa “tráelo contigo”) es una orden que solicita al terapeuta llevar documentos al juicio, que se especifican en la propia citación. Las citaciones son utilizadas por varias personas neutrales que no son parte directa en la situación legal o el litigio. Hacer caso omiso de la citación se considera desacato a los tribunales. Al mismo tiempo, el hecho de recibir una citación no significa que ésta sea válida o que el terapeuta deba entregar los documentos solicitados.

Hay una diferencia entre una citación y un mandato judicial. Una citación básicamente exige una respuesta, aunque ésta no sea la que solicita la citación. En cambio, un mandato judicial, por lo general, es expedido por un juez y, por consiguiente, obliga a revelar la información solicitada. En estos casos, el tribunal determina qué revelaciones orales o escritas están o no protegidas.

Cuando se entrega una citación, el terapeuta no debe reconocer que conoce o ha tratado a la persona nombrada en la citación. Ésta se debe examinar para determinar su validez y quién la ha expedido. Por lo general, contactar al cliente, si es adecuado, es la acción prioritaria. Asumir que el tutor legal está dispuesto, obtener su autorización para dar a conocer información es la manera más fácil y sencilla de responder. Sin embargo, si el tutor legal no quiere que el material solicitado se revele, el terapeuta se encontrará en una situación muy difícil. En cualquier caso, el terapeuta no debe dar más información de la que se le pide en la citación; por ejemplo, un simple resumen del proceso terapéutico es aceptable.

Aun cuando el cliente da su autorización, el terapeuta debe determinar si revelar cierta información puede ser perjudicial a nivel clínico. Si esto es lo que piensa el terapeuta, y el cliente, el abogado o el tribunal insisten en que entregue esa información, el terapeuta debe documentar estas preocupaciones en el expediente. Sin importar cuán agresivo sea el tono de la citación, el terapeuta no debe producir de inmediato un material oral o escrito. Es importante aceptar la citación y, luego, consultar con expertos conocidos, como colegas clínicos y abogados, y obtener orientación legal a través de organizaciones profesionales, así como el seguro por malas prácticas del terapeuta para determinar la mejor alternativa de acción. Koocher, Norcross y Hill (2004) recomiendan las siguientes acciones:

- Si la citación llega de parte del abogado del cliente y no se incluye un formulario de

autorización, hay que verificarlo con el cliente, no con el abogado, antes de enviar los documentos. En un sentido técnico, una solicitud de parte del abogado del cliente legalmente es una solicitud del cliente; sin embargo, no está de más confirmar en persona que se trata de la voluntad del cliente, sobre todo si el contenido del expediente es muy delicado.

- Si se incluye un formulario de autorización, pero el clínico piensa que el material puede ser dañino en términos clínicos o legales, hay que discutir esto con el cliente.
- Los psicólogos preocupados por entregar notas reales deben proponer un informe rápido o un resumen, pero en última instancia es posible que tengan que producir un informe completo. Las notas y el expediente original no se entregan. Por lo general, una copia notariada o autenticada del expediente es suficiente.
- En pocas ocasiones, puede llegar al consultorio del psicólogo una citación generada por un abogado que está en contra de su cliente o que representa a otra persona, y la persona que la entrega demanda el acceso inmediato al expediente. En estas circunstancias, es razonable informar a dicha persona que “no puede revelar esa información, sea o haya sido o no mi cliente la persona nombrada en la citación. Si esa persona fuera mi cliente, no podría entregar ninguna información sin un formulario de autorización o una orden judicial válida.” Después, hay que contactar al cliente, explicarle la situación y pedir su permiso para hablar con el cliente del abogado. También hay que pedir al abogado del cliente que gestione la expedición de un amparo con el abogado contrario o la invalidación de la citación. De este modo, el terapeuta garantiza que la persona con la que tiene obligaciones (es decir, su cliente) está protegido hasta donde lo permite la ley (p. 571).

TESTIFICAR EN EL TRIBUNAL

Es importante reconocer una antítesis crucial entre la terapia de juego y el proceso judicial. La terapia se basa en la relación y la colaboración. Debido a que el proceso judicial a menudo implica dos (o más) partes en pugna, suele ser de naturaleza conflictiva. En muchos sentidos, esto coloca al terapeuta en una posición intimidante y desconocida.

El terapeuta tiene que reconocer la importancia del concepto de credibilidad en cualquier proceso legal. Sin duda, la presentación profesional del entrenamiento, experiencia y credenciales del terapeuta establece la credibilidad. También es importante reconocer que ésta se funda en el modo en que el terapeuta se presenta a sí mismo en términos de profesionalismo, actitud e, incluso, apariencia.

Cuando se trata de testificar en el tribunal, el terapeuta suele hacerlo como un testigo de hechos o como un testigo experto. Es indispensable comprender la diferencia entre estos papeles antes de entrar en el proceso. Folero y Wrightsman (2009) señalaron que, mientras que el testigo de hechos “sólo puede atestiguar acerca de lo que ha observado o de los hechos que conoce, el testigo experto puede expresar opiniones en tanto que se supone que éstas poseen un conocimiento especial acerca del tema, conocimiento que el juez promedio no posee” (pp. 31-32).

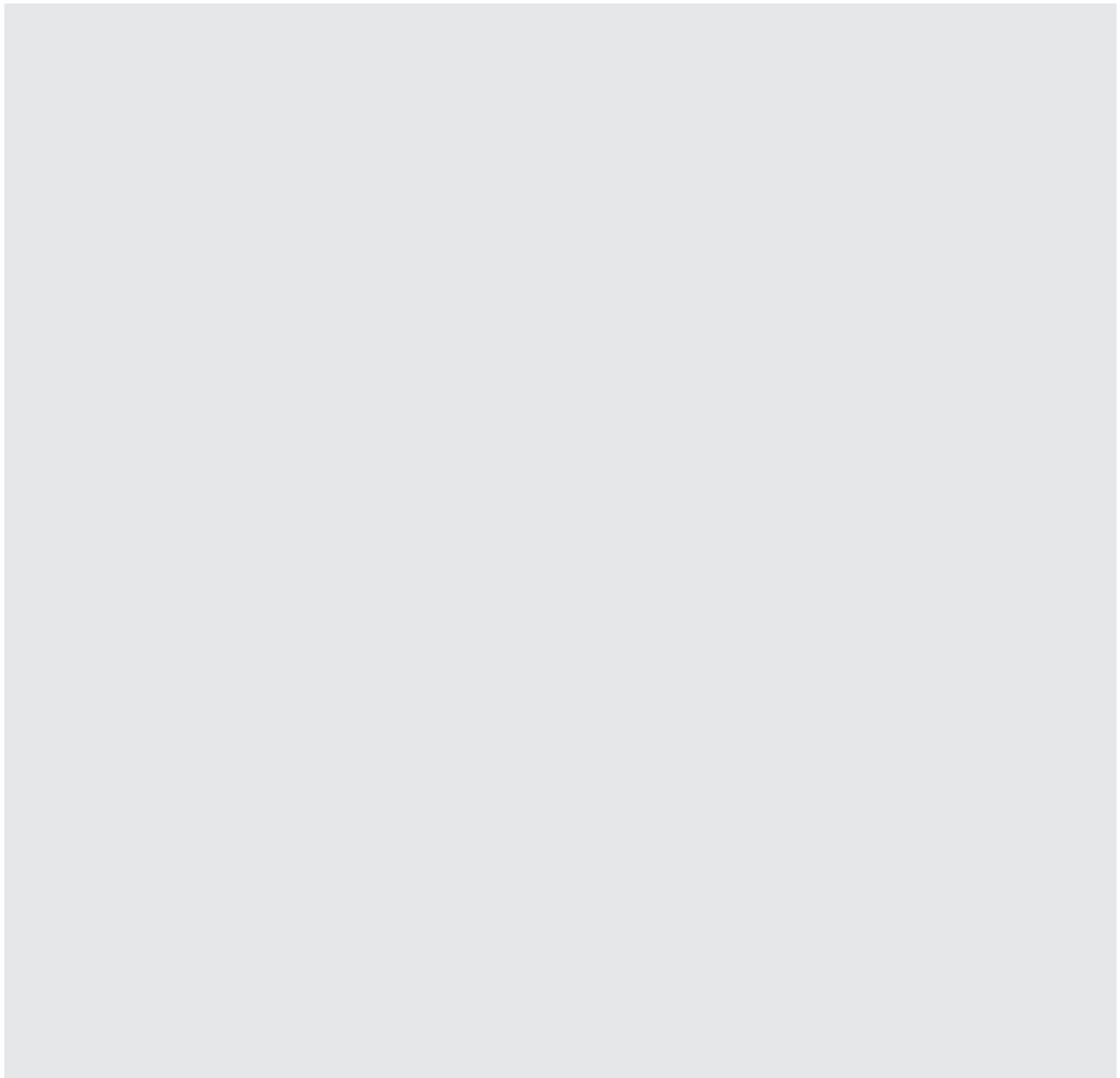
El testigo de hechos atestigua sólo sobre los hechos que puede ver, oír, tocar, probar u oler. Bratton y Wallace (2013) señalan que al terapeuta que participa como testigo de hechos “sólo se le permite hacer comentarios específicos o abordar eventos que ocurrieron en la consejería” (p. 17). Por lo general, el testigo de hechos no ofrece opiniones fuera de su percepción de los hechos, las cuales están sujetas a la objeción tanto del juez como del abogado rival. Inwinkelried (citado en Bratton y Wallace, 2014) afirmó: “El testigo [de hecho] enuncia datos primarios sensoriales, y el juez hace inferencias o saca conclusiones de esos datos” (p. 17). Para ser un testigo de hechos eficaz, el terapeuta debe estar preparado y ser profesional. Debe estar listo para responder preguntas en el proceso de inspección directa, que es dirigido por el abogado del lado que lo ha llamado a testificar, y en el contrainterrogatorio.

El testigo experto tiene un conocimiento específico y único (por lo general, técnico o científico) que permite dar opiniones expertas. Este conocimiento proviene de su educación/entrenamiento y habilidades adquiridas con la experiencia. El testigo experto puede testificar acerca de los hechos y también dar opiniones informadas en su área de conocimiento. Para ser eficaz en este papel, el terapeuta debe ser: a) experto en los campos de la psicología, psicoterapia, desarrollo humano y terapia de juego; b) atractivo e interesante, de escuchar y de ver; c) capaz de confirmar su testimonio con base en la investigación y literatura científicas actuales, y su experiencia clínica; y d) ser sensato y estar sereno mientras rinde su testimonio, incluyendo el contrainterrogatorio.

Es menos intimidante ser un testigo de hechos o experto cuando el abogado del cliente es quien ha llamado al terapeuta para que participe como testigo y quien lo interroga. Es por el bien de su cliente que el abogado tiene que conducir al testigo por el mejor camino.

Sin embargo, en el contrainterrogatorio, el terapeuta como testigo puede enfrentar desafíos considerables. Es tarea de ambos lados proporcionar una representación entusiasta, de modo que atacar la credibilidad del testigo es tarea del abogado que hace el contrainterrogatorio. Por lo general, el abogado que llamó al terapeuta de juego para rendir su testimonio también lo preparará para el esperado contrainterrogatorio.

El contrainterrogatorio puede incluir intentos de minar la credibilidad del testigo y preguntas que pueden tomar con la guardia baja al terapeuta después de someterse al interrogatorio directo. Aunque hay varias estrategias que se podrían presentar para guiar la respuesta del terapeuta de juego ante tales confrontaciones, se recomienda que confíe principalmente en las habilidades terapéuticas básicas que ha adquirido a lo largo de su entrenamiento y experiencia, mientras que manejar la confrontación no debe ser una sorpresa para los psicoterapeutas experimentados.



ASUNTOS RELACIONADOS CON LA CUSTODIA DEL NIÑO

El terapeuta de juego, como experto en las necesidades y en lo más conveniente para los niños, es llamado para realizar valoraciones sobre su custodia. Del mismo modo que en la dicotomía del terapeuta o investigador, se debe considerar el potencial conflicto entre el papel de terapeuta y el de evaluador. Pensamos que es mejor mantener separados estos dos papeles, aunque se llame al terapeuta para que declare como testigo de hechos o experto respecto de su recomendación en casos que trabaja en terapia.

Se puede decir que el terapeuta de juego es el único calificado para realizar estas valoraciones debido a su conocimiento del niño y la dinámica familiar. Aunque esto puede ser cierto, lo mejor es que el evaluador no sea quien brinda servicios terapéuticos a algún miembro de la familia. Es difícil mantener una postura objetiva e imparcial al realizar la valoración sobre la custodia del niño, sobre todo cuando se ha establecido una relación terapéutica con uno o más miembros de la familia. Además, si existe una relación previa de consejería, no sólo se puede sesgar el proceso, sino que una o ambas partes pueden hacer una acusación de sesgo si no quedan satisfechos con la recomendación sobre la custodia del niño o con el resultado final.

No sólo la existencia de una relación terapéutica previa puede sesgar el proceso de evaluación, sino que lo contrario también es cierto.

Aunque la neutralidad es la meta del evaluador, puede haber un sesgo en favor o en contra de uno de los padres por distintas razones: a) un estilo personal interaccional o relacional en cualquiera de los dos, b) acusación o sospecha de abuso infantil por parte de alguno de ellos, c) acusación de violencia doméstica hacia alguno de los dos, d) creencias o valores que son congruentes o incongruentes con los del evaluador, e) percepción de participación o alienación parental o f) el acuerdo o desacuerdo del evaluador en relación con el estilo o las técnicas parentales. Estos y otros sesgos contaminan con facilidad la relación terapéutica entre el terapeuta y el niño y alguno de sus padres.

La evaluación sobre la custodia se complica aún más con padres involucrados en algún proceso penal. Sullivan y Greenberg (2012) resume varios de estas posibles complicaciones:

Los padres involucrados en un proceso penal se presentan ante el clínico con múltiples niveles de patología que requieren un tratamiento que parta de un enfoque sistémico. Estos padres pueden llegar a terapia con diversas vulnerabilidades derivadas de factores individuales como los biológicos, déficit relacionales, habilidades parentales pobres, habilidades de solución de problemas y de afrontamiento inadecuadas, y problemas en la comunicación coparental. Estos problemas individuales se pueden exacerbar debido a factores contextuales del sistema judicial en el que está inmerso el otro miembro de la pareja parental. Cuando la familia se separa, estos factores individuales y contextuales se entrelazan, lo que provoca caos y crisis en el sistema familiar. (p. 2)

Las evaluaciones en relación con la custodia del niño plantean preocupaciones en el manejo de riesgos para el terapeuta. Estas evaluaciones, con frecuencia, constituyen el contexto en el que los padres levantan denuncias ante los consejos que expiden licencias profesionales. Glassman (1998) recomienda varias estrategias para reducir los riesgos al realizar evaluaciones de este tipo:

- **Obtener la designación de parte.** La aprobación del tribunal le confiere al evaluador el estatus de parte digna de crédito, objetiva y neutral. Un evaluador designado por el tribunal recibe inmunidad limitada o cuasi-judicial en contra de denuncias por malas prácticas.
- **Asegurar el consentimiento informado.** Cuando el evaluador empieza una evaluación en relación con la custodia, es esencial que se ofrezca a los participantes una explicación completa del proceso de evaluación, pago de los honorarios, límites de la confidencialidad y las leyes aplicables en cuanto a la revelación del expediente.
- **Explicar la renuncia a la confidencialidad.** De todos los asuntos procedimentales implicados en este tipo de evaluación, se considera tan importante la renuncia a la confidencialidad que merece una discusión aparte. Todos los participantes de la evaluación, incluyendo las fuentes colaterales de información, deben ser informadas que el papel del evaluador difiere radicalmente del papel del terapeuta o del consultor.
- **Mantener la imparcialidad.** Dedicar de manera no intencional más tiempo a una parte o no proporcionar toda la información contenida en el expediente del evaluador puede provocar una denuncia por parcialidad o sesgo.
- **Evitar evaluaciones de una parte.** Las evaluaciones de una sola parte, a menos que estén justificadas por preocupaciones en torno a un peligro inminente para los niños, suelen ser de poca utilidad para el tribunal.
- **Evitar comunicaciones ex parte.** La comunicación ex parte se refiere a la transmisión de información –por lo general, de un tema fundamental, sea de manera oral o escrita– con sólo una parte de la disputa. Sin duda, la neutralidad del evaluador estará comprometida si se presenta la comunicación *ex parte*.
- **Ofrecer información completa.** Las reglas del procedimiento legal ordenan que cada lado tiene derecho a saber qué documentos, testigos e información se presentan en un juicio. Cuando el evaluador tiene una preocupación legítima sobre la manera en que la revelación de los contenidos de un expediente podría dañar a una de las partes o dar lugar a malos usos, se debe avisar al tribunal y al abogado.
- **Evitar relaciones duales.** Cambiar del papel de terapeuta al de evaluador, muy probablemente, se interpretará como una violación ética. De preferencia, las partes no deben conocer al evaluador antes de su nombramiento.
- **Conservar toda la documentación del expediente.** Para cubrir los más altos estándares de la documentación requerida en una evaluación forense, el evaluador puede desarrollar o utilizar procedimientos estandarizados para entrevistar y obtener información que permitan puedan ser replicados con ambas partes (pp. 122-123).

Antes de que el terapeuta de juego realice la evaluación en relación con la custodia del niño, es importante reconocer que las leyes y la normatividad varían considerablemente en distintos países, estados, municipios y otras jurisdicciones. Es recomendable que el terapeuta consulte a otros profesionales que ya hayan realizado este tipo de evaluaciones y, quizá a un abogado y a un juez del ámbito de lo civil. El terapeuta debe verificar si su jurisdicción tiene leyes específicas o códigos administrativos en relación con las evaluaciones para determinar a quién se le concede la custodia del niño, tomando en cuenta la siguiente lista, que no es exhaustiva:

- Lo que se puede y no se puede hacer en la evaluación
- Qué se debe incluir en la evaluación
- Requisitos específicos, licencias, o entrenamientos requeridos para realizar la evaluación
- Qué miembros de la familia pueden, deben o no deben participar en la evaluación
- Los temas como abuso infantil, violencia doméstica o cuestiones de seguridad
- Inmunidad y confidencialidad respecto de los expedientes educativos, médicos y de salud mental, en especial de las partes directamente involucradas en la disputa por la custodia
- La asignación y el papel del tutor *ad litem*, es decir, el tutor para los efectos del juicio, si forma parte del asunto de la custodia

SER UN ABOGADO DEFENSOR

El terapeuta se encuentra en una posición única para ser un abogado defensor de un niño en terapia. Hacerlo tiene lugar en el proceso usual de la consejería infantil o lleva al terapeuta a traspasar las fronteras tradicionales de la terapia de juego.

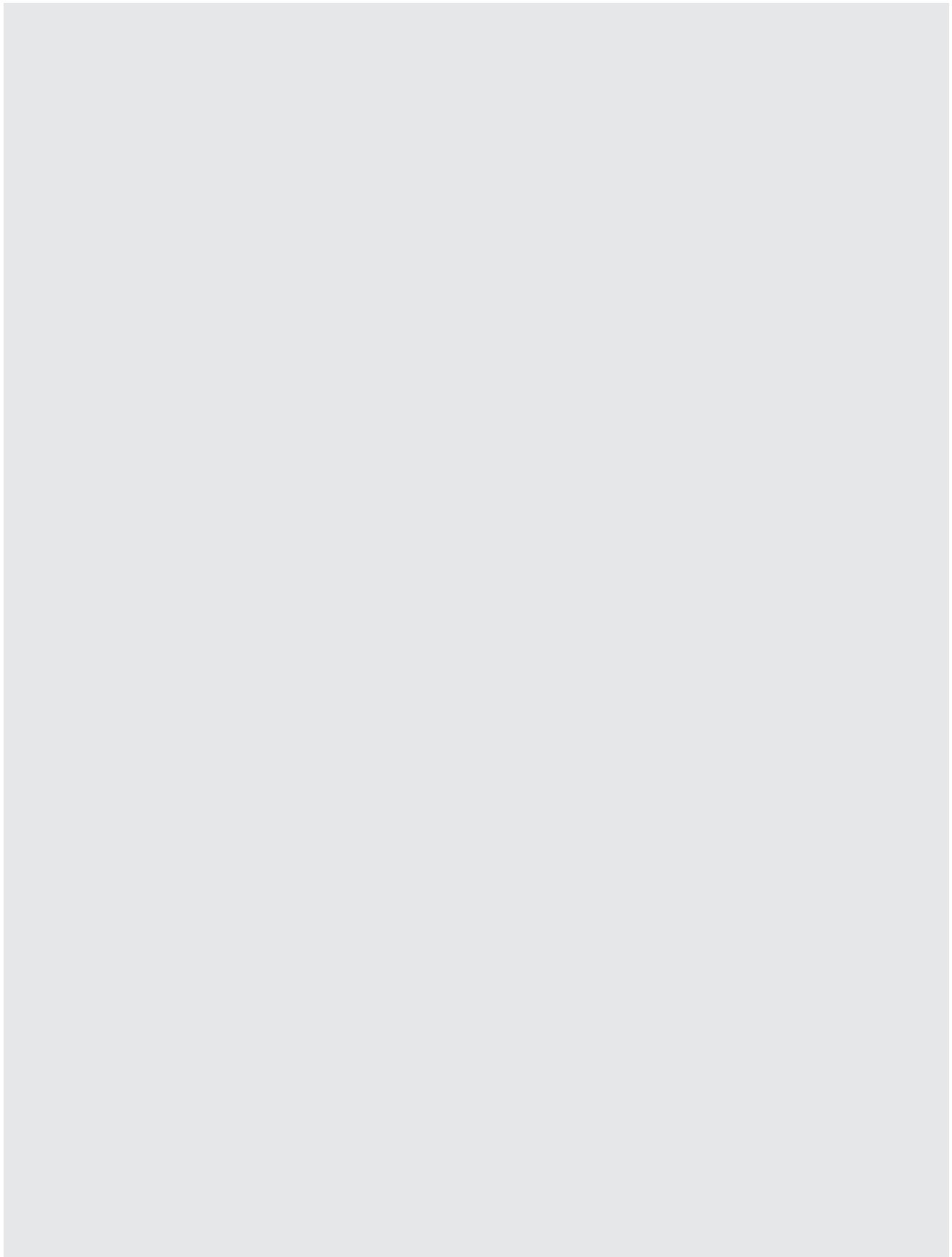
Debido a que el terapeuta de juego tiene un entrenamiento único y, por lo tanto, una visión única del mundo infantil, puede defender a sus clientes en diversos escenarios. Entre ellos, se encuentra el sistema familiar, la escuela, los sistemas de bienestar infantil, situaciones de cuidado sustituto o adopción, escenarios de tratamiento interno, cuidados a pacientes internos y externos y el sistema legal. La facultad de ser un abogado legal puede estar limitada por políticas administrativas, restricciones éticas y legales, y cuestiones prácticas debido a límites de tiempo y financieros.

Ayudar a preparar a un niño para la experiencia en el tribunal puede considerarse como un tipo de defensa legal. El terapeuta dispone de muchas técnicas para preparar al niño para esta experiencia difícil y para procesarla después de visitar el tribunal. Asimismo, el terapeuta puede defender al niño evitando que se presente a un tribunal si determina que eso no es lo más conveniente para él. Este tipo de defensa legal, que puede traer beneficios significativos para el niño, suele implicar la coordinación con la asistencia social infantil, abogados y los tribunales.

Una de las maneras más importantes en que el terapeuta de juego puede ser un defensor en el contexto del sistema legal es ayudar al niño a procesar la experiencia de la revelación del abuso y el subsiguiente proceso legal. Por ejemplo, un niño que ha sufrido abuso sexual ya vivió el trauma de ser victimizado. Estar en el tribunal, que con frecuencia implica rendir testimonio y confrontarse con el abusador, puede revivir la experiencia y hacer sentir al niño revictimizado. Back, Gustafsson, Larsson y Bertero (2011) realizaron un estudio para evaluar la manera en que los niños que han sufrido abuso sexual viven la experiencia del proceso legal. En la investigación, aparecieron cinco temas importantes: 1) los niños sienten que la policía y el tribunal no les creen, 2) la necesidad de hacer visible el abuso sexual infantil, a menudo después de que la culpa y la vergüenza habían evitado que el niño hablara antes de esto, 3) la necesidad de apoyo, sobre todo de parte de los padres, pero también del equipo terapéutico profesional, 4) la necesidad de que los ofensores sean declarados culpables y castigados, y 5) la falta de respeto hacia el niño de parte de la policía y el sistema legal. El terapeuta se encuentra en una posición privilegiada para abordar estas experiencias negativas y las secuelas a nivel emocional del proceso de investigación y de adjudicación.

Aunque el terapeuta puede ser un defensor legal del niño en terapia, éste puede ser un proceso delicado. Esto se debe a la posible idea de que el terapeuta esté sesgado debido a la relación preexistente con el niño. Aunque esta percepción puede no ser justa, el terapeuta que extiende sus servicios más allá del consultorio tradicional puede considerarse sesgado y tal vez inmerso en relaciones duales. Por lo tanto, esto es importante para que el terapeuta conserve la documentación apropiada que demuestre que su defensoría proviene de su profesionalismo, más que de sus sentimientos, y para

que, además, busque asesoría legal.

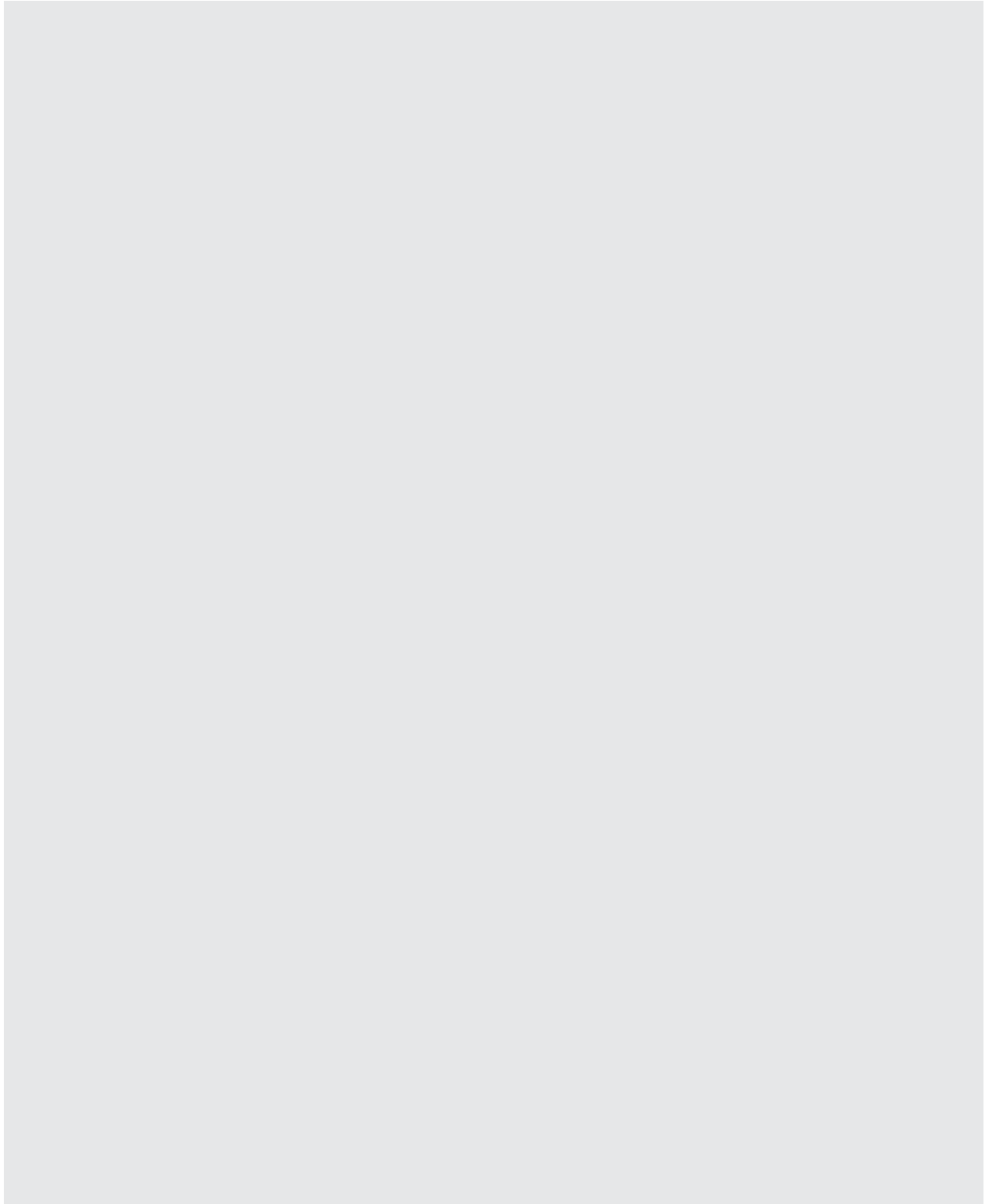


MODELO DE TOMA DE DECISIONES ÉTICAS Y LEGALES

Todos los terapeutas deben tener un modelo de toma de decisiones éticas y legales, por medio del cual los asuntos legales se evalúen y se tomen las decisiones respecto del mejor curso de acción. A lo largo de los años, se han propuesto muchos modelos. El siguiente, en esencia, es un destilado de modelos de toma de decisiones éticas y legales más amplios sintetizados en seis pasos. Proponemos que se puede aplicar en la práctica de la terapia de juego, así como en otras situaciones psicoterapéuticas éticas y legales.

- 1. Reconocer el desafío ético, legal o ambos.** El simple hecho de reconocer que existe una situación legal crea la oportunidad de que el terapeuta explore más el asunto, investigue los códigos legales aplicables y busque asesoría apropiada. Siempre es posible que la situación no derive en un verdadero dilema ético o legal.
- 2. Desglosar los temas legales relevantes.** Es crucial que el terapeuta conozca a detalle las cuestiones legales relacionadas con estatutos legales, jurisprudencia, códigos éticos o estándares administrativos relevantes para su situación específica, así como para su licencia como psicoterapeuta. Siempre existe la posibilidad de que haya un conflicto entre estas variables.
- 3. Consultar a otros.** Lo mejor es siempre consultar con profesionales que poseen el mismo nivel de conocimientos o mayor que el terapeuta en el campo de la terapia de juego y de la psicoterapia en general. Es recomendable recibir asesoría de tres profesionales, para encontrar cierto consenso. Con frecuencia, la asesoría confirma lo que el terapeuta estaba pensando hacer. También es recomendable consultar organizaciones profesionales primarias (como la Sociedad Mexicana de Psicología), las cuales pueden contar con un abogado o un experto en ética entre su personal. Asimismo, es útil consultar con el consejo que expide licencias profesionales de la localidad, si existe. Tratándose de asuntos legales, siempre se recomienda buscar consejo legal personal.
- 4. Decidir y llevar a cabo el curso apropiado de acción.** Con base en el análisis de los temas relevantes y la asesoría adecuada, se debe tomar la decisión ética y, o legal. Esta decisión y su ejecución deben llevarse a cabo con confianza al mismo tiempo que teniendo presente que no tomar ninguna acción puede ser lo más razonable. Sin embargo, es importante tener claridad y determinación.
- 5. Reunir la documentación escrita o electrónica.** El principio general es que, “si no ha sido asentado por escrito, no hay pruebas de que algo realmente sucedió.” Cualquiera que sea el proceso de documentación, tiene que ser minucioso e incluir el proceso entero de la toma de decisiones: códigos, políticas y leyes pertinentes consideradas, personas consultadas y su nivel de competencia como consultores, y los fundamentos en que se basó la decisión, entre otros elementos.
- 6. Acciones de seguimiento.** Cualquier decisión tomada tiene ciertas consecuencias, sean positivas o negativas. Éstas también se deben evaluar y documentar. El terapeuta de juego debe estar preparado para posibles reacciones en su contra y tener

que justificar las decisiones que tomó y puso en práctica. Otra posibilidad es que reconocer que hay una mejor opción no invalida la decisión que ya tomó y su puesta en práctica. Esto forma parte del proceso de crecimiento de un terapeuta y un profesional.



CONCLUSIÓN

Varias recomendaciones pueden ser útiles cuando el terapeuta de juego enfrenta asuntos éticos y legales. Es útil y muchas veces necesario consultar con otros profesionales del campo, lo cual suele implicar tener conversaciones con ellos. Todo terapeuta debe contar con supervisión en su práctica clínica. Esto no sólo contribuye a brindar servicios de calidad, sino también a identificar los asuntos éticos y legales que pueden pasar desapercibidos para el terapeuta y, en consecuencia, no los aborda como se requiere. Un diálogo permanente, honesto y abierto con los clientes acerca de los aspectos clínicos y legales no sólo es útil, sino indispensable. Los clientes de cualquier profesional tienen más probabilidad de hacer una denuncia o iniciar una acción legal cuando se sienten ignorados o no tomados en cuenta. El hecho es que la empatía siempre funciona. Por último, cualquier asunto legal que se identifica y se aborda a través de acciones del terapeuta o del cliente, debe ser documentado de manera minuciosa en el expediente del cliente.

Todos los terapeutas deben tener un entrenamiento constante en los aspectos éticos y legales de su práctica. Está más allá del alcance de este capítulo ofrecer un tratado completo del tema. Sweeney (2001) sugiere que, cuando se determina qué es la práctica clínica legal y ética, hay un estándar “profesional razonable” que se puede aplicar. En esencia, dicho estándar es: ¿un jurado de terapeutas de juego, con entrenamiento y experiencia similares, consideraría el asunto en cuestión como apropiado en términos clínicos y legales? Si el terapeuta de juego está dispuesto a someter su práctica a este estándar fundamental, no tiene que preocuparse. Otra manera de formular esto es: si el terapeuta está dispuesto a exponer su trabajo frente a la comunidad profesional y legal a plena luz del día, no hay motivo de preocupación.

Interactuar con el sistema legal, aunque quizá intimidante e incómodo para el terapeuta de juego, no es una misión imposible. Hay varias cosas importantes que recordar.

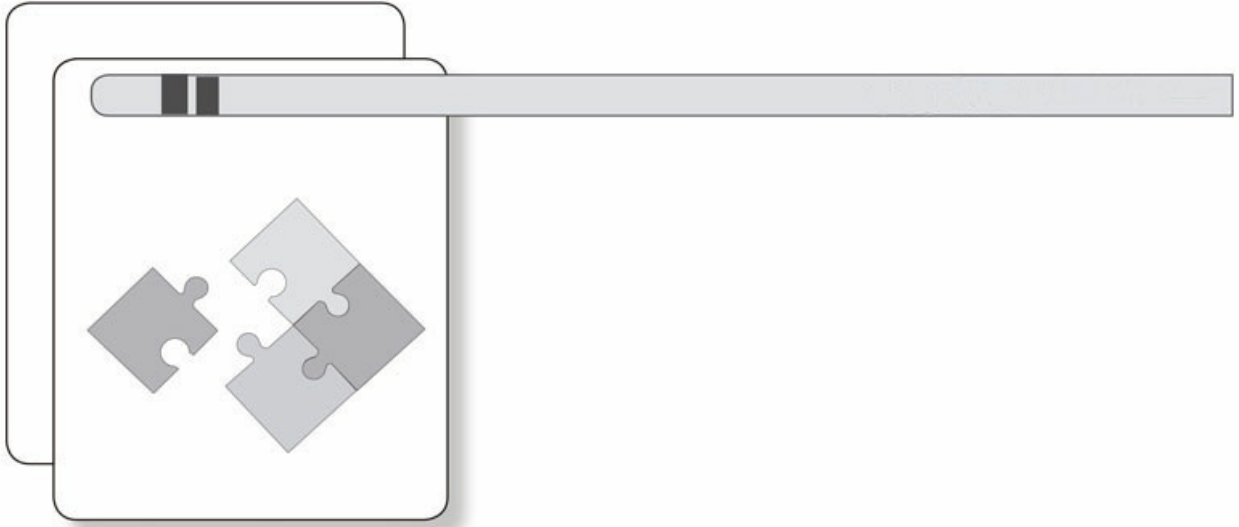
- Estar implicado con el estado, la ley, tribunales y abogados significa caminar en un territorio diferente y tratar con profesionales, a menudo, ajenos al campo de la terapia de juego. El terapeuta debe respetar este territorio, identificar a todas las personas involucradas en sus propias áreas de conocimiento y sus perspectivas, y ser considerado con ellos aunque parezca que no lo merecen en ese momento.
- Reconocer que, aunque el terapeuta es experto en lo que hace, el sistema legal comprende a otras personas que son expertas en lo que hacen. Para ser respetado, es necesario respetar a los demás.
- Aprender de la ley y el sistema legal tanto como sea posible, pero sin tratar de actuar como si fuera abogado. Del mismo modo, se espera que los tribunales y los abogados no pretendan cubrir las funciones del terapeuta de juego.
- Le guste o no al terapeuta, los abogados y los tribunales hacen las leyes. Esto se tiene que aceptar. Sin embargo, el terapeuta es el experto en salud mental; aunque no haga las leyes, él cuenta con el conocimiento y la información que el sistema legal requiere para tomar decisiones en beneficio de los niños.

- Es importante reconocer que el terapeuta de juego tiene clientes diferentes que el abogado. Los fines que persiguen uno y otro pueden no coincidir.
- Es importante saber qué esperan todas las partes involucradas en un caso. La orientación teórica o el “análisis del puesto” del terapeuta de juego –como parte de una organización o en el trabajo privado– pueden ser diferentes de lo que se espera de él en el sistema legal.
- Siempre responder a las indagatorias legales, no de manera inmediata, pues es mejor buscar asesoría antes. Responder los correos y llamadas telefónicas de manera oportuna. Ignorar u olvidar no sólo es una falta de respeto, sino también puede ser ilegal.
- Del mismo modo en que el terapeuta confía en su intuición en el cuarto de consejería, si siente que algo está mal en los asuntos legales, no debe hacer caso omiso de ese sentimiento. En ese caso, es necesario buscar asesoría.

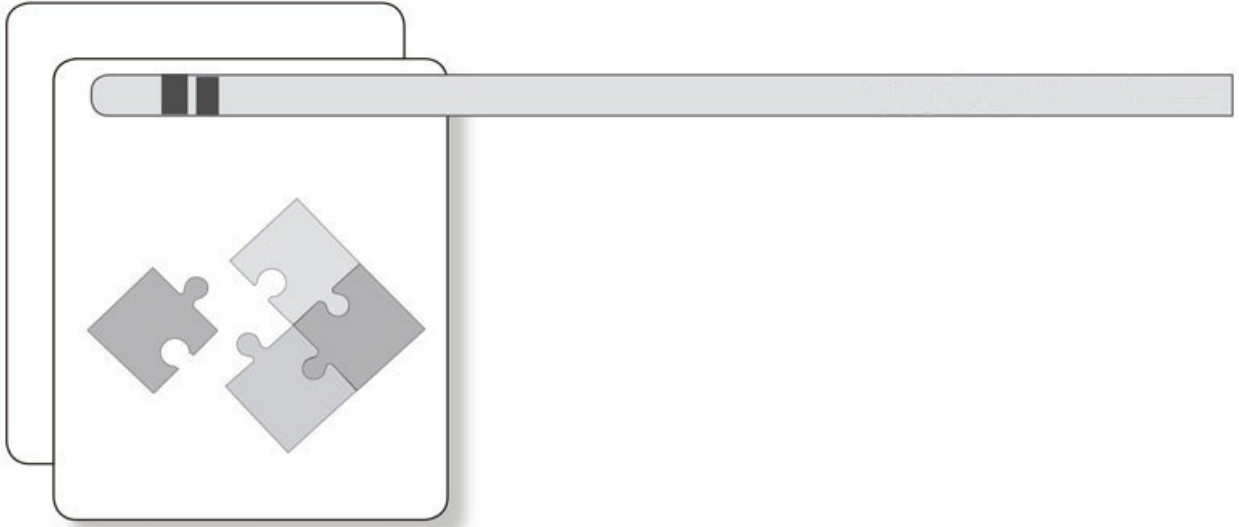
Hay pocos terapeutas dispuestos a trabajar con niños. Un porcentaje menor de ellos reconocen y emplean los poderes terapéuticos del juego. En verdad, el terapeuta responde a un llamado que muy pocos responden. Esto no debe ser perturbado por cuestiones o violaciones legales. “Simplemente por elegir tocar las vidas de niños a través de la terapia de juego habla bien de la ética y los valores de un profesional” (Sweeney, 2001, p. 75). Por lo tanto, tener conocimientos básicos y acatar los principios legales y éticos no es suficiente para un terapeuta de juego. Aspirar a la excelencia clínica, legal y ética debe ser un imperativo en tanto que refleja el verdadero compromiso del terapeuta con el bienestar de los niños.

■ REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Association for Play Therapy. (2012). *Play therapy best practices*. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=28051>
- Association for Play Therapy. (2014). *Play therapy defined*. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm?ID=1158>
- Back, C., Gustafsson, P. A., Larsson, I., & Bertero, C. (2011). Managing the legal proceedings: An interpretative phenomenological analysis of sexually abused children's experience of the legal system. *Child Abuse & Neglect*, 35, 50–57.
- Bratton, I. N., & Wallace, J.W. (2013). Testifying as an expert witness. *Play Therapy*, 8(2), 16–19.
- Bratton, I. N., & Wallace, J.W. (2014). Testifying as a fact witness. *Play Therapy*, 9(1), 24–28.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (2011). *Issues and ethics in the helping profession* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Folero, S. M., & Wrightsman, L. S. (2009). *Forensic psychology* (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Glassman, J. B. (1998). Preventing and managing board complaints: The downside risk of custody evaluation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(2), 121–124.
- Henderson, D. A., & Thompson, C. L. (2011). *Counseling children* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Koocher, G. P., Norcross, J. C., & Hill, S. S. (2004). *Psychologists' desk reference*. Cary, NC: Oxford University Press.
- Lowenstein, L. (2011). The complexity of investigating possible sexual abuse of a child. *The American Journal of Family Therapy*, 39, 292–298.
- Melton, G. B., & Kimbrough-Melton, R. J. (2006). Integrating assessment, treatment, and justice: Pipe dream or possibility. En S. Sparta & G. Koocher (Eds.), *Forensic mental health assessment of children and adolescents* (pp. 30–45). New York, NY: Oxford University Press.
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobogin, C. (1997). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Snow, M. S., Helm, H. M., & Martin, E. M. (2004). Play therapy as court testimony: A case study. *International Journal of Play Therapy*, 13(2), 75–97.
- Sullivan, M.J., & Greenberg, L.G. (Eds.) (2012). Special issue: Court involved therapy. *Journal of Child Custody*, 9, 1-2.
- Sweeney, D. S. (2001). Legal and ethical issues in play therapy. En G. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and populations* (pp. 65–81). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.



Parte 6
Aspectos profesionales



Capítulo 27

Ética en terapia de juego

Cynthia A. Reynolds

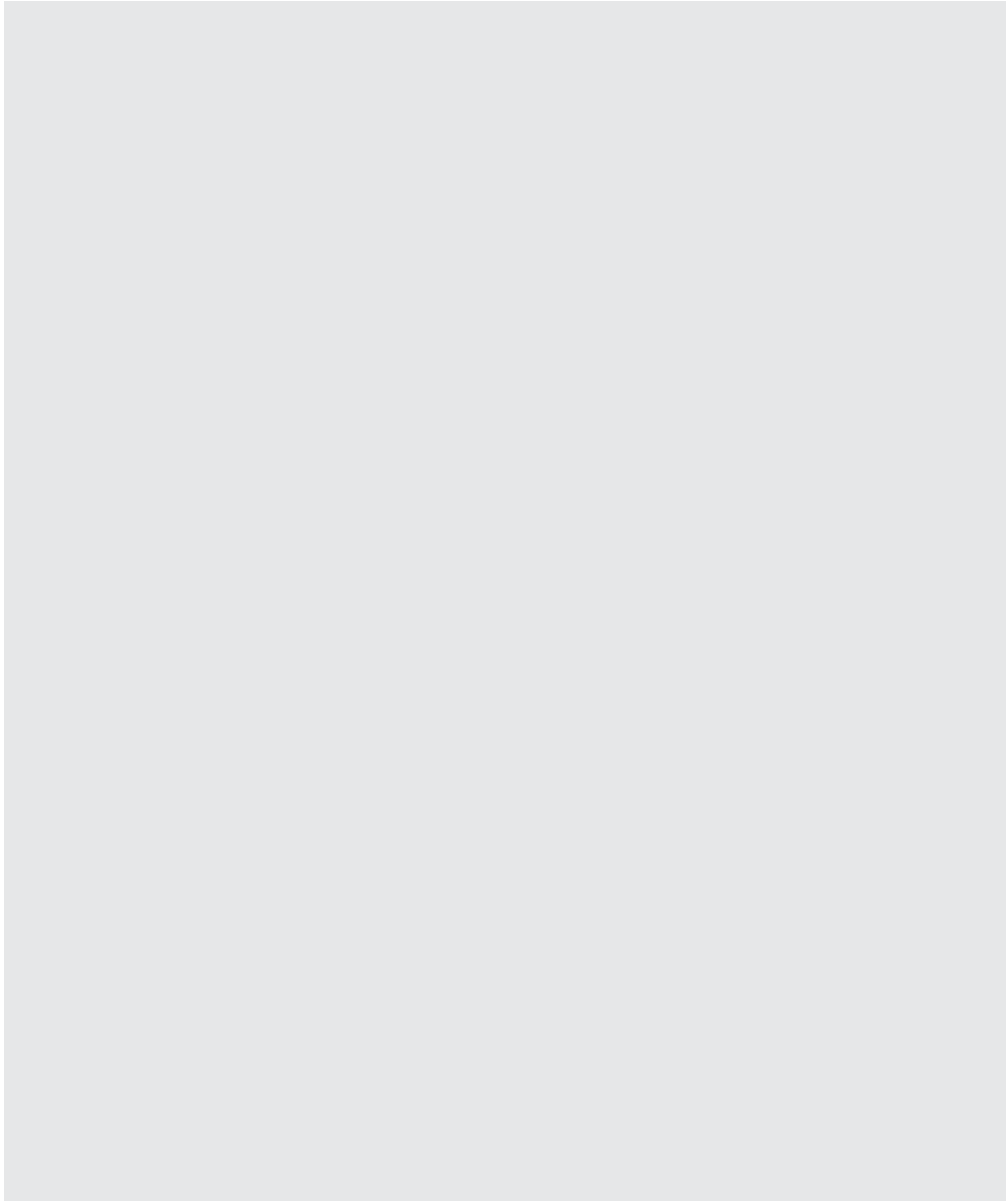
Como terapeuta de juego, se asume que éste decidió utilizar los poderes del juego para contribuir en la curación, desarrollo y crecimiento óptimos de sus clientes.

El terapeuta debe garantizar que sus servicios son útiles, no dañinos. Sin embargo, nuestros clientes pueden tener sus propias opiniones sobre lo que es útil y cómo debe hacer su trabajo el terapeuta. Incluso los profesionales de la salud mental que practican la terapia de juego (consejeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas de pareja y familiares, psicólogos escolares y consejeros escolares) pueden no estar de acuerdo entre ellos en relación con cuál es la conducta apropiada de parte del terapeuta. A veces, las normas éticas de nuestras profesiones pueden estar en conflicto con las políticas y procedimientos de quienes contratan nuestros servicios (escuelas, agencias y hospitales, por ejemplo), con las regulaciones y legislaciones estatales y federales, con los consejos que otorgan licencias profesionales, o con lo que parece ser lo que más le conviene al cliente. La solución adecuada de una cuestión ética dependen de los estándares profesionales éticos de cada quien, la zona geográfica (estado o país), la edad del cliente y las indicaciones/políticas del lugar donde se ejerce el terapeuta.

No existe manual que posea la respuesta a todos los dilemas éticos posibles en todos los escenarios y en todos los países. Es un desafío constante para nosotros, terapeutas de juego, actuar siguiendo las normas éticas independientemente de los años de experiencia. No es propósito de este capítulo convertirse en un texto de referencia donde buscar respuestas a todos los dilemas éticos. Su objetivo es hacer más consciente al lector de qué se considera un dilema ético y guiarlo en la búsqueda de su propia respuesta. Fue escrito teniendo en mente la posible incomodidad del lector frente a las inherentes ambigüedades del trabajo ético.

La terapia de juego se define como “uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que un terapeuta entrenado utiliza los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar el crecimiento y desarrollo óptimos” (Association for Play Therapy, 1997). La *Association for Play Therapy* (APT) se creó en 1982 y ahora es una organización internacional de más de 6 000 miembros dedicados a la promoción del valor del juego, la terapia de juego y los terapeutas afiliados. La APT lleva a cabo un proceso de registro voluntario que garantiza cierta cantidad de entrenamiento académico, práctica y supervisión en terapia de juego. Los Terapeutas de Juego Registrados (RTP, por sus siglas en inglés) son profesionales de la salud mental con licencia que siguen los códigos éticos de sus áreas de especialidad, así como los consejos estatales encargados de expedir sus licencias. Así, incluso dentro del área especializada de la terapia de juego, los

terapeutas son regulados por las normas éticas de sus organizaciones profesionales y los consejos estatales. Aunque no se trata de un consejo encargado de expedir licencias, la APT proporciona a sus miembros dos series de directrices para la práctica en su sitio de internet: *Play Therapy Best Practices and Paper on Touch: Clinical, Professional, and Ethical Issues*.



DIFERENCIAS ENTRE LEY Y ÉTICA

Las leyes son reglas en las que está de acuerdo la sociedad para proteger la seguridad, salud y bienestar públicos. El derecho penal aborda el crimen o las conductas que causan daño a otros y dictan castigos para quienes violan dichas leyes. El derecho civil aborda las disputas entre intereses personales de individuos, grupos, organizaciones y el gobierno. Las leyes son escritas, aprobadas y, luego, aplicadas por la parte del gobierno que las creó, ya sea a nivel federal, estatal o local. Pueden variar en distintos países, estados y gobiernos locales. Las leyes que establecen castigos incluyen multas o encarcelamiento.

En cambio, los estándares éticos para consejeros, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas de pareja y familiares son directrices de cómo se debe comportar el profesional de la salud mental. Entre las consecuencias por infringir las normas éticas, se encuentran las sanciones profesionales, como reprimendas, pérdida de la licencia o supervisión obligatoria.

CONSIDERACIONES LEGALES

Hay tres leyes federales importantes que han afectado las profesiones de la salud mental en los últimos 50 años en EUA: el *Family Education Rights and Privacy Act* [Ley de Educación y Derechos de la Educación de la Familia] (FERPA), el *Health Insurance Portability and Accountability Act* [Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud] (HIPAA) y el *Individuals with Disabilities Education Act* [Ley de Educación para Individuos con Discapacidades] (IDEA). Se abordará cada una de estas leyes en lo que se refiere a su importancia para la consejería en diversos escenarios. Entiéndase que se trata sólo de descripciones breves, por lo que el lector debe hacer lecturas adicionales y recibir una formación más completa para su mejor comprensión.

FERPA fue promulgada en 1974, es un conjunto de regulaciones que se aplica a las instituciones que reciben fondos del Ministerio de Educación de EUA, como los distritos escolares, las escuelas pre-K-12 y las instituciones de educación postsecundaria. FERPA fue redactada específicamente para estudiantes/padres y garantiza el derecho a inspeccionar y revisar los registros educativos, a corregirlos y a tener cierto control sobre la revelación de la información de esos registros. FERPA solicita a las escuelas o sistemas que envíen cada año un aviso a padres o tutores acerca de su derecho a revisar los expedientes de sus hijos y a presentar una denuncia si no están de acuerdo con algo de lo que está asentado en el expediente. El sistema tiene 45 días para acatar o corre el riesgo de no recibir fondos federales. El consentimiento se transfiere al estudiante cuando cumple 18 años de edad, pero no limita los derechos de alumnos que tienen 18 años y siguen en el bachillerato. Los padres que no tienen la custodia del niño poseen los mismos derechos que los que sí la tienen, a menos que un mandato judicial establezca lo contrario; sin embargo, los padrastros y los abuelos que no tienen la custodia del niño no están incluidos en FERPA. *Protection of Pupil Rights Amendment* [Enmienda a la Protección de los Derechos de los Alumnos] (PPRA) concede derechos adicionales a los padres, como pedir su consentimiento antes de que el alumno sea sujeto a un examen, prueba o programa diseñado para modificar sus valores personales y su conducta. También concede el derecho a los padres de revisar los programas de enseñanza. *No Child Left Behind* [Ningún Niño Rezagado] (NCLB) aumentó aún más los derechos de los padres.

Otra ley federal que se relaciona con el campo de la salud mental es *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996. HIPAA protege primordialmente la cobertura de los seguros médicos de los trabajadores y sus familias cuando cambian de trabajo o lo pierden. El título II de HIPAA, conocido como prestaciones de *Administrative Simplification* [Simplificación Administrativa] (AS), solicita el establecimiento de estándares nacionales para las transacciones electrónicas del cuidado de la salud e identificadores a nivel nacional de proveedores, planes de seguros médicos y patrones. Las prestaciones de AS también abordan la seguridad y privacidad de los datos de salud. Se crearon los estándares para mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de cuidado de la salud nacional de EUA promoviendo el uso del intercambio de datos en

dicho sistema. La regla de privacidad excluye específicamente cualquier información individual identificable contemplada por FERPA. Los expedientes de salud en las escuelas contemplados por FERPA quedan excluidos de HIPA. Las agencias y los sistemas escolares deben diseñar políticas y procedimientos para abordar los conflictos potenciales entre FERPA e HIPA (Eford, 2010).

IDEA (<http://idea.ed.gov/>) fue escrita promulgada por el Congreso de EUA en 1975 para garantizar que los niños con discapacidades tuvieran la oportunidad de recibir una educación pública adecuada y gratuita, igual que los demás niños. La ley se ha revisado muchas veces con el paso de los años; las enmiendas más recientes fueron aprobadas por el Congreso en diciembre de 2004, y las regulaciones finales se publicaron en agosto de 2006 (Parte B para niños en edad escolar) y en septiembre de 2011 (Parte C, para niños menores de tres años). Aunque esta ley es casi nueva, tiene una larga, detallada y poderosa historia. Se enfoca en la educación y es de interés primario para los consejeros y psicólogos escolares. Otros profesionales de la salud mental (p. ej., los que trabajan en agencias, hospitales o consultorios privados) tienen que conocer la complejidad de sus clientes y ser capaces de asesorar/colaborar con escuelas para ayudar a los niños a conseguir sus metas académicas y personales/sociales.

Además de las leyes federales, cada estado ha promulgado legislaciones vinculantes respecto del ejercicio de la terapia en su territorio. Los consejos que expiden licencias profesionales (consejería, trabajo social, terapia de pareja/familiar, consejería de rehabilitación y psicología, entre otras) revisan las regulaciones y pueden desarrollar políticas sobre cómo implementar una ley. Los ministerios estatales de educación crean leyes vinculantes en relación con sus trabajadores educativos. Además, los sistemas escolares individuales o las organizaciones de salud mental crean políticas y procedimientos y esperan que sus trabajadores los sigan. Por ejemplo, algunos estados tienen leyes que requieren el consentimiento de los padres para que un niño reciba servicios del consejero escolar. Otros estados no tienen tales leyes, porque se considera que la consejería es parte del programa educativo general y, por lo tanto, no requiere el consentimiento de los padres. Incluso sin una ley que ordene este consentimiento, un distrito escolar puede crear una política que sí lo requiera antes que el consejero escolar pueda ver al niño. Es claro que todo esto representa un gran desafío para que el consejero se mantenga al corriente de las regulaciones éticas y legales a nivel estatal y federal, así como de las políticas y procedimientos de los distritos y escolares y de otras organizaciones. A veces, el consejero escolar, el psicólogo, el terapeuta de pareja/familiar, el trabajador social y el consejero clínico en salud mental sienten que hablan diferentes idiomas en tanto que pueden estar regidos por diferentes leyes y normas éticas.

DICOTOMÍAS ÉTICAS

Como terapeuta de juego, por lo general quiero un mapa claro y exacto de lo que se espera de nosotros como profesionales. Estudiar la ética a veces es muy frustrante, porque hay mucha ambigüedad inherente a su historia y a su práctica. En el campo de la ética, hay tres dicotomías en las que se enfrentan puntos de vista opuestos: absolutismo ético versus relativismo ético, utilitarismo versus deontología, y egoísmo versus altruismo (Remley y herluhy, 2007). Otra dicotomía ética que se cita con frecuencia es la de la ética de los principios versus la ética de las virtudes. Estas dicotomías se abordan en esta sección con el fin de ofrecer al lector fundamentos para comprender la complejidad implicada en los asuntos éticos.

Absolutismo ético *versus* relativismo ético

El **absolutismo ético** es la doctrina que considera que sólo hay un código moral siempre verdadero y válido aplicable a todos, en cualquier lugar y en cualquier momento, sin importar si se cumple o no. Históricamente, el absolutismo ético proviene de la tradición judeo-cristiana, en la que se considera que la moralidad emana de los diez mandamientos de Dios, y no depende del tiempo o las circunstancias.

El **relativismo ético** plantea que lo bueno y lo malo no son atributos absolutos, sino que varían dependiendo de la persona, las circunstancias o la situación social. Esta perspectiva surgió de la obra de Protágoras, el principal sofista griego del siglo V a. de C. El relativismo ético afirma que lo realmente bueno depende sólo de lo que un individuo o sociedad consideran bueno, lo cual varía de una época a otra y de un lugar a otro. Por lo tanto, no hay una manera objetiva de justificar ningún principio como válida para todas las personas de todas las sociedades.

Utilitarismo *versus* deontología

El **utilitarismo** es una visión de la ética que se enfoca en los resultados o consecuencias de los actos. El utilitarismo proviene de la palabra griega *telos*, que significa “fin.” De acuerdo con esta versión, actuar éticamente implica tomar decisiones o realizar acciones que beneficien a las personas maximizando “lo bueno” y minimizando “lo malo.” El fin justifica los medios, teóricamente es posible que la motivación incorrecta o mala lleve a resultados buenos.

La **deontología** es una postura ética que juzga la moralidad de una acción con base en su acatamiento de una o varias reglas. Este término deriva de las palabras griegas *deon* y *logos*, que significan deber y estudiar, respectivamente. La ética deontológica tiene tres

características importantes: el deber debe cumplirse por amor al deber mismo, los seres humanos poseen un valor moral intrínseco y deben ser tratados como tales, y un principio moral es un imperativo categórico universal.

Egoísmo *versus* altruismo

El **egoísmo ético** consiste en la idea de que una persona debe buscar su beneficio personal aunque sea a expensas de los demás. Esto no implica que los agentes morales traten de dañar los intereses y el bienestar de los demás al hacer sus deliberaciones morales. El beneficio moral de un agente puede tener efectos beneficiosos, perjudiciales o neutrales para los demás.

El **altruismo ético** es la doctrina filosófica de vivir para los otros más que para uno mismo. El filósofo francés Auguste Comte acuñó el término *altruismo* en 1851, y entró a la lengua inglesa dos años después. El altruismo ético sostiene que los agentes morales tienen la obligación de servir y ayudar a los demás.

Ética de los principios *versus* ética de las virtudes

La ética de los principios se requiere a la pregunta “¿Qué debo hacer?” Se trata de una teoría de la filosofía moral que promueve la moral y la responsabilidad, e incluye reglas y consecuencias, como respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Autonomía se define como respetar las decisiones tomadas por los demás y a reconocer su independencia y autodeterminación. La no maleficencia consiste en evitar hacer daño e impedir las acciones y efectos dañinos. La beneficencia supone hacer el bien y promover el bienestar y la salud. La justicia promueve la equidad y la imparcialidad en las interacciones. La fidelidad implica ser responsable con los clientes y honrar los acuerdos. Veracidad significa ser franco y honesto con los demás.

En contraste con la ética de los principios, la ética de las virtudes se refiere a la pregunta “¿Quién debo ser?” Se trata de una teoría de la filosofía moral que hace hincapié en el carácter más que en las reglas de las consecuencias. La primera descripción sistemática de la ética de las virtudes fue escrita por Aristóteles en su *Ética Nicomaquea* (Cooper, 2004). De acuerdo con Aristóteles, cuando las personas adquieren buenos hábitos de carácter, son capaces de regular sus emociones y su razón. A su vez, esto los ayuda a tomar decisiones moralmente correctas cuando enfrentan situaciones difíciles. Como respuesta a la pregunta “¿Quién debo ser?” el profesional de la salud mental cree que debemos ser personas con integridad, discernimiento, aceptación de emociones, autoconsciencia e interdependencia con la comunidad (Pope y Vasquez,

1998). Una persona con integridad actúa de manera consistente de acuerdo con los valores, creencias y principios que pretende sostener. Una persona virtuosa toma decisiones utilizando el discernimiento con sabiduría y juicio. La aceptación de las emociones es parte importante de la definición de una persona virtuosa acerca de quién debe ser. La autoconsciencia implica la capacidad de ver claramente las propias conductas, la personalidad y las creencias en relación con los demás. Por último, la ética de las virtudes hace hincapié en que la persona ética vive en interdependencia con la comunidad.

En salud mental, los códigos éticos se crearon por diversas razones (Herlihy y Corey, 1996; Mappes, Robb y engles, 1985; Pope y Vasquez, 1998, VanHoose y Kottler, 1985), como proteger al público, educar a los miembros de una profesión, garantizar la rendición de cuentas, funcionar como catalizador para mejorar las prácticas, proteger a la profesión del gobierno, ayudar a controlar los desacuerdos internos, promover la estabilidad en la profesión y proteger a los clínicos ante problemas legales o denuncias en cuanto a su licencia para ejercer (Fischer y Sorensen, 1996).

Cuando un terapeuta de juego es acusado de violaciones éticas o legales por su conducta con un cliente, disminuye la confianza del público usuario en la terapia de juego. Cuando un terapeuta daña a un cliente y esto se hace público, la conducta de todos los terapeutas se convierte en objeto de un escrutinio atento para que no ocurran más abusos. La confianza del público en la terapia de juego es crucial. Existen consejos de regulación para monitorear y proteger al público y los códigos éticos, y se emplean leyes estatales y nacionales para tomar decisiones en cuanto a la competencia y la aptitud de un terapeuta. Cuando éste daña a un cliente, enfrenta medidas disciplinarias de parte de los consejos estatales, entre las que se contempla la suspensión o revocación de la licencia para ejercer su profesión.

El código ético es vital en el proceso de educar a los miembros de una profesión. Mediante una serie de estándares, el terapeuta tiene principios que seguir cuando se le presenten asuntos delicados o dilemas. En todas las profesiones de la salud mental, se espera que sus miembros den cuenta de su conducta. Un código ético constituye el marco de referencia necesario para el proceso de rendición de cuentas.

Por último, mediante la discusión, análisis y revisión de varias normas éticas, la práctica de la terapia de juego puede mejorar. En última instancia, la meta es ofrecer la mejor ayuda posible a los clientes y minimizar los riesgos de daño.

MODELOS DE TOMA DE DECISIONES ÉTICAS

Los códigos éticos no proporcionan un método para resolver dilemas éticos. Por ello, los profesionales de la salud mental se basan en modelos de toma de decisiones éticas para que éstas sean informadas y adecuada cuando se encuentran frente a un dilema ético. Se han propuesto varios modelos para los profesionales de la salud mental (Corey, Corey y Callanan, 2007; Cottone y Claus, 2000). A continuación, se presentan los principios éticos propuestos por Kitchener (1984) para entender los fundamentos de los conceptos éticos que corresponden a la práctica profesional.

Principios éticos de Kitchener

Un dilema ético es una situación que implica principios opuestos o en conflicto (Urofsky, Engels y Engebretson, 2008) y donde la respuesta correcta o equivocada no es evidente. Cuando es necesario tomar una decisión ética, es importante reconocer que los individuos son fácilmente influidos por sus valores y supuestos personales, con frecuencia se basan en la intuición y en factores emocionales para orientar sus decisiones (Welfel, 2012).

La obra seminal de Kitchener (1984) sobre la toma de decisiones éticas señala que los juicios basados en valores personales y la intuición moral son insuficientes para respaldar las decisiones éticas, y que los juicios de valor no son iguales entre todos los individuos (véase también Cottone y Claus, 2000). Las normas culturales, las presiones políticas y la comprensión errónea limitan en gran medida la sabiduría de la intuición, lo cual resulta en decisiones no éticas (Welfel, 2012).

Con el fin de minimizar el potencial de daño a los clientes, los profesionales de la salud mental deben comprometerse con una práctica ética que trascienda las opiniones personales y se alinee con los códigos éticos y los estándares aceptados de las mejores prácticas (Urofsky et al., 2008; Welfel, 2012). El modelo de Kitchener (1984) sostiene que es necesario evaluar con cuidado los asuntos éticos con un enfoque de razonamiento cognitivo. Cuando entran en conflicto más de uno de los principios éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia y fidelidad, el consejero debe “sopesar, equilibrar, examinar y analizar los principios que se contraponen” (Urofsky et al., 2008, p. 68) con atención y cuidado para tomar una decisión ética confiable.

Los conceptos éticos de Kitchener se basan en los principios éticos que ya se mencionaron. Se explicarán otra vez, pero ahora con un ejemplo tomado de la práctica de la terapia de juego.

Autonomía es el concepto de la responsabilidad personal para tomar decisiones propias y tener libertad para actuar por cuenta propia. Un segundo aspecto de la autonomía, de acuerdo con Kitchener, es reconocer que los demás también pueden

tomar sus decisiones y tener libertad (Kitchener, 1984).

No maleficencia es el principio de “no hacer daño” (Kitchener, 1984, p. 47), que se refiere a no dañar intencionalmente al cliente y a no actuar de modo que el cliente resulte dañado. Todos podemos concordar en que un ejemplo de daño intencional sería no denunciar el abuso físico o sexual en contra de un niño. Un tipo de daño más ambiguo sería un terapeuta que empleara una intervención para la que no está capacitado, lo cual provoca un daño en el bienestar emocional del niño.

Beneficencia significa promover la salud y el bienestar de los clientes, no sólo evitando dañar a alguien. Un aspecto importante de la beneficencia es que los profesionales de la salud mental deben ser competentes para ejercer en el ámbito de su práctica. Un ejemplo de conflicto ético serían quienes afirman hacer “terapia de juego” sin haber tomado nunca un curso o un taller, leído un libro o recibido supervisión de su trabajo.

Justicia y fidelidad son los dos conceptos finales del modelo de Kitchener (1984). **Justicia** significa, en general, que algo es equitativo y trata a los clientes con igualdad e imparcialidad. Un ejemplo sería no cobrar honorarios desiguales por los servicios profesionales que permitan a ciertos clientes hacer mayores deducciones para el pago de sus impuestos.

Fidelidad se refiere a corresponder a la confianza del cliente haciendo lo que decimos que haremos, ser quienes decimos ser, y ser honestos y confiables. Un ejemplo de falta de fidelidad sería cuando un consejero acostumbra llegar tarde, y permite que los clientes utilicen más tiempo de lo permitido y, por lo tanto, retrasen el inicio de la sesión del siguiente cliente.

Es importante comprender cómo un modelo de toma de decisiones éticas ayuda al terapeuta de juego a considerar de manera crítica los fundamentos que subyacen en distintas acciones posibles con la finalidad de ofrecer el cuidado más seguro y terapéutico al cliente. Sin embargo, con frecuencia los principios de Kitchener parecen entrar en conflicto. Las personas son complejas, los valores pueden no ser confiables o tener sesgos, y las decisiones no siempre son sencillas. Por lo tanto, entender cómo implementar un modelo de toma de decisiones éticas y, en el caso de los terapeutas que comienzan su actividad profesional, entender que es necesario recibir asesoría de un supervisor son partes esenciales del desarrollo profesional. Hay muchos modelos de toma de decisiones éticas que se han propuesto para que los profesionales de la salud mental recurran a ellos al enfrentar dilemas éticos (Cottone y Claus, 2011; Cottone y Tarvydas, 2007).

Modelo de la ACA para la toma de decisiones éticas

En 1996, la *American Counseling Association* (ACA) elaboró un documento para orientar a sus miembros en la toma de decisiones éticas difíciles (Forester-Miller y Davis,

1996). Se encuentra disponible en <http://www.counseling.org> para los miembros de la ACA. El documento incluye un resumen de los principios morales de Kitchener y el modelo de toma de decisiones éticas.

El primer paso es identificar el problema de la manera más objetiva y específica posible, haciendo a un lado cualquier suposición o insinuación. Tenemos que buscar asesoría legal si el problema es legal; de lo contrario, es importante identificar si el problema es de naturaleza ética, profesional o clínica. También nos tenemos que preguntar si el problema se relaciona con las acciones o la inacción del consejero, del cliente y, o de otras personas significativas, o de las políticas de instituciones u organismos.

Después, se aplica el Código Ético de ACA (2014) si hay un estándar específico aplicable. Si no hay una solución evidente en este punto, significa que existe un dilema ético y se deben dar otros pasos.

Luego, se determina la naturaleza y dimensión del dilema tomando en cuenta los principios de Kitchener aplicables y cuál de ellos tiene prioridad sobre los demás. También se revisa la literatura profesional actual, se busca asesoría con colegas y supervisores, así como en las asociaciones profesionales estatales o nacionales. Después de reunir esta información, es momento de plantear posibles acciones, considerar las consecuencias potenciales de todas las opciones y elegir el curso de las acciones. Una lluvia de ideas creativas y la asesoría llevan a elegir las acciones con mejores resultados (Forester-Miller y Davis, 1996).

El último paso es evaluar el curso de acción elegido. Un aspecto que requiere considerarse es si las acciones realizadas presentan algún otro dilema ético. El terapeuta puede hacerse tres preguntas: 1) en términos de justicia, ¿trataría a los otros de la misma manera?; 2) en términos de publicidad, ¿le gustaría que esa acción apareciera en los medios de comunicación?, y 3) en términos de universalidad, ¿le recomendaría esta acción a otro consejero que estuviera en la misma situación? (Forester-Miller y Davis, 1996).

El lector debe recordar que distintos profesionales pueden tomar diferentes decisiones y realizar acciones diversas, porque, por lo general, no hay una respuesta única ante cada dilema. Lo importante es ser capaz de dar fundamentos razonados y profesionales a la decisión que se toma en caso de que alguien pregunte (Forester-Miller y Davis, 1996).

Modelo de Welfel para la toma de decisiones éticas

Welfel (2012) señaló que la ética profesional comprende cuatro dimensiones principales: 1) tener conocimiento, habilidades y juicio suficientes para emplear intervenciones eficaces, 2) respetar la dignidad y la libertad del cliente, 3) usar el poder inherente al papel de consejero de manera responsable, y 4) actuar de modo que se promueva la confianza de la opinión pública en las profesiones de la salud mental. Tomar en cuenta

estas cuatro dimensiones permite al terapeuta de juego utilizar un modelo de toma de decisiones éticas para resolver dilemas éticos.

El primer paso del modelo de Welfel es ser sensible a las dimensiones morales de la práctica (2012). La agudeza de los cuidados provistos o las preocupaciones de una tercera parte que se encarga de pagar, y la intensa carga de trabajo contribuyen a la falta de sensibilidad del terapeuta y a que no se dé cuenta de los aspectos éticos de la práctica clínica. La educación formal en el entrenamiento, sobre todo en el desarrollo de principios y filosofía que se ajustan a los de las profesiones de la salud mental, y la ayuda para integrar los valores profesionales en los sistemas de creencias morales personales son esenciales para desarrollar la sensibilidad clínica y la identidad ética personal (Handelsman, Googlieb y Knapp, 2005). Welfel (2012) planteó que ser éticamente sensible va más allá de conocer y seguir las reglas; es un aspecto central de la vida y obra de terapeuta de juego. Los rasgos de carácter como la virtud personal, el altruismo y el compromiso con la justicia social también son aspectos significativos (Jordan y Meara, 1990).

Los profesionales de la salud mental deben haber concluido todos los cursos necesarios de ética en su programa de maestría o doctorado con el fin de titularse y ser licenciados. Además, los consejos estatales que expiden licencias exigen un número específico de horas de educación continua, algunos de los cuales son de ética, para renovar sus licencias. Esta educación ayudará a mejorar la sensibilidad ética del terapeuta. Los atributos personales, como inmadurez, amabilidad, autorreflexión, autoconsciencia y una relación de confianza con el supervisor clínico, quien también puede fomentar el discernimiento ético y la toma de decisiones. Esta educación ayuda a mejorar la sensibilidad ética y la toma de decisiones.

El segundo paso de Welfel es identificar los hechos relevantes, el contexto sociocultural y los interesados (2012). Esto implica encontrar los hechos, evaluar al cliente e identificar a los interesados (es decir, otras personas que pueden ser afectadas por las acciones del consejero, como los padres o los tutores del menor). Se debe ser prudente, el conocimiento insuficiente de los hechos puede confundir y llevar a decisiones erróneas. Un aspecto importante de éste y de los siguientes pasos es que todo se debe documentar. En relación con la documentación, el terapeuta debe incluir opciones identificadas y consideradas, los resultados de cada paso y cualquier asesoría con supervisores y colegas, así como cualquier otra información que se considere esencial como parte de las notas del proceso en el expediente del cliente (Welfel, 2012).

El tercer paso es definir los asuntos centrales del dilema y las opciones disponibles. Esto implica una clasificación amplia del tipo de dilema ético del que se trata y de la manera en que el contexto del cliente afecta la decisión particular. Esto requiere que el terapeuta separe sus valores y supuestos culturales y personales, para no estar demasiado influido por su historia personal. Además, es importante continuar con las lluvias de ideas para identificar muchas acciones posibles, como se hizo en el paso dos, sin juzgar ni eliminar, al mismo tiempo que se buscan alternativas razonables. Otra consideración importante es el equilibrio entre los valores morales del terapeuta y la presión ambiental,

que puede implicar una dificultad emocional relacionada con la alternativa específica (Welfel, 2012).

El cuarto paso consiste en consultar los estándares éticos profesionales y las leyes y normas respectivas, y considerar el grado en que los estándares se aplican al caso en particular (Welfel, 2012). Es posible que el conflicto sea claro, como la protección a la confidencialidad del cliente versus revelar el riesgo de intento suicida a las autoridades competentes.

El quinto paso es buscar la literatura relevante sobre ética. Consultar el Código Ético de la ACA (2014) permite al profesional de la salud mental explorar lo que otros han dicho acerca de dilemas similares. Otras opiniones e ideas de expertos pueden ilustrar puntos no considerados, sobre todo en relación con la perspectiva multicultural (Handelsman et al; 2005; Welfel, 2012).

El sexto paso es aplicar los principios y teorías éticas fundamentales a la situación (Welfel, 2012) tratando de dar cierto orden al dilema. Autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia y fidelidad con frecuencia están en oposición entre sí. El terapeuta debe intentar atenerse a los cinco principios, pero esto no siempre es posible. Por lo tanto, la meta última es la prevención del daño al cliente, que es la que causará el menor daño posible (Welfel, 2012). Ciertos principios pueden ser más importantes que otros, lo cual complica el conflicto entre los principios. De acuerdo con Kitchener (1984), muchos han sugerido que la no maleficencia es más importante que la beneficencia. Además, autonomía no significa libertad “sin límite” (Kitchener, 1984) infringiendo la autonomía y los derechos de otras personas. Por ejemplo, en el caso de amenaza de suicidio, el principio de no maleficencia se impondría sobre el de autonomía, y el derecho a la privacidad tendría que hacerse a un lado en favor del valor superior de impedir que el cliente se haga daño. Además, la idea de autonomía se origina en el pensamiento occidental. Muchas culturas basadas en la familia y la comunidad no promueven la autonomía individual, sino la identidad grupal.

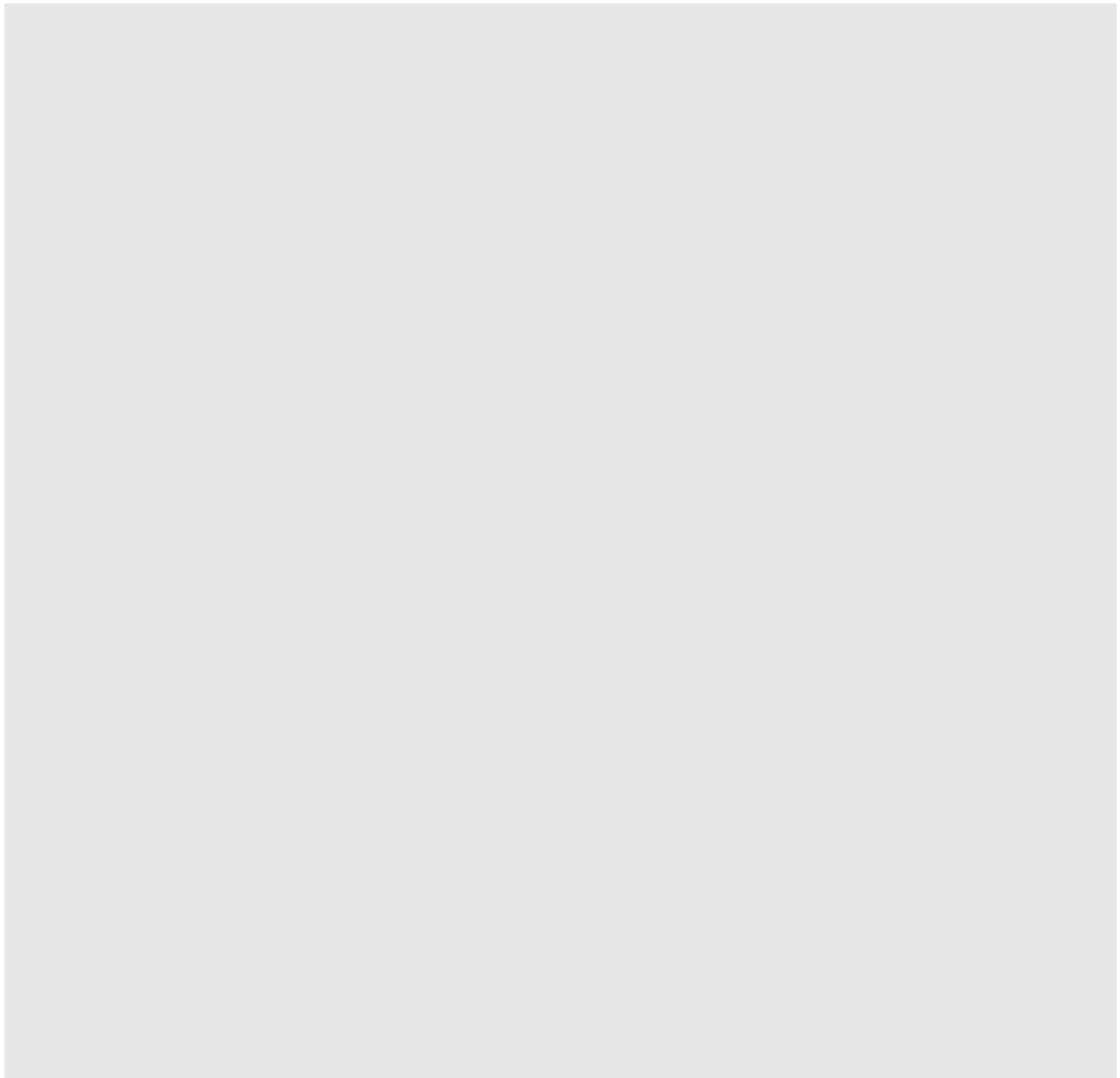
El séptimo paso es consultar colegas acerca del dilema (Welfel, 2012). Los dilemas éticos pueden ser abrumadores para los profesionales de la salud mental, y hay una tendencia a aislarse al enfrentar una situación angustiante. Obtener retroalimentación y consejos de colegas aporta consideraciones alternativas, reducción del aislamiento moral o emocional, nueva información e, incluso, consuelo. En vez de utilizar la asesoría como medio simplemente para evitar malas prácticas, Welfel (2012) aprueba las consultas con otros colegas en cada paso de la toma de decisiones. Además, si un consejero principiante o con licencia en el campo de la salud mental se encuentra bajo supervisión y ofrece sus servicios, debe consultar al supervisor lo más pronto posible. Asimismo, muchas organizaciones profesionales ofrecen asesoría ética gratuita a sus miembros por vía telefónica durante horario de oficina.

El octavo paso es deliberar de manera independiente y decidir cuál alternativa es la más ética y la manera de implementarla (Welfel, 2012). La reflexión personal más el examen de los demás principios éticos en competencia son aspectos esenciales de este paso. Las decisiones éticas pueden coincidir en costos para el terapeuta, como horas de

trabajo extra, desaprobación de parte del cliente o de otras partes involucradas, e incluso riesgo de que sus ingresos disminuyan o de perder su trabajo.

El noveno paso consiste en informar a las personas indicadas la decisión final y sus fundamentos, e implementarla. La documentación de la decisión y sus fundamentos es una parte crucial de este paso (Welfel, 2012).

El paso final es reflexionar sobre las acciones tomadas (Welfel, 2012). Welfel mantenía que la reflexión y la evaluación del proceso de toma de decisiones y de las acciones concomitantes ayudan para las futuras decisiones. La evaluación puede hacer que las futuras decisiones en situaciones éticas similares sean informadas. La observación de los resultados, la asesoría del supervisor, y la recapitulación y el procesamiento de las reacciones emocionales de los profesionales de la salud mental ante esta experiencia son beneficiosos para ambas partes.



DISPOSICIÓN Y APTITUD PERSONAL ÉTICA

Muchos modelos de la toma de decisiones éticas recomiendan que darse cuenta de la situación es el primer paso. Las siguientes 10 afirmaciones se presentan como un modo en que los profesionales de la salud mental evalúan su propia disposición y aptitud ética (Reynolds y Tejada, 2011; Reynolds y Sadler-Gerhardt, 2015). Se aconseja que el lector piense si, en su caso, cada una de ellas es verdadera o falsa.

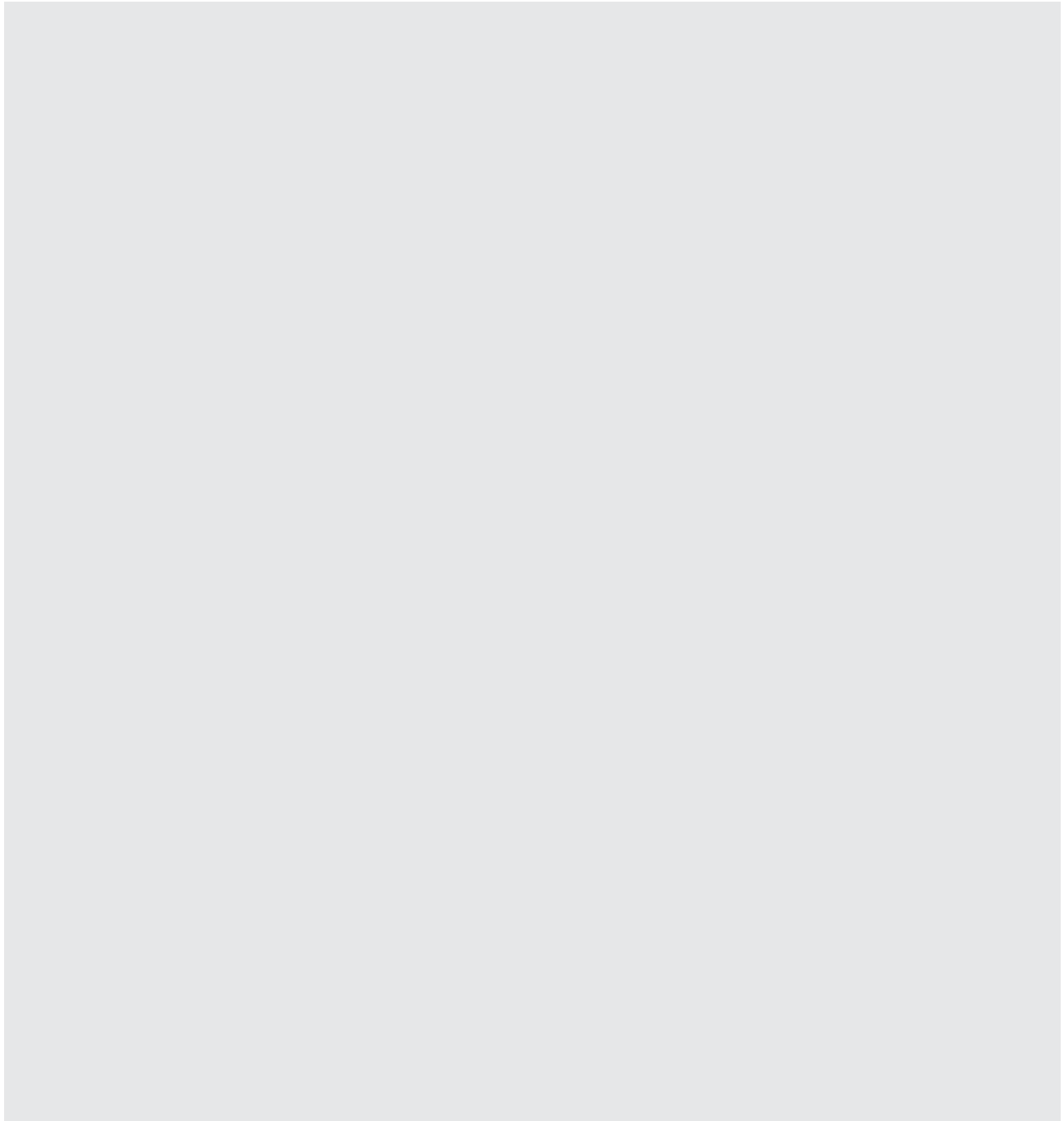
- 1. Comprendo la importancia de los códigos y directrices éticos.** La razón primordial por la cual los códigos y directrices éticos son indispensables es que protegen al público de los malos usos del poder. Los clientes acuden a nosotros en un estado vulnerable o de necesidad, y nosotros tenemos poder sobre ellos. Los códigos éticos también son instructivos para los miembros de la profesión y sus clientes en relación con las conductas aceptables en el campo de la salud mental. Proveen estándares que se espera que los profesionales sigan y rindan cuentas de su práctica. Cuando los profesionales de la salud mental llegan a un consenso acerca de qué es una buena práctica y ésta se codifica en los estándares éticos, el nivel de cuidado se eleva para todos los clientes. Por último, cuando hay violaciones importantes, por lo general, el gobierno interviene para vigilar el caso. La mayoría de los clínicos preferirían la autorregulación en lugar de la regulación gubernamental.
- 2. He leído el código y directrices éticos de mi profesión.** Ésta es la responsabilidad fundamental de un profesional de la salud mental. Si esto no ocurre, no hay manera de saber si lo que hacemos está bien o mal. Ignorar la ética no exime al infractor de su responsabilidad. El terapeuta encontrará que cada vez que lee el código ético, su comprensión se hace más profunda.
- 3. Tengo las últimas versiones de los códigos éticos y de las leyes, así como las directrices prácticas de mi profesión siempre a la mano en caso de que necesite consultarlos de prisa.** Ahora que la mayoría de las organizaciones son ecológicas, esto significa que ya no se distribuyen copias en papel. Casi todos los códigos éticos se actualizan con regularidad, y los consejos estatales que expiden licencias a menudo hacen varios cambios cada año. El terapeuta debería descargar las últimas versiones cada año y guardarlas en una carpeta. A veces, ocurre que, cuando estamos en una crisis ética, nuestra computadora se vuelve extraordinariamente lenta, no entra a internet, o se descompone. Se puede optar por tener en papel las actualizaciones en vez de moverse para adelante y para atrás en las 40 páginas de los códigos *online* entre dos documentos separados de leyes y códigos éticos.
- 4. Tengo un colega, o un par, de confianza a quien puedo consultar de ser necesario por cuestiones éticas.** Es importante tener un amigo que ha aceptado asesorarnos en cualquier momento, de día o de noche. El terapeuta debe tener mucha confianza en esa persona, y poder contar con ella para poner en orden las cosas si es necesario. Ambas partes documentan la asesoría dada y recibida (Gottlieb, 2006).

- 5. Puedo reconocer al menos una cuestión ética al día en mi trabajo.** Es normal tener al menos un asunto ético al día en el trabajo. Si el terapeuta no puede discernir ninguno, tiene que actualizarse en una clase o taller de ética. Puede ser que no se sintonice con lo que está ocurriendo frente a sus ojos.
- 6. Mi práctica está bien delimitada y sigo las directrices de mi profesión.** Un consejero escolar no ofrece consejería familiar; puede hacer una consulta con la familia respecto del rendimiento de su hijo en la escuela, pero si no tiene formación en la perspectiva sistémica, lo que hace con la familia debe tener límites. Asistir a un taller de un fin de semana sobre hipnosis no es suficiente para presentarse como un experto en esa área. Si nunca ha tomado una clase de terapia de juego o de consejería para niños, no puede decir que está calificado para trabajar con niños o implementar la terapia de juego. Trabajar fuera del campo para el que está preparado significa arriesgarse a ser denunciado por malas prácticas.
- 7. Pertenezco a una organización profesional y a su comunidad virtual, y tengo licencia/certificación actualizada con las Unidades de Educación Continúa (UEC) adecuadas.** Si alguna vez el terapeuta es llamado a testificar en un tribunal, una de las primeras preguntas de un abogado es: ¿A qué organización profesional pertenece? Las organizaciones profesionales y sus comunidades virtuales tienen el fin de mantener actualizados a sus miembros respecto de los cambios legales y éticos. Se realizan conferencias y talleres, y se otorgan las UEC en áreas de las mejores prácticas, tratamientos validados de manera empírica, ética, diversidad cultural y supervisión, entre otras cosas. Aunque algunos profesionales de la salud mental eligen no unirse a alguna organización debido a los gastos que implica, los costos monetarios de esto pueden ser mayores. Muchas organizaciones profesionales ofrecen asesoría ética gratuita a sus miembros, beneficio que supera los costos de la membresía. Algunos estados tienen entidades que monitorean la conclusión de los UEC adecuados. Otros estados concesionan esta tarea a particulares, pero sólo un pequeño porcentaje se selecciona al azar para que presente la documentación ante los consejos que expiden licencias.
- 8. Tengo mucha tolerancia frente a la ambigüedad y valoro la complejidad de los dilemas éticos.** Si el terapeuta necesita respuesta inmediata para un problema, si apresura su juicio o si se siente más cómodo pensando en alguna de estas dos opciones, le será difícil tomar diferentes perspectivas y ver el asunto desde distintos puntos de vista.
- Con el fin de meterse de lleno en el proceso de toma de decisiones, es crucial tener la mente abierta, tolerancia frente a la ambigüedad y aprecio por la complejidad de los dilemas éticos. Como terapeuta de juego, tiene que ser capaz de ver el dilema desde varias perspectivas, la del niño, los cuidadores y la institución, entre otros.
- 9. Me cuido y evalúo mi aptitud profesional para ser capaz para tomar decisiones éticas de calidad o conseguir ayuda si no lo soy.** Mucho de nuestro tiempo y energía los dedicamos a cuidar de otros, pero nuestra capacidad de compartir nuestros talentos descansa en la de cuidar de nosotros mismos. Del mismo

modo que los sobrecargos nos advierten que debemos ponernos las mascarillas de oxígeno antes de auxiliar a nuestros compañeros, debemos darle prioridad a nuestro bienestar. Tenemos que estar conscientes de las señales de fatiga, desgaste y sobrecarga, y monitorearnos para estar en las mejores condiciones de ayudar a nuestros clientes.

10. Sé cómo usar y aplicar al menos un modelo de toma de decisiones éticas.

Comprender el código de ética profesional es sólo el primer paso, en tanto que a menudo hay conflictos entre los estándares. Conocer y emplear un modelo de dilemas ayuda al terapeuta a buscar una solución ética.



TERMINOLOGÍA COMÚN DE LA ÉTICA EN EL TRABAJO CON NIÑOS

Los siguientes términos se usan con frecuencia en el trabajo terapéutico con niños. De ninguna manera se trata de una cita exhaustiva de los términos que aparecen en los códigos éticos. Los presentamos a sabiendas de que son los que más se presentan en la práctica del terapeuta que empieza a trabajar con niños. Para mayor información, el lector puede consultar los estándares éticos relevantes que se enlistan al final de este artículo.

- La **confidencialidad** se refiere a la expectativa del cliente de que la información que comparte con el terapeuta se mantenga privada y confidencial. Es la piedra angular de las profesiones de la salud mental (Erford, 2010). Los clientes tienen el derecho de renunciar a la confidencialidad y compartir su información con una tercera parte. La confidencialidad pertenece al cliente, no al consejero. Al trabajar con niños, los padres tienen el derecho legal de saber lo que se habla; por lo tanto el terapeuta tiene que equilibrar la expectativa del niño de privacidad con el derecho a saber de los padres. Quienes trabajan con niños de manera regular abordan este tema discutiéndolo con los padres y los niños antes de que empiece la consejería.

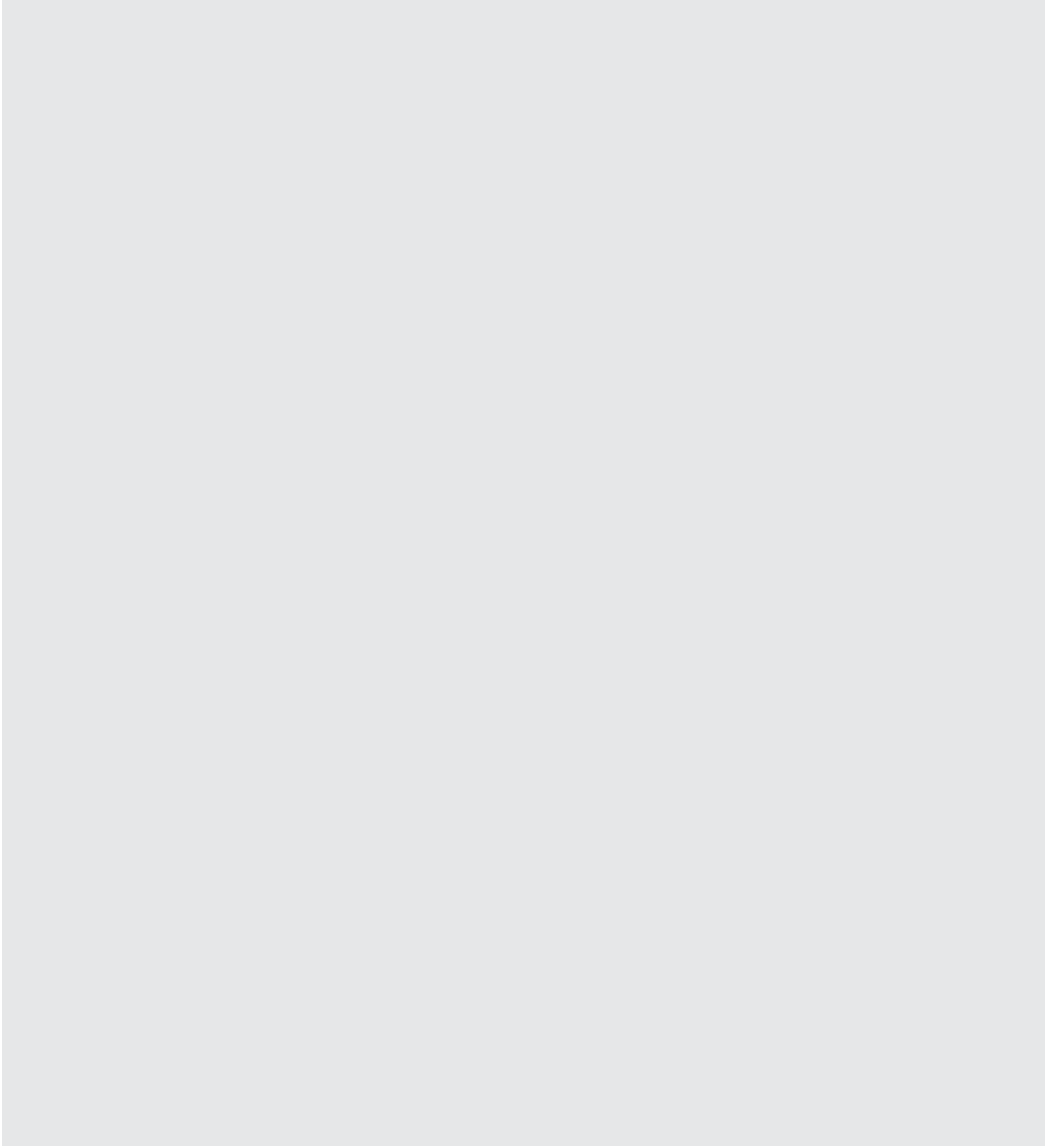
Hay excepciones a la confidencialidad, como cuando se trata de daño a sí mismo o a otros, o de abuso. La terapia grupal, de pareja, matrimonial y familiar tiene interpretaciones específicas de la confidencialidad. Otros límites de la confidencialidad de acuerdo con los códigos éticos incluyen a los subordinados, los equipos de tratamiento, consultas, terceras partes que cubren los gastos, enfermedades contagiosas o que ponen en riesgo la vida y mandatos de los tribunales.

- La **comunicación privilegiada** es el término legal que describe la privacidad de la comunicación entre el consejero y el cliente. La comunicación privilegiada está contemplada en la ley y se aplica sólo para testificar en un tribunal de justicia.
- El **informe obligatorio** se refiere a una orden clara a los profesionales de la salud mental de entregar un informe si sospechan de abuso o negligencia en contra de un menor de 18 años entre las primeras 24 y 72 h después de tener “motivos para sospechar.” Aunque no hay responsabilidad por informar (sin malicia) un asunto de esta naturaleza que no se confirma, hay penalizaciones serias por no hacerlo. El terapeuta debe consultar las leyes de su estado en relación con los informes obligatorios. Distintos profesionales de la salud mental pueden tener su propia normatividad en cuanto al modo de hacer dicho informe.
- El **consentimiento informado** es un procedimiento legal para asegurar que el cliente, paciente o participante de una investigación está consciente de los riesgos y costos potenciales implicados en un tratamiento o procedimiento. Los elementos del consentimiento informado incluyen informar a los clientes sobre la naturaleza del

tratamiento y los riesgos o beneficios potenciales, así como otras alternativas de tratamiento. Para que el consentimiento informado se considere válido, el cliente debe ser competente y su consentimiento debe ser voluntario.

- El **deber de advertir** se refiere a la decisión del consejero de transgredir la confidencialidad con el fin de advertir a víctimas potenciales previsibles e identificables de violencia.
- La **competencia profesional** exige crecimiento y educación profesional continua para mantener la licencia. Se pide a los profesionales de la salud mental que estén actualizados en su entrenamiento y certificaciones, y sólo ofrecer servicios para los que tiene el entrenamiento y aprobación adecuados. No deben hacer mal uso de sus títulos.
- El **alcance de la práctica** es un término usado por los consejos estatales y nacionales que expiden licencias para profesiones que define los procedimientos, acciones y procesos permitidos para cada licencia. El alcance de la práctica está limitado a las prácticas en las que la parte demuestra una educación, experiencia y competencia específicas. Es de particular interés para los RTP y los Terapeutas Supervisores de Juego Registrados (RTP-S, por sus siglas en inglés) que se han sometido a los procesos de registro buscando entrenamiento y supervisión en terapia de juego.
- La **declaración de información profesional** indica a los clientes cuáles son los antecedentes del clínico y las limitaciones de la relación profesional. El estado puede dictar qué se debe incluir en esta declaración, como la información de contacto, títulos, licencias, certificaciones, entrenamiento, experiencia, asociaciones profesionales, servicios que ofrece, enfoque teórico, honorarios (citas canceladas, cobro de adeudos, política de cancelación), confidencialidad y sus excepciones, procedimientos de aseguramiento, política de urgencias, código ético al que se somete y la manera de hacer una denuncia en contra del terapeuta.
- El **permiso** se refiere al acuerdo de los padres o tutores legales para que el niño reciba servicios de salud mental. Los terapeutas están conscientes de que los tutores que tienen o no la custodia poseen diferentes derechos y responsabilidades de acuerdo con la ley para el bienestar infantil, como dar permiso para el tratamiento, obtener información de los expedientes y participar en el programa de tratamiento. Al tratar con padres/tutores de niños involucrados en conflictos legales, el terapeuta acata las leyes estatales y federales, y las ordenes de los tribunales al ofrecer terapia a estos niños.
- Las **relaciones duales** ocurren cuando un terapeuta y un cliente o un miembro de su familia tienen relaciones fuera de las sesiones terapéuticas. Se recomienda al terapeuta que evite las relaciones personales, sociales, organizacionales, políticas o religiosas con el cliente y su familia. El terapeuta debe tomar precauciones mediante el consentimiento informado, las consultas, el automonitoreo y la supervisión cuando tenga relaciones duales o múltiples inevitables. Debe buscar más especificaciones en el código ético específico de su profesión.

- El **contacto** se refiere al contacto físico entre el niño y el terapeuta, que va de lo beneficioso a lo dañino pasando por lo neutral. Aunque los códigos éticos, por lo general, prohíben el contacto físico, o al menos exigen la documentación en notas de caso y explicaciones para los tutores, algunos defensores de la terapia de juego reconocen que el contacto físico promueve el crecimiento y la curación. El **Paper on Touch: Clinical, Professional, and Ethical** Issues [Ensayo sobre el contacto: cuestiones clínicas, profesionales y éticas] de la APT (2012) explora el uso del contacto físico y ofrece recomendaciones para su empleo.



BUSCAR ASESORÍA

Cuando está involucrado en asuntos éticos, siempre es aconsejable buscar asesoría de uno o más terapeutas experimentados. Con el fin de obtener el mayor provecho de la asesoría, el terapeuta tiene que organizar sus ideas y proporcionar toda la información exacta acerca del dilema. Excluir hechos importantes o no revelar alguna de sus conductas, le resta posibilidades al asesor para hacer recomendaciones útiles. Además, cuando consulta con un colega o par, éste también adquiere responsabilidad en el asunto y arriesga su licencia.

OFRECER ASESORÍA

Al RTP-S se le pide asesorar en relación con dilemas éticos en el contexto del trabajo con niños y la terapia de juego. Un supervisor o un colega se le puede acercar después del trabajo, de camino al sanitario o esperando a que se caliente su té en el horno de microondas. El elemento sorpresivo de estas solicitudes puede llevarlo a tener una interacción negativa con quien busca consejo. Para poder responder de la manera más ética posible a una solicitud de este tipo, debe ser capaz de poner límites para protegerse a sí mismo, así como para ofrecer el mejor servicio posible. Gottlieb (2006) elaboró una serie de preguntas para sí mismo si alguien le pide asesoría ética:

- ¿Estoy calificado?
- ¿Puedo ser objetivo con mi colega?
- ¿Tengo disponibilidad de tiempo?
- ¿He descartado posibles conflictos de interés?
- ¿Estoy dispuesto a asumir la responsabilidad de mi asesoría?
- ¿Debo negarme?

Somos profesionales sumamente ocupados en el trabajo y nuestras vidas personales. Podemos tomar decisiones sobre cómo distribuir nuestro tiempo. Por nuestro propio bien, a veces decidimos negarnos a servir de consultores después de responder estas preguntas.

Gottlieb (2006) también creó una plantilla para la asesoría a pares que incluye varias recomendaciones:

- **Disponer de tiempo suficiente.** Para la mayoría, los dilemas éticos son complicados y requieren tiempo para discutir lo suficiente y considerar las opciones posibles. Es difícil considerar los asuntos sin disponibilidad de tiempo para interactuar y consultar referencias, entre otras cosas.
- **Usar un lugar seguro.** El consultor debe recordar que estos asuntos involucran información confidencial del cliente y necesita ser protegida. El sanitario, el comedor o la cafetería no son lugares seguros y privados para hablar de los asuntos éticos.
- **Reunir todos los hechos relevantes.** Tiene que pedir al consultante el expediente del cliente para revisar toda la información relevante. Es obligación de éste proporcionar al consultor toda la información relevante, pero a veces la memoria falla cuando se está bajo estrés.
- **Descartar otros temas.** ¿Qué otros asuntos pueden competir por su atención con un cliente o consultante en particular? Es necesario hacerlo a un lado hasta que se hayan resuelto los asuntos éticos. G1.
- **Hacer una lista de los asuntos que requieren atención.** Es posible pasar por alto pequeños detalles al tratar con asuntos complejos. Hacer una lista garantiza que toda la información es considerada en el proceso de toma de decisiones.

- **Definir y priorizar los asuntos.** En momentos de estrés, es muy útil definir los asuntos reales que se abordan y enlistarlos de acuerdo con su importancia y el tiempo que pueden esperar.
- **Hacer una lista de todos los cursos de acción posibles.** Puede haber más de un curso de acción. Hacer una lista de los más razonables es el inicio del proceso para decidir cuál es el mejor para el asunto, contexto, terapeuta y cliente en cuestión.
- **Determinar si se requiere pedir otras opiniones.** ¿Es éste un asunto crítico acerca del cual el consultante cree que es importante conocer diferentes opiniones, o sólo busca una respuesta que se ajuste a su propia opinión?
- **Muchos asuntos no tienen soluciones evidentes.** Desafortunadamente, hay asuntos que no tienen una solución inmediata o fácil. Aquí es donde es útil contar con un modelo de toma de decisiones éticas.
- **Establecer un plan.** Después de la discusión, se debe poner por escrito un plan con los pasos para abordar el asunto ético. Eso asegura que consultante y consultor sepan qué se decidió en última instancia.
- **Alentar la reflexión.** El consultor puede tener la respuesta al problema, pero también debe ayudar al consultante a desarrollar las habilidades de reflexión interna. A menudo, las mejores respuestas llegan después de ir de una idea a otra.
- **Buscar retroalimentación.** Se agenda una reunión para saber qué decidió hacer el consultante. El consultor pregunta qué fue útil o inútil de su asesoría. La retroalimentación ayuda al consultor a desarrollarse como tal.

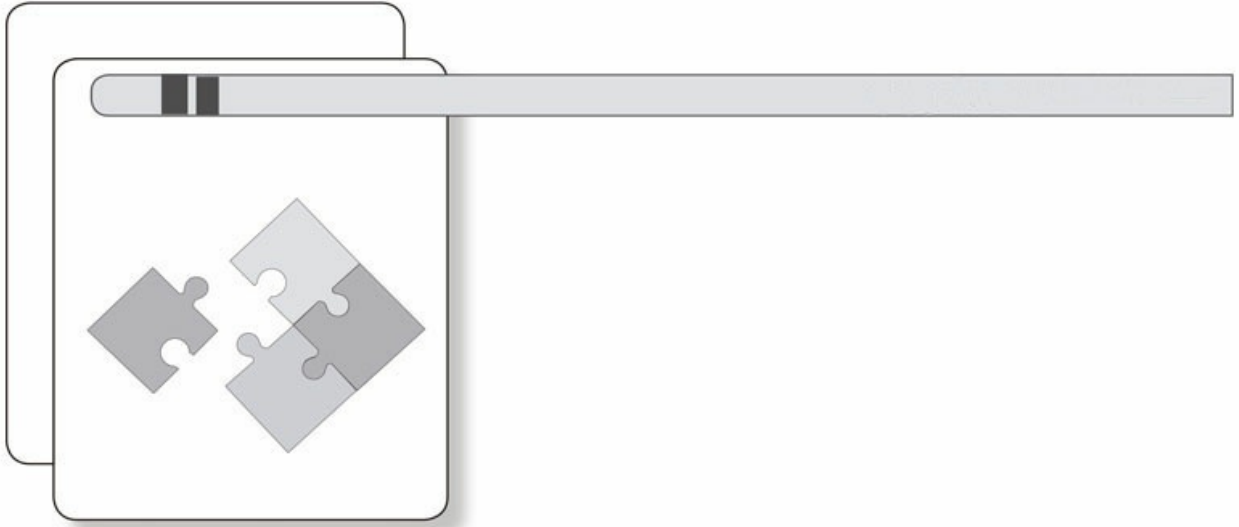
Por último, la documentación es esencial en el proceso de asesoría ética. Consultante y consultor deben registrar los temas discutidos, así como el proceso mediante el cual llegaron a la solución. Se deben incluir detalles sobre los códigos éticos pertinentes y los estatutos legales, así como las políticas de la organización o la escuela. Cuando los principios éticos chocan, ¿qué principio mediador se usó para tomar la decisión final?

INTEGRAR LA ÉTICA EN LA PRÁCTICA COTIDIANA

De ningún modo, este capítulo explora de manera exhaustiva la ética en la terapia de juego; sólo ofrece un panorama general de la ética básica que sirve como punto de partida para una exploración más profunda por parte del terapeuta de juego. Ser competente en términos éticos es un proceso de toda la vida, pero puede volverse una segunda naturaleza con la práctica. Comprender la manera en que el terapeuta utiliza los modelos de toma de decisiones éticas ofrece ayuda valiosa mientras nos esforzamos para ser terapeutas de juego más éticos y competentes, dedicados a ofrecer cuidados excelentes para los niños y sus familias.

■ REFERENCIAS

- American Counseling Association. (2014). *ACA code of ethics*. Alexandria, VA: Author.
- Association for Play Therapy. (1997). *Definition of play therapy*. Association for Play Therapy Newsletter, 16(1), p. 7.
- Association for Play Therapy. (2012). *Paper on touch: Clinical, profession and ethical issues*. Recuperado de: http://c.ymedn.com/sites/www.a4pt.org/resource/resmgr/Publications/Paper_On_Touch.pdf
- Cooper, J. M. (2004). *Knowledge, nature, and goodness: Essays on ancient philosophy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Corey, G., Corey, M., & Callanan, P. (2007). *Issues and ethics in the helping professions* (7th ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- 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.
- Erford, B. T. (2010). *Orientation to the counseling profession: Advocacy, ethics, and essential professional foundations*. 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.
- Forester-Miller, H., & Davis T. (1996). *A practitioner's guide to ethical decision making*. Recuperado de: <http://www.counseling.org>
- Gottlieb, M. C. (2006). A template for peer ethics consultation. *Ethics and Behavior*, 16(2), 151–162.
- Handelsman, M. M., Gottlieb, M. C., & Knapp, S. (2005). Training ethical psychologists: An acculturation model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 59–65.
- Herlihy, B., & Corey, G. (1996). *ACA ethical standards casebook* (5th ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Jordan, A. E., & Meara, N. M. (1990). Ethics and the professional practice of psychologists: The role of virtues and principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 107–114.
- Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation, and ethical principles: The foundation for ethical decision making in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 12, 43–55.
- Mappes, D. C., Robb, G. P., & Engels, D.W. (1985). Conflicts between ethics and the law in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling & Development*, 64, 246–252.
- Pope, K. S., & Vásquez, M. J. (1998). *Ethics in therapy & 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.
- Reynolds, C. A., & Tejada, L. J. (2001). Playing it safe: Ethical issues in play therapy. En C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (2nd ed., pp. 27–38). New York, NY: Wiley.
- Reynolds, C. A., & Sadler-Gerhardt, C. (2015). Ethical and legal considerations in counseling. En V. F. Sangganjanavanich & C. A. Reynolds (Eds.), *Introduction to professional counseling* (pp. 193–220). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Urofsky, R. I., Engels, D.W., & Engebretson, K. (2008). Kitchener's principle ethics: Implications for counseling practice and research. *Counseling & Values*, 53, 67–78.
- 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.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.



Capítulo 28

Establecimiento de límites en terapia de juego

Allan M. Gonsher

En la vida existen reglas, delimitaciones y límites. Para alcanzar el éxito, es necesario navegar por las oportunidades que encontramos. En ciertas ocasiones, estas estructuras son restringidas y estrechas, en otras son atractivas y están en expansión. Nuestra capacidad para comprender, responder, aprovechar o rechazar las reglas, delimitaciones y límites guían nuestras relaciones, aventuras profesionales e intereses personales. Para esos fines es crucial comprender y definir reglas, delimitaciones y límites en tanto que ellos definen nuestra existencia humana.

En todas las sociedades civilizadas existen reglas. Por lo general, los poderes predominantes las crean, las diseñan, las implementan y las hacen valer. Como sabemos, hay reglas universales y regionales, también hay reglas buenas y malas. Las reglas establecen el marco de las interacciones entre las civilizaciones y los humanos. Las delimitaciones son estructuras que establecemos para nuestro propio mundo. Las definimos de manera personal. Nos permiten funcionar y mejorar las relaciones (p. ej., a quién podemos tocar, cómo conducimos un auto, qué podemos comer). Las delimitaciones son más personales, y corresponde menos a los gobiernos implementarlas. Las organizaciones profesionales establecen reglas para otorgar credenciales, normas éticas y estándares de las competencias. El terapeuta establece delimitaciones en el consultorio: qué se puede tocar, qué juguetes se pueden usar o cuándo termina la sesión. El establecimiento de límites es parte de la tarea del terapeuta frente a sus clientes. Las delimitaciones son más interpersonales o motivados por las relaciones, mientras que los límites están más dirigidos a la conducta del cliente (p. ej., no se puede aventar arena, pintar las paredes o destruir los juguetes). Estas distinciones son cruciales para entender nuestra tarea de definir el papel del establecimiento de límites en terapia de juego.

DELIMITACIONES

En los primeros tiempos de la terapia, comenzaron las discusiones sobre la estructura, contratransferencia y las relaciones que llegaron a los terapeutas del siglo XXI para definir y describir lo que ahora llamamos delimitaciones, estructura o establecimiento de límites.

Freud (1915) escribió acerca de las delimitaciones y la seguridad de los clientes. Carl Jung habló de los límites y la estructura inherentes implicados en el matrimonio y en el desarrollo espiritual (Jacoby, 1999; Staub y Laszlo, 1938). Carl Rogers habló sobre las normas en torno a los honorarios y las relaciones en torno a las delimitaciones (Rogers, 1939, 1957).

Frederick Perls reconoce la estructura en tanto que está relacionada con la fluidez del sí mismo y de la relación para su desarrollo (Perls, 1969; Perls, Hefferline y Goodman, 1951). Estos pioneros fueron defensores fuertes de la comprensión de los fundamentos que subyacen en el establecimiento de delimitaciones y en la estructura.

ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES Y DELIMITACIONES CON NIÑOS

Cuando surgió el análisis de niños y fue después modificado para dar paso a la psicoterapia infantil, numerosos enfoques teóricos aparecieron y el tema de las normas fue retomado. Debido a que los niños no están desarrollados por completo, son primitivos e impulsivos, el tema de las delimitaciones se volvió más relevante que en la terapia de adultos (Novick y Kelly-Novick, 2009), y el establecimiento de límites fue el centro de atención.

El modelo de Ginot (Ginot y Dell, 1976) fue muy específico al describir las delimitaciones y los límites en el cuarto de juego. Al enunciar un límite, utilizaba un procedimiento de cuatro pasos. Primero, recomendaba ayudar al niño a expresar los sentimientos o deseos que subyacentes en su conducta (p. ej., “Estás enojado conmigo, porque no te puedes llevar el juguete a casa”). Después, expresaba con claridad y firmeza el límite: “Golpear no está permitido.” Tercero, señalaba una alternativa aceptable para la conducta inapropiada: “Puedes golpear la arcilla para sacar tu enojo.” Por último, hacía valer los límites cuando era necesario: “Tenemos que terminar el juego ahora, porque aún quieres golpearme.” Este procedimiento evita los extremos de ser demasiado estricto o demasiado suave al enseñar al niño conductas responsables. El establecimiento de límites ofrece a los niños la oportunidad de aprender a regular sus sentimientos y acciones, y permite que se ponga en marcha el trabajo terapéutico. Todos los terapeutas de niños recurren a los límites en la terapia de juego. Por lo general, los límites se relacionan con la agresión física contra el terapeuta o el mobiliario, conductas socialmente inaceptables, la seguridad y salud, las rutinas del cuarto de juego y las expresiones físicas de afecto.

Carl Moustakas (1959) amplió las normas y los límites en la relación:

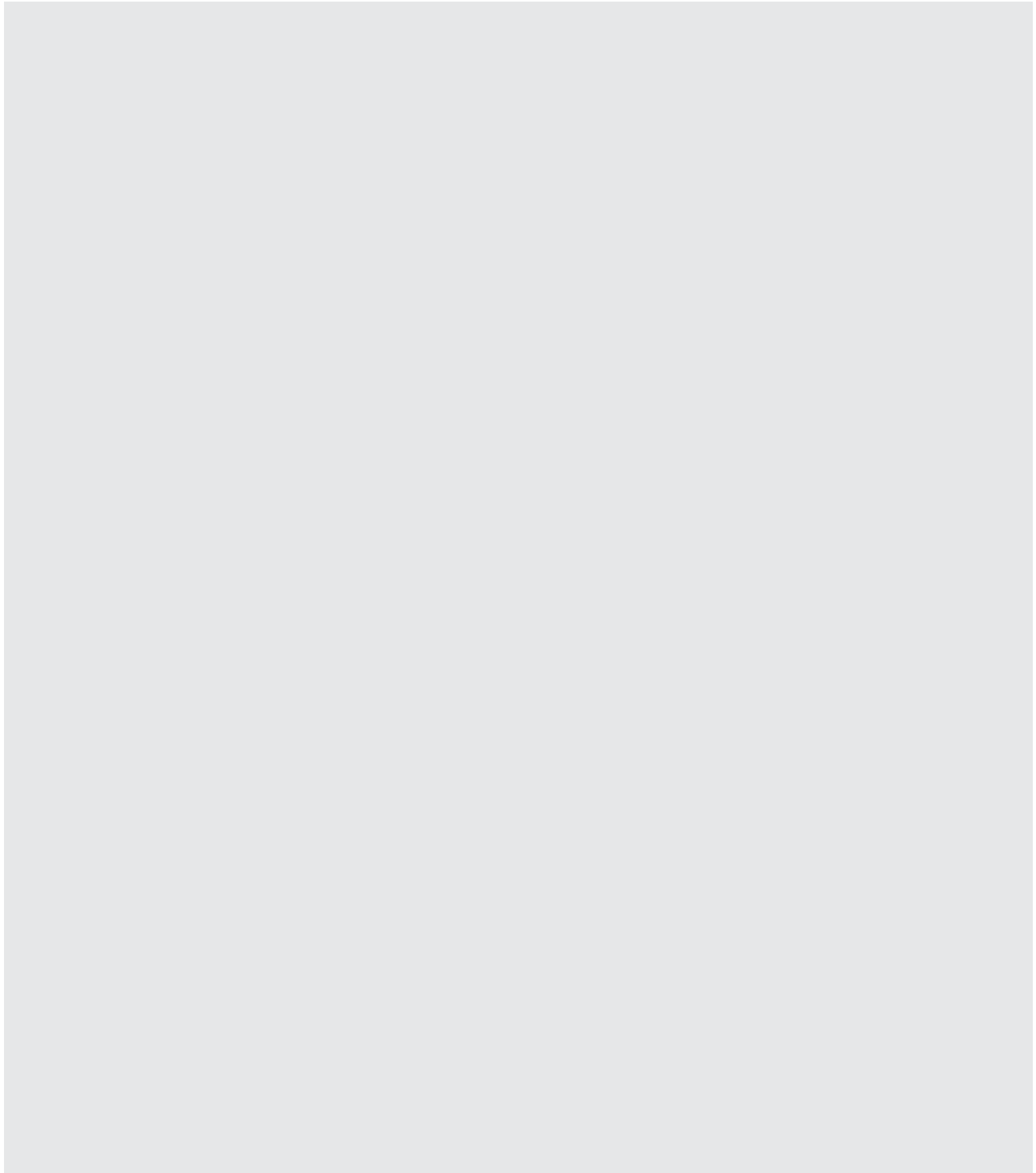
Los límites están presentes en todas las relaciones. El organismo humano es libre de crecer y desarrollarse dentro de los límites de sus propios potenciales, talentos y estructura. En psicoterapia, debe haber una integración de libertad y orden para que el individuo realice sus potenciales. El límite es un aspecto de la experiencia de estar vivo, el aspecto que identifica, caracteriza y distingue las dimensiones de la relación terapéutica. El límite es la forma o la estructura de una relación inmediata. Se refiere no sólo a una forma única y a un límite, sino también a la posibilidad de la vida, el crecimiento y la dirección... En una relación terapéutica, los límites brindan las delimitaciones o estructura en la que un organismo puede crecer. (pp. 8-9)

Ray Bixler (1979) también hizo aportaciones a la discusión sobre los límites:

La restricción de la conducta es uno de los pocos elementos universales en terapia. Los límites tienen una función en todos los métodos de tratamiento, sea con adultos o niños, retraídos o agresivos. El valor de los límites en terapia se ha minimizado en las discusiones actuales entre enfoques directivos y no directivos. El terapeuta puede encontrar que mientras más precisos son sus límites y más rápido los incorpora en la sesión, es más fácil para él usarlos con fines terapéuticos, sobre todo con niños agresivos. Los límites a la

conducta en terapia son tan importantes como la aceptación de las actitudes que provocan la conducta. (p. 277)

El establecimiento de límites sirve para muchos propósitos en la relación terapéutica. En el nivel más fundamental, garantiza que el terapeuta y el niño estén a salvo. Para el niño, los límites promueven la seguridad emocional y le proporcionan una estructura en la cual aprende la regulación afectiva, la tolerancia a la frustración y un mayor autocontrol.



EL CUARTO DE JUEGO

La manera en que se presenta al niño el cuarto de juego es determinante. El terapeuta centrado en el niño dice, “Éste es un cuarto de juego. Es un lugar seguro. Puedes jugar con los juguetes” (Landreth, 2005, pp. 180-181). Un terapeuta cognitivo-conductual invita al niño en el cuarto de juego a dibujar, hablar o a jugar con los títeres con el fin de disminuir la ansiedad que experimenta (Knell, 1993). Un analista escolta al niño hasta el cuarto de juego sin dar instrucciones, comentarios o explicaciones. A su vez, esto permite que el niño explore, ignore o evite al terapeuta o a los juguetes (Glenn, 1978). La orientación teórica del terapeuta expresa de inmediato los límites al entrar y usar el cuarto de juego. Los terapeutas más experimentados tienden a establecer estos límites desde el principio. Por ejemplo, “Está permitido que juegues con los juguetes, pero no puedes romperlos ni aventar arena.” Es preferible invitar al niño a experimentar el cuarto de juego y los juguetes. Inevitablemente, esto lleva a poner a prueba los límites, como tirar arena. Una buena respuesta suele ser, “La arena es para el arenero.”

Como se mencionó, la importancia del establecimiento de límites es para que el niño se sienta a salvo, que aprenda el autocontrol y que aumente su tolerancia a la frustración, sobre todo en el cuarto de juego. Si a un niño se le permite romper juguetes, aventar arena o salirse del cuarto en cualquier momento, la capacidad de aprender o de autorregularse es problemática. Un niño preocupado podría salir corriendo del consultorio y responder así cada vez que se sienta ansioso. Si el terapeuta o los cuidadores no establecen límites (p. ej., “Si sientes que necesitas a tu mamá el día de hoy y tienes que salir del cuarto, puedes ir por 3 minutos y luego regresas”), el niño no tiene oportunidad de manejar sus respuestas de un modo diferente. Estableciendo límites, reconocemos sentimientos, los comunicamos a niños y cuidadores y los reorientamos (Moustakas, 1994).

ESTRATEGIAS PARA ESTABLECER LÍMITES

Con cerca de 15 distintos enfoques teóricos de la terapia de juego, podríamos utilizar numerosas estrategias para ayudar al terapeuta y sus clientes en la tarea de resolver problemas. Dependiendo de nuestro entrenamiento, experiencia y comprensión, podemos ser muy asertivos y directivos desde la entrevista inicial: “No permito que los niños tiren la arena en el piso. Si lo haces, la sesión terminará.” En el enfoque centrado en el niño, el terapeuta comenta: “Estás enojado conmigo, porque no pude ayudarte en el juego” o “Está prohibido escupir. Puedes hacerlo en el lavabo. Tenemos que dejar de jugar porque tú quieres escupir.” En la técnica de interpretación/reflejo, la conducta agresiva destructiva se expresa: “Estás enojado con tu mamá,” “Quieres lastimar a Billy igual que él te lastima a ti,” o “Tal vez quieres morir como tu papá.” Entender estos enfoques diferentes, desde una perspectiva cognitivo-conductual del establecimiento de límites específicos (Knell, 1993, pp. 14-15) al proceso centrado en el niño del rastreo de conductas (Landreth, 2005) o el sistema eriksoniano de interpretar y reflejar (Erikson, 1950, pp. 255-258), ayudará a los clientes a valorar las delimitaciones que se establecen y se usan en el escenario terapéutico.

ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES EN TERAPIA DE JUEGO

Con demasiada frecuencia, establecer límites se ve como algo negativo, lo mismo que usar palabras como *no hagas eso* o *ten cuidado*. Sin embargo, se trata de una acción positiva. Tenemos que ser claros acerca de lo que sucedió y ser positivos, reflexivos, articulados y vehementes al expresarnos; por ejemplo, “No sé si estás triste, porque tu perro murió, pero no puedes clavar las tijeras en el sofá. Puedes usarlas para cortar papel o hundirlas en la arcilla o en la arena ... ¡la tristeza lastima!”

En cuanto a la pregunta de cuándo establecer límites, la estrategia/enfoque es debatible. Hay tres distintos momentos que el terapeuta tiene la oportunidad de abordar un asunto: la entrevista inicial, las sesiones y después de una sesión. Cada momento constituye una oportunidad para explicar las violaciones a los límites. En la sesión inicial, podemos comunicar al niño cuáles son los límites. El cuarto de juego, los juguetes y nuestro comportamiento son los límites externos no dichos que nuestra sola presencia define. Soy un hombre mayor y me doy cuenta que mi presencia “de abuelo” le dice mucho al niño para redirigirlo o plantearle un no. Si un niño juega en el cuarto de juego, entra o sale, el terapeuta debe tener un marco teórico conceptual a partir del cual trabajar. Las cuestiones de contratransferencia también se toman en cuenta. Un niño que toma algo del escritorio a las 9:00 am puede encontrarse con una respuesta diferente cuando lo hace a las 7:00 pm. La manera en que respondemos en esta situación puede ser muy diferente, pero puede ser muy eficaz si el tema de los límites se ha conceptualizado antes de que se presente la situación.

Estamos preparados a nivel emocional y conductual para actuar durante o después de una situación si la hemos abordado antes. Por ejemplo, un niño se sienta en las piernas del terapeuta y le da un abrazo. Se puede explicar la regla, pero es más fácil hacerlo en el momento si el límite se ha señalado antes. La interacción en el momento es tan importante como señalar el límite antes de que ocurra. ¿Ignoramos el contacto físico, lo redirigimos, lo interpretamos o lo confrontamos? Nuestra inclinación teórica, sobre todo cuando se refiere al contacto físico, define nuestra respuesta. Creo que reconocer el contacto físico y redirigirlo es esencial. Además, es importante informarlo a los cuidadores al final de la sesión. Por ejemplo, podríamos decir, “Suzie estaba jugando y quería sentarse en mis piernas. Le dije a Suzie que, si necesitaba un abrazo, tomara una manta para practicar con ella.” Al trabajar con niños, hay muchas situaciones que requieren una u otra forma de establecer límites. El resto del capítulo está dedicado a diversos asuntos que ocurren con frecuencia en la práctica de la terapia de juego.

Niños resistentes

A veces, al principio de la terapia, los niños se niegan a entrar al cuarto de juego. En este caso, el apoyo del cuidador es esencial para tratar esta dificultad. Al principio, se pide al cuidador que lleve al niño al cuarto de juego o el terapeuta sale a la sala de espera y se sienta con ambos para hacer las presentaciones necesarias, hablando siempre mientras está sentado. En este momento, trata de captar la atención del niño y los invita a ambos a pasar al cuarto de juego. Si el niño aún se niega, y ya no es posible continuar la entrevista en la sala de espera, se pide al cuidador que entre con él al cuarto de juego (aunque el niño grite y llore), o se programa una nueva cita. A veces, la resistencia para entrar al cuarto de juego se relaciona con la etapa de la terapia. La resistencia en una etapa posterior puede deberse a los intensos sentimientos del niño a causa de un trauma, un encuentro doloroso, el divorcio de sus padres o la despedida. Sentarse en la sala de espera con los niños, leer un libro con ellos, dibujar, o solo sentarse y cantar ayuda en la transición al cuarto de juego. Mientras está sentado, piensa en voz alta (p. ej., “Me pregunto si te sientes triste por el tornado y la destrucción de tu casa” o “Es duro decir adiós”) para atraer la atención del niño. Después de un rato, un buen modo de proceder es invitarlo al cuarto de juego para terminar la sesión. Si no acepta, se invita al cuidador para hablar acerca de lo que ha ocurrido en la semana puede animar al niño a seguirlos al cuarto de juego. Si esto no sucede, el niño se puede quedar en la sala de espera en tanto que sea un lugar seguro mientras el terapeuta se reúne con el cuidador. También debe preparar al niño para la siguiente sesión: “La siguiente semana, Suzie, todos vamos a ir a mi cuarto de juego a colorear, jugar con arena o aventar pelotas. Nos vemos la próxima semana. Gracias por venir.”

Conducta agresiva

La conducta agresiva puede ser verbal o física. El terapeuta debe ser reflexivo cuando el niño presenta una conducta agresiva verbal. Ejemplos de respuestas reflexivas son: “Suenas muy enojado.” “Quieres que discuta contigo.” “Tienes mucho que decir.” “Parece que estás molesto.” “Aquí, puedes sentirte seguro diciendo lo que quieras decir.” “Me pregunto quién más de tu familia usa esas palabras.” “¿Qué dirían tus amigos?” Hay infinidad de respuestas reflexivas e interpretativas. Con la agresión verbal, ayuda seguir en presencia del niño mientras él grita, chilla o nos maldice. Cuando más enojado está el niño, nosotros escuchamos. Escuchar y ofrecer apoyo frente a sus sentimientos es crucial. Compartir estos episodios con los cuidadores al final de la sesión ayuda a continuar el trabajo. El seguimiento consiste en enseñar al niño el ejercicio de la manobufanda: “Di todo lo que quieras, pero cúbrete la boca con las manos o una almohada para que nadie te oiga; así no te meterás en problemas. Practiquemos.”

En casos de agresión física contra el terapeuta o sus propiedades, como verter grandes cantidades de arena, pintar las paredes o salirse del consultorio, podríamos decir: “Los juguetes no son para romper, (tampoco yo). Sientes que quieres romper algo, puedes

golpear la arcilla o romper papel en el cesto de los papeles.” “Si sigues rompiendo ese juguete, la sesión terminará.” “Si quieres seguir golpeando, puedes golpear el sofá; a mí no me puedes pegar.” Sicon estas intervenciones, interpretaciones o reflexiones no disminuye la conducta, podemos decir con tranquilidad “detente” o caminar a la sala de espera para pedir ayuda al cuidador. A veces, un cuidador tiene que contener al niño. A veces, tienen que sacarlos del consultorio. Es importante hablar o representar en el juego estas conductas en las subsiguientes sesiones, quizá con una función de títeres o con el juego directivo en la casa de muñecas.

Conducta autodestructiva

La conducta autodestructiva (p. ej., lastimarse a sí mismo con un juguete) es similar a la conducta agresiva física. Es útil interpretar o reflejar. A un niño no se le permite asfixiarse, arañarse hasta sangrar o golpearse la cabeza contra la pared. Si después de una distracción (p. ej., “Vayamos al arenero o a golpear la arcilla”) esta conducta aumenta o se sostiene, ir por el cuidador e impulsarlo a sostener al niño, jugar en el arenero o colorear suele calmar al niño. Un componente crítico de estas conductas es el seguimiento. Las sesiones posteriores ofrecen un momento para observar, comentar, guiar o dirigir la actividad que elige el niño, y luego tratar de recrear la misma conducta de la sesión anterior. Dependiendo de la edad y la relación, podríamos decir, “¡Vaya! Estuviste bastante enojado la sesión pasada. ¿Quieres hablar al respecto?” “¿Qué pasaría en tu casa si actuaras así?” El terapeuta puede dirigir al niño para que dibuje, juegue con la arcilla o la arena con el mismo material otra vez, o esperar a ver qué juguetes toma el niño. “Esta semana estás usando la espada. Estás apuñalando el sofá y ahora, un títere de un perro. Me pregunto si todavía estás molesto como la semana pasada.”

Conducta intrusiva

Preguntar al terapeuta sobre su familia, llevarle regalos y querer sentarse en sus piernas (de lo que se hablará en la sección Contacto físico) también plantean desafíos a los límites. Las estrategias en este caso pueden ser reflejar, interpretar o redirigir. El terapeuta debe tratar de reflejar: “Estás viendo mis fotos. Tienes curiosidad por saber más de ellas.” Interpretar: “Te preguntas si me agradas.” “Me pregunto si tu familia se ve como la mía.” “Vas a extrañarme cuando termine la terapia.” Puede ser útil redirigir al niño a hacer dibujos de su familia o jugar en la casa de muñecas y escenificar situaciones: “¿Cómo es un sábado por la mañana en tu casa?” “Hazme un dibujo de tu hermano.” “En la casa de muñecas, ¿dónde está tu mamá?” Es crucial redirigir al niño hacia sus relaciones íntimas a partir de su intrusión en la privacidad del terapeuta.

Contacto físico

El contacto físico es un tema muy sensible para el cual no hay consenso en el campo de la terapia de juego. Es un tema que demanda una clarificación bien definida proactiva por anticipado. Los terapeutas hombres tienen que contenerse más que sus contrapartes femeninas. No se debe fomentar el contacto físico, sea tomarse de las manos, chocar las palmas, sentarse en las piernas del terapeuta o llevar al niño al baño. Se trata de un tema muy angustiante. Muchos terapeutas son personas emocionales y tendientes al contacto físico, pero tenemos que sustituir éste con un contacto creativo. La manta ha sido muy útil para remplazar el contacto físico real. Cuando el niño quiere o necesita que lo abracen, el terapeuta dice, “Déjame abrazarte con mi manta.” Luego envuelve al niño en la manta. Se sienta en silencio o canta suavemente y así transcurre este momento. Al final de la sesión, siempre hay que decirle al cuidador lo que sucedió. Cuando el terapeuta es tomado desprevenido y el niño se sienta en sus piernas, lo toma de la mano o le da un abrazo, es indispensable informar al cuidador de lo ocurrido. El tiempo es crítico en lo concerniente a cuándo informar al niño de la política: “Sé que te agrado y quieres sentarte en mis piernas; la próxima vez, abrazaremos la manta o el títere sabio de la rana, el señor Ranita.” Algunos terapeutas sugieren que este rechazo puede lastimar los sentimientos del niño. Quizá el rechazo puede ser parte del trabajo terapéutico si es amable y afectuoso (Brody, 1993).

Conductas del uso del baño

A menudo, los niños entran al cuarto de juego y piden ir al baño. Si el niño tiene enuresis o encopresis, y ese es su problema, es importante que un médico lo vea para determinar si hay un sustrato físico de su padecimiento. Muchas veces, se trata de problemas conductuales o de desarrollo. En ocasiones, el componente psicológico es predominante y se representa en el juego durante las sesiones. Al principio, permitimos que el niño vaya al baño, y pedimos al cuidador que el niño pase al baño antes de la sesión y que, durante ésta, no solemos permitir que el niño vaya. Esto podría crear una situación muy desagradable en la que el niño puede ensuciarse o mojarse. A medida que el trabajo se despliega, se tienen que establecer los límites.

Esto es muy controvertido. ¿Por qué no permitir al niño ir al baño? A veces, la terapia gira en torno de la necesidad de ir al baño. Esta ansiedad, incomodidad o impulso tiene que abordarse, discutirse y representarse en el juego. Dando permiso al niño de ir al baño, tal vez no dejamos que el niño se sienta ansioso o incómodo. “Parece que en verdad necesitabas ir al baño. Me pregunto si esto también sucede en casa.” “Ir al baño a

veces puede dar miedo.” Es crucial promover el juego con arcilla y arena, pintar con los dedos o cualquier otra cosa que tenga un tono “anal.” Esto implica un juego sucio, mojado, manchado. El terapeuta juega con el niño utilizando estas actividades. Habla acerca de lo que crean, manchan y rocían. Pero otra vez, establezca límites: “La arcilla va en la tabla, no en la alfombra.” “El agua va en el lavabo, no en las sillas de mi consultorio.” El establecimiento de límites básicos al principio es importante de revisar. Este tipo de juego no necesariamente significa que hay abuso sexual, negligencia o dificultades del apego. Podía sólo tratarse de una extensión de la dinámica familiar, de ansiedad en el niño o de no haber recibido entrenamiento en la bacinica a tiempo. Las palabras que usamos también deben ser sencillas y fáciles de reconocer (baño, pipí, popó).

La segunda categoría es el niño que de repente necesita ir al baño. Otra vez, se trata de un asunto controvertido. El terapeuta debe recordar las reglas al niño. La primera vez lo deja ir, pero después establece el límite de ir antes o después de las sesiones. Si el niño se mancha en el consultorio, el terapeuta explica al cuidador, “Scott quería ir al baño. Las últimas dos veces le di permiso. Le dije que no podría ir esta vez, parece que está tanteando” (o está ansioso o incómodo con el tema). El terapeuta informa a los cuidadores para que se aseguren de que la siguiente vez el niño debe ir antes al baño. En la siguiente sesión, disponga la casa de muñecas para que el baño destaque mucho. Esto promueve que el niño trabaje en este asunto. Es útil hacer una representación con títeres en la que los personajes hablen del señor Rana que corre al baño y se hace cargo del “negocio.” Dibujar y ver lo que el niño hace con la plática sobre el baño puede tener efectos terapéuticos. El agua también es esclarecedora.

Niños tímidos

No es común pensar en establecer límites con un niño tímido. Hay cosas que tenemos que hacer para hacer participar en la terapia al niño tímido, ansioso o con mutismo selectivo. Estar sentado en silencio con niños que no quieren participar es poderoso. El terapeuta tiene que observar los juguetes que elige o la libre asociación de elegir juguetes. Pone crayones y hojas de papel junto a él, y hace dibujos. Las representaciones con títeres crean oportunidades para abordar la presentación del niño de un modo no amenazante. Los títeres pueden hablar con el niño o entre sí, lo cual ayuda a que se sienta parte de la representación. El objetivo no es sólo hablar, sino interactuar. Para promover que hable, para diagnosticar si en verdad es tímido, tiene mutismo selectivo o es manipulador y negativista, el terapeuta puede usar la técnica llamada “la ventana.” Abre las persianas de la ventana y mira hacia afuera. El niño permanece sentado. El terapeuta empieza a contar los carros. Por lo general, el niño siente curiosidad y trata de ver qué hace el terapeuta. Éste lo invita a sentarse junto a él para contar. Ésta es una manera sutil de desafiar los límites del silencio del niño.

Niños pasivo-agresivos

Los niños pasivo-agresivos son los que, cuando el terapeuta les da la espalda, rompen un juguete “sin querer queriendo,” rebotan una pelota en el escritorio o disparan una pistola de dardos y le pegan al terapeuta. La primera vez que esto ocurre, se debe señalar de manera explícita: “La pelota rebotó en mi escritorio.” Podría continuar: “Me pregunto si estás enojado conmigo” o “¿Esto también pasa en casa?” La conducta se interpreta o se refleja. Con el niño pasivo-agresivo, es difícil identificar una conducta negativista, agresiva o destructiva. Es mejor unirse al niño y entrar en una contienda de pistolas de dardos o aventar la pelota contra la pared. Cuando el niño dispara la pistola de dardos y “accidentalmente” le pega al terapeuta, esa es una oportunidad para conectar la conducta con el problema actual o las situaciones estresantes que vive el niño: “Me pregunto si estás enojado con tu mamá y sólo te estás desquitando conmigo [con mi escritorio].” Los niños tienen muchos sentimientos por los asuntos de sus padres, sobre todo en casos de divorcio. A veces, la agresión pasiva dirigida contra el terapeuta es un reflejo del enojo contra los padres que no se puede expresar de otro modo. Redirigirlo hacia la casa de muñecas para explorar los asuntos del hogar es una estrategia eficaz para representar de una manera más directa los conflictos de casa.

Niños sumisos

¿Cuántas veces tenemos un niño que entra, nos dejar ir primero y elegir el juego, no le importa perder y siempre se comporta bien? ¿O, tan pronto nos conoce, todos los problemas de conducta desaparecen o mejoran después de una semana de terapia? ¡Somos magos! Con un niño sumiso, tenemos que ser un poco más asertivos y confrontacionales. Si el niño actúa así en la primera entrevista, tenemos que adelantarnos a su conducta y avisar a los cuidadores que no somos magos ni tenemos poderes de clarividencia, y que los problemas de conducta regresarán. Es útil recordar el dicho “cuando un niño empieza a portarse bien, es cuando empieza la terapia.” Tenemos que descifrar qué conductas llevaron al niño/la familia a terapia. Cuando el niño dice “Tú primero,” podemos preguntar, “¿Cómo decides quién va primero?” El niño, mostrando su sumisión, dice, “Tú puedes ir primero.” Respondemos, “Tú decides quién va primero” y esperamos a ver qué pasa. Cuando el niño pierde un juego, podemos decir: “La mayoría de los niños se enojan cuando pierden. Parece que tú siempre te sientes bien perdiendo. Sé que en tu casa y en la escuela no eres así. ¿Por qué aquí sí?” O si jugamos un juego y el niño está jugando bien, preguntamos: “¿Por qué aquí puedes jugar así, y afuera con otros niños, no?” Vamos por el cuidador a la sala de espera, lo traemos

y decimos, “No va a creer esto; ¡Suzie estuvo jugando básquetbol conmigo, perdió cinco veces y aun así estaba feliz y bien! Sin embargo, en casa no está bien. ¿Por qué Suzie es tan buena conmigo y con usted, no?” Esto puede crear tensión entre el cuidador y el niño, pero con frecuencia hace que el niño diga lo que siente o lo actúe, lo cual ayudará a cambiar el *status quo* de la relación.

Regalos

Recibir regalos también es un tema sensible. Se debe pensar acerca de las galletas para las vacaciones, los regalos al final del tratamiento o fotos durante el tratamiento. Para el analista de niños, los regalos constituyen una cuestión transferencial muy importante de señalar (Kay, 1978). Para el terapeuta Gestalt, esto se puede incorporar en una representación con títeres acerca de dar, tomar y recibir (Carroll, 2009). El mensaje detrás de esta representación es actuar los temas mencionados y reconocer que hay situaciones, como llevar un regalo al terapeuta, que son problemáticos o no recomendables, o simplemente ayudar a decir “gracias” y “de nada.” A veces, pedir al niño que le diga a los títeres qué decir los ayuda a expresar sus pensamientos y sentimientos.

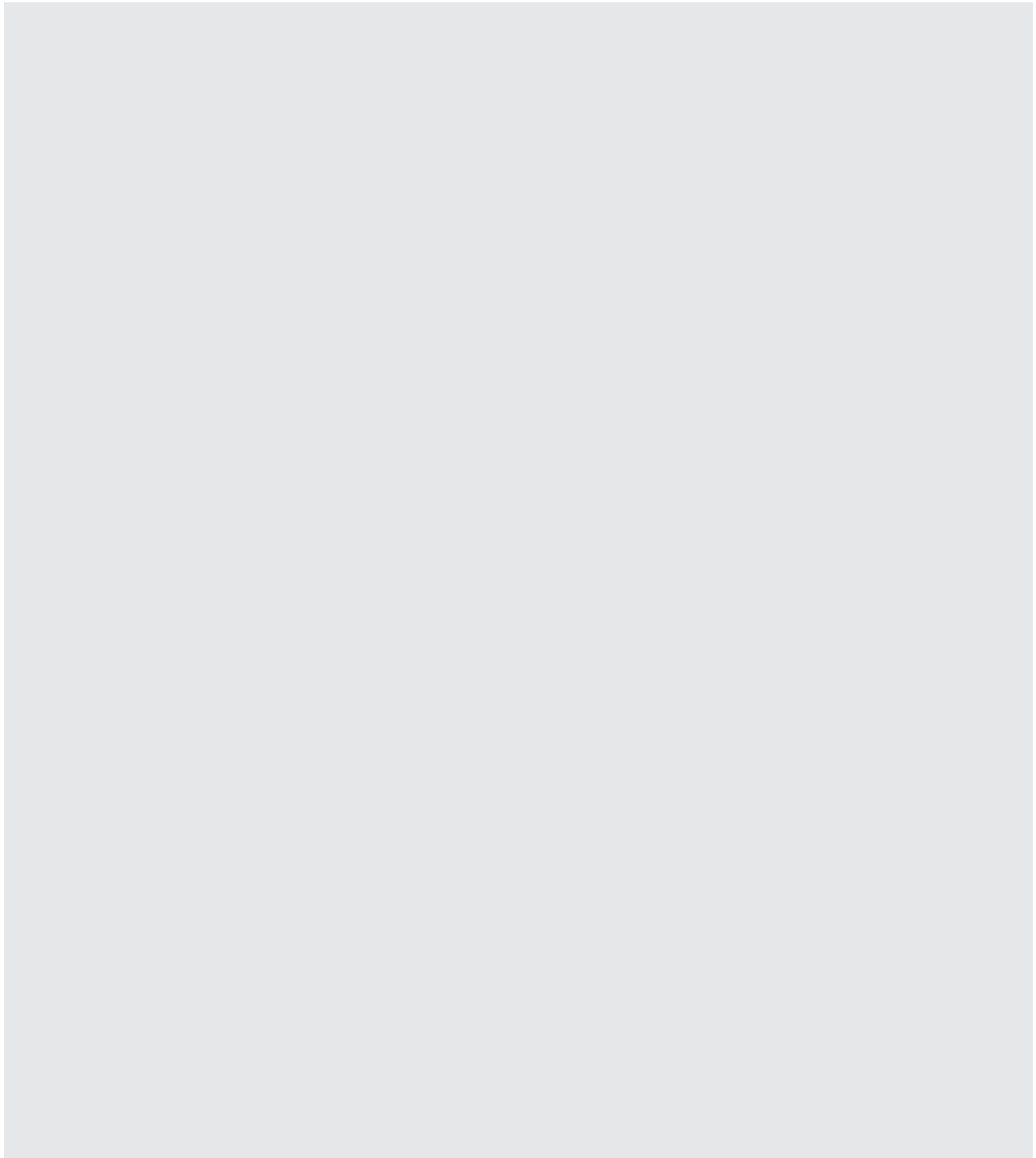
Para algunos terapeutas, su política es agradecer al niño y explicarle que las normas de la organización exigen que el regalo se lleve a un cuarto comunal para compartirlo con los demás. Es crucial reconocer el regalo y estar atento a su significado en el juego del niño. Cuando surge la oportunidad, es útil interpretar o explorar su significado. Un regalo puede ser el esfuerzo de agradar en la sesión, empezar el juego, elegir primero un color o ayudar a limpiar. Una intervención poderosa consisten en hacer un comentario sobre la amabilidad del niño y sugerir: “En verdad, me agradas. Me pregunto si deseas que tu papá y tú puedan jugar como nosotros.” El regalo inicial y la amabilidad continua podrían ser la manera del niño para decir cómo se siente respecto de la relación con su papá. Debemos estar conscientes de un regalo de parte de un niño enojado o lastimado. En este caso, el regalo puede ser una manera de decir “No quiero estar molesto contigo.” Podemos decir algo así: “Has estado tan molesto conmigo, y ahora me traes un bonito regalo, ¿cómo se siente tu molestia?”

El final de las sesiones

Por lo general, los niños no quieren dejar los juguetes e irse. Si un niño no quiere recoger, esperamos hasta que el cuidador entre al consultorio al final y le pedimos que ayude al niño o sugerimos una consecuencia por no seguir las reglas. Tal vez, podemos ayudarlo a guardar las cosas. El terapeuta no debe hablar mientras tanto, porque el niño tiene que terminar la tarea. No debemos permitir que los niños se vayan dejando las

cosas en desorden. Tenemos que modelar el mensaje de ser responsable por el desorden propio.

Otro tema que surge al final de las sesiones es cuando el cuidador o el niño dicen, “Ah, por cierto,” y manifiestan material importante que debieron mencionar al principio de la sesión. Si no se trata de algo peligroso para el niño o la familia, respondemos, “Esto es muy importante. Hablemos al respecto empezando la siguiente sesión.” Mientras decimos esto, caminamos hacia la puerta y la salida.

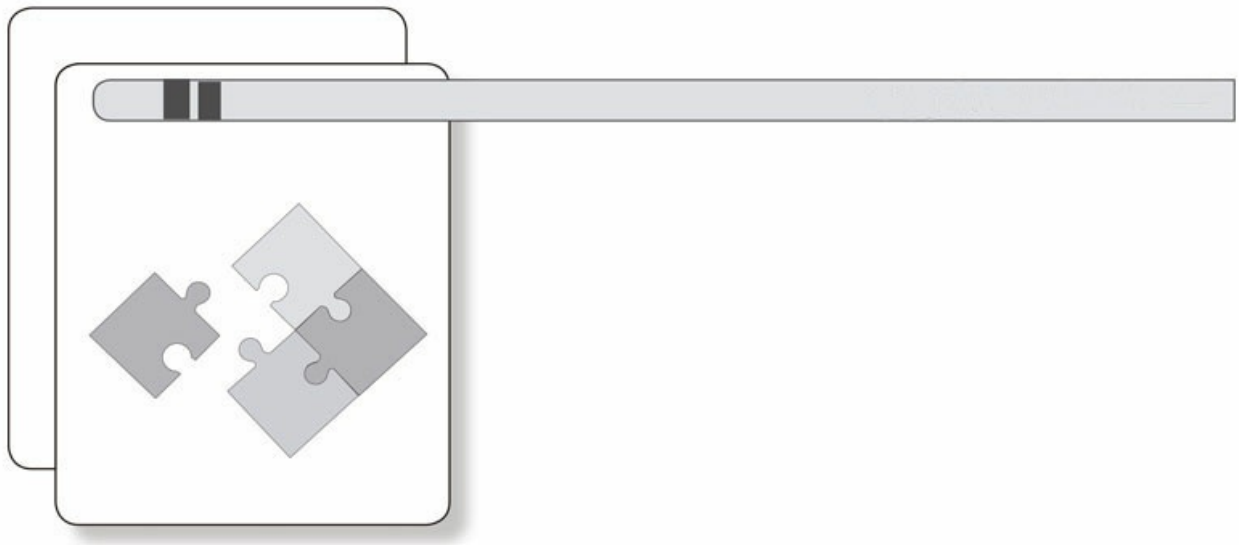


CONCLUSIÓN

Como se comentó, los temas del establecimiento de límites y definir las delimitaciones son complejos y sensibles. Una parte crítica de nuestro trabajo es estar consciente de las capacidades y limitaciones internas y externas de un niño. La manera en que el terapeuta se define a sí mismo, acondiciona su cuarto de juego, presenta la terapia de juego al niño y su familia o interactúa cuando hay tensión son aspectos cruciales de su trabajo. Además, la manera en que el terapeuta se involucra en las actividades del niño en el cuarto de juego indica cómo limita y alienta las conductas del niño que ponen a prueba los límites. Mientras mejor conceptualizadas estén nuestras ideas y conductas en relación con nuestra inclinación teórica, y mejor preparados estemos para las conductas inevitables, seremos más eficaces y exitosos en el viaje permanente del establecimiento de límites.

■ REFERENCIAS

- Bixler, R. (1979). Child psychotherapy limits are therapy. En C.E. Schaefer (Ed.), *Therapeutic use of child's play* (pp. 277–278). New York, NY: Jason Aronson.
- Brody, V. A. (1993). *The dialogue of touch: Developmental play therapy*. Treasure Island, FL: Developmental Play Therapy Association.
- Brody, V. A. (1997). Developmental play therapy. En K. J. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy, theory and practice* (pp.160–183). New York, NY: Wiley.
- Caroll, F. (2009). Gestalt play therapy. En K. J. O'Conner & L. Braverman (Eds.), *Play therapy, theory and practice* (2nd ed., pp.184–203). Hoboken, NJ: Wiley.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York, NY: Norton.
- Freud, S. (1915). Observations on transference love. En E. Jones (Ed.), *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 2.). New York, NY: Basic Books.
- Ginot, H., & Dell, L. (1976). Play therapy limits and theoretical orientation. *Journal of Consulting Psychology*, 25(4), 387–340.
- Glenn, J. (1978). *Child analysis and therapy*. New York, NY: Jason Aronson.
- Jacoby, M. (1999). *Jungian psychotherapy and contemporary infant research*. New York, NY: Routledge.
- Kay, P. (1978). Gifts, gratification, and frustration in child analysis. En J. Glenn (Ed.), *Child analysis and therapy* (pp.309–354). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive behavioral play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Landreth, G. L. (2005). *Play therapy, the art of the relationship* (2nd ed.). New York, NY: Brunner/Routledge.
- Moustaskas, C. (1959). *Psychotherapy with children: A living relationship*. New York, NY: Harper & Row.
- Moustakas, C. (1994). Structuring the relationship. En M. Haworth (Ed.), *Child psychotherapy* (p. 105). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Novick, J., & Kelly-Novick, K. (2009). Mental health resources. Standing the domain. Privacy service and confidentiality. En J.Winer (Ed.), *Psychoanalysis and children* (pp. 145–180). Chicago, IL: University of Chicago.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. New York, NY: Bantam Books.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, T. (1951). *Gestalt therapy*. New York, NY: Gestalt Journal Press.
- Rogers, C. R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. New York, NY: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Staub de Laszlo, V. (1938). *Basic writings of C. G. Jung*. New York, NY: Modern Library.



Capítulo 29

Supervisión en terapia de juego

Jodi Ann Mullen¹

El terapeuta de juego, sin importar su nivel de experiencia, necesita supervisión clínica, pues ésta ofrece oportunidades de crecimiento personal y profesional. Se trata de una relación profesional única que da apoyo a quien es supervisado, así como a sus clientes, familias y a la comunidad. La supervisión, al igual que la terapia de juego, es una relación de confianza fundada en la confianza y el respeto. Es más que lo que hacemos; se trata de un proceso reflexivo, una manera de ser (Carroll, 1996). También como la terapia de juego, el beneficio de la relación es el crecimiento, y a veces incluso el cambio y la curación.

INTRODUCCIÓN A LA SUPERVISIÓN

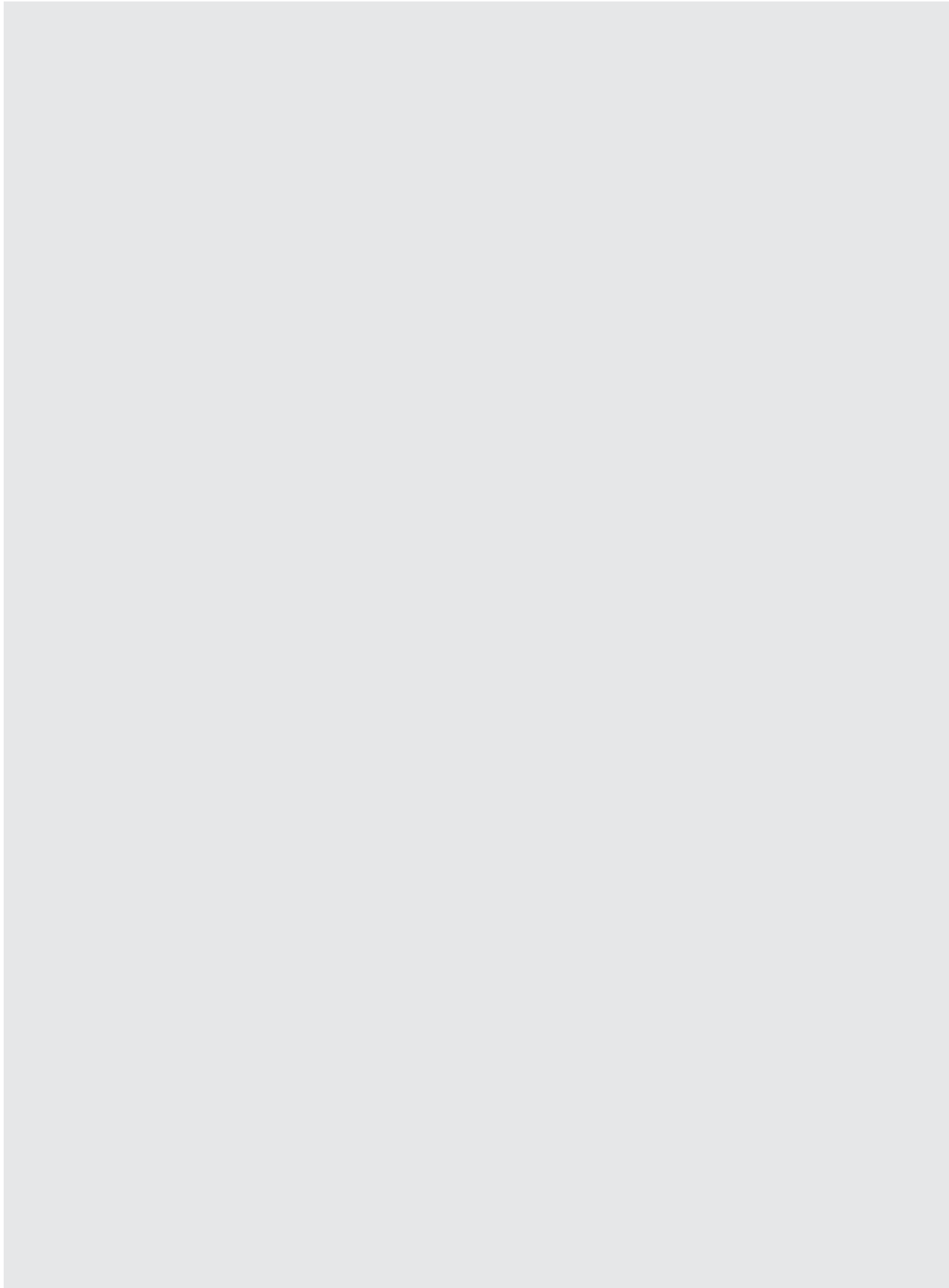
En el mundo de las profesiones que brindan ayuda hay varios tipos de supervisión. Por lo general, el terapeuta de juego puede encontrar dos de esos tipos. La **supervisión administrativa** se refiere a la relación con un colega con mayor experiencia en la profesión u organización cuyo objetivo central no son las tareas clínicas. Por ejemplo, en supervisión administrativa, el supervisado puede discutir los aspectos burocráticos de su trabajo, como el almacenamiento de expedientes, la entrada de datos, el número de clientes de sus subordinados. El objetivo central de la supervisión administrativa es el trabajo que realiza el supervisado, no la naturaleza o calidad de su trabajo clínico ni los matices de la terapia de juego. Debido a que el objetivo de esta clase de supervisión son las tareas administrativas y las relacionadas con negocios, es razonable asumir que el supervisor administrativo no necesitaría tener más que un mínimo conocimiento de la terapia de juego.

Este capítulo se enfoca en la supervisión clínica, porque ésta tiene un impacto significativo en el desarrollo del terapeuta de juego y en su práctica clínica. Bernard y Goodyear (2014) definieron la **supervisión clínica**, a la cual se refiere simplemente como **supervisión** por razones prácticas como:

Una intervención provista por un miembro más antiguo de una profesión a un colega o colegas más jóvenes, quienes por lo general (pero no siempre) son miembros de la misma profesión. Esta relación es evaluativa y jerárquica, se extiende en el tiempo, y tiene al mismo tiempo los propósitos de mejorar el desempeño profesional de las personas más jóvenes, monitorear la calidad de los servicios brindados a los clientes, y actuar como guardián de la profesión a la que el supervisado busca entrar. (p. 9)

Vale la pena desconstruir y destacar varios componentes clave de esta definición. Quizá en esta definición, un miembro antiguo de una profesión, el supervisor, realiza la supervisión. Para nuestros propósitos esto significa que la terapia de juego debe ser realizada por un profesional entrenado en ella que tenga más experiencia clínica que el supervisado. Supervisor y supervisado pueden emparejarse en identidades profesionales primarias compatibles (es decir, trabajo social, psicología). Sin embargo, cuando la terapia de juego es el objetivo central de la supervisión, esta identificación profesional secundaria (terapeuta de juego), o especialidad (terapia de juego), es la variable más destacada en la cual supervisor y supervisado deben coincidir. En este capítulo, hablamos del tipo de supervisión en la cual participan un terapeuta de juego con mayor experiencia y uno con menor tiempo en el campo, a menos que se especifique otra cosa.

La definición de Bernard y Goodyear (2014) también indica que el papel del supervisor en la relación incluye varias responsabilidades significativas en relación con el supervisado, sus clientes y, en última instancia, la comunidad. Vista de manera amplia, la supervisión impacta en el supervisado, sus clientes y la comunidad entera. Por lo tanto, ser supervisor implica una gran responsabilidad. Más adelante en el capítulo, se abordan las funciones del supervisor en terapia de juego.



FUNDAMENTOS DE LA SUPERVISIÓN

De acuerdo con Bernard y Goodyear (2014), hay varios enfoques teóricos posibles para brindar supervisión. Ellos hablan de los enfoques psicodinámico, centrado en la persona, cognitivo-conductual, sistémico y narrativo. Cada tipo de supervisión tiene objetivos y metas particulares. Aunque está más allá del alcance de este capítulo, corresponde a los supervisores conocer estos enfoques teóricos de la supervisión, porque constituyen un marco de referencia para sus intervenciones.

¿CÓMO SE LLEVA A CABO LA SUPERVISIÓN?

La supervisión se puede ofrecer a través de distintos medios: cara a cara, por teléfono, o mediante una videoconferencia a través de Skype o Facetime. Cada uno de estos medios tiene ventajas y limitaciones.

Consentimiento

La supervisión en terapia de juego siempre requiere que obtengamos la autorización del padre, madre o tutor del niño a quien atendemos. Esto se debe a que, en el contexto de la supervisión, el terapeuta de juego:

a) hablará con alguien más acerca de las sesiones, b) compartirá cosas, como los dibujos o las imágenes del arenero, c) hará grabaciones de audio o video y d) enviará por medios electrónicos las grabaciones (si la supervisión no es cara a cara). Más allá de obtener autorización para compartir el contenido de las sesiones, el consentimiento también debe indicar los parámetros de tiempo específicos en que tendrá lugar la supervisión, así como una explicación clara de cómo los materiales y registros de las sesiones se manejarán después de la supervisión (es decir, dónde se almacenarán, y cómo y cuándo serán destruidos).

Algunos padres son reacios –y esto es comprensible– a dar su consentimiento, en tanto que sus experiencias con otros profesionales de la salud mental no siempre han sido positivas. Otros pueden ser recelosos por vergüenza o culpa relacionadas con las razones por las que el niño asiste a terapia de juego (Mullen y Rickli, 2011). Cuando los padres tienen estas preocupaciones, se le presenta al supervisando una gran oportunidad de aprendizaje. Los principiantes y estudiantes de terapia de juego tienden a preocuparse más por las consultas con los padres que por llevar a cabo la terapia misma. El supervisor puede emplear el juego de roles y las autorrevelaciones durante la supervisión para preparar al supervisado para conversar con los padres del niño (en Mullen y Rickli, 2011, se pueden consultar estudios de caso y actividades diseñadas para resolver problemas específicos con los padres de los niños que están en terapia de juego). Por último, es importante mostrar respeto hacia el niño a lo largo de toda la relación terapéutica. Si los padres conceden su autorización para que el niño sea observado en las sesiones, corresponde al terapeuta pedir también al niño su autorización.

Supervisión cara a cara

La supervisión cara a cara se lleva a cabo de manera individual o grupal. En esta forma de supervisión está disponible toda la variedad de recursos de comunicación para supervisor y supervisado. Se puede considerar y procesar toda la comunicación verbal, no verbal y paraverbal, lo cual tiene muchos beneficios. El acceso a múltiples niveles de comunicación ayuda a intercambiar y, en última instancia, comprender el material que se presenta, así como la relación entre supervisor y supervisado.

Mientras que los conceptos de comunicación verbal y no verbal son bastante conocidos para la mayoría de los lectores, el de comunicación paraverbal no lo es tanto. Esta última clase de comunicación incluye el lenguaje corporal, el ritmo del habla, los sonidos vocales y percusivos, y otras comunicaciones no verbales. De acuerdo con Heimlich (1980), este tipo de comunicación puede ser ventajosa para modificar conductas desadaptativas y ayudar a los niños a captar los conceptos cognitivos, como tiempo y velocidad. La comunicación preverbal de los niños en el cuarto de juego, con frecuencia, transmite muchos contenidos. A muchos terapeutas de juego les preocupa pasar por alto una gran parte de este contenido o no saber cómo usarlo en las sesiones en el momento de su aparición. Sabiendo esto, el supervisor puede retomar la comunicación paraverbal del supervisado para enseñarle cómo se comunican los niños sin necesidad de utilizar palabras. Aprovechar las oportunidades para responder a la comunicación paraverbal en la supervisión permite al supervisado experimentar directamente lo que sus clientes pueden experimentar en las sesiones de terapia de juego. Ésta es una experiencia de aprendizaje auténtica y poderosa, y una gran oportunidad para desarrollar la empatía.

Desde luego, hay algunos inconvenientes en la comunicación cara a cara, muchas de las cuales son logísticas. Tener un supervisor a una distancia considerable puede implicar una dificultad (esto suele ser un obstáculo para obtener una credencial profesional para los supervisados que viven en lugares remotos de EUA o en otros países donde no se puede acceder con facilidad a los supervisores calificados) (J. Downs, comunicación personal, 24 de febrero, 2014). Encontrar horarios de trabajo para la supervisión también puede ser difícil para el supervisado, quien debe contemplar también los tiempos de traslado.

Supervisión telefónica

La supervisión telefónica es una alternativa para superar las limitaciones logísticas de la supervisión cara a cara, en tanto que la distancia geográfica entre supervisor y supervisado ya no constituye un obstáculo. Se elimina el tiempo de traslado y los costos ya no son prohibitivos. Debido a que la supervisión telefónica se puede llevar a cabo desde cualquier lugar en que supervisor y supervisado dispongan del servicio telefónico, los horarios de las reuniones también se pueden fijar con mayor facilidad. La supervisión se puede llevar a cabo estando cada uno en su casa, sin necesidad de vestir ropa formal o

incluso en pijama.

La supervisión telefónica tiene algunas limitaciones importantes, las cuales se relacionan con la ausencia de los beneficios relacionales y comunicativos de la situación cara a cara. No poder verse uno a otro puede llevar a cinco problemas potenciales. Primero, supervisor y supervisado están limitados a la comunicación verbal. Algunos elementos de la comunicación paraverbal pueden estar presentes, como la respiración y los silencios prolongados; sin embargo, la riqueza de la comunicación que tiene lugar en la situación cara a cara se pierde. Segundo, algunas responsabilidades implicadas en la relación de supervisión se ponen en riesgo. En la supervisión telefónica, supervisor y, o supervisado tienen la oportunidad de hacer otras cosas mientras hablan. Distracciones como manejar, lavar ropa o preparar notas clínicas durante la supervisión son faltas de respeto a la relación y, sin lugar a duda, maneras de desaprovechar el tiempo de la supervisión. Cuarto, supervisor y supervisado deben llegar a su sesión preparados con sus notas u otros materiales de apoyo que contribuyan en el proceso de supervisión, así como con los medios para tomar notas si es necesario. Esto es más difícil que ocurra cuando no se pueden ver. Por último, en la supervisión telefónica se presentan menos oportunidades de utilizar los momentos de aprendizaje propios de la situación cara a cara respecto de los niveles de comunicación mencionados en la sección anterior. Como podemos imaginar, la supervisión telefónica hace muy difícil que el supervisor pueda representar un escenario de juego para que el supervisado responda ante él, y es igual de difícil que el supervisado trate de mostrar al supervisor algo de la sesión con el niño, como el juego con muñecas y la casita.

Videoconferencias

La tecnología ha ampliado en gran medida las oportunidades para recibir y brindar supervisión en terapia de juego, pues contiene muchos de los beneficios de la supervisión cara a cara y la telefónica, al mismo tiempo que minimiza las limitaciones. Cuando se emplea la videoconferencia se usa para la comunicación entre supervisor y supervisado, el rango completo de comunicación verbal, no verbal y paraverbal está disponible para ambas partes, lo cual mejora la comunicación y la comprensión. La posibilidad de hacer un juego de roles de manera virtual y de demostrar cómo se lleva a cabo la terapia de juego es muy importante en la supervisión. Al usar la videoconferencia, supervisor y supervisado se pueden comunicar sobre los matices clínicos mostrándolos en lugar de sólo decirlos. Esto es la manera exacta en que los niños se comunican a través del juego, Además, debido a que hay un componente visual, se puede evaluar con facilidad la responsabilidad de ambas partes. Aunque las ventajas son intuitivamente considerables, muy pocos estudios han examinado el uso de las videoconferencias en la supervisión (Perry, 2012).

REVISIÓN CLÍNICA

Otra consideración sobre la manera en que se lleva a cabo la supervisión tiene que ver con el modo que supervisor y supervisado revisan los casos clínicos, el conocimiento y las habilidades de este último. La revisión de casos en supervisión se puede realizar mediante autorreportes, sesiones grabadas y observación directa. Cada una de estas formas tiene ventajas y limitaciones.

Autoinforme

Las supervisión que se basa en las descripciones del supervisado acerca de lo que ocurrió en las sesiones se considera de autoinforme. El supervisado también puede utilizar notas clínicas para compartir con el supervisor sus perspectivas sobre lo que ocurre en la terapia de juego y sobre la conducta, pensamientos y sentimientos del niño. La supervisión basada en autoinforme tiene desventajas. De acuerdo con Noelle (2002), el autoinforme ofrece al supervisor información valiosa sobre los pensamientos y emociones del supervisado, con lo cual añade riqueza a las sesiones de supervisión. Sin embargo, hay limitaciones importantes en esta modalidad de supervisión.

Cuando el único medio para informar sobre las experiencias en terapia de juego son los autoinformes del supervisado, se corre el riesgo de que la información se distorsione o se oculte. Esto se exagera cuando el supervisado no siente que la relación de supervisión es segura. Ladany, Hill, Corbett y Nutt (1996) afirman que hay un desequilibrio de poder en la relación supervisor-supervisado, del mismo modo en que lo hay en la consejería. Por ello, el supervisado puede sentir presión para presentarse a sí mismo de una manera más positiva, por el miedo a fallar o a resultar inadecuado. Los autores informan que el supervisado también puede “ocultar información con el fin de tener cierto control en la relación de supervisión” (1996, p. 11). Crear una relación de supervisión en la que el supervisado se sienta seguro, cómodo y respetado es indispensable para brindar una supervisión de alta calidad, lo cual se aborda más adelante en este capítulo. Es importante reconocer cómo la falta de seguridad en la supervisión amplifica el problema de los autoinformes.

Sesiones grabadas

Las sesiones videograbadas ofrecen al supervisor el beneficio de ver y oír lo que sucede en las sesiones de terapia de juego. Así, puede ofrecer retroalimentación respecto de lo que el terapeuta hace, cómo se presenta el niño y lo que ocurre entre ambos. Hay una gran riqueza de datos clínicos y relacionales para que el supervisor los comente. Muchos

de estos beneficios son similares a la supervisión mediante observación directa, que se tratará más adelante en este capítulo.

Las sesiones videograbadas tienen algunos inconvenientes. Debido a que pueden ser disruptivas en el flujo del juego del niño, no es aconsejable que el supervisado mueva la cámara por el cuarto de juego durante las sesiones. Debido a que la cámara se encuentra en una posición fija, algunas piezas importantes del rompecabezas pueden no aparecer en la grabación. Esto ocurre si el niño se mueve por todo el cuarto de juego, da la espalda a la cámara o hace algo muy detallado, como un dibujo. Es muy probable que se pierdan algunas expresiones faciales y parte del lenguaje corporal del niño. Incluso la mejor cámara no puede registrar las verbalizaciones del niño con la calidad suficiente para captarlas cuando se observa la grabación. Quizá lo más importante es que, sin importar cómo el supervisor observe las sesiones grabadas, nunca se puede evaluar por completo la experiencia íntima general de estar en el cuarto con el niño durante la sesión.

La limitación más grande de las videograbaciones es la abrumadora cantidad de información que ofrece, en tanto que esto puede intimidar al supervisado (Rubenstein y Hammond, 1982). No sólo contiene todas las verbalizaciones, comunicación no verbal y lenguaje corporal del cliente, sino también los del supervisando. Hill et al. (1994) encontraron que los terapeutas y los terapeutas en entrenamiento informan un estado de ánimo bajo después de ver sus sesiones, tal vez porque tienden a ser autocríticos cuando tienen la oportunidad de opinar sobre sí mismos. Una videograbación pone todo al descubierto, y los terapeutas principiantes y experimentados pueden sentirse incómodos con el resultado cuando juzgan sus palabras y ademanes.

Observación directa

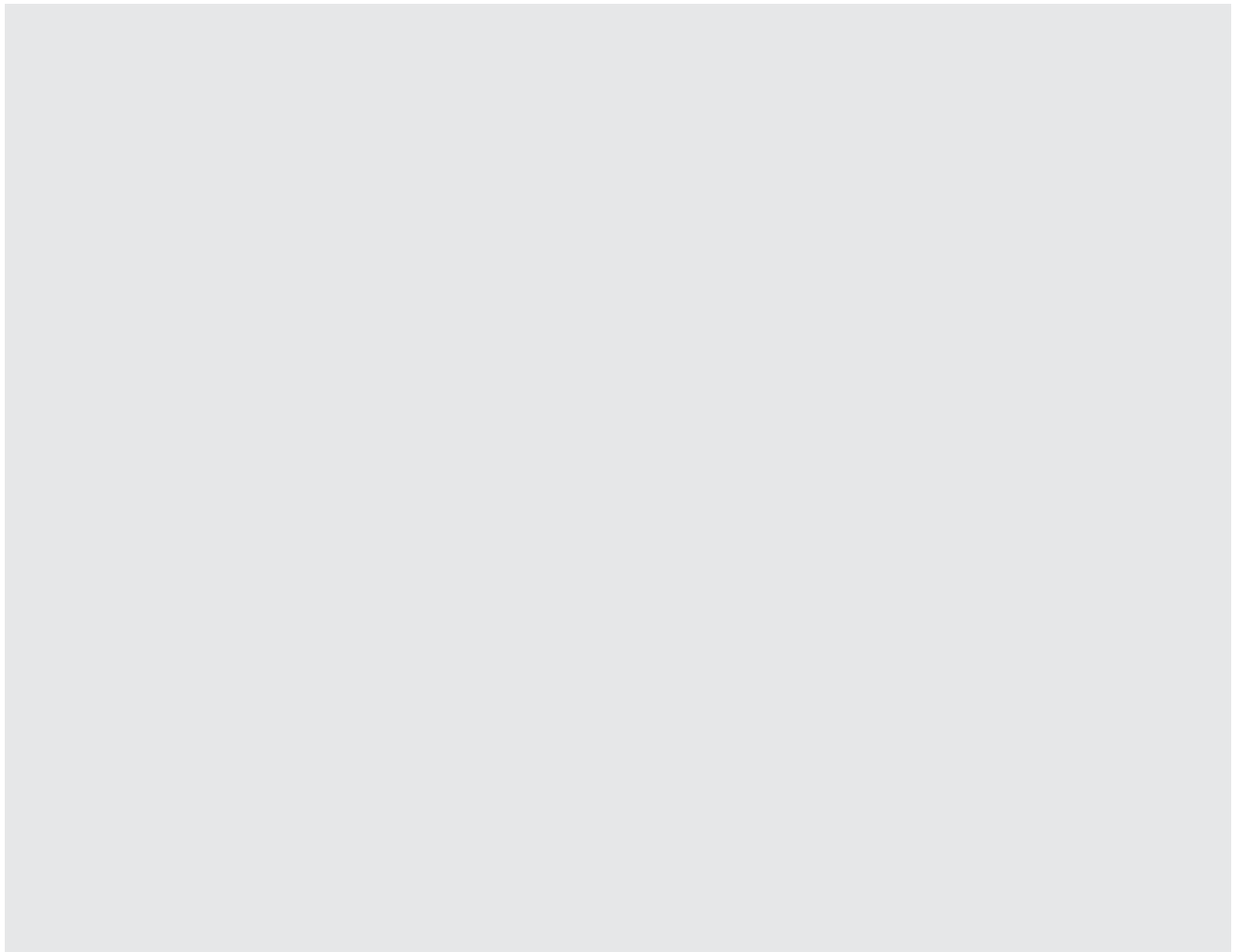
La observación directa ofrece al supervisor la perspectiva más objetiva sobre lo que ocurre en las sesiones del supervisado. En esta modalidad, el supervisor observa al supervisado y al niño durante las sesiones de terapia de juego a través de un espejo de un solo sentido o mediante tecnología de transmisión de video. Una ventaja importante, sobre todo en comparación con los autoinformes, es que el supervisor tiene la oportunidad de ver al niño y la sesión sin mediación. Como se mencionó antes, el autoinforme ofrece sólo la perspectiva del supervisado, mientras que la observación directa permite al supervisor sacar conclusiones acerca del niño, su juego, las habilidades del supervisado y la relación entre ambos. Es fácil ver que la observación directa puede contribuir en gran medida para enriquecer las sesiones de supervisión, pero también tiene limitaciones importantes.

Muchas de las limitaciones son de naturaleza logística. Tener el espacio y el escenario requerido para llevar a cabo este tipo de supervisión no es común en las escuelas u organizaciones en las que puede haber presupuestos muy limitados. La compatibilidad de horarios es un factor que puede limitar mucho, porque supervisor, supervisado y cliente

deben estar en el mismo lugar al mismo tiempo.

Supervisión en vivo

Esta forma de supervisión se parece a la observación directa, excepto porque se compone de enseñanza incluida. En la supervisión en vivo, el supervisor puede brindar retroalimentación inmediata, ya sea directamente o a través del uso de tecnologías, de modo que el supervisado pueda implementar la retroalimentación en la misma sesión. Debido a que se requieren ciertas tecnologías, esta forma de supervisión suele realizarse como un componente de los programas de entrenamiento universitarios. Las limitaciones logísticas son importantes y se parecen a las de la observación directa. También es posible que exista un mayor riesgo de que la dinámica que promueve el crecimiento se vea comprometida si el supervisado se vuelve dependiente del supervisor. Además, esta forma de supervisión requiere una relación especialmente segura, porque el supervisado estará hiperconsciente de la presencia del supervisor y puede interpretar cualquier sugerencia de su parte como una crítica.



FORMATOS DE SUPERVISIÓN

La supervisión se puede llevar a cabo de manera individual o grupal, en la cual un supervisor trabaja con varios supervisados o la supervisión se da entre pares. En la supervisión individual y grupal, el supervisor tiene un nivel de experiencia que los supervisados no poseen. En la supervisión entre pares, todos los miembros del grupo tienen un nivel muy similar de experiencia y se reúnen para promover el crecimiento personal y profesional de cada uno aportando perspectivas alternas e información sobre sus casos en terapia de juego.

Supervisión individual

La supervisión individual es la que se utiliza con mayor frecuencia, porque permite hacer una evaluación detallada y cubrir las necesidades únicas del supervisado (Newman, Nebbergall y Salmon, 2013). La supervisión individual tiene lugar entre un supervisor y un supervisado en una situación de uno a uno, y al igual que la consejería y la terapia de juego, la relación es crucial para su éxito. El supervisado se encuentra en una posición vulnerable en el aspecto emocional y profesional, y es responsabilidad del supervisor crear la suficiente seguridad en la confianza para que el supervisado se abra y sea receptivo a la retroalimentación. El supervisor puede utilizar técnicas de autorrevelación y comunicación expresiva para minimizar las defensas del supervisado y promover el crecimiento. Aunque común y muy eficaz, la supervisión individual es el formato que requiere más tiempo.

Supervisión entre pares

Zins y Murphy (1996) definen la supervisión entre pares como “un pequeño grupo de profesionales con un área común de interés que se reúnen con regularidad para aprender juntos, compartir sus experiencias y apoyarse entre sí en su desarrollo profesional” (p. 176). Por definición, la supervisión entre pares no incluye un supervisor designado, sino que los miembros se brindan entre sí la supervisión. Bernard y Goodyear (2014) señalaron los pros y contra de este formato. Del lado positivo, la disponibilidad de múltiples perspectivas significa que los supervisados reciben comentarios que un supervisor formal podría pasar por alto. Por otro lado, también argumentan que estos beneficios son más notables cuando la supervisión entre pares es estructurada y supervisada por un supervisor que ayuda al grupo a dar sentido a la gran variedad de información. Con o sin un supervisor primario designado, hay muchos beneficios en la supervisión entre pares, como un mayor entusiasmo y motivación, un rango más amplio

de habilidades y experiencias, mayor participación en organizaciones profesionales y un mayor conocimiento de base (Newman et al., 2013). La supervisión entre pares es de especial ayuda cuando no se dispone de otra manera de obtener supervisión o cuando el costo es muy elevado.

En la supervisión grupal, cada miembro tiene la oportunidad de presentar un caso y recibir retroalimentación de parte del grupo. Casi siempre, las presentaciones se enfocan en los aspectos clínicos de un caso, pero también podrían centrarse en cuestiones relacionadas, como tratar con un padre difícil o preparar un testimonio ante el tribunal de lo familiar. Las presentaciones no clínicas apoyan el desarrollo profesional, además de mejorar las habilidades clínicas.

Una manera de estructurar la supervisión entre pares (y grupal) es asignando a cada miembro del grupo un trabajo o una responsabilidad. Esto garantiza que todos los miembros están comprometidos en la supervisión, en tanto que realicen sus actividades independientes. Paradójicamente, cambiar los papeles o tareas propicia que haya muchas perspectivas alternas y ayuda a demostrar la complejidad del proceso de terapia de juego. Desde luego, un miembro tomará el papel de presentar un caso. Al menos algún otro miembro tendrá la tarea de extraer de la presentación todas las cosas que el supervisado en turno está haciendo bien. Al prepararse para este papel, es importante recordar a los miembros el valor de enfocarse en las habilidades clínicas y las relaciones del terapeuta. También es de utilidad recordar a los miembros que a veces lo que estamos haciendo bien es algo que el supervisado en turno *no* hace. Por ejemplo, éste puede estar haciendo un buen trabajo al resistir su impulso a tratar de forzar al niño para que hable en la sesión.

Otra tarea potencial para un miembro del grupo de supervisión es hacer que el supervisado en turno dibuje una representación de lo que piensa o siente que está sucediendo en la relación con su cliente. Este trabajo se asigna para sacar el lado lúdico y expresivo del supervisado mientras se atiende con respeto a su presentación. Esta misma tarea se puede intensificar haciendo que el supervisado cree un arenero como representación o elija miniaturas para la arena que representen el caso con el fin de obtener los aspectos expresivos más que los intelectuales de la sesión o el caso. Incorporar elementos narrativos en la supervisión también es muy útil. Del mismo modo en que los enfoques narrativos permiten que el cliente tome distancia respecto de sus problemas, el supervisado puede tomar distancia durante la supervisión. Externalizar el problema por medios narrativos es una manera poderosa para que el supervisado se sienta con poder y control de su papel como terapeuta de juego, al mismo tiempo que se manifiestan perspectivas que estaban limitadas a sólo las herramientas internas de análisis. Se impulsa al supervisado a escribir una carta al niño cuyo caso constituye el foco de la presentación. Otra alternativa es que los miembros del grupo escriban una carta al supervisado en turno, o a los padres o maestros que tienen un papel destacado en la conceptualización del caso. Incluso escribir una carta a un juguete del cuarto de juego es importante para los niños. En este estilo de escritura de cartas, el foco es dotar de cualidades humanas a los objetos. Una vez que el objeto tiene dichas cualidades, puede

ofrecer una perspectiva de lo que está pasando en el cuarto de juego. Este ejemplo libera al escritor de cartas, así como al supervisado a quien se dirige la retroalimentación, quien toma cierta distancia de los hechos y puede escuchar con mayor facilidad la retroalimentación, sintentizarla e integrarla. Por último, escribir una carta al niño que tiene un problema (como un duelo o un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático) puede ser una experiencia poderosa para todos los involucrados y ayuda en una conceptualización del caso más amplia, integral y sensible.

Debido a que no hay un líder designado en la supervisión entre pares, el grupo debe ocuparse de ciertos asuntos. Primero, la mayoría de los ejemplos mencionados sobre cómo se puede estructurar la supervisión entre pares (grupales) requieren se elija un líder o que emerja para que el proceso sea eficaz. Segundo, en ausencia de un solo líder responsable, la supervisión entre pares requiere que los supervisados promuevan el apego a los códigos de ética y conducta profesional para ser exitosa. Deben acudir preparados para ofrecer retroalimentación honesta. Esta última parte puede ser difícil, porque los pares a veces son reacios para dar una retroalimentación crítica o no tienen tacto para hacerlo en general. Por último, los miembros deben estar conscientes de la posibilidad de que los demás no tomen su retroalimentación con la misma seriedad que si provinieran de un terapeuta más experimentado.

Supervisión grupal

La supervisión grupal comparte algunas características con la supervisión individual y entre pares, al mismo tiempo que ofrece tres beneficios: 1) es más eficaz en términos de costos que la supervisión individual; 2) al igual que la supervisión entre pares, los supervisados pueden aportar retroalimentación y apoyo entre sí para alcanzar sus metas y 3) a diferencia de la supervisión entre pares, hay al menos un terapeuta experimentado en el grupo que aporta su experiencia. El formato del que hablamos en la sección sobre la supervisión entre pares también se aplica a la supervisión grupal. El supervisor puede considerar cuidadosamente asignar varios papeles a cada miembro del grupo. Por ejemplo, puede comisionar a un supervisado que tiene dificultades para reflejar los sentimientos a que escuche la presentación del caso de otro miembro y anotar todos los sentimientos que pudo tener el niño durante la actividad o sesión descrita. Esta comisión podría extenderse haciendo que el mismo miembro encuentre sinónimos para las palabras que anotó, con lo cual se enriquece el vocabulario afectivo de todo el equipo. La terapia de juego grupal es un formato agradable para las experiencias de aprendizaje auténtico. Los supervisados pueden participar en juegos de roles guiados por el supervisor para enfrentar los desafíos de sus sesiones o incluso en el propio proceso de supervisión.

¿QUIÉNES DEBEN PARTICIPAR EN LA SUPERVISIÓN EN TERAPIA DE JUEGO?

Supervisado

Debido a que la terapia de juego es una especialidad entre diversas profesiones de ayuda, como trabajo social, consejería o psicología, algunos aspectos de la supervisión son más complicados. Por ejemplo, el terapeuta y el supervisor pueden provenir de distintos contextos. Aunque estos profesionales se fundan en ayudar, tienen diferencias fundamentales en sus perspectivas e incluso, en cierto grado, en cómo conceptualizan el papel del profesional de ayuda. Sin embargo, al elegir un supervisor, la experiencia en la terapia de juego es el aspecto más sobresaliente desde la perspectiva del supervisado. Un estudio realizado por Vandergast, Culbreth y Flowers (2010) reveló que los supervisados en terapia de juego prefieren supervisores que se identifican profesionalmente como terapeutas de juego y, además, cuentan con credencial de Terapeuta-Supervisor Registrado de Terapia de Juego expedida por la *Association for Play Therapy* en EUA. Además, los autores señalaron que los participantes expresaron apertura a varios medios o formatos de supervisión, sean a distancia por medios electrónicos, cara a cara o individual y grupal. Los supervisores calificados en terapia de juego son escasos, pero parece que los supervisados están dispuestos a hacer lo necesario para recibir una supervisión calificada.

Además, muchos supervisados que entran en el campo de la terapia de juego sienten que están empezando en la casilla uno. Como la mayoría de los principiantes, a veces se sienten inseguros y a veces tienen confianza en sí mismos. De acuerdo con Ronnestad y Skovholt (1993), esta dicotomía crea tensión en la relación supervisor-supervisado. Este último puede experimentar un alto nivel de ansiedad en las primeras etapas del entrenamiento. Ronnestad y Skovholt afirman que “El supervisor en este nivel debe ofrecer ánimo y apoyo, mucha retroalimentación, y por lo general altos niveles de estructura” (p. 403). Ray (2004) va más allá y defiende la estructura en la supervisión en terapia de juego. Mientras que los terapeutas que inician su carrera sienten una clara ansiedad en relación con su competencia, las personas que han sido profesionales de la salud mental por muchos años y ahora comienzan la ardua tarea de ser un terapeuta de juego experto y con credencial también se pueden sentir como neófitos. Estos supervisados pueden ser especialmente difíciles en tanto que la dicotomía entre su sentido de competencia profesional general, por un lado, y la inseguridad acerca de sus habilidades como terapeutas de juego, por el otro, es todavía más real. La mejor forma de abordar estos desafíos es en la supervisión, que constituye un esfuerzo en busca del crecimiento personal.

Supervisor

¿Qué se necesita para ser un supervisor en terapia de juego? De acuerdo con la *Association for Play Therapy* (2014), los RPT-S (siglas en inglés de Terapeuta-Supervisor de Juego Registrado) cuentan con una licencia o certificado en las profesiones de la salud mental. Poseen el grado de maestría en una profesión médica o de la salud mental, tienen al menos 150 horas de instrucción en terapia de juego, y han concluido 4 horas de entrenamiento didáctico en teoría y práctica de la supervisión. Han cursado al menos 5 años y 5 000 horas de supervisión en un trabajo clínico posterior a la maestría y, al menos, 1 000 horas de terapia de juego. Han sido supervisados en su trabajo clínico y han documentado un mínimo de 50 horas de supervisión específica en terapia de juego. Otra vez, desconstruyamos la definición y destaquemos algunos de los aspectos más importantes.

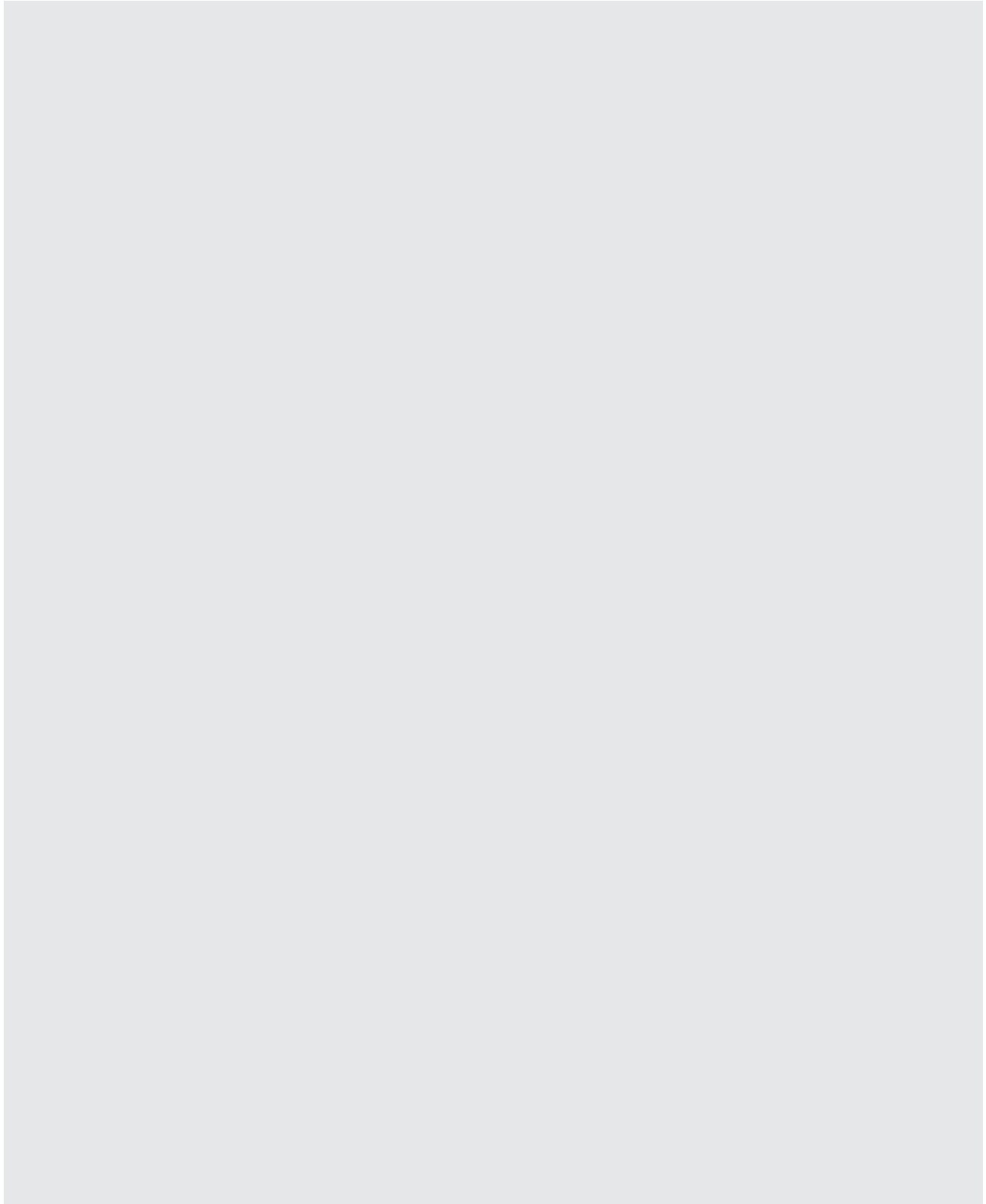
En todas las profesiones en salud mental escasean los RPT. De acuerdo con la APT (2013), en lo que concierne a este texto, sólo hay 1 126 profesionales médicos o en salud mental que poseen la credencial de RPT-S en EUA. Sin embargo, la buena noticia es que el número de profesionales que han obtenido credencial de RPT-S ha aumentado en gran medida desde 1992 (C. Guerrero, comunicación personal, 4 de septiembre, 2014).

Diversos papeles

Hay diversos papeles que el supervisor puede tomar en el curso de un proceso de supervisión. La etapa de su desarrollo como profesional de la salud mental y como terapeuta de juego tiene un papel para determinar esos roles y la manera en que cambiarán en el curso de la supervisión. Sea antes de comenzar la supervisión o después, el supervisor desempeñará el papel de asesor en tanto que evalúa las necesidades del supervisado y el nivel de sus habilidades. Igual que la evaluación inicial es la base de la toma de decisiones clínicas, esta evaluación constituye la base de la relación de supervisión.

Es bueno para el supervisor tener una reunión inicial con el supervisado para definir los parámetros de su futura relación, como lo que espera uno del otro y del proceso de supervisión, así como cualquier posible consideración ética. La reunión inicial también es donde el supervisor empieza a crear la sensación de seguridad que el supervisado necesita para hacer un uso óptimo de las sesiones. Al iniciar una conversación acerca de lo que el supervisado quiere de la supervisión, el supervisor muestra respeto y mutualidad al mismo tiempo que modela las habilidades de escucha. Una manera de hacer esto es haciendo una lista de posibles papeles que el supervisor tal vez tenga que desempeñar, como el de maestro y mentor, que son de apoyo, así como de evaluador y guardián, los cuales ponen de manifiesto el distinto grado de poder implicado en la relación. Para promover y documentar estas discusiones, el supervisor puede utilizar un formato en el

que se enlisten los diversos papeles en supervisión. Entonces, el supervisado puede indicar cuál de ellos, en su consideración, sería más útil para promover su crecimiento profesional. Esto se puede hacer al principio de la supervisión y, luego, repetirse a intervalos regulares para evaluar el crecimiento.



¿CÓMO APRENDEN LOS SUPERVISORES A SUPERVISAR?

Fall, Drew, Chute y More (2007) encuestaron a RPT en relación con sus perspectivas sobre la supervisión. Encontraron que una falta de entrenamiento y una posible mala comprensión de la supervisión clínica, así como la falta de necesidad de ser supervisado en el papel de supervisor fueron temas de preocupación. Fall et al. (2007) concluyeron que “sospechamos que muchos individuos no han estado expuestos al tipo de supervisión que busca el crecimiento del supervisado, apoyo al individuo y ayuda con los clientes” (p. 141). Dicho en términos sencillos, los supervisores no fueron entrenados para cumplir con ese papel, no tienen un conocimiento sólido de lo que implica la supervisión clínica, ni aceptan tener la necesidad de contar con su propia supervisión. Muchos supervisores aprenden esa función a partir de sus experiencias personales en supervisión. De esta manera, es como ser padres aprendemos qué hacer y qué no hacer como padre a partir de nuestra experiencia como hijos. En gran medida, sólo seguimos los pasos de nuestros padres. Allen (2007) también señala la falta de supervisores expertos en terapia de juego y afirma que los supervisores que, sin conocer la terapia de juego, supervisan a terapeutas de juego tienden a limitar el trabajo del supervisado debido a su falta de conocimiento.

La supervisión en terapia de juego, como otras formas de supervisión específicas de un enfoque, tiene mucho por crecer y desarrollarse. En las décadas pasadas, ha surgido una tendencia en las organizaciones profesionales de ayuda de ofrecer credenciales de supervisor. Por muchos años, los miembros de la APT han tenido la oportunidad de obtener la credencial de RPT-S, y apenas en marzo de 2014, los parámetros de esa credencial se actualizaron para aumentar el rigor del proceso inicial de credencialización y para solicitar a los supervisores que entren en programas de educación continua especial para la supervisión clínica.

SUPERVISIÓN DE LA SUPERVISIÓN

Prácticamente todos los profesionales de la salud mental y los terapeutas de juego han sido observados y supervisados en el curso de su entrenamiento. La supervisión contribuye al crecimiento profesional y desempeña un papel importante como guardián garantizando que quienes no sean aptos para esta profesión reciban la consejería para buscar otra opción profesional. Los supervisores en terapia de juego pueden seguir los mismos estándares, y hacer que otros supervisores los sigan. El *National Institute for Relationship Enhancement* [Instituto Nacional para el Fortalecimiento de las Relaciones] (2014) exige que los supervisores en terapia de juego sean observados haciendo su trabajo. Por ejemplo, este entrenamiento reúne a supervisores experimentados con supervisores en entrenamiento para ofrecerles retroalimentación acerca de la supervisión específica en terapia de juego.

Ofrecer a los supervisores la oportunidad de ser supervisados en su papel de supervisores, de obtener entrenamiento adicional específico en supervisión y de recibir tutoría como supervisores en terapia de juego eleva el nivel de esta profesión. La supervisión de terapeutas de juego, como la terapia de juego misma, requiere habilidades y conocimientos especializados sobre el desarrollo infantil, teoría del apego, patología infantil, sistemas familiares, dinámica de la relación padres-hijos, sistemas de cuidado infantil sustituto, servicios de protección a la infancia, derechos de los niños, tribunal de lo familiar, adopción, ubicación residencial, psicofarmacología pediátrica, sistemas educativos, terapia ocupacional, terapia física, terapia de lenguaje y negociación.

Ahora que el escenario se ha establecido, discutamos sobre cómo la supervisión en terapia de juego difiere de las formas típicas de supervisión clínica, incluso la supervisión clínica que se centra en la consejería infantil y no la específica de la terapia de juego.

SUPERVISIÓN LÚDICA

Landreth (2012) afirma que el terapeuta de juego debe ser lúdico. Aunque la terapia de juego y la supervisión son actividades serias, hay espacio en la supervisión y la relación entre supervisor y supervisado para que se incorpore el juego y el espíritu lúdico. Mullen, Luke y Drewes (2007) afirman que la supervisión en terapia de juego debe incluir componentes lúdicos y vivenciales como un medio para integrar habilidades y filosofías, modelar las habilidades terapéuticas y construir la identidad profesional del terapeuta. El juego es una forma de comunicación en todas las edades. Los supervisores, quizá más que todos, deben apreciar esto. Lahad (2000) afirma que los niños son los mejores aprendices, sobre todo lo que se divierten mientras encaran un desafío en un ambiente seguro y constructivo. Si sabe esto, el supervisor estructura las sesiones de modo que incorpore las habilidades e intervenciones de terapia de juego con el fin de aprovechar al máximo las ventajas que está supervisando. Drewes y Mullen (2008) hicieron una lista de numerosos ejemplos de técnicas lúdicas de supervisión para promover el espíritu lúdico en el supervisado.

CONCLUSIÓN

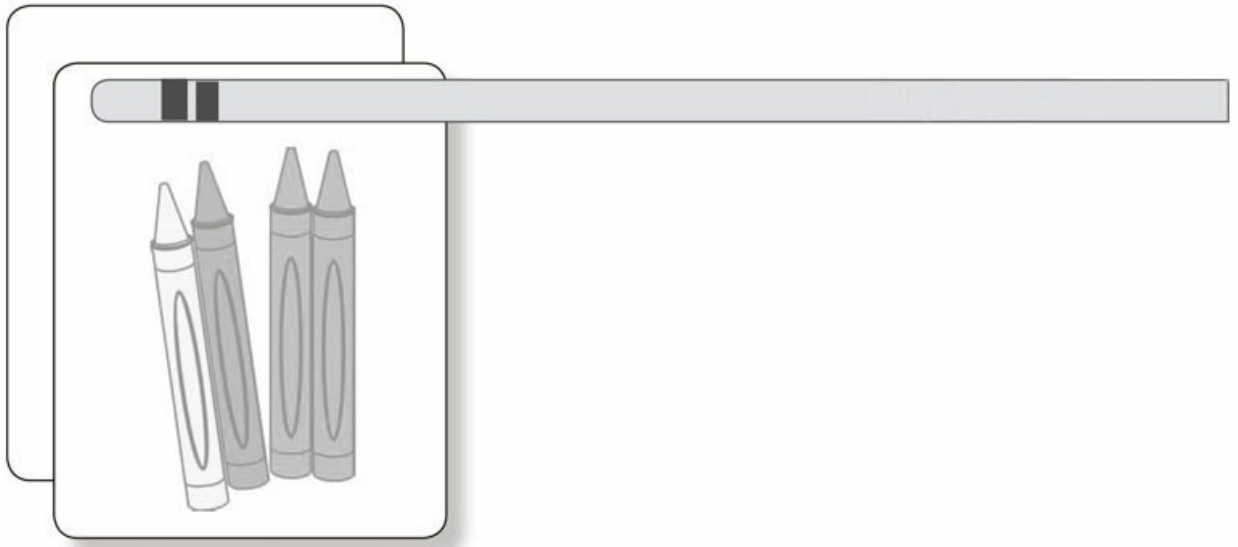
La supervisión en terapia de juego es un componente dinámico y especializado del entrenamiento y preparación del terapeuta de juego. Supervisor y supervisado tienen responsabilidades en la relación que establecen, la cual contribuye al profesionalismo del terapeuta y la calidad de los servicios, como merecen los clientes y sus familias. Lo que hace de la terapia de juego un enfoque holístico y sensible en términos culturales es la universalidad del juego. Retomando elementos de los campos de la terapia de juego y la supervisión en general para desarrollar y proporcionar una supervisión específica para este campo que eleve su nivel, al mismo tiempo que enriquezca las vidas de supervisores, supervisados, niños y su familias.

■ REFERENCIAS

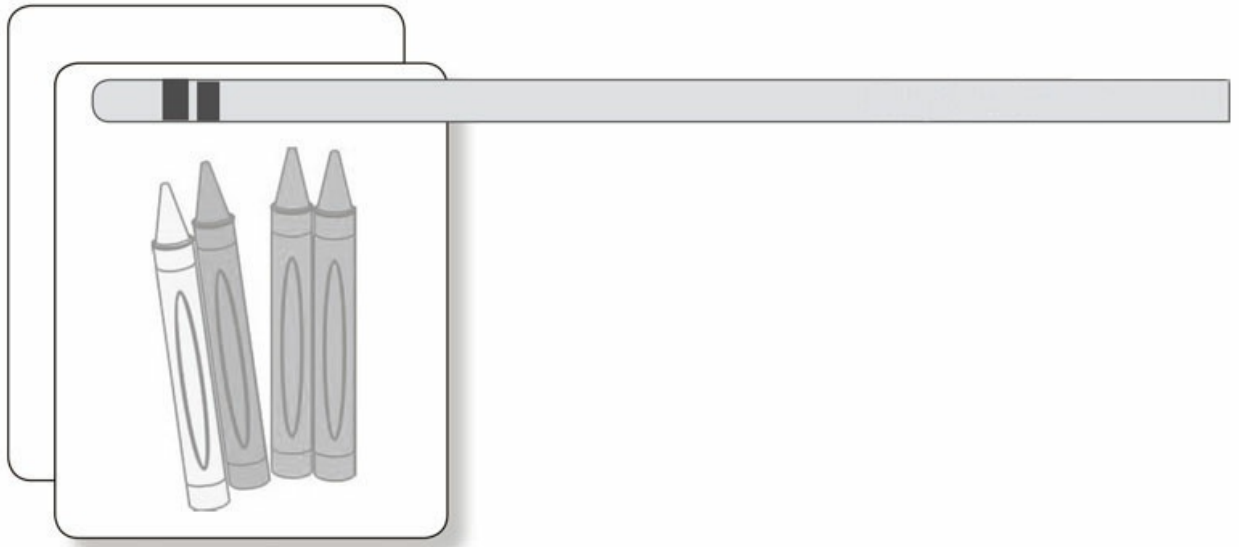
- Allen, V. (2007). Reflective process in play therapy: A practical model for supervising counseling students. *Education, 127*(4), 472.
- Association for Play Therapy. (2014). *Credentialing Guide: Registered play therapist (RPT) and supervisor (RPT-S)*. Recuperado de: http://c.ymedn.com/sites/www.a4pt.org/resource/resmgr/RPT_and_RPT-S_Credentials/RPTS_Guide.pdf
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th ed). Boston, MA: Pearson.
- Carroll, M. (1996). *Counseling supervision: Theory, skills, and practice*. London, England: Cassell.
- Drewes, A. A., & Mullen, J. (2008). *Supervision can be playful: Techniques for child and play therapist supervisors*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Fall, M., Drew, D., Chute, A., & More, A. (2007). The voices of registered play therapists as supervisors. *International Journal of Play Therapy, 16*(2), 133–146.
- Heimlich, E. P. (1980). Paraverbal techniques: A new approach for communication with children having learning difficulties. *Journal of Learning Disabilities, 13*(9), 480–482.
- Hill, C. E., O'Grady, K. E., Balenger, V., Busse, W., Falk, D. R., Hill, M., ...Taffe, R. (1994). Methodological examination of videotape-assisted reviews in brief therapy: Helpfulness ratings, therapist intentions, client reactions, mood, and session evaluation. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 236–247.
- Ladany, N., Hill, C.E., Corbett, M. M., & Nutt, E. A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to the supervisors. *Journal of Counseling Psychology, 43*(1), 10–24.
- Landreth, G. L. (2012). *Play Therapy: The Art of the Relationship*. (3rd ed). NY: Brunner-Routledge.
- Lahad, M. (2000). *Creative supervision: The use of expressive arts methods in supervision and self-supervision*. London, England: Jessica Kingsley.
- Mullen, J. A., Luke, M., & Drewes, A. A. (2007). Supervision can be playful, too: Therapy techniques that enhance supervision. *International Journal of Play Therapy, 16*(1), 69–85.
- Mullen, J. A., & Rickli, J. (2011). *How play therapists can engage parents and professionals* (Rev. ed.). Oswego, NY: Integrative Counseling Services.
- National Institute for Relationship Enhancement. (2014). *Application for certification program*. Recuperado de: <http://www.nire.org/wordpress/wp-content/uploads/2009/08/Application-for-Certification-Program.pdf>
- Newman, D. S., Nebbergall, A. J., & Salmon, D. (2013). Structured peer group supervision for novice consultants: Procedures, pitfalls, and potential. *Journal of Educational and Psychology Consultation, 23*, 200–216.
- Noelle, M. (2002). Self report in supervision: Positive and negative slants. *The Clinical Supervisor, 21*(1), 125–134.
- Perry, C.W. (2012). Constructing professional identity in an online graduate clinical training program: Possibilities for online supervision. *Journal of Systemic Therapies, 31*(3), 53–67.
- Ray, D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory, & Research, 32*(2), 28–41.
- Ronnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development, 71*, 396–405.
- Rubenstein, M., & Hammond, D. (1982). The use of videotape in psychotherapy supervision. En M. Blumenfield (Ed.), *Applied supervision in psychotherapy* (pp. 143–164). New York, NY: Grune & Stratton.
- Vandergast, T., Culbreth, J., & Flowers, C. (2010). An exploration of experiences and preferences in clinical supervision with play therapists. *International Journal of Play Therapy, 19*(3), 174–185.
- Zins, J. E., & Murphy, J. J. (1996). Consultation with professional peers. A national survey of the practices of school psychologists. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 17*, 175–184.

NOTA

¹ Me gustaría expresar mi gratitud a Jacob Hedges, estudiante de posgrado en SUNY Oswego Mental Health Counseling, por su ayuda en la preparación de este capítulo.



Parte 7
Temas contemporáneos



Capítulo 30

Investigación en terapia de juego: temas para el progreso en el siglo XXI

Janine Shelby, Ruth Ellingsen y Charles E. Schaefer¹

La larga tradición de la terapia de juego, su alto índice de aceptación entre los clínicos y su acercamiento al desarrollo se han incrustado con firmeza en los repertorios de muchos clínicos que trabajan con niños. Con una historia de más de 100 años, la terapia de juego sigue siendo una forma popular que se extiende con facilidad de la psicoterapia infantil, sobre todo en comparación con algunos tratamientos basados en evidencias que han trabajado para ganarse la aprobación de los terapeutas en los escenarios clínicos más comunes. La base de evidencias de la terapia de juego incluye dos metaanálisis realizados por dos equipos independientes de investigación (es decir, Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005; Le Blanc y Ritchie, 2001) y décadas de estudios a pequeña escala que demuestran efectos prometedores de los tratamientos en muchos problemas comunes de la infancia. Sin embargo, hay poco reconocimiento de la terapia de juego como un tratamiento con sustento empírico y aun menos acuerdo respecto de la solidez de su base de investigación.

En este capítulo se revisarán las complejidades de la terapia de juego contemporánea, entre las que se incluyen qué es, por qué ha sido difícil definirla y cómo estos temas plantean desafíos para los investigadores de la terapia de juego. También se revisará la base de evidencias y puntos clave que han provocado debates acerca de los fundamentos empíricos de la terapia de juego antes de concluir con temas que se consideran importantes para el crecimiento de la terapia de juego en la era de los tratamientos basados en evidencias del siglo XXI. Con este capítulo, se espera aclarar un campo que con frecuencia se entiende mal aunque su práctica está muy extendida, lo cual ha provocado controversia y defensa vehemente de su valor.

INVESTIGACIÓN Y PREGUNTAS SOBRE LA EFICACIA DE LA TERAPIA DE JUEGO: UNA AMPLIA RED

Quizá, la terapia de juego es el método más usado y más heterogéneo a nivel teórico de la psicoterapia infantil de la actualidad. Desde sus orígenes psicoanalíticos y humanistas, la terapia de juego ha evolucionado para incluir docenas de diferentes orientaciones teóricas y métodos de tratamiento. Su amplio alcance comprende un asombroso rango de dificultades, trastornos y poblaciones meta. Sin embargo, lo que constituye a la terapia de juego sigue siendo ambiguo (es decir, las definiciones varían o son contradictorias entre sí) y parece que hay poco consenso en lo concerniente a cómo brindar los tratamientos o por qué aporta beneficios terapéuticos.

¿Qué es la terapia de juego?

Las definiciones de la terapia de juego difieren en rango y contenido. Algunas son tan específicas que excluyen las terapias de juego fundamentadas en orientaciones teóricas diferentes. Otras son tan inclusivas que incorporan todas las terapias que se relacionan con el juego. En su definición, la *Association for Play Therapy* (APT) aprueba un enfoque relativamente amplio, pero también hace hincapié en la centralidad del juego. Describe la terapia de juego como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que un terapeuta de juego entrenado usa los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar su crecimiento y desarrollo óptimos” (APT, 2014). Así, todos los terapeutas de juego tienen cosas en común (es decir, los aspectos de la relación en el tratamiento y el uso de los poderes terapéuticos del juego) que trascienden las diferencias asociadas con sus orientaciones teóricas. En la práctica, el grado en que las terapias de juego se parecen entre sí varía ampliamente. De hecho, dentro de la misma escuela teórica, aparecen distintas denominaciones de la práctica de la terapia de juego, porque dentro de cada una hay grupos diversos con particularidades. Además, el término **terapia de juego** se ha utilizado para hacer referencia a los tratamientos para niños, pero también para las intervenciones con diadas cuidador-niño y entrenamiento para padres (p. ej., los tratamientos donde los cuidadores son los participantes directos del entrenamiento para usar las técnicas de juego en casa con sus niños). Schaefer (1993), reconociendo la dificultad de definir la terapia de juego, de manera acertada nos recuerda que “el juego, como el amor, la felicidad y otros constructos psicológicos, es más fácil de reconocer que de definir” (p. 1).

Otra distinción central que aparece en muchas definiciones es si el niño dirige el juego, el terapeuta dirige las intervenciones o ambos. Axline (1974, p. 9) describió que la terapia de juego puede ser “directiva... o no directiva” y Schaefer (2001) defiende un enfoque

integrado y prescriptivo en el que se usan ambos métodos. Los clínicos que practican sólo una forma de terapia de juego suelen utilizar un enfoque humanista, centrado en el niño, como la terapia de juego centrada en el niño (Landreth, 1991). De hecho, un desproporcionado número de estudios sobre terapia de juego ha examinado éste o un enfoque relacionado, lo cual hace difícil sacar conclusiones sobre la base de investigación de **todos** los tipos de terapia de juego.

Con nociones tan amplias –o a veces contradictorias– de lo que constituye la terapia de juego, es de especial importancia identificar los factores terapéuticos específicos o unificadores que se encuentran en el núcleo de las diversas formas y definiciones de esta terapia, se han hecho pocas investigaciones para identificar los factores terapéuticos que en ella intervienen. Además de la relación terapéutica positiva, esencial en todas las formas de psicoterapia, el uso terapéutico del juego como el medio primario de discurso parecería la característica distintiva, quizás la única, lógica de la terapia de juego (Kool y Lawver, 2010). Pero, de todos los tipos de juego que los niños practican, ¿cuáles tienen valor terapéutico? Tradicionalmente, el juego simbólico, expresivo y dramático se han usado mucho en terapia de juego. Sin embargo, existen otras categorías del juego, como juego físico, juego manipulativo (p. ej., dejar caer un juguete para ver si los padres lo levantan, mover piezas de rompecabezas), juego de familiarización (p. ej., prepararse para un procedimiento médico), juegos de reglas (p. ej., videojuegos, en computadora, de cartas, de mesa, deportivos) y juego mediante un sustituto (p. ej., cuando los niños incapacitados o enfermos observan las conductas lúdicas realizadas a su nombre). El terapeuta debe determinar qué tipos de juego poseen valor curativo; en caso de que varios tipos de juego ofrezcan beneficios terapéuticos, un modelo de cambio debe explicar cómo producen los resultados positivos (p. ej., los videojuegos, al parecer, harían hincapié en la relación terapéutica en menor grado que otras formas de juego; los juegos deportivos, dada la necesidad de acatar reglas y cumplir con las demandas de la actividad, no implicarían autoexpresión y procesamiento de experiencias en la misma medida que otras formas de juego). Sin embargo, se requieren más estudios empíricos para comprender no sólo si algunos tipos de juego son más terapéuticos que otros, sino cuales, por qué, cómo y para quién.

Ingredientes clave y mecanismos de cambio

“La meta es comprender qué fuerzas invisibles, pero poderosas, que resultan de la interacción lúdica entre el terapeuta y el cliente ayudan a éste último a superar y curar las dificultades psicosociales,” señalaron Schaefer y Drewes (2009, pp. 4-5). Se necesitan investigaciones sobre el proceso de la terapia de juego para clarificar a qué elemento del juego se deben los resultados positivos, como los mecanismos del cambio (es decir, cómo y por qué se producen los resultados) y los factores específicos (es decir, los ingredientes) o combinaciones de factores que producen el cambio. Por fortuna,

empiezan a aparecer trabajos empíricos que especifican por qué y cómo la terapia de juego aporta beneficios terapéuticos (en Russ y Niec, 2011; Stagnitti y Jellie, 2004; Stagnitti, O'Connor y Sheppard, 2012, se encuentran discusiones más profundas sobre este tema); y aunque no se trata de estudios empíricos, algunos autores han hipotetizado cuáles son los ingredientes clave de la terapia de juego (p. ej., Mulherin, 2001; O'Connor, 2002; Schaefer, 1993; Schaefer y Drewes, 2014). En la propuesta de Schaefer, los poderes terapéuticos del juego son el medio a través del cual se producen los avances terapéuticos. Estos poderes, o mecanismos de cambio, producen los beneficios terapéuticos óptimos cuando se ajustan a los agentes causales que subyacen en las dificultades del niño (Drewes, 2011; Schaefer y Drewes, 2009). Los autores postulan que los poderes terapéuticos específicos del juego tienen más eficacia cuando se dirigen a dificultades específicas y combinan diversos modelos y tratamientos. En la tabla 30-1 se resumen los esfuerzos de Schaefer y otros autores para articular los factores y procesos a través de los cuales el cambio ocurre en terapia de juego.

El primer paso crucial para comprender más sobre el proceso de la terapia de juego es identificar los ingredientes clave del cambio, lo cual también ofrece una base importante a partir de la cual se pueden examinar los factores curativos postulados asociados con los métodos de juego. Sin embargo, identificar los factores de cambio es de particular complejidad, porque la mayoría de las terapias de juego están inmersas en una orientación teórica más general. Esta fusión hace poco claro si los beneficios terapéuticos derivan de los agentes de cambio postulados por la teoría, de las técnicas de juego específicas o de la interacción entre los métodos estándar y el juego. Como Philips (2010) señaló, las intervenciones en terapia de juego se confunden con sus fundamentos teóricos. Por lo tanto, los modelos de cambio también deben articularse en cada tipo de tratamiento (p. ej., centrado en el niño, adleriano o cognitivo-conductual). Por ejemplo, un terapeuta humanista debe descifrar si la relación, el juego o alguna combinación de ambos produce el cambio (Baggerly y Bratton, 2010). De manera semejante, los terapeutas que practican la terapia cognitivo-conductual para tratar a un niño traumatizado debe discernir si el procesamiento emocional del evento traumático basado en la exposición, el juego, las sesiones con el cuidador o una combinación de estos elementos produce los avances terapéuticos. Otro tema interesante es que los medios para alcanzar los objetivos terapéuticos postulados por las teorías más generales (p. ej., teoría cognitivo-conductual, humanista, psicodinámica) con frecuencia involucran métodos donde no se incluye el juego, así que el terapeuta debe articular cómo y por qué produce beneficios adicionales.

Un tema interesante es si la terapia de juego sólo es un vehículo que facilita el cambio o el juego en sí mismo posee un valor curativo especial. En algunas terapias, el juego funciona como una plataforma ambiental a partir de la cual los ingredientes terapéuticos clave o la comunicación tiene lugar. Por ejemplo, en la psicoterapia padres-hijo (Lieberman y Van Horn, 2008), la interacción diádica ocurre en su mayor parte a través del juego, pero éste no es considerado un ingrediente clave del cambio. Estos temas empujan al terapeuta a descifrar si: a) el juego en sí mismo constituye una base teórica

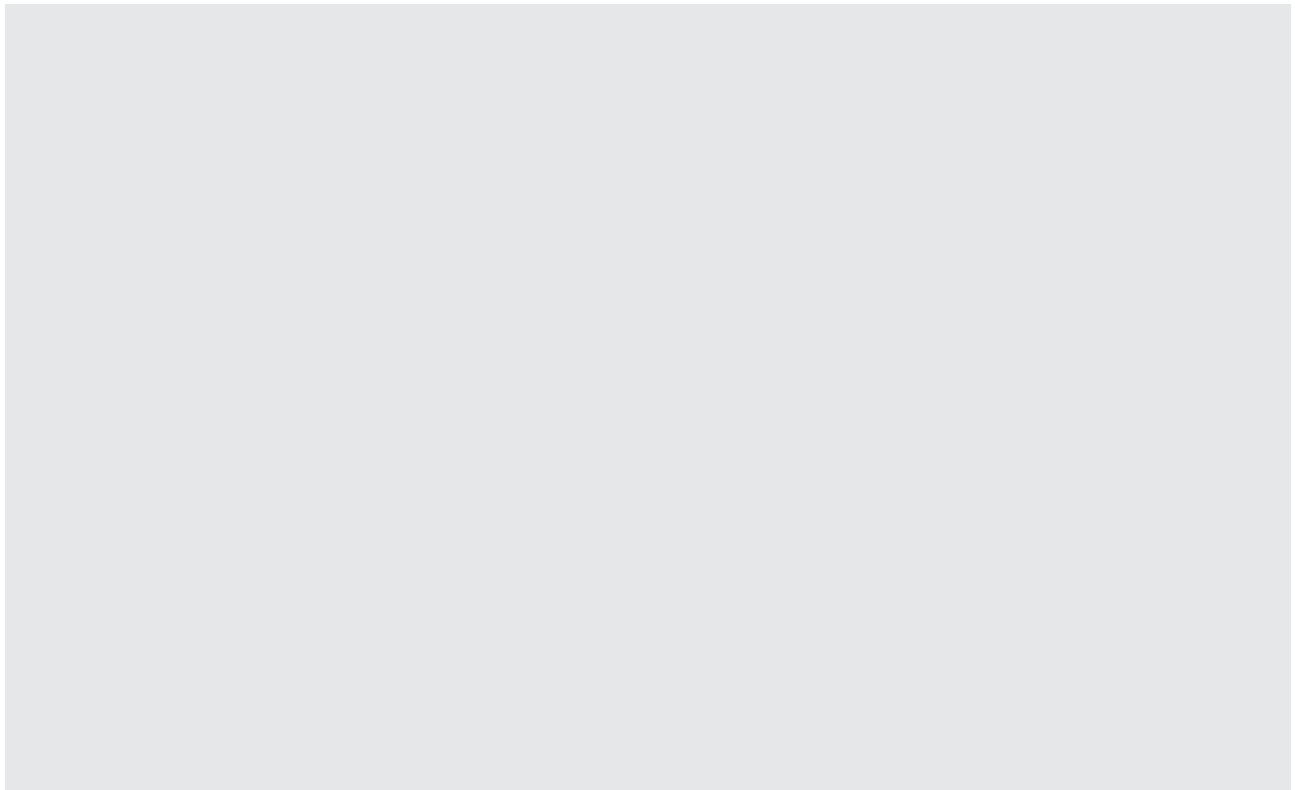
para muchas terapias infantiles, b) la terapia de juego es un tratamiento unificado y conceptualmente distinto conformado por principios compartidos de una teoría universal, o c) la terapia de juego es un derivado de una teoría previa (p. ej., humanista, psicodinámica o cognitivo-conductual).

Tabla 30-1. Propuestas de elementos clave de la terapia de juego

Autor	Término que describe las variables procesales	Elemento clave
Schaefer y Drewes (2009, 2014)	Poderes terapéuticos	Autoexpresión
		Acceso al inconsciente
		Enseñanza directa e indirecta
		Abreacción
		Inoculación del estrés
		Contracondicionamiento de afectos negativos
		Catarsis
		Afecto positivo
		Sublimación
		Fortalecimiento del apego y la relación
		Juicio moral
		Empatía
		Poder/control
		Competencia y autocontrol
		Sentido de sí-mismo
		Desarrollo acelerado
		Solución creativa de problemas
		Compensación en la fantasía
		Prueba de realidad
		Ensayo conductual
		Establecimiento de <i>rapport</i>
Mulherin (2001)	Criterios que influyen en la eficacia	Relación terapéutica
		Oportunidades de diagnóstico
		Vencer los mecanismos de defensa
		Facilitar la articulación
		Descarga terapéutica
		Preparación anticipatoria
O'Connor (2002)	Proceso de cambio	Dominio cognitivo

		• Transformación de esquemas
		• Intercambio simbólico
		• Introspección
		• Desarrollo de habilidades
		Dominio afectivo
		• Abreacción
		• Experiencia emocional
		• Educación afectiva
		• Regulación emocional
		Dominio interpersonal
		• Apoyo y validación
		• Relación correctiva
		• Andamiaje de apoyo

Jent, Niec y Baker (2011) recomiendan que el terapeuta se apegue más a los principios basados en evidencias y en los principios teóricos del tipo de terapia que practica. Sin embargo, los terapeutas de juego tradicionalmente han sostenido que los elementos unificadores trascienden las distintas manifestaciones teóricas. En cualquier caso, estas cuestiones complejas de identidad y proceso establecen el contexto en el que ahora examinamos la investigación de los resultados de la terapia de juego en el siglo XXI.



ESTADO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA TERAPIA DE JUEGO: ¿EN LA MIRADA DEL ESPECTADOR?

En muy pocas ocasiones, un solo cuerpo de literatura ha sido interpretado de maneras tan contrastantes. En la literatura, se ha dicho que la terapia de juego cuenta con una sólida base de investigaciones, pero también se ha dicho que la evidencia a su favor es limitada o inexistente. Ray y Bratton (2010) concluyeron que “la investigación en terapia de juego se remonta a más de 45 años que aporta sustento para rebatir incluso la más dura de las críticas” (p. 3). Otros han señalado, en el mismo sentido, que “hay una gran cantidad de investigaciones [sobre la terapia de juego] disponibles” (Kool y Lawver, 2010, p. 23), que la terapia de juego es viable en términos estadísticos (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005) y que es un medio eficaz de la intervención en salud mental con niños (Homeyer y Morrison, 2008). Baggerly (2009) revisó 16 estudios recientes y relativamente rigurosos (8 de terapia de juego y 8 de terapia filial) y determinó que hay suficiente investigación para cumplir con un estándar promisorio o probablemente eficaz. La terapia de juego grupal psicodinámica (Bonner, Walker y Berliner, 1999) y la terapia de juego focalizada en el trauma (Gil, 1998) se encontraron en un informe de un grupo especial sobre abuso sexual y físico infantil (Saunders, Berliner y Hanson, 2003), donde se describían como “un tratamiento aceptable y con sustento” y como “un tratamiento promisorio y aceptable,” respectivamente. Sin embargo, *Centers for Disease Control* [Centros para el Control de Enfermedades] (2008) revisó siete intervenciones con trauma infantil y concluyeron que la evidencia era insuficiente para determinar la eficacia de la terapia de juego y de otros cinco tratamientos no cognitivo-conductuales. Urquiza (2010) supuso que, en la investigación empírica sobre terapia de juego, se ha rezagado de manera constante sus prácticas y el examen de sus estrategias –no sólo es falta de investigaciones– para obtener la credibilidad que busca. Phillips (2010) resume el estado de la investigación sobre terapia de juego (TJ) afirmando que “la lección es que aún no contamos con un cuerpo de evidencias científicas creíbles en la mayoría de las TJ” (p. 13). Hasta la fecha, la terapia de juego no ha alcanzado el nivel de tratamiento basado en evidencias de acuerdo con alguna organización, grupo especial o cámara de compensación con el propósito de evaluar los méritos de diversas bases empíricas de los tratamientos.

Con estas revisiones discrepantes de la literatura, ¿quién le cree a un terapeuta de juego? En realidad, a cualquiera. Cada punto de vista aporta una parte de un panorama más holístico. En las siguientes páginas, se describirán los datos existentes con el fin de integrar una visión precisa, integral y equilibrada del estado de la investigación sobre terapia de juego.

¿HAY EVIDENCIAS QUE SUSTENTEN EL USO DE LA TERAPIA DE JUEGO?

Para examinar la base de evidencias de la terapia de juego, esta revisión se enfocará primero en los estudios que describen intervenciones claramente catalogadas como terapia de juego y se ajustan a la definición actual de la APT antes citada. Las terapias cuidador-niño, comunes entre los terapeutas de juego que emplean el entrenamiento de los padres para promover el juego del niño, se considerarán como una categoría distinta de tratamiento, aunque con elementos en común. Las terapias que se ajustan a una definición más amplia o las cumplen con esta definición, pero los autores no las describen con claridad como terapia de juego, también se describen por separado. Aunque está más allá del alcance de este capítulo presentar la evidencia de **todos** los tratamientos infantiles que incluyen un componente de juego, algunos de estos tratamientos se considerarán para abordar el hecho de que los fundamentos empíricos de la terapia de juego se fortalecen significativamente si se incluyen estos en las revisiones.

Investigación metaanalítica sobre terapia de juego

El aspecto más citado de la investigación sobre terapia de juego es el metaanálisis, en el cual, se analizan los efectos de un tratamiento combinando los resultados de múltiples estudios independientes; de ese modo se superan las limitaciones de los tamaños pequeños de las muestras. Los resultados de los estudios se convierten en tamaños del efecto (TE), se refieren a la magnitud promedio del cambio en unidades de desviación estándar observadas en individuos que reciben un tratamiento en comparación con los que forman parte de grupos de control. De acuerdo con Cohen (1977), $d = 0.2$ representa un TE pequeño; $d = 0.5$, un TE medio, y $d = 0.8$, un TE grande. LeBlanc y Ritchie (2001) realizaron el primer metaanálisis centrado exclusivamente en la terapia de juego, con resúmenes de tesis que datan desde 1945 y más de 40 estudios a lo largo de varias décadas. Informaron un TE moderado de 0.66 en 42 estudios controlados. También informaron una fuerte relación entre el efecto del tratamiento y a) la inclusión de los padres y b) la duración del tratamiento. Bratton et al. (2005) realizaron un segundo metaanálisis e informaron un TE grande de 0.80 a 0.93 en los estudios sobre terapia de juego. Algunos otros metaanálisis y revisiones sistemáticas de la psicoterapia infantil han informado resultados favorables para la terapia de juego, pero incluyen muy pocos estudios sobre terapia de juego y toman poco en cuenta sus efectos (Allin, Walthen y MacMilan, 2005; Casey y Berman, 1985; Eyberg, Nelson y Boggs, 2008; Hetzel-Riggin, Brausch y Montgomery, 2007; Wethington et al., 2008). En general, estos hallazgos sugieren que la terapia de juego es eficaz en un grado comparable al de la mayoría de las psicoterapias infantiles (Casey y Berman, 1985, TE = 0.71; Weisz, Weiss, Han, Granger

y Morton, 1995, $TE = 0.54$).

Bratton et al. (2005) realizaron el metaanálisis más grande, por lo que lo resumiremos con detalle. En él se incluyeron estudios que utilizaron un diseño de investigación con controles (es decir, diferente de un diseño aleatorizado controlado), presentan suficientes datos para calcular el TE e identifican con claridad una intervención de terapia de juego. En el análisis final, 93 estudios se evaluaron y se determinó un TE general de 0.80, el cual indica un efecto grande del tratamiento. Es importante señalar que Bratton et al. (2005) examinaron varias características específicas de los tratamientos, de los participantes y de los estudios que pudieran tener un impacto en los resultados de los tratamientos. En relación con las características del tratamiento, tanto el enfoque humanista/no directivo, como el no humanista/directivo mostraron ser eficaces. En este último enfoque, se encontró un TE más grande, pero los autores advierten que, al interpretar este dato, debe tomarse en cuenta que hay una mayor cantidad de estudios codificados como humanistas/no directivos versus no humanistas/directivos, una falta de especificidad en la descripción de las intervenciones usadas en muchos de los estudios, y una falta de consistencia en los protocolos de tratamiento, incluso dentro de la misma escuela teórica. No se incluyeron los índices de la calidad de cada estudio incluido en el metaanálisis, y los propios autores señalan las limitaciones asociadas con la inclusión de estudios de calidad cuestionable. También hay que señalar que el TE de la terapia de juego presentado por un paraprofesional (padre, maestro o par mentor entrenado y supervisado por un profesional) fue significativamente superior que el TE cuando es presentado por un profesional de la salud mental. Otra vez, los autores recomiendan ser cautos en la interpretación de esta diferencia (es decir, los cuidadores que participaron proporcionaron valoraciones de los resultados, posibles diferencias entre los tratamientos con o sin cuidadores como participantes, y posibles diferencias relacionadas con la población con probabilidades de recibir tratamiento directamente de un profesional de la salud mental). La mayoría de los estudios de este metaanálisis se realizaron en un escenario escolar o con pacientes externos de una clínica, pero la terapia de juego llevada a cabo en escenarios de incidentes críticos o de internamiento produjeron un TE significativamente más grande, pero el bajo número de estudios en estos escenarios limitan las conclusiones que se pueden sacar en relación con esta superioridad.

Los análisis de las características de los participantes indicaron que la edad, el género ni el tipo de problema (p. ej., internalizados, externalizados o una combinación de ambos) fueron factores significativos para predecir los resultados del tratamiento, pero aproximadamente una tercera parte de los estudios podían no estar codificados en estas categorías, y los estudios estaban dirigidos a diversos padecimientos como retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo y esquizofrenia infantil. El grupo étnico no se informó debido a la falta de especificidad en cada estudio. Los autores informaron varios estudios individuales carecían de los instrumentos adecuados para medir los resultados, lo cual fue reconocido por ellos como una limitación de su metaanálisis. Por último, se analizó la fuente de las medidas de los resultados (es decir, padres, maestros, observadores entrenados, desempeño de los participantes e informes de los participantes)

y los resultados no mostraron diferencias significativas entre las fuentes.

Además de las características del tratamiento y los participantes, se examinaron las del estudio (es decir, estatus de la publicación, diseño y fuente de los participantes). La única cualidad de este metaanálisis fue el intento de abordar el sesgo de la publicación (una tendencia en los estudios a informar hallazgos estadísticamente significativos para ser publicados preferentemente respecto con los que informan resultados no significativos) incluyendo 50 estudios no publicados. Como se esperaba, los resultados indicaron un efecto significativamente más grande en los estudios publicados en comparación con los no publicados. La fuente de los participantes (es decir, los que buscaban servicios clínicos versus los que fueron reclutados para la investigación) y el diseño del estudio (es decir, terapia de juego versus grupo de control, terapia de juego versus tratamientos alternativos, o terapia de juego versus tratamientos alternativos versus grupo de control) no afectaron los resultados del tratamiento.

Bratton et al. (2005) presentaron una organización muy necesaria de las actividades investigativas en un campo en expansión cuantificando el valor de la terapia de juego y su estatus relativo entre el repertorio de las intervenciones y dando un paso extra para combatir el sesgo de la publicación. Su trabajo aportó una base importante a partir de la cual la investigación subsiguiente se catapultó y dio más sustento a la práctica de la terapia de juego. Sin embargo, las limitaciones metodológicas de la investigación disponible para Bratton y colaboradores dictan que los resultados se deben interpretar con precaución. Como los autores señalaron, un metaanálisis sólo es sólido en la medida en que los estudios que incluye y somete a análisis estadísticos lo son. Es difícil sacar conclusiones de un metaanálisis sin un sistema de codificación para la calidad de los estudios (Phillips, 2010). Baggerly y Bratton (2010) abordaron esta omisión e identificaron preocupaciones relacionadas con la calidad de los estudios. Explicaron que, en la actualidad, muchos criterios considerados en la evaluación de la calidad de un estudio (p. ej., uso de protocolos de tratamiento y medidas de adherencia al protocolo) no formaron parte del procedimiento estándar en la investigación sino desde finales de la década de 1990. La inclusión de los primeros estudios sobre terapia de juego requirió que se omitieran muchos estudios del análisis final, y aunque sólo se incluyeron algunos estudios (es decir, los que utilizan un diseño de comparaciones con grupo control y pre y post) era frecuente la falta de descripción de los métodos y procedimientos en los estudios originales (Bratton et al., 2005). Así, los resultados del metaanálisis no alcanzan a dar el sustento sólido que los defensores de la eficacia de la terapia de juego desean. Sin embargo, se puede decir que el metaanálisis provee sustento preliminar, aunque limitado, para el uso de la terapia de juego. No obstante, el metaanálisis fue un gran paso basado en el de LeBlanc y Ritchie en la ruta de demostrar el apoyo de la investigación a la terapia de juego. Ambos estudios tuvieron muchas consecuencias positivas, como una mayor credibilidad de la terapia de juego y una discusión más extendida sobre la investigación en este campo.

Investigación sobre terapia de juego en el siglo XXI

Aunque necesario para reconocer las limitaciones de la investigación sobre terapia de juego, también es importante reconocer el crecimiento de los métodos científicos rigurosos. En las últimas décadas, los estándares de la investigación de los tratamientos psicológicos han progresado, y ahora exigen diseños experimentales o cuasi-experimentales que proporcionen más que un TE grande para determinar los fundamentos empíricos de los tratamientos. El término **experimental** indica que el estudio cumple con los criterios más estrictos en el diseño de una investigación, como asignación aleatoria de los sujetos, comparación con un grupo de control y con un tratamiento alternativo, descripciones claras del método y el tratamiento, y atención a las amenazas sobre la validez interna y externa. El término **cuasi-experimental** indica que en el estudio se hicieron comparaciones o incluyeron un grupo de control, un método claro y se puso atención en las amenazas a la validez interna y externa, pero los sujetos no se asignaron aleatoriamente a los grupos (Rubin, 2008).

Hay muchas visiones sobre los criterios de los tratamientos basados en evidencias (TBE), pero las pruebas aleatorias-controladas, la delineación cuidadosa de la muestra, la especificación del tratamiento y la replicación de los resultados por parte de un investigador o equipo independiente son los criterios más comunes (Kazdin, 2011). Southam-Gerow y Prinstein (2014) propusieron criterios para los TBE basados en los que Chambless et al. (1998), Silverman y Hinshaw (2008) y Nathan y Gorman (2007) desarrollaron. Estos criterios se presentan en la tabla 30-2.

Tabla 30-2. Criterios de los tratamientos basados en evidencias

Criterios de los métodos	
M.1 Diseño grupal: el estudio incluyó un diseño aleatorizado controlado	
M.2 Variable independiente definida: se usaron manuales de tratamiento o un equivalente lógico	
M.3 Población clarificada: se realizó con una población, tratada por problemas específicos, para la cual los criterios de inclusión se presentaron con claridad	
M.4 Resultados evaluados: se usaron medidas de evaluación válidas y confiables de los resultados para calibrar los problemas a tratar	
M.5 Análisis adecuados: se aplicaron análisis adecuados a los datos, y el tamaño de la muestra fue suficiente para detectar los efectos esperados	
Nivel 1: Tratamientos bien establecidos	
Criterios de las evidencias	
Eficacia demostrada del tratamiento que muestra ser:	
1.1 Superior en la significancia estadística respecto de un placebo psicológico o en píldora, o a otro tratamiento activo	O
1.1b Equivalente (o no significativamente diferente) a un tratamiento ya bien establecido en los experimentos	Y
1.1c Demuestra eficacia en al menos dos escenarios de investigación independientes y por dos equipos de investigación independientes	Y

Los cinco criterios del método	
Nivel 2: Tratamientos probablemente eficaces	
Criterios de las evidencias	
2.1 Debe haber al menos dos buenos experimentos que muestren que el tratamiento es superior (con significancia estadística) a un grupo de control en lista de espera	O
2.2 Un experimento (o más) que cumpla con el nivel de tratamiento bien establecido excepto por el criterio 1.1c (es decir, tratamientos de nivel 2 que no incluyan equipos de investigación independiente)	Y
2.3 Los cinco criterios del método	
Nivel 3: Tratamientos posiblemente eficaces	
Criterios de las evidencias	
3.1 Al menos una prueba aleatoria controlada que muestre que el tratamiento es superior a una lista de espera o a un grupo de control sin tratamiento	Y
3.2 Los cinco criterios del método	O
3.3 Dos o más estudios clínicos que muestren que el tratamiento es eficaz, de los cuales al menos dos cumplan con los últimos cuatro criterios del método (o con los cinco), pero no son pruebas aleatorias controladas	
Nivel 4: Tratamientos experimentales	
Criterios de las evidencias	
4.1 Aún no se ha confirmado en una prueba aleatoria controlada	O
4.2 Se ha probado en uno o más estudios clínicos, pero no los suficientes para cumplir con los criterios del nivel 3	
Nivel 5: Tratamientos de eficacia cuestionable	
5.1 Se ha probado en experimentos con buenos diseños grupales y se ha encontrado que es inferior a otros grupos de tratamiento y, o de lista de espera (es decir, sólo la evidencia disponible de estudios experimentales sugiere que el tratamiento no tiene efectos beneficiosos)	
Fuente: Southam-Gerow y Prinstein (2014). Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology (Routledge: London).	

De acuerdo con estos criterios, la mayor parte de los estudios publicados desde 2000 se ubican en el nivel 4, experimental, debido a una falta general de las características esenciales para cumplir con los criterios basados en evidencias, como la comparación entre grupos, asignación aleatoria, muestra de tamaño adecuado, medidas confiables y válidas con aplicación y calificación a ciegas, tratamientos implementados apegándose a un manual, entrenamiento y supervisión apropiados de los terapeutas, criterios específicos de inclusión/exclusión de los participantes, y análisis estadísticos adecuados. Sin embargo, un subconjunto de terapias de juego se ubicó en el nivel 2, probablemente eficaz, y algunas terapias filiales se ubicaron en el mismo nivel, como se discutirá más adelante.

El uso de las pruebas aleatorias controladas (PAC) y de los criterios antes mencionados no está exento de críticas. Sin embargo, como Urquiza describió acertadamente, alcanzar estos estándares de información es el camino más claro hacia la aceptación y credibilidad

de la terapia de juego. En los últimos años, los investigadores han respondido a la necesidad de evidencia empírica más estricta para elevar a la terapia de juego en relación con los criterios de los TBE. Un ejemplo de PAC diseñado para examinar la terapia de juego centrada en el niño (TJCN) para preescolares con niveles clínicos de conductas disruptivas (Bratton et al. 2013). Esta PAC cumplió con los cinco criterios descritos por Southam-Gerow y Prinstein (2014). **Diseño grupal:** los niños se asignaron aleatoriamente a la TJCN (es decir, el tratamiento experimental) o a una asesoría en lectura (es decir, el grupo de control activo). **Variable independiente definida:** los terapeutas recibieron un entrenamiento en TJCN y siguieron un protocolo específico del tratamiento (Ray, 2011). Se garantizó la fidelidad al tratamiento grabando todas las sesiones, brindando supervisión semanal, revisando todas las sesiones con una lista de verificación de habilidades de la TJCN (Ray, 2011), y revisiones aleatorias de la fidelidad. **Población clarificada:** los autores presentaron una descripción clara de los participantes, quienes fueron tratados por un problema específico (es decir, conductas disruptivas). Los participantes del estudio se limitaron a jóvenes que tuvieron calificaciones en el rango clínico o limítrofe de una medida consolidada de conductas disruptivas, el formato de informe del maestro (TRF, por sus siglas en inglés) (Achenbach y Rescorla, 2001). **Análisis adecuados:** el tamaño de la muestra ($N = 54$) fue suficiente para encontrar una diferencia estadística entre los grupos experimental y de control de acuerdo con un análisis previo de poder. Los análisis de los datos fueron adecuados y los resultados incluyeron un nivel de significancia estadística y TE.

Hay más estudios experimentales y cuasi-experimentales de la TJCN con casos de conducta disruptiva (Fall, Navelski y Welch, 2002; Garzo y Bratton, 2005; Ray, Blanco, Sullivan y Holliman, 2009; Schumann, 2010), pero debido a las limitaciones metodológicas, ninguno de ellos cumple con los cinco criterios del método. Las limitaciones primarias incluyen muestras de tamaño pequeño y descripciones no específicas de los protocolos de tratamiento y las poblaciones meta. Por lo tanto, la TJCN cumple con los criterios de un tratamiento de nivel 2 para la conducta disruptiva. Un experimento cumple los cinco criterios del método, pero no se puede considerar de nivel 1 sino cuando otro un equipo de investigación realice un estudio del mismo calibre metodológico. Otro estudio reciente, realizado por algunos de los mismos autores y usando casi el mismo diseño de Bratton et al. (2013), aportó evidencias para ubicar la terapia de juego adleriana en el nivel 2 como tratamiento para la conducta disruptiva (Meany-Walen, Bratton y Kottman, 2014). Aunque el resto de las intervenciones con terapia de juego publicadas desde el año 2000 siguen en el nivel 4, ha habido cada vez más investigaciones experimentales y cuasi-experimentales que indican efectos positivos en diversos problemas, como los internalizados (Packman y Bratton, 2003), TDAH (Ray, Schottelkorb y Tsai, 2007), trauma (Schottelkorb, Doumas y Garcia, 2012; Tyndall-Lind, Landreth y Giordani, 2001; Shen, 2002), problemas académicos (Blanco y Ray, 2011), retraso en las habilidades de lenguaje (Danger y Landreth, 2005), problemas en la relación maestro-alumno (Ray, 2007; Ray, Henson, Schottelkorb, Brown y Muro, 2008) y adaptación a los problemas médicos (Bloch y Toker, 2008; Jones y Landreth,

2002; Li y Lopez, 2007; Tsai et al., 2013). La evidencia empírica de la terapia de juego médico es particularmente notable por sus fortalezas metodológicas y resultados promisorios.

Nuestra revisión de 22 estudios adicionales identificados como cuasi-experimentales o experimentales desde el año 2000 mostró un efecto significativamente positivo de la terapia de juego, aunque es importante reconocer la confusión potencial del sesgo de las publicaciones. “Nunca se ha juzgado a la terapia de juego innecesaria, contraproducente o fallida, señaló LaMotte (2011, p. 71) a partir de una revisión de la terapia de juego para el trauma. No obstante, el apoyo de la investigación para la terapia de juego es cada vez mayor y los métodos de investigación se han fortalecido en las últimas dos décadas. Los investigadores han mejorado en los cinco criterios del método propuestos por Southam-Gerow y Prinstein (2014). Este respaldo que ha surgido merece mayor credibilidad para estas formas de terapia de juego de lo que se suele reconocer en la literatura más allá de las revistas especializadas en este tipo de terapia. De hecho, varios tratamientos ampliamente aceptados de terapia no de juego en la literatura predominante sobre psicoterapia infantil alcanzan sólo el nivel 2, lo cual hace pensar a muchos terapeutas de juego se pasa por alto si la investigación sobre la terapia de juego. En resumen, este tipo de terapia tiene una base de evidencias en aumento, pero aún no tiene una base de evidencias **sólida**. Las limitaciones metodológicas siguen dificultado que la terapia de juego cumpla con los criterios para ser reconocida como un tratamiento con sustento empírico. Para ilustrar cómo los temas metodológicos impactan en la percepción de la investigación sobre terapia de juego, se examinarán varios estudios en términos de su nivel de rigor metodológico, y de sus fortalezas y limitaciones. Sin embargo, antes de hacerlo, reconocemos que relativamente pocos terapeutas también son investigadores, y las contribuciones de quienes han emprendido una investigación son reconocidas y valoradas.

Diseño grupal

Las PAC cada vez son más comunes en la investigación sobre terapia de juego. Esta revisión, que incluyó estudios del siglo XXI revisados por pares, publicados de terapias de juego no filiales, identificó 18 estudios experimentales (Blanco y Ray, 2011; Bratton et al., 2013; Carpentier, Silovsky y Chaffin, 2006; Danger y Landreth, 2005; Fall et al., 2002; Garza y Bratton, 2005; Jones y Landreth, 2002; Li et al., 2008; Meany-Walen et al., 2014; Packman y Bratton, 2003; Paone, Packman, Maddux y Rothman, 2008; Ray, 2007; Ray et al., 2007, 2008; Schottelkorb et al., 2012; Shen, 2002, Tsai et al., 2013; Wang Flahive y Ray, 2007). Aunque la aleatorización suele ser difícil cuando se hace un diseño de investigación sobre un tratamiento, los investigadores han respondido con claridad a la necesidad de las PAC.

Variable independiente definida

La investigación sobre terapia de juego ha avanzado en identificar y describir el protocolo del tratamiento. De un modo similar a Bratton et al. (2013) y Meany-Walen et al. (2014), algunos estudios identificaron y describieron con claridad el protocolo del tratamiento (Blanco y Ray, 2011; Garza y Bratton, 2005; Li et al., 2008; Ray et al., 2007, 2008, 2009; Tsai et al., 2013). La especificación de los componentes del tratamiento y la garantía de la fidelidad a éste incluyó elementos importantes, como el entrenamiento estructurado para los terapeutas, supervisión frecuente, sesiones videograbadas, y listas de verificación para asegurar la fidelidad al tratamiento. Sin embargo, la investigación catalogada como de “terapia de juego”, realizada sin una descripción y, o estructura precisas a veces es una barrera metodológica, aun cuando otros aspectos de la investigación son sólidos. Por ejemplo, el importante estudio de Shen (2002) sobre terapia de juego grupal habría aportado evidencia más sólida si hubiera incluido una descripción más clara de la intervención, y la PAC pionera de Schottelkorb et al. (2012) en la que se comparó la TJCN con un tratamiento para el trauma habría sido más fuerte si el tratamiento de comparación, la TF-CBT (terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma), hubiera mantenido su integridad y fidelidad (es decir, la prescripción de un manual para la TF-CBT se modificó para ser más breve, con dos sesiones semanales, y los padres no recibieron sesiones individuales extra). Estas cuestiones metodológicas no necesariamente significan que las terapias de juego no son eficaces; de hecho, en muchos casos, se encontraron efectos positivos. Sin embargo, las cuestiones metodológicas y, o las limitaciones de los estudios cambian el alcance y la confianza en las conclusiones que se pueden sacar. Estos factores influyen en la percepción de la investigación sobre terapia de juego y su eficacia.

Población clarificada

La investigación también ha mejorado en términos de especificar los criterios de inclusión y exclusión. Algunos estudios recientes especifican un diagnóstico o problema (Bratton et al., 2013; Garza y Bratton, 2005; Meany-Walen et al., 2014; Schumann, 2010; Tsai et al., 2013), pero otros no los especifican. Por ejemplo, si los estudios de Fall et al. (2002) y Wang et al. (2007) se replicaran, sería de utilidad delimitar las amplias poblaciones de n (es decir, cualquier niño que se encuentre en programas de educación especial, o que sea remitido por el maestro por presentar problemas conductuales, respectivamente) a problemas, preocupaciones o diagnósticos específicos. Estos amplios criterios de inclusión no definen con claridad las poblaciones que se pueden beneficiar del tratamiento que se investiga, y, si se emplea con una población no clínica, puede no ser generalizable a una que sí lo es. Omitir aspectos en la descripción de la población es una limitante en muchas investigaciones sobre terapia de juego, pero la gran mayoría de los estudios contemporáneos incluyen informes minuciosos de otras características de los participantes como edad, género y grupo étnico.

Resultados evaluados

Muchos estudios recientes utilizan medidas de evaluación bien establecidas con una validez y confiabilidad sólidas. Además, ahora se recurre más a asesores que desconocen a qué tratamiento o grupo de comparación se asigna a los participantes. Los estudios más recientes han utilizado instrumentos de evaluación para medir los problemas específicos relacionados con la pregunta de investigación, pero la frecuente falta de especificación de los problemas, como se mencionó antes, crea confusión en este aspecto.

Análisis adecuados

En los estudios correspondientes al siglo XXI, los tamaños de las muestras variaron de 9 a 291, con una media de 57. Al eliminar el estudio de 291 participantes por ser un caso atípico, la media aún era impresionante: 47 participantes (rango = 19 – 93). Aunque el tamaño de la muestra sigue siendo una barrera para alcanzar el nivel de TBE, esta media y este rango es una mejoría clara respecto de la investigación de las primeras décadas de la terapia de juego, en la que predominaban las muestras pequeñas. Sin embargo, muy pocos estudios recientes proporcionaron un análisis de poder *a priori*, el cual es un análisis preliminar importante para establecer cuántos participantes son necesarios para determinar un efecto estadísticamente significativo. Aunque esto es más común en los estudios recientes, la investigación sobre terapia de juego se beneficiaría si se incluyen descripciones más detalladas de los análisis estadísticos, como los niveles de alfa y los tamaños del efecto.

En general, la investigación sobre la terapia de juego ha tenido avances metodológicos importantes en el siglo XXI y sigue acercándose de manera constante hacia una base sólida de evidencias. Las investigaciones de nuestra revisión variaron de diversos estudios con serias limitaciones a lo que muestran rigor científico, por lo que se sigue acumulando apoyo empírico para la terapia de juego. Siendo cuidadosa para cumplir con los criterios metodológicos tratados, la investigación sobre la terapia de juego seguirá avanzando hasta alcanzar el nivel de sustento empírico.

Definición ampliada de las terapias de juego: ¿son eficaces?

Muchos tratamientos que no necesariamente se conceptualizan o definen como terapia de juego incluyen el juego, técnicas de la terapia de juego o se basan en el juego como medio primario para implementar la intervención terapéutica. Varios enfoques diádicos o de entrenamiento a padres basados en evidencias o con sólido sustento empírico se ajustan a esta condición, por lo que se hablará de ellos en la siguiente sección de este capítulo. Además de estos tratamientos, muchas otras terapias basadas en el juego, con sustento empírico, no pueden considerarse como terapia de juego. Schaefer (2008) identificó numerosos tratamientos para niños –muchos con estudios controlados o aleatorizados controlados que apoyan su uso–, como el juego de realidad virtual (Reid,

2004), fantasía guiada (Krakov y Zadra, 2006) psicoterapia infantil-consejería a padres estructuradas (Cohen y Mannarino, 1996), entrenamiento en respuestas fundamentales (Stahmer, 1995) y el modelo Denver del inicio temprano (Roger y Lewis, 1989). También existen otros tratamientos muy investigados, como la TCC o para el trauma complejo, que incorporan el juego (c.f. Asarnow, Scott y Mintz, 2002; Briere y Lanktree, 2008), aunque estos no se consideran claramente terapias de juego. Es interesante que el juego se considera un ingrediente esencial –o al menos, un medio destacado– para el cambio en estos tratamientos, aunque los autores pueden no considerar los tratamientos como terapia de juego ni se consideran ellos mismos terapeutas de juego. Esto plantea preguntas importantes acerca de las terapias que se incluyen o excluyen del grupo de tratamientos que se consideran terapia de juego. ¿Los criterios de la terapia de juego deben tomar en cuenta las intervenciones, como el juego para alcanzar el cambio, la afiliación del autor o ambos? Además, si el alcance de las intervenciones que se reconoce como terapia de juego se amplía para incluir todos los tratamientos en los que el juego es un componente importante, entonces varias terapias basadas en evidencia y con sustento empírico sólido contribuirían con evidencias que apoyan la terapia de juego. La mayor inclusión de tratamientos ampliaría el ya de por sí amplio alcance de la terapia de juego, pero podría afectar su base conceptual. En general, los beneficios de los tratamientos relacionados basados en el juego son convincentes, por lo que merecen ser considerados con mayor detenimiento.

Terapia de juego integrada con enfoques del entrenamiento a padres: ¿las terapias diádicas son eficaces?

Varios estudios rigurosos apoyan el uso de enfoques que fortalecen la relación/entrenamiento parental y que integran los poderes terapéuticos del juego, aunque estos tratamientos no siempre se consideran terapia de juego (p. ej., terapia de interacción padre-hijo [PCIT, por sus siglas en inglés; Eyberg et al., 2001], psicoterapia niño-padre [CCP, por sus siglas en inglés; Lieberman y Van Horn, 2008] y los años increíbles [IY, por sus siglas en inglés; Gardner, 2006]). Una revisión y un metaanálisis de los estudios sobre PCIT cumplen con los criterios de un “tratamiento bien establecido” (Thomas y Zimmer-Gembeck, 2007). Otro ejemplo es la CCP, intervención investigada en PAC con resultados positivos (p. ej., Lieberman, Ghosh y Van Horn, 2006; Toth, Rogosch, Manly y Cicchetti, 2006). Además, varios PAC apoyan el protocolo de IY (Gardner, 2006). Múltiples organizaciones profesionales y gubernamentales han considerado a estos tratamientos como TBE. También ha surgido apoyo de la investigación a los tratamientos diádicos con antiguas tradiciones en terapia de juego. La terapia filial, originalmente creada por B. Guerney (1964) y L. Guerney (2000) es un enfoque integrativo en el cual el terapeuta entrena y supervisa a los cuidadores para que lleven a cabo sesiones de juego dirigido por sus propios niños (VanFleet, 2011). Landreth

y Bratton (2006) desarrollaron después un tratamiento filial a partir del trabajo de los Guerney, al que llamaron terapia de la relación niño-padre (CPRT, por sus siglas en inglés) En el metaanálisis de Bratton et al. (2005), los estudios sobre terapia filial (sobre todo los que involucraban terapia filial dirigida por los padres) demostraron un efecto significativamente más grande que el de la terapia dirigida por el terapeuta. Aunque estos resultados se deben interpretar con cautela, las primeras evidencias de la investigación sobre la terapia de juego filial son promisorias. El sustento empírico de esta terapia antecede al metaanálisis de Bratton et al. (2005) y ha seguido aumentando desde entonces, en especial para la CPRT (Landreth y Bratton, 2006). La investigación sobre la CPRT es un buen ejemplo del mayor rigor metodológico en la terapia de juego; muchos de estos estudios incluyeron poblaciones definidas con claridad y conductas meta, usaron pruebas aleatorias controladas, tuvieron muestras de tamaño adecuado y se apegaron a los protocolos. Bratton y Landreth (2010) presentaron una revisión de la investigación reciente sobre la CPRT, que incluyó 13 estudios experimentales y 19 cuasi-experimentales publicados entre 1995 y 2010; concluyeron que la CPRT en la actualidad cumple con los criterios de un tratamiento “promisorio” o “probablemente eficaz.” Se encontraron resultados positivos estadísticamente significativos en la gran mayoría de los estudios. De manera impresionante, 28 de 32 estudios fueron realizados por investigadores que recibieron un entrenamiento directo y supervisión en el protocolo de la CPRT impartidos por los propios autores del manual de esta terapia. Los temas y poblaciones abordados en estos estudios incluyeron niños víctimas de abuso sexual, trastornos generalizados del desarrollo, con padres encarcelados, con problemas de aprendizaje, con enfermedades crónicas y problemas de conducta internalizado y externalizados.

Otra terapia de juego diádica cuidador-niño es Theraplay®¹ (Jernberg, 1979; Munns, 2000), enfoque basado en el apego que se describe como un “tratamiento participativo, lúdico, enfocado en la relación, interactivo, físico y divertido” (Booth y Jernberg, 2010, p. xxi). En la actualidad, Theraplay cuenta con una base de evidencias cada vez mayor; hay al menos una prueba controlada con aleatorización (Siu, 2009) y varios estudios con algunos elementos del diseño experimental (Weir, Lee, Canosa, Rodrigues, McWilliams y Parker, 2013; Wettig, Coleman y Geider, 2011). Además de estas terapias que fortalecen las relaciones, también hay PAC que apoyan el uso de terapias de juego diadas cuidador-niño focalizadas en problemas específicos, como fobia a la oscuridad (véase también Santacruz, Mendez y Sanchez-Meca, 2006). En resumen, se han estudiado varios tratamientos basados en el juego o que lo incluyen, y cada vez se reúnen más evidencias que apoyan el uso de los tratamientos con diadas padre-hijo.

¿DÓNDE SE ENCUENTRA LA TERAPIA DE JUEGO Y CÓMO PUEDE SEGUIR AVANZANDO?

En el campo de la terapia de juego, se han dado grandes pasos para fortalecer su base de investigación y la aceptación de los clínicos de que es necesario realizar PAC sumamente poderosas con el fin de cumplir con los criterios de los TBE. A veces, estos pasos no han gozado de popularidad ni de comprensión. No obstante, ahora contamos con una base más firme de investigaciones rigurosas y, quizá lo más importante, un mayor consenso para adoptar las prácticas de la investigación predominante. Numerosos autores ahora concuerdan en que las PAC son indispensables, así como la investigación enfocada en los procesos (Baggerly, 2010; Baggerly y Bratton, 2010; Drewes, 2011; Schaefer y Drewes, 2009).

Para fortuna de los terapeutas de juego, hay apoyo para diversos tipos de terapia de juego. Resumimos las investigaciones de la siguiente manera: hay más sustento empírico de lo que las personas externas a este campo saben y menos de lo que necesitan los que están dentro de él. Sin embargo, hay algunas modalidades que no se han estudiado. Para continuar el impulso hacia el desarrollo de una base sólida de investigación, hacemos las siguientes recomendaciones en la línea de la tendencia de los principios de la investigación del siglo XXI: a) mayores esfuerzos para desarrollar un modelo de terapia de juego cohesivo y riguroso en términos conceptuales refinando la definición de terapia de juego e identificando elementos comunes, ingredientes clave, mecanismos de cambio y metodologías; b) publicitar la investigación existente sobre terapia de juego y redoblar esfuerzos para publicar los hallazgos en una amplia variedad de revistas, no sólo en las especializadas en el juego; c) continuar y expandir las actividades de investigación enfocadas en generar PAC sumamente poderosas congruentes con la estrategia de investigación de la APT (APT, 2006); d) interpretar los hallazgos de las investigaciones y el estado de la literatura sobre terapia de juego con precisión evitando sobreinterpretaciones y sobregeneralizaciones; y e) recibir de buena gana y valorar la retroalimentación crítica como parte de la evolución de los descubrimientos científicos.

CONCLUSIÓN

La popularidad de la terapia de juego y sus 50 años de investigación no han despejado todas las dudas sobre su credibilidad y base empírica. Al mismo tiempo, ni las críticas a la investigación ni el surgimiento de las terapias sin juego basadas en evidencias para niños han disuadido a los terapeutas de emplear las terapias de juego. La falta de especificidad en la definición de la terapia de juego, de claridad en relación con sus ingredientes y las deficiencias metodológicas han dificultado los esfuerzos por establecerla como un TBE. La heterogeneidad de la terapia de juego y la escasez de trabajos empíricos para identificar elementos comunes e ingredientes clave plantea desafíos constantes para los investigadores que tienen que definirla para poder estudiarla, así como para los terapeutas, quienes deben descifrar cómo los hallazgos de la investigación de algunas, pero no de todas las formas de terapia de juego pertenecen a su propia práctica. Sin embargo, los terapeutas del siglo XXI reconocen cada vez más la necesidad de fortalecer la base empírica de la terapia de juego elevando el número y la calidad de los estudios experimentales. El propósito reciente por fortalecer el rigor científico de la investigación sobre terapia de juego ha dado por resultado varios estudios que dan solidez a la base de evidencias y promueven el reconocimiento de esta terapia como una opción eficaz de tratamiento. Hay apoyo para varios –pero no todos– usos de la terapia de juego. Cuando se incluyen los tratamientos diádicos, los méritos de la investigación aumentan la confianza. Si los tratamientos que incluyen juego como plataforma o medio se incluyen como terapias de juego, hay un apoyo sólido para el uso colectivo de los métodos de la terapia de juego en distintos tratamientos. En resumen, la investigación sobre terapia de juego ha tenido avances metodológicos importantes en la última década, y tenemos razones para ser optimistas respecto del futuro empírico de la terapia de juego.

■ REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Allin, H., Walthen, C., & MacMillan, H. (2005). Treatment of child neglect: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 497–504.
- Asarnow, J. R., Scott, C. V., & Mintz, J. (2002). *Cognitive Therapy and Research, 26*(2), 221–229.
- Association for Play Therapy. (2006). *APT research strategy*. Recuperado de: http://c.ymcdn.com/sites/www.a4pt.org/resource/resmgr/Publications/APT_Research_Strategy_Nov12.pdf
- Association for Play Therapy. (2014). *Play therapy makes a difference: What is play therapy?* Recuperado de: <http://www.a4pt.org/?page=PTMakesADifference>
- Axline, V. M. (1974). *Play therapy*. New York, NY: Random House.
- Baggerly, J. N. (2009). Play therapy research: History and current empirical support. En A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive-behavioral therapy* (pp. 97–116). Hoboken, NJ: Wiley.
- Baggerly, J. N. (2010). Evidence-based standards and tips for play therapy researchers. J. Baggerly, D.C. Ray, & S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice* (pp. 467–479). Hoboken, NJ: Wiley.
- Baggerly, J. N., & Bratton, S. C. (2010). Building a firm foundation in play therapy research: Response to Phillips. *International Journal of Play Therapy, 19*, 26–38.
- Blanco, P. J., & Ray, D. (2011). Play therapy in elementary schools: A best practice for improving academic achievement. *Journal of Counseling & Development, 89*, 235–243.
- Bloch, Y., & Toker, A. (2008). Doctor, is my teddy bear okay? The “Teddy Bear Hospital” as a method to reduce children’s fear of hospitalization. *The Israel Medical Association Journal, 10*, 646–647.
- Bonner, B., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Treatment manual for dynamic group play therapy for children with sexual behavior problems and their parents/caregivers*. Washington, DC: National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect.
- Booth, P. B., & Jernberg, A. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., & Jones, L. D. (2013). Head Start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy, 22*, 28–42.
- Bratton, S. C., & Landreth, G. L. (2010). Child parent relationship therapy: A review of the controlled-outcome research. En J. Baggerly, D. Ray, & S. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice* (pp. 267–294). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 376–390.
- Briere, J., & Lanktree, C. (2008, October). *Integrative treatment of complex trauma for adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth*. Paper presented at National Child Traumatic Stress Network Learning Community meeting on integrative treatment of complex trauma. Miller Children’s Abuse and Violence Intervention Center-University of Southern California (MCAVIC-USC).
- Carpentier, M., Silovsky, J., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 482–488.
- Casey, R., & Berman, J. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin, 98*, 388–400.
- Centers for Disease Control. (2008). *Cognitive behavioral therapy effective for treating trauma symptoms in children and teens*. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/media/pressrel/2008/r080909.htm>
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist, 51*, 3–16.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, NY: Academic Press.

- Cohen, J., & Mannarino, A. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42–50.
- Cohen, J.A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford.
- Danger, S., & Landreth, G. L. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 14, 81–102.
- Drewes, A. A. (2011). Integrating play therapy theories into practice. En A.A. Drewes, S.C. Bratton, & C.E. Schaefer (Eds.) *Integrative play therapy* (Pp. 21-35). Hoboken, NJ: Wiley.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B.W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23, 1–20.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215–237.
- Fall, M., Navelski, L., & Welch, K. (2002). Outcomes of play intervention for children identified for special education services. *International Journal of Play Therapy*, 11, 91–106.
- Gadner, F. (2006). Randomized controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1123–1132.
- Garza, Y., & Bratton, S. C. (2005). School-based child centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy*, 14, 51–80.
- Gil, E. (1998). *Essentials of play therapy with abused children*. New York, NY: Guilford Press.
- Guerney, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 304–310.
- Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 1–17.
- Hetzl-Riggin, M., Brausch, A., & Montgomery, B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse and Neglect*, 31, 125–141.
- Homeyer, L. E., & Morrison, M. O. (2008). Play therapy: practice, issues, and trends. *American Journal of Play*, 1, 210–228.
- Jent, J. F., Niec, L. N. & Baker, S. E. (2011). Play and interpersonal processes. En S. Russ and L. N. Niec (Eds.), *Play in clinical practice: Evidence-based approaches* (pp. 23–47). New York, NY: Guilford Press.
- Jernberg, A. (1979). *Theraplay: A new treatment for using structured play for problem children and their families*. Washington, DC: Jossey-Bass.
- Jones, E., & Landreth, G. L. (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11, 117–140.
- Kazdin, A. E. (2011). Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist*, 66, 685–698.
- Kool, R., & Lawver, T. (2010). Play therapy: Considerations and applications for the practitioner. *Psychiatry (Edgmont)*, 7, 19–24.
- Krakow, B., & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(1), 45–70.
- LaMotte, J. (2011). Psychotherapeutic techniques and play therapy with children who experienced trauma: A review of the literature. *Undergraduate Review*, 7, 68–72.
- Landreth, G.L. (1991). *Play therapy: The art of the relationship*. Muncie, IN: Routledge.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of the play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly*, 14, 149–163.
- Li, H. C.W., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13, 63–73.
- Lieberman, A. F., Ghosh, C., & Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 913–918.

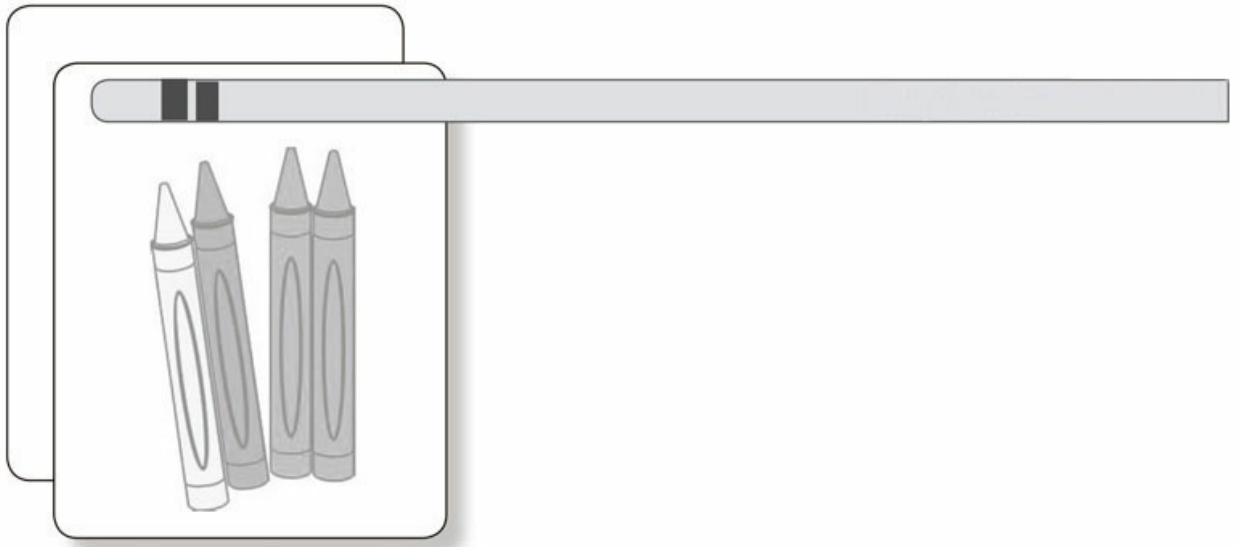
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York, NY: Guilford Press.
- Meany-Walen, K. K., Bratton, S. C., & Kottman, T. (2014). Effects of Adlerian play therapy on reducing students' disruptive behaviors. *Journal of Counseling & Development, 92*, 47–56.
- Mulherin, M. (2001). The Masterson approach with play therapy: A parallel process between mother and child. *American Journal of Psychotherapy, 5*(2), 251–272.
- Munns, E. (2000). *Theraplay: Innovations in attachment enhancing play therapy*. New York, NY: Jason Aronson.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- O'Connor, K. J. (2002). The value and use of interpretation in play therapy. *Professional Psychology Research and Practice, 33*(6), 523–528.
- Packman, J., & Bratton, S. C. (2003). A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *International Journal of Play Therapy, 12*, 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*, 122–137.
- Phillips, R. D. (2010). How firm is our foundation? Current play therapy research. *International Journal of Play Therapy, 19*, 13–25.
- Ray, D. (2007). Two counseling interventions to reduce teacher-child relationship stress. *Professional School Counseling, 10*, 428–440.
- Ray, D. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. New York, NY: Routledge.
- Ray, D., Blanco, P. J., Sullivan, J., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy, 18*, 162–175.
- Ray, D., Henson, R., Schottelkorb, A., Brown, A., & Muro, J. (2008). Impact of short-term and long-term play therapy services on teacher-child relationship stress. *Psychology in the Schools, 45*, 994–1009.
- Ray, D., Schottelkorb, A., & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy, 16*, 95–111.
- Ray, D., & Bratton, S. C. (2010). What the research shows about play therapy: Twenty-first century update. En J. N. Baggerly, D. C. Ray, & S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice* (pp. 3–33). Hoboken, NJ: Wiley.
- Reid, D. (2004). The influence of virtual reality on playfulness in children with cerebral palsy. *Occupational Therapy International, 11*(3), 131–144.
- Rogers, S., & Lewis, H. (1989). An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28*, 207–214.
- Rubin, A. (2008). *Practitioners guide to using research for evidence-based practice*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Russ, S., & Niec, L. N. (2011). *Play in clinical practice: Evidence-based approaches*. New York, NY: Guilford Press.
- Santacruz, I., Mendez, F. J., & Sanchez-Meca, J. (2006). Play therapy applied by parents for children with darkness phobia: A comparison of two programmes. *Child & Family Behavior Therapy, 28*(1), 19–35.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2003). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment*. Charleston, SD: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Schaefer, C. E. (1993). *The therapeutic powers of play*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E. (2001). Prescriptive play therapy. *International Journal of Play Therapy, 10*(2), 57-73.
- Schaefer, C. E. (2008). *Practice guideline: Empirically-supported play therapy interventions for specific psychological disorders of children*. Unpublished manuscript.
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2009). The therapeutic powers of play and play therapy. En A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy* (pp. 3–15). Hoboken, NJ: Wiley.
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (Eds.). (2014). *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change*. Hoboken, NJ: Wiley.

- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy, 21*, 57–73.
- Shen, Y. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. *International Journal of Play Therapy, 11*, 43–63.
- Schumann, B. (2010). Effectiveness of child-centered play therapy for children referred for aggression in elementary school. En J. Baggerly, D. Ray, & S. Bratton (Eds.), *Effective play therapy: Evidence-based filial and child-centered research studies* (pp. 193-208). Hoboken, NJ: JohnWiley & Sons.
- Silverman, W. K., & Hinshaw, S. P. (2008). The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 1–7.
- Siu, A. F. Y. (2009). Theraplay in the Chinese world: An intervention program for Hong Kong Children with Internalizing Problems. *International Journal of Play Therapy, 18*(1), 1–12.
- Southam-Gerow, M. A., & Prinstein, M. J. (2014). Evidence base updates: The evolution of the evaluation of psychological treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*, 1–6.
- Stagnitti, K., & Jellie, L. (2004). *Play and literacy: What is the connection?* EQ Australia, Autumn, 48–49.
- Stagnitti, K., O'Connor, C., & Sheppard, L. (2012). The impact of the Learn to play program on play, social competence and language for children aged 5–8 years who attend a special school. *Australian Occupational Therapy Journal, 59*(4), 302–311.
- Stahmer, A. C. (1995). Teaching symbolic play skills using pivotal response training. *Journal of Autism & Developmental Disorders, 25*, 123–142.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and triple p-positive parenting program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 475–495.
- Toth, S. L., Rogosch, F. A., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 74*, 1006–1016.
- Tsai, Y., Tsai, S., Yen, S., Huang, K., Mu, P., Liou, H.,...Chen, Y. (2013). Efficacy of therapeutic play for pediatric brain tumor patients during external beam radiotherapy. *Child's Nervous System, 29*, 1123–1129.
- Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L., & Giordano, M. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 10*, 53–83.
- Urquiza, A. (2010). The future of play therapy: Elevating credibility through play therapy research. *International Journal of Play Therapy, 19*, 4–12.
- Van Fleet, R. (2011). Filial therapy: What every play therapist should know. *Play Therapy: Magazine of the British Association for Play Therapy Newsletter, 65*, 16–19.
- Wang Flahive, M., & Ray, D. (2007). Effect of group sand tray therapy with preadolescents. *Journal for Specialists in GroupWork, 32*, 362–382.
- Weir, K. N., Lee, S., Canosa, P., Rodrigues, N., McWilliams, M., & Parker, L. (2013). Whole family Theraplay: Integrating family systems theory and Theraplay to treat adoptive families. *Adoption Quarterly, 16*(3–4), 175–200.
- Weisz, J., Weiss, B., Han, S., Granger, D., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcomes studies. *Psychological Bulletin, 117*, 450–468.
- Wethington, H., Hahn, R., Fuqua-Whitley, D., Sipe, T., Crosby, A., Johnson, R., & Chattopadhyay, S. K. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 35*, 287–313.
- Wettig, H. G., Coleman, A. R., & Geider, F. J. (2011). Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy, 20*(1), 26–37.

NOTAS

¹ Los autores desean agradecer a Lindsey Watson y Alex Watkins por su ayuda en la preparación de este texto.

¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.



Capítulo 31

Terapia de juego y neurociencia: el terapeuta con dominio de la neurobiología

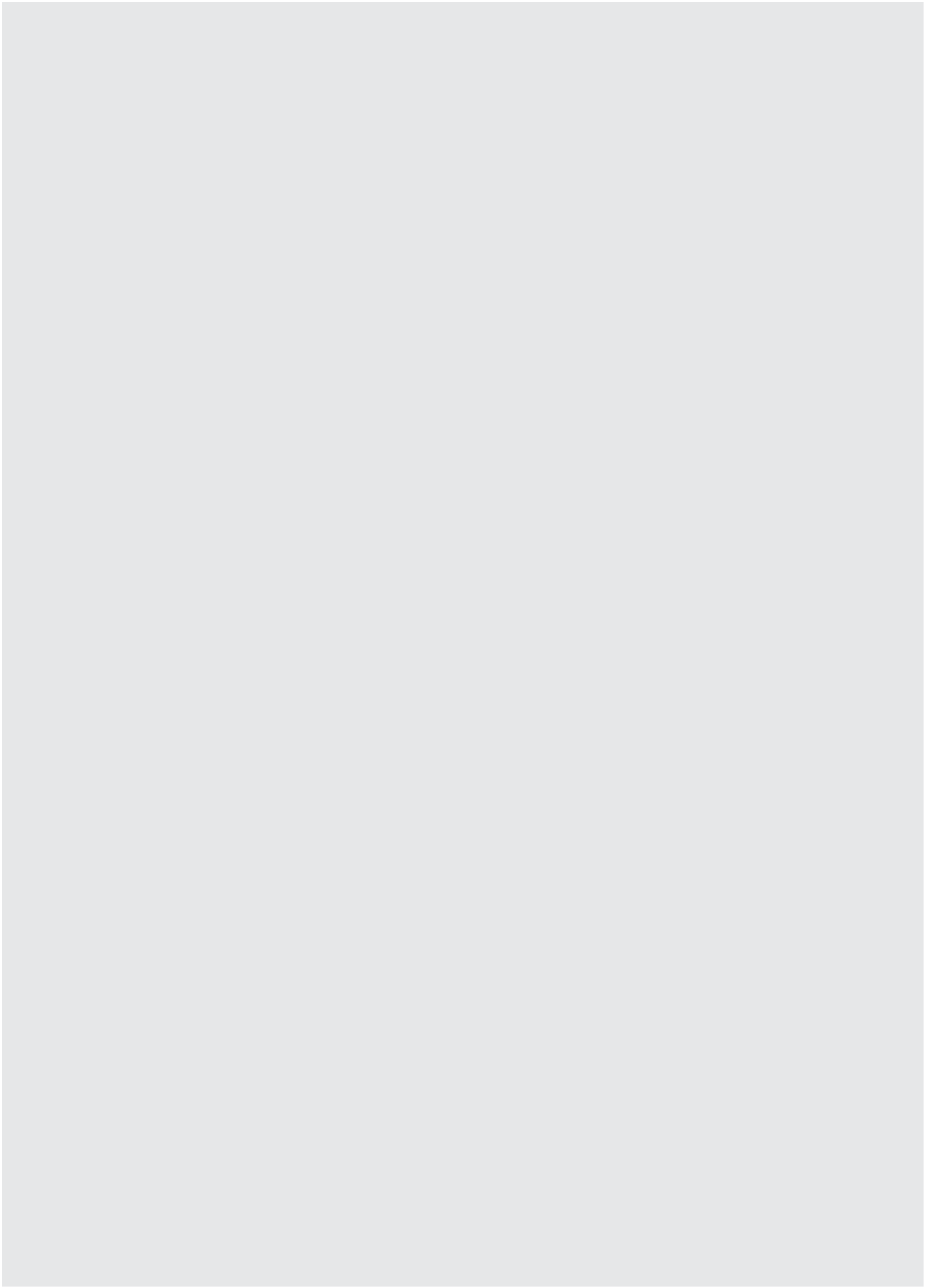
Edward F. Hudspeth y Kimberly Matthews

El juego, la conducta frívola, sin importancia ni propósito aparente, se ha ganado respeto en tanto que biólogos, neurocientíficos, psicólogos y otros ven que, en realidad, se trata de un asunto serio y, tal vez, igual de importante que los otros impulsos básicos de sueño, descanso y comida. En la comunidad científica, si no es que en las instituciones sociales, el juego y las personas que lo estudian ya no son vistos como extraños e inmaduros.

—J. L. Frost, 1998, p. 2

¿Qué sucede cuando se hace una búsqueda en internet usando las palabras *play* (juego) y *neurobiology* (neurobiología)? El resultado es una abrumadora cantidad de estudios, lo cual es una demostración real de cómo y dónde se intersectan estos dos términos. El resultado de esta búsqueda es fructífero. Sin embargo, algo falla al tratar de entender la relevancia de la neurología en la práctica de la terapia de juego. Si se hace otra búsqueda con las palabras *play therapy* (terapia de juego) y *neurobiology*, habrá un número muy limitado de estudios, en parte, porque el primer término no se ha operacionalizado en la investigación en neurociencias en la misma medida en que *play* y *play behaviors* (conductas de juego).

Describir la influencia de la neurociencia en la terapia de juego es una tarea gigantesca, porque todos los aspectos de la terapia de juego tienen bases neurobiológicas y biológicas. Consideremos la definición de terapia de juego de la *Association for Play Therapy* (APT), “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que un terapeuta entrenado usa los poderes terapéuticos del juego para ayudar al cliente a prevenir o evitar dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (APT, 2001, p. 20). A partir de esta definición, surgen varios conceptos que se pueden explicar mediante la investigación en neurociencia, como crecimiento y desarrollo óptimos, proceso interpersonal y poderes terapéuticos del juego. Estos tres conceptos constituyen el hilo conductor para presentar las siguientes descripciones y explicaciones de una manera fluida. Dichos conceptos también se pueden pensar como puntos en una línea del tiempo. Por ejemplo, cuando un niño o adolescente llega a terapia de juego, el crecimiento y desarrollo óptimos ya han sido afectados; por lo tanto, son parte de su pasado. El proceso interpersonal puede estar en un estado de alteración actual y es parte del funcionamiento presente del niño. Su futuro está representado por los poderes terapéuticos del juego, porque serán ellos los que el terapeuta de juego emplee para restaurar su funcionamiento.



NEUROCIENCIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ÓPTIMOS

En la siguiente sección, se describe el crecimiento y desarrollo óptimos desde una perspectiva neurobiológica, es decir, se trata el crecimiento y desarrollo óptimos del encéfalo¹ y la posterior fundación neurobiológica de las emociones.

Evolución del encéfalo humano

Antes de hablar sobre la interacción de los sistemas cerebrales complejos y la formación de emociones, cogniciones y conductas, es de utilidad presentar un breve panorama de la evolución del cerebro humano y las funciones básicas de sus partes. La porción más antigua del encéfalo, a menudo denominada **cerebro reptiliano**, contiene el tronco cerebral y el cerebelo (Siegel, 2009). El cerebro reptiliano es el centro de control de los sistemas básicos de supervivencia, porque regula elementos como el ritmo cardíaco, el metabolismo y la respiración, y conecta el cerebro superior con la médula espinal. El cerebelo es responsable del equilibrio y la coordinación (Kalat, 2007). Además, grupos de neuronas del cerebro reptiliano activan las respuestas de pelea-huida-inmovilización cuando el organismo está frente a una amenaza (Siegel, 2009). El sistema límbico, exclusivo de los mamíferos, se asienta encima del cerebro reptil.

Las principales estructuras del sistema límbico incluyen la amígdala, el hipocampo, el tálamo y el hipotálamo (Franks, 2006) (figura 31-1). Siegel (2009) postula que el sistema límbico es vital para, al menos, cinco funciones: 1) estados motivacionales, 2) creación de sentido, 3) generación de afectos, 4) diferenciación de la memoria y 5) relaciones de apego. El sistema límbico es el lugar donde se ubican las capacidades humanas de experimentar emociones, hacer juicios de valor y formar vínculos. Sin embargo, los avances actuales en neurociencia advierten que, con el fin de comprender emoción, cognición y conducta, es necesario reconocer el complejo interjuego de sistemas neurológicos, circuitos neuronales y de retroalimentación en el que están inmersos en vez de enfocarse en regiones especializadas del cerebro (Goldsmith, Pollak y Davidson, 2008). A menudo, el cuerpo, el cerebro reptiliano y el sistema límbico se denominan **regiones subcorticales**, porque se encuentran debajo de las regiones corticales, que fueron las últimas en desarrollarse en el proceso evolutivo.

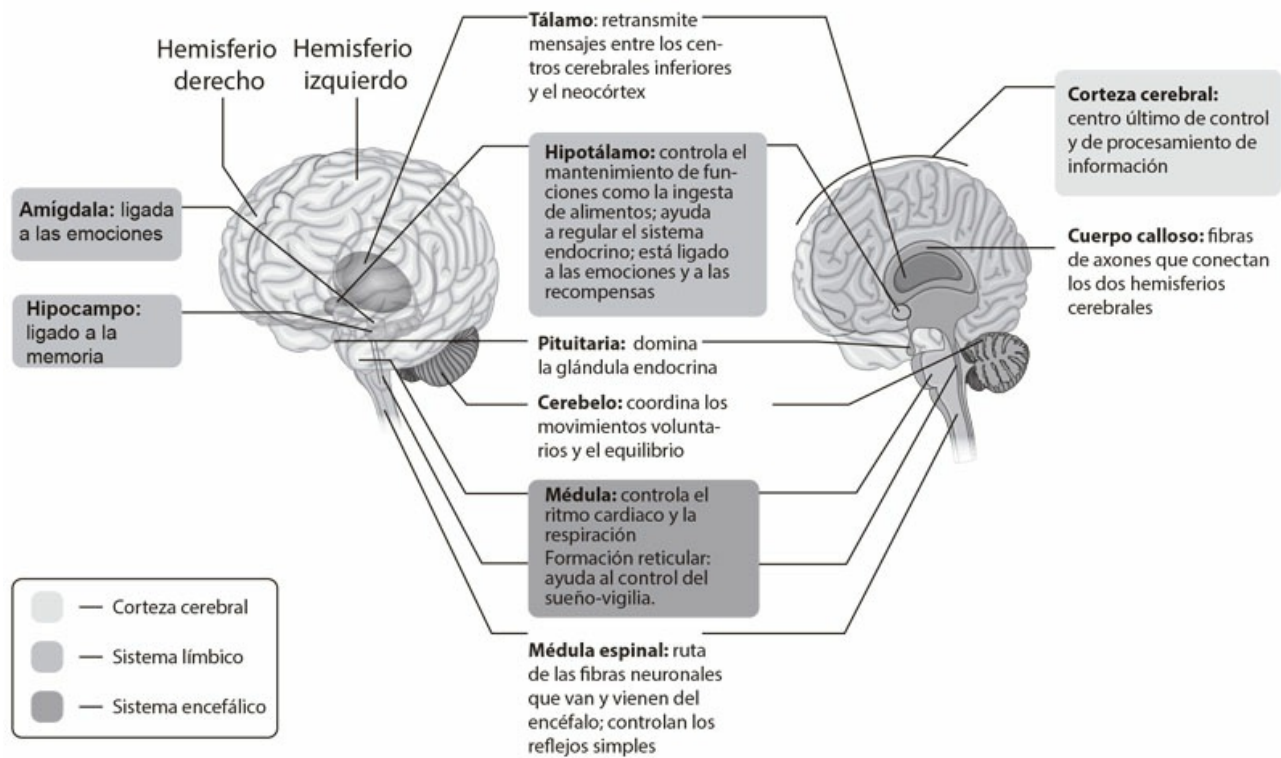


Figura 31-1. Principales estructuras del sistema límbico.

El cerebro constituye el 85% del peso del encéfalo (Franks, 2006) y se divide en regiones corticales asociadas con distintos procesos, pero no son exclusivamente responsables de ellos. La corteza cerebral es la superficie exterior del cerebro, que está organizado en cuatro lóbulos y dos hemisferios (Kalat, 2007). El lóbulo frontal está “implicado en la planeación de acciones y el control del movimiento; el lóbulo parietal, con las sensaciones y la formación de la imagen corporal; el lóbulo occipital, con la visión; el lóbulo temporal, con la audición y, a través de estructuras más profundas, se relaciona con aspectos del aprendizaje emocional y la memoria” (Franks, 2006, p. 45).

El neocórtex es la capa superior de la corteza cerebral y contiene 75% de las neuronas cerebrales (Franks, 2006). De acuerdo con Franks (2006), “la expansión masiva del neocórtex humano en los lóbulos frontales se considera crítica para la completa consciencia, el pensamiento, la planeación y la comunicación lingüística” (p. 45). La corteza prefrontal se ubica detrás de la frente y sufre cambios importantes de desarrollo en la adolescencia tardía. Esta región contribuye en las funciones cognitivas más avanzadas, como la motivación, la memoria, el aprendizaje, el pensamiento abstracto y la conducta dirigida a metas (Kalat, 2007).

La corteza cingulada participa en procesos emocionales y cognitivos. Esta región es necesaria para la somatización de las emociones (es decir, sentir emociones como sensaciones corporales), la integración de las emociones con el prosencéfalo, y la atención dirigida a sentir diversos estados de activación (Franks, 2006). Del mismo modo, la ínsula también es una “región somatosensorial que está detrás de los

sentimientos emocionales” (Franks, 2006, p. 47). La ínsula funciona como una estación de retransmisión entre el cuerpo/tronco cerebral y los lóbulos prefrontales ventromediales y el cíngulo anterior. Aunque el encéfalo se puede categorizar en sus regiones específicas, también se conceptualiza en dos hemisferios.

Lateralización es un término que designa la especialización funcional de los hemisferios izquierdo y derecho del encéfalo. Por lo general, el hemisferio derecho es perceptual, intuitivo y literal, mientras que el hemisferio izquierdo se inclina hacia la interpretación concreta y analítica de la experiencia (Franks, 2006). Por lo tanto, el hemisferio derecho complementa al izquierdo al estar por completo abierto a los estímulos ambientales que este último utiliza para crear interpretaciones significativas (Franks, 2006). Habiendo dicho esto, el encéfalo tiene una notable capacidad para adaptarse después de sufrir daño. Por ejemplo, cuando un niño experimenta una lesión traumática en un hemisferio, el otro posee la capacidad de transformarse para compensar la pérdida de funciones (Franks, 2006). Esto también puede ocurrir en adultos; sin embargo, el encéfalo tiene menos capacidad de adaptación en la adultez que en la infancia (Kalat, 2007).

La sección previa presentó un resumen rudimentario de las regiones básicas del encéfalo, algunas de las cuales se tratarán otra vez más adelante en el capítulo. La siguiente sección presenta información sobre el desarrollo normal del encéfalo humano.

Desarrollo del encéfalo e importancia de las relaciones

El encéfalo se desarrolla a lo largo de todo el ciclo vital; sin embargo, el mayor desarrollo ocurre durante los primeros años de vida. Al nacer, el encéfalo humano pesa en promedio 350 g, y en el primer año de vida casi triplica su peso, pues alcanza los 1 000 g (Kalat, 2007). Aunque aún nos queda mucho por aprender acerca del desarrollo del encéfalo, la mayoría de los investigadores concuerdan en que se trata de una compleja interacción entre genéticas y experiencias con el ambiente (Franks, 2006; Goldsmith et al., 2008; Siegel, 2006, 2009).

El desarrollo es único en cada individuo debido, en gran parte, a la neuroplasticidad. Al nacer, los bebés cuentan con aproximadamente 100 mil millones de neuronas, muchas más de las necesarias (Siegel, 2006). A lo largo del desarrollo, las experiencias ambientales activan los genes que dirigen la activación de las neuronas de ubicación específica, que, si son lo suficientemente poderosas, llevan a la creación de nuevas conexiones (sinapsis). La sinaptogénesis, la formación de nuevas sinapsis, es un proceso de toda la vida, al igual que la eliminación de neuronas que no se usan (es decir, poda; Franks, 2006; Kalat, 2007). La mielinización es el proceso de formación de una vaina protectora sobre las neuronas que permite que las señales neuronales se desplacen a una velocidad mayor (Kalat, 2007). “La mielina se forma primero en la médula espinal y luego en el rombencéfalo, el mesencéfalo y el prosencéfalo. A diferencia de la rápida

proliferación y migración de las neuronas, la mielinización continúa de manera gradual por décadas” (Kalat, 2007, pp. 124-125).

Los grupos de neuronas que se activan con el tiempo influyen en el desarrollo de la personalidad individual y ocasionan lo que llamamos “estados mentales” (Siegel, 2006, p. 254). Por lo general, estos estados se activan como una respuesta de satisfacción de necesidades (es decir, un grupo de neuronas que trabajan juntas, como es necesario, para realizar una tarea) y a veces entran en conflicto con las conductas dirigidas a metas o con el autoconcepto. Siegel (2006) demarcó la adolescencia tardía como la época en que un individuo suele aprender a integrar y resolver estados que causan conflictos en el organismo.

El sistema de neuronas espejo también hace contribuciones vitales para el desarrollo del encéfalo (Levy, 2009). Estas neuronas se activan al observar las acciones de otros. Levy señala que las “neuronas espejo se activan en las regiones del encéfalo del observador que habrían producido las mismas acciones si el observador realmente las hubiera llevado a cabo” (p. 54). El sistema de neuronas espejo contribuye al desarrollo de la empatía y del sentido subjetivo de sí mismo del individuo.

En el nacimiento, el tronco cerebral está desarrollado por completo, lo cual es necesario para la supervivencia del bebé (Kalat, 2007). El sistema límbico y las estructuras corticales siguen desarrollándose a lo largo de toda la vida; sin embargo, el periodo de desarrollo más acelerado tiene lugar en los primeros tres años. En el primer año, el tamaño del cerebelo casi se triplica, lo que permite al niño desarrollar habilidades motrices con rapidez (Knickmeyer et al., 2008). A los tres meses, su capacidad de reconocimiento aumenta notablemente, debido al crecimiento del hipocampo, un área asociada con la memoria de reconocimiento. En el segundo año, las sinapsis y conexiones en las áreas del lenguaje aumentan en gran medida, por lo que el vocabulario del niño se cuadriplica. El tercer año está marcado por el aumento de la densidad sináptica en la corteza prefrontal y la continua formación y consolidación de las conexiones neuronales con otras áreas del encéfalo. Con más conexiones disponibles, los procesos cognitivos se vuelven más complejos.

Siegel (2009) define la corteza prefrontal media (CPM) como la parte del encéfalo que consta del área orbital anterior, la corteza prefrontal medial y el cíngulo anterior. Además, él cree que la investigación demuestra que la CPM es central en el desarrollo de nueve procesos: 1) regulación corporal, 2) comunicación sintonizada, 3) equilibrio emocional, 4) flexibilidad en las respuestas, 5) empatía, 6) introspección, 7) extinción del temor, 8) intuición y 9) moralidad. Sugiere que la CPM integra los sistemas de las estructuras subcortical y cortical. Asimismo, sostiene que si los niños forman un apego seguro con el cuidador durante sus primeros años, entonces los circuitos de la CPM se integran en dirección de la salud mental positiva, porque el niño aprende cómo autorregularse a través de la “observación autorreflexiva” (p. 251).

Más allá de las relaciones, el juego también es un aspecto crítico del desarrollo del encéfalo en la infancia temprana. Levy (2009) señaló que la actividad de juego induce e integra múltiples regiones encefálicas, como la “motriz, visual, auditiva y otras regiones

sensoriales” (p. 51) y, por lo tanto, es un conducto para el crecimiento encefálico. También dijo que “[el juego] supone la coordinación de la información sensorial, las repuestas motrices y el pensamiento reflexivo, así como el compromiso emocional y la consciencia” (p. 52). La naturaleza holística del juego promueve la integración de los procesos corticales y subcorticales, y ofrece un ambiente para el cambio emocional sostenido (Panksepp, 2003) y mayores capacidades empáticas (Siegel, 2006).

Al describir el desarrollo encefálico, es necesario hablar brevemente de los neurotransmisores. La existencia humana y el funcionamiento se pueden describir como un sistema complejo de impulsos eléctricos, neuroquímicos y neuromoduladores. Los tres elementos son inseparables, tal vez de la misma importancia, y necesarios para la supervivencia. Para fines de este capítulo, los neurotransmisores son de la mayor importancia, en especial aquellos que participan en la regulación de las emociones y las conductas disruptivas. Como medio para comprender las cosas en común, más que las diferencias de los trastornos individuales, Hudspeth (2013) describió los síntomas conductuales disruptivos comunes en distintos diagnósticos desde la perspectiva en la participación del sistema de neurotransmisores. Él afirma:

Categorizo las conductas disruptivas con base en los neurotransmisores y las regiones encefálicas. Estas conductas incluyen las que se relacionan con a) la dopamina [DA] y la agresión, irritabilidad, hiperactividad y problemas con la atención y motivación, b) la norepinefrina [NE] y las emociones negativas y el retraimiento, y c) serotonina [5HT] e impulsividad. Una cuarta categoría, el ácido gamma-aminobútrico [GABA], por lo general no es responsable de las conductas disruptivas, pero puede participar en la regulación de estas emociones. (p. 7)

Estos neurotransmisores participan en gran medida en el desarrollo emocional, la regulación emocional, el control cognitivo y ejecutivo, y el control conductual. Sin el funcionamiento apropiado de estos sistemas de neurotransmisores, un individuo carece de regulación y funcionalidad. Más adelante en este capítulo se hablará de estos neurotransmisores en términos de cómo influyen los medicamentos en ellos.

Desarrollo emocional

Franks (2006) sugiere que lo mejor es conceptualizar el encéfalo emocional más que las regiones específicas dedicadas a las emociones. Sea que hablemos de los procesos que generan emociones o lo que permite que un individuo sienta emociones, se activan diferentes regiones del encéfalo (Berridge y Kringelbach, 2013). Esto ha llevado a la investigación de enfocarse en las regiones dedicadas a las emociones, como el sistema límbico, a tratar de entender el complejo interjuego de los sistemas cortical y subcortical. Además, el ambiente tiene un papel en los estímulos emocionales que experimentamos, cómo sentimos e interpretar estímulos emocionales, y cómo esa experiencia se retroalimenta en las estructuras corticales superiores y, o se almacena en la memoria

(Goldsmith et al., 2008). Mantener esto en mente, al leer las siguientes secciones en que se habla de las regiones encefálicas específicas, es claro que hay mucho por aprender acerca de las emociones y el encéfalo.

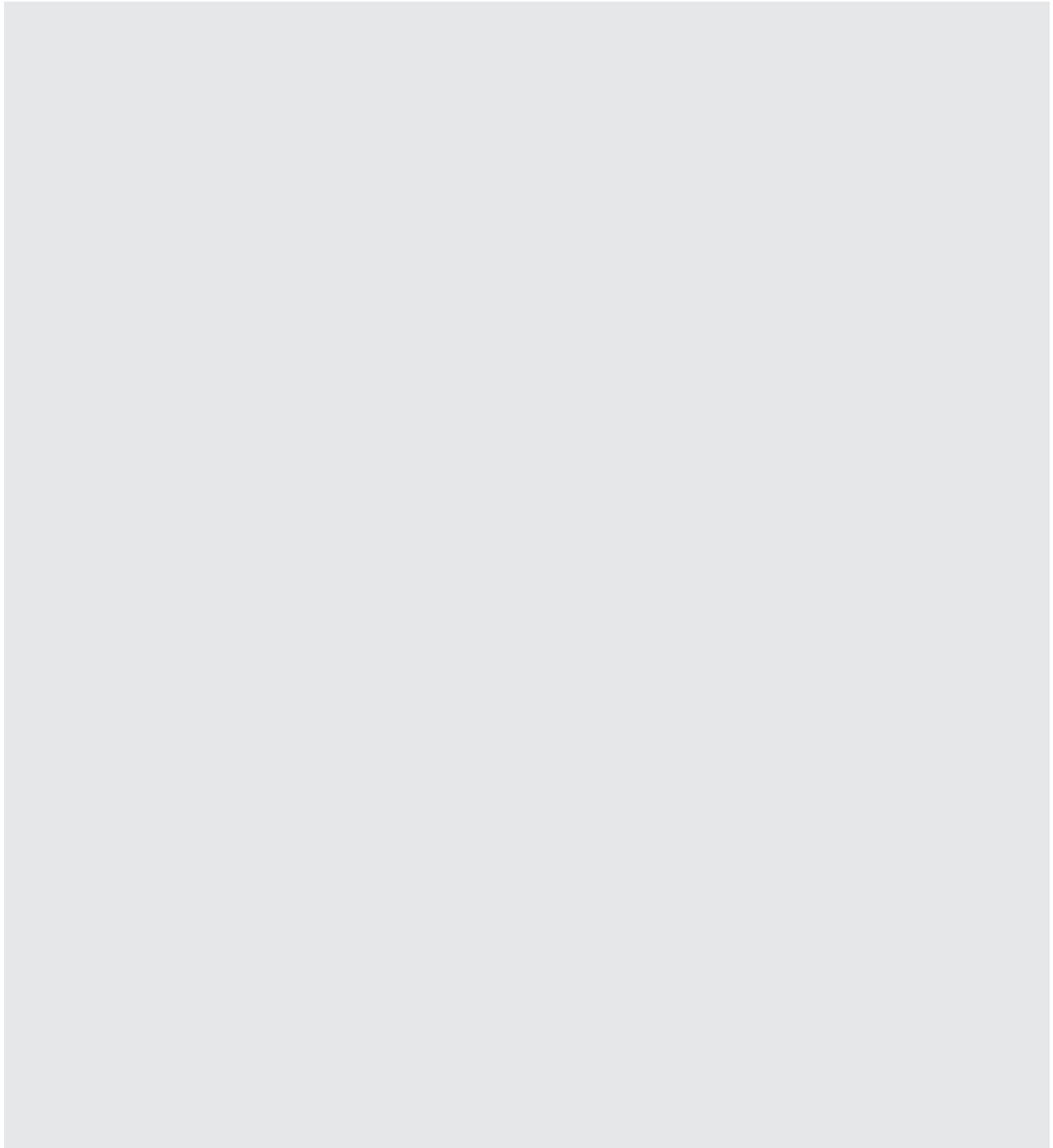
En el desarrollo infantil, cuando el encéfalo es más plástico, la exposición a experiencias emocionales, a su vez, influye en la conducta y tiene impacto en el desarrollo de redes neuronales a medida que los niños procesan la experiencia a través de los bucles de retroalimentación (Goldsmith et al., 2008). Las experiencias emocionales también incluyen cómo interactúan con sus cuidadores transmitiendo sus emociones e interpretando las emociones de los demás. La plasticidad del encéfalo durante la infancia es benéfica, porque permite a los niños adaptarse con rapidez y adquirir habilidades tempranas de regulación emocional. Sin embargo, con experiencias emocionales negativas, el encéfalo plástico es vulnerable para establecer conexiones neuronales desorganizadas de largo plazo (Goldsmith et al., 2008).

Las regiones encefálicas asociadas con las emociones incluyen amígdala, ínsula, corteza cingular anterior, corteza orbitofrontal (Berridge y Kringelbach, 2013; Deak, 2011), la corteza dorsofrontal (Levy, 2009), el núcleo accumbens y el pálido ventral (Berridge y Kringelbach, 2013). Debido a su fuerte conexión con la experiencia emocional, se hablará de cada una de ellas brevemente; sin embargo, debemos tener en mente que otras regiones participan en la manera en que las emociones se almacenan en la memoria a través de los bucles de retroalimentación y en la manera en que se recuperan a través de la interacción con el ambiente que desencadena las reacciones aprendidas.

La amígdala tiene un papel en el almacenamiento, la codificación, la detección (Deak, 2011) y la generación de emociones (Levy, 2009). Franks (2006) señala que la amígdala es capaz de inhibir la fortaleza de la emoción a través de vías directas a las regiones corticales sensoriales. La importancia de la amígdala en las emociones es significativa, porque “participa de manera más consistente en las emociones que cualquier otra área entre el hipotálamo y el neocórtex. Sin embargo, no participa en todas las emociones y, por lo general, parte de áreas externas al sistema límbico” (p. 50).

Deak (2011) señala que recordar o imaginar una experiencia emocional activa la ínsula. Además, sugiere que ésta tiene un papel en la coordinación de respuestas motrices sensoriales cuando el organismo se siente amenazado, y en la identificación de distintas emociones como el asco por los demás, así como en la mediación de la intensidad de las emociones en busca de la consciencia de la emoción. La corteza cingular anterior participa en el monitoreo, la evaluación y la regulación de emociones (Deak, 2011). La corteza orbitofrontal participa en la atribución “de valor emocional y motivacional a los estímulos” (Deak, 2011, p. 75) y se activa cuando aparece la emoción (Berridge y Kringelbach, 2013). La corteza dorsofrontal contribuye a la integración de las experiencias emocionales con la cognición y la memoria (Deak, 2011). La emoción se registra más en las regiones subcorticales, sobre todo en los “circuitos de recompensa del núcleo accumbens (cNA) y el pálido ventral” (p. 294).

Por último, debemos ser conscientes de una emoción con el fin de activar la cognición correspondiente (Franks, 2006). Las cogniciones median nuestra percepción, atención, valoración y representaciones de las emociones a través de los bucles de retroalimentación para el almacenamiento de recuerdos que, a su vez, influyen en el aprendizaje y en la experiencia relacionada con las emociones futuras (Frank, 2006). Además, Frank (2006) escribió que “los sentimientos corporales asociados con la experiencia emocional son, en sentido figurado, ‘marcados’ y luego recuperados cuando se presenta otra vez una situación similar” (p. 57).



COMPRENDER EL PROCESO INTERPERSONAL MEDIANTE LA NEUROCIENCIA

La definición del término **proceso interpersonal** es nebuloso. Algunas definiciones se centran en el aspecto interpersonal, mientras que otras, en los componentes del proceso. Para fines de este capítulo, el proceso interpersonal se define como la interacción o relación entre dos o más personas en las que hay un dar y, o recibir recíproco de información. Dar y, o recibir información (es decir, enviar un mensaje y recibir retroalimentación) depende de los rasgos de personalidad, la experiencia previa y los patrones de relación (es decir, el estilo de apego).

Apego

Las interacciones y relaciones entre los individuos son claves en el proceso interpersonal. La investigación de Giles, Glonik, Luszcz y Andrews (2005) indica que las situaciones y relaciones sociales impactan en el desarrollo y tratamiento de los trastornos mentales y físicos. De estas relaciones, el apego se considera en muchos estudios como la clave del desarrollo encefálico, el desarrollo de la autorregulación y de las futuras relaciones funcionales (Schore y Schore, 2008; van der Kolk, 2003). Van der Kolk (2003) señala la importancia del juego y del apego diciendo, “El desarrollo del juego normal y la actividad exploratoria requieren la presencia de una figura que ayude a modular la activación fisiológica del niño y le proporcione equilibrio entre la estimulación y la tranquilización” (p. 295).

La neurobiología del apego ofrece una de las mejores descripciones de los procesos interpersonales funcionales y, o disfuncionales. La sintonización entre el niño y el cuidador es un componente necesario del apego (Schore, 2009a, Schore y Schore, 2008). Cuando está sintonizado, la respuesta del cuidador a la tensión del niño impacta en la organización de su conducta. Si la respuesta del cuidador es positiva o apropiada, el encéfalo del niño recibe estimulación adecuada, y el encéfalo se organiza en la ruta de las interacciones prosociales (Perry, 2009; van der Kolk, 2006). Cuando el cuidador no responde a las necesidades del niño o su respuesta es disfuncional, las neuronas necesarias para el apego y la relación no reciben la estimulación apropiada. Con el tiempo, cuando las neuronas encaminadas a la interacción prosocial no reciben estimulación, el encéfalo poda estas neuronas por considerarlas innecesarias (Schore, 2001). Por lo tanto, la adecuada estimulación lleva a lo que se puede llamar la organización deseada del encéfalo, la personalidad y los futuros patrones funcionales de relación (Schore, 2003; Siegel, 1999). La falta de estimulación produce un encéfalo desorganizado, sin regulación y una personalidad potencialmente disfuncional y patrones forzados de relación.

Regulación emocional

Schore (2000, 2009b), al describir los circuitos autonómicos corticolímbicos duales del hemisferio derecho, señala que, en el encéfalo con apego (es decir, el que ha recibido la estimulación adecuada), el hemisferio derecho participa en el procesamiento de la información sensorial entrante y termina, en última instancia, con la regulación emocional. De acuerdo con Schore (2000, 2009b), el hemisferio derecho contiene dos tipos de circuitos para manejar las emociones. El circuito tegmental ventral controla las emociones negativas, los mecanismos de evitación y el afrontamiento activo. Las estructuras cerebrales involucradas, en orden de activación, son: el sistema nervioso autónomo, que aporta información sensorial; la amígdala, que genera las respuestas de pelea, huida o parálisis; el cíngulo, que interpreta las señales sociales; y la corteza orbitofrontal, que asume el control ejecutivo (Schore, 2000, 2009b). Cuando el apego es alterado o no ocurre (es decir, no se presenta la estimulación adecuada), los patrones disfuncionales de relación afectan el circuito tegmental ventral; de ahí que el proceso sea alterado y el proceso de evitación quede intacto (Schore, 2000, 2009b).

Perturbaciones del apego

Hasta ahora, las perturbaciones del apego se han descrito como el resultado de una falta de la sintonización e interacciones adecuadas con el cuidador (es decir, trauma relacional, no ligado al maltrato). Las perturbaciones del apego también ocurren a consecuencia de causas directas como la negligencia, el abuso físico, mental y sexual, y los desastres naturales, así como de causas vicarias, como presenciar abuso doméstico o vivir en casas donde un cuidador abusa de sustancias o tiene algún problema de salud mental.

Zeanah y Boris (2000) y Zeanah y Smyke (2009) presentan un enfoque específico de la clasificación de los trastornos del apego. Ellos señalan que el método tradicional de clasificación no logra describir con precisión las distorsiones del apego seguro, específicos de las relaciones. La clasificación de Zeanah y Boris (2000) de los patrones de relación perturbada incluye los tipos: peligro autoimpuesto, vigilante/hiperobediente y con papeles invertidos. Estos tipos se pueden confundir con los patrones de apego desorganizado y, o ambivalente, y ocurren como resultado de las interacciones cuidador-niño en las que el cuidador tiene una enfermedad mental, un trastorno de abuso de sustancias o experimenta violencia doméstica. Los procesos neurobiológicos y las regiones encefálicas que participan en el apego normal y en los trastornos del apego también participan en las distorsiones del apego. Los déficits que se desarrollan a consecuencia de la falta de apego, sin embargo, pueden ser más graves en los desordenados que en los

distorsionados.

Numerosos estudios alinean la perturbación del apego en la infancia, debido a maltrato relacional y no relacional, con la futura aparición de problemas infantiles y adultos (Coates, 2010; Neigh, Gillespie y Nemeroff, 2009; Nelson, Bos, Gunnar y Sonuga-Barke, 2011; Stirling, Amaya-Jackson y Amaya Jackson, 2008). Un estudio longitudinal de las experiencias adversas en la infancia (Anda et al., 2006) relaciona las experiencias negativas infantiles con el desarrollo de problemas futuros de salud mental, así como problemas crónicos, físicos y de salud. Las evidencias sobre el impacto negativo de las trayectorias de desarrollo establecidas por las perturbaciones del apego son cada vez mayores. Dada esta evidencia, es importante que el terapeuta de juego reciba entrenamiento continuo y regular en el diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el apego y sus efectos presentes y futuros.

A continuación, consideramos la importancia de que el terapeuta de juego cuente con los conocimientos fundamentales de la manera en que la falta de regulación emocional se trata con medicamentos. Tomando en cuenta que, en las secciones previas de este capítulo, los temas principales han sido las emociones, la regulación emocional y la falta de ésta, ahora nos centraremos específicamente en la falta de regulación emocional, porque se trata de un factor causal que lleva a terapia de juego a muchos niños. Esta falta puede surgir por diversos eventos; sin embargo, se trata de un conjunto de síntomas predecibles hasta cierto punto y observables a simple vista.

El niño medicado en terapia de juego

El aumento en la cantidad de niños y adolescentes que están medicados es alarmante. Muchos adolescentes estuvieron medicados en la infancia, y muchos adultos jóvenes, en la adolescencia y en la infancia. Hace 25 años, el uso de medicamentos con los niños era la excepción a la regla; ahora es muy común como parte del tratamiento. Los medicamentos pueden ser útiles, y algunos tienen relativamente pocos efectos secundarios. Sin embargo, con demasiada frecuencia, en el proceso de encontrar regulación para el niño que carece de ella, una evaluación y un diagnóstico indebidos llevan a la sobremedicación.

Cuando consta de un único agente, la medicación puede hacer que un individuo muestre algunos efectos secundarios predecibles. El perfil de estos efectos se agrava y se vuelve impredecible en quienes toman múltiples medicamentos. Además, en los niños que carecen de regulación emocional se observan efectos secundarios impredecibles, porque con frecuencia toman múltiples medicamentos además de que tienen regiones encefálicas alteradas. Recordemos las descripciones que se presentaron antes en este capítulo acerca de los niños con apego desordenado. Sin importar las causas de los problemas de apego, es muy probable que el niño carezca de regulación. Estos niños tienen regiones encefálicas y sistemas de neurotransmisores alterados, y cuando toman

medicamentos responden de un modo distinto a los niños que no tienen un apego desordenado. A nivel neurobiológico, la investigación sobre los medicamentos es relativamente sólida; sin embargo, muchas de las investigaciones han utilizado adultos sin desorden en el apego como participantes. Se sabe mucho sobre el encéfalo en desarrollo, así como sobre el encéfalo en desarrollo bajo medicación, pero se sabe mucho menos sobre el cerebro en desarrollo bajo medicación que presenta un desorden o falta de regulación.

Los medicamentos que se emplean con mayor frecuencia para tratar a los niños con conductas disruptivas son los estabilizadores del estado de ánimo (antipsicóticos y antiepilépticos atípicos), psicoestimulantes anfetamínicos y no anfetamínicos, inhibidores selectivos de la recaptación de la norepinefrina y antagonistas del receptor adrenérgico alfa 2. Los antidepresivos se utilizan para la estabilización del estado de ánimo, pero con menor frecuencia que los anteriores medicamentos.

En niños y adolescentes, los antipsicóticos atípicos son los que se emplean con mayor frecuencia para estabilizar el estado de ánimo (p. ej., agresión, inquietud e irritabilidad). La estabilización se realiza a través de diversos sistemas de neurotransmisores (es decir, 5HHT, NE; Brambilla, Barale y Soares, 2003) inhibiendo o antagonizando la acción de estos neurotransmisores. Los antipsicóticos atípicos más prescritos incluyen risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol, paliperidona, asenapina y lurasidona. Algunos efectos secundarios de estos medicamentos son letargia, aplanamiento y obnubilación cognitivos, aplanamiento emocional, déficits en las habilidades motrices finas y gruesas y dificultades de coordinación.

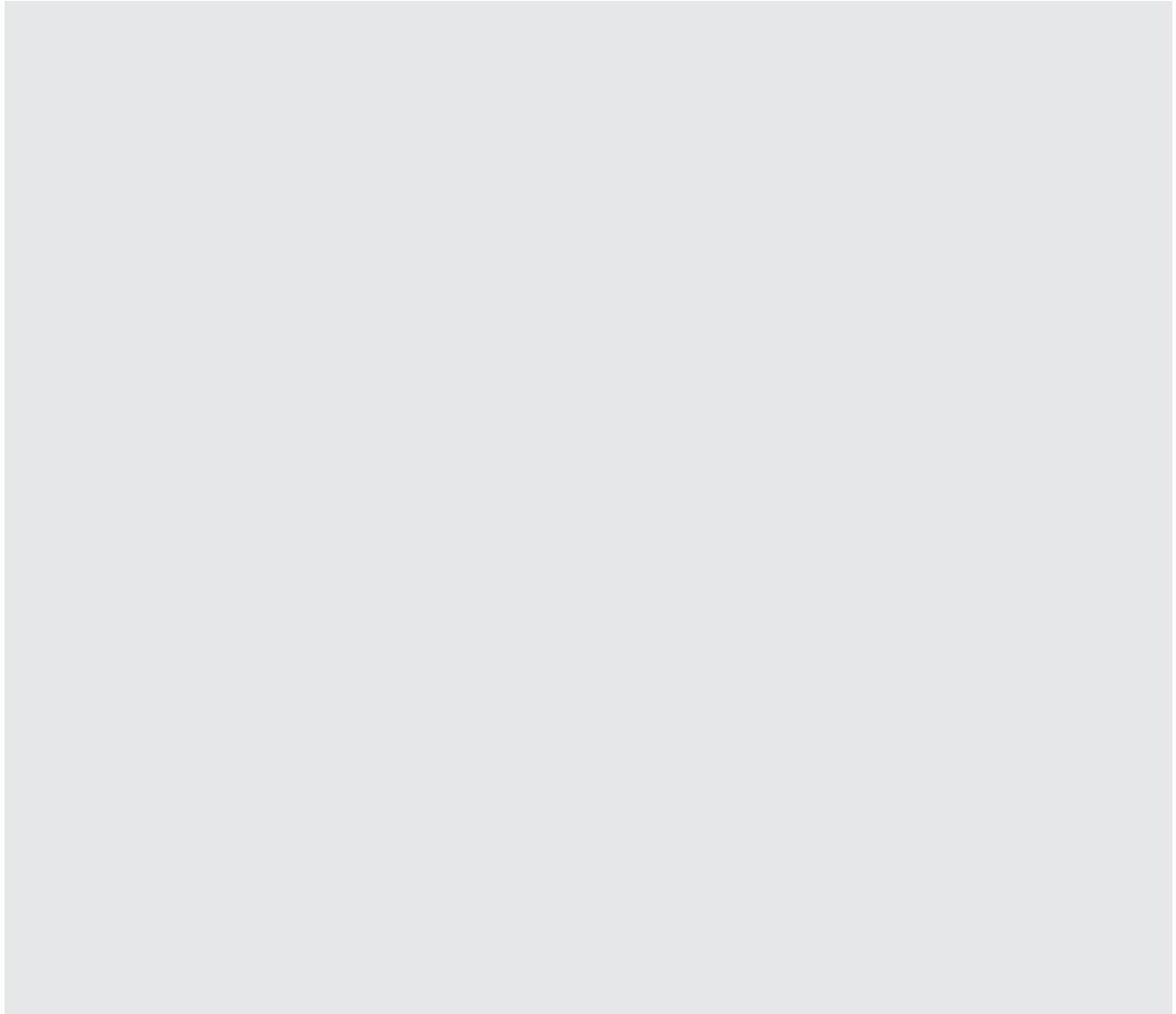
Los antiepilépticos también sirven para estabilizar el estado de ánimo (p. ej., agresión, inquietud e irritabilidad), pero trabajan a través del sistema de neurotransmisores GABA (Levy y Degan, 2013). Como se mencionó, ya que GABA es el neurotransmisor inhibitorio primario del encéfalo, la estabilización del estado de ánimo es efecto de que éste actúa como un sistema de interrupción para otros neurotransmisores. Los medicamentos de esta clase incluyen carbamazepina, ácido velproico, gabapentina, lamotrigina, tiagabina, topiramato y oxcarbazepina. El perfil de los efectos secundarios es similar a los de los antipsicóticos; sin embargo, con frecuencia son menos pronunciados los síntomas.

Los psicoestimulantes se utilizan para disminuir la hiperactividad y mejorar la atención, concentración y motivación. Los psicoestimulantes anfetamínicos producen sus efectos a través del sistema de neurotransmisores DA inhibiendo la recaptación de DA, de modo que ésta permanece más tiempo y produce los afectos deseados (Sinicola y Peter-Strickland, 2011). Los medicamentos de este tipo incluyen dextroanfetamina, metanfetamina, mezcla de anfetamina, lisdexanfetamina y modafinilo. Los psicoestimulantes no anfetamínicos tienen los mismos mecanismos de acción que los anfetamínicos e incluyen metilfenidato, pemolina, dexmetilfenidato y metilfenidato, parche. Los efectos secundarios de ambos tipos de medicamentos son inquietud, irritabilidad, agresión, hipervigilancia y tics.

El último grupo de medicamentos que se usa para tratar la hiperactividad y sus síntomas relacionados son a) atomoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de la norepinefrina utilizado para mejorar la atención y reducir la hiperactividad e impulsividad, el cual actúa manteniendo la NE por más tiempo para que produzca el efecto deseado. (Sinacola y Peter-Strickland, 2011); y b) clonidina y guanfacina, agonistas alfa 2 que ayudan a la atención y reduce la impulsividad y la hiperactividad. Estos medicamentos actúan complementando la acción de la NE ligándose a los receptores de NE y activándolos (Sinacola y Peter-Strickland, 2011). Los efectos secundarios de estos medicamentos incluyen inquietud, irritabilidad y agresión.

Aunque la mayoría de los terapeutas de juego no prescriben medicamentos, pueden ofrecer información importante acerca de qué tanto el cliente puede tolerar el medicamento y si éste está ayudando o produciendo efectos secundarios no deseados.

Al final de este capítulo, se presenta un estudio de caso para ejemplificar el uso de la terapia de juego para ayudar al cliente a superar el medicamento y sus efectos secundarios.



LA INFLUENCIA DE LA NEUROCIENCIA EN LOS PODERES TERAPÉUTICOS DEL JUEGO

En las páginas previas, presentamos los fundamentos para comprender el desarrollo encefálico y los sustratos biológicos de las emociones, la regulación emocional y el proceso interpersonal. Estos elementos también constituyen el trampolín para hablar sobre el estado actual de la combinación terapia de juego e investigación en neurociencias. Aunque su interacción, y de cualquier otra investigación relacionada, está en la primera infancia, mucho de lo que hemos aprendido de las neurociencias se ha aplicado y se sigue aplicando a la práctica de la terapia de juego.

Para demostrar esta interacción, Cacioppo et al. (2007) usan el término **neurociencia social** para representar la intersección de la neurobiología y las ciencias sociales. “La neurociencia social aprovecha los conceptos y métodos de la biología para informar y refinar teorías de la conducta social, y utiliza los constructos y datos sociales y conductuales para informar y refinar teorías de la organización y la función neuronal” (p. 99). Para el terapeuta de juego, el concepto más importante de esta descripción es la relación recíproca (es decir, la neurobiología se usa para informar la práctica y la práctica informa la investigación neurobiológica).

Después, para conectar la terapia de juego con la neurociencia, es necesario extrapolar los hallazgos de la investigación sobre el juego, así como sobre la terapia de juego. En la terapia de juego, mucho de lo que se ha escrito y mucho de lo que mencionamos o citamos proviene de cuatro dominios primarios de la investigación en neurociencia: apego, trauma, trastornos disruptivos y trastornos del desarrollo. También es importante considerar la investigación en este campo relacionada con las conductas del terapeuta con el fin de desarrollar una imagen equilibrada, con base en la neurobiología, de lo que se ha estudiado en lo concerniente a la interacción entre niño y terapeuta.

Al prepararse para escribir este capítulo, los autores realizaron una búsqueda en el *International Journal of Play Therapy* (IJPT), de 1992 a 2014, de artículos que incluyeran al menos alguna referencia a la neurociencia o a los procesos neurobiológicos. Con el término *neurobiology*, se encontraron 11 artículos; la raíz *neuro*, 4 artículo; el término *brain*, 18; los términos *cognitive* y *science*, 12; los términos *emotion* y *science* o *regulation*, 8; y los términos *behavior* y *science* o *regulation*, 0. En total, se encontraron 53 artículos escritos en un periodo de 20 años. Como se esperaba, mientras más atrás en el tiempo se buscaba, menos artículos se encontraron.

El primer número del IJPT incluyó tres artículos relacionados con el apego (Brody, 1992; Glazer-Waldman, Zimmerman, Landreth y Norton, 1992; Mills y Allan, 1992). En los primeros artículos del IJPT, el apego, seguro y desordenado, se explicaba simplemente cubriendo conceptos de relación con el sí-mismo y relaciones con los demás. Empezando 2006, apego, trauma y neurobiología se fusionaron en el artículo “Development of the Trauma Play Scale: An Observation-Based Assessment of the Impact of Trauma on Play Therapy Behaviors of Young Children” [Desarrollo de la

escala de juego del trauma: evaluación basada en la observación del impacto del trauma en las conductas en terapia de niños pequeños] (Findling, Bratton y Hanson), el cual fue seguido por el artículo de Crenshaw y Hardy (2007), “The Crucial Role of Empathy in Breaking the Silence of Traumatized Children in Play Therapy” [Papel crucial de la empatía para romper el silencio de niños traumatizados en terapia de juego]. En la actualidad, los artículos relacionados con el apego y, o trauma son los que con mayor probabilidad incluyen información neurobiológica. Los artículos sobre el apego y el trauma han incluido estudios de indigentes, personas expuestas a desastres naturales, niños en cuidados sustitutos, niños con lesión cerebral traumática, individuos con demencia y niños expuestos a la violencia doméstica. La terapia de juego centrada en el niño y el arenero fueron modalidades terapéuticas que se utilizaron con mayor frecuencia en las intervenciones descritas en estos artículos.

La intersección del juego y el desarrollo encefálico se mencionó por primera vez en un artículo del IJPT titulado “Day by Day: Playing and Learning” [Día a día: jugar y aprender] (Kaufman, 1994). Kaufman afirma, “los fisiólogos encuentran una íntima relación entre el crecimiento de varias partes del encéfalo y los intereses correspondientes del juego” (p. 13). Desde este artículo, el desarrollo encefálico, por lo general discutido en términos del desarrollo y el procesamiento cognitivos, se explora con frecuencia en los artículos del IJPT, junto con otros temas como la regulación emocional y su falta, y la autorregulación. Varios artículos, la mayoría escritos en los últimos 5 años, exploraron los beneficios de la regulación del hemisferio derecho por medio del arte y la terapia con arena, así como con el juego con pelota, la creatividad general y la neurosecuenciación.

Otras investigaciones notables en neurociencia consideran las características del terapeuta (es decir, su actitud y disposición) importante en la relación terapéutica. Dion y Gray (2014) exploraron la autenticidad y la sintonización del terapeuta, las cuales tienen bases neurobiológicas (es decir, las neuronas espejo), y Crenshaw y Hardy (2007), entre otros, describieron la empatía del terapeuta. Los orígenes neurobiológicos de la empatía se relacionan con la ínsula, la corteza cingular anterior y la amígdala (Shirtcliff et al. 2009).

FUTURO DE LOS PRINCIPIOS DE LA NEUROCIENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE JUEGO

No es difícil especular el qué, por qué, cómo, cuándo y dónde el terapeuta utilizará la investigación en neurociencia en el futuro. Mucho de lo que hacemos en terapia de juego existió antes que la neurociencia lo explicara en términos de estructuras y mecanismos cerebrales. Hoy confirma que lo que hacemos está basado en fundamentos teóricos y en nuestra creencia de que el juego es un proceso beneficioso cotidiano a lo largo del desarrollo. El porqué el terapeuta de juego incorporará la investigación en neurociencia en su trabajo es la base de su comprensión del desarrollo normal y anormal, conducta funcional y disfuncional, y de las causas del desarrollo anormal, las conductas disfuncionales y los trastornos. Después de leer y reflexionar sobre la investigación en neurociencia, lo que sigue es definir **qué** rumbo debe tomar. En particular, ¿cómo el terapeuta aplica el conocimiento neurobiológico a un trastorno y en un cliente específicos, y cómo dicho conocimiento beneficia al cliente? El **cuándo** y **dónde** completarán la decisión y ocurrirán al mismo tiempo. En la terapia de juego, ¿cuándo debe aplicarse la investigación en neurociencia (p. ej., durante el proceso terapéutico), y dónde (en qué escenarios, p. ej., grupos, sesiones familiares, individuales, en las casas, en las escuelas) es mejor aplicar la información?

Rushton (2011), en un artículo sobre neurociencia, educación en la infancia temprana y juego, describe la implementación de las prácticas basadas en la neurobiología cuando sugiere el desarrollo de salones de clase **compatibles con el cerebro**. Describe este concepto como un espacio en el que los niños tienen permiso para tomar sus propias decisiones, los maestros modifican sus cursos durante el proceso, y a ningún niño se le enseña con un enfoque rígido y universalista (p. 92). El artículo de Rushton se considera provocador y, aunque la terapia de juego no utiliza salones de clase, tenemos cuartos de juego; así que parece razonable preguntar: ¿nuestros cuartos de juego son compatibles con el cerebro, y cumplen con las directrices generales mencionadas? Si el terapeuta de juego opera desde el enfoque centrado en el niño, la respuesta probablemente es sí; sin embargo, ¿cómo se evalúan los enfoques directivos, con manuales, cuando se comparan con estas directrices?

INFLUENCIAS ACTUALES DE LA NEUROCIENCIA EN LOS MODELOS TERAPÉUTICOS Y DIAGNÓSTICOS

Para que la neurociencia siga siendo una base para las prácticas en terapia de juego, se deben crear intervenciones específicas inspiradas en aquella. Las áreas en las que esto ya ha ocurrido, por nombrar algunas, son el modelo terapéutico neurosecuencial (Perry, 2009; Perry y Hambrick, 2008), Theraplay[®]¹ (Booth y Jernberg, 2009) y DIR/Floortime (Weiderr y Greenspan, 2003, 2005). Con respecto a incluir la perspectiva neurobiológica en el diagnóstico, la edición actual del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*] (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) incluye hallazgos neurobiológicos en la mayoría de los trastornos. Por desgracia, el trastorno por trauma del desarrollo, que van der Kolk (s.f.) consideró un “diagnóstico racional para los niños con historias complejas de trauma” no logró la aprobación y, por lo tanto, fue excluido del DSM-5.

Aunque la terapia de juego, en la actualidad, adopta muchas prácticas basadas en el conocimiento neurobiológico, aún queda mucho por aprender y aplicar. Como meta de corto plazo, el terapeuta, en calidad de investigador, debe explorar nuevas intervenciones basadas en la neurobiología (p. ej., AutoPlay; Grant, 2012) para determinar con mayor precisión su utilidad y aplicabilidad. Una meta de mediano plazo sería realizar investigaciones cuantitativas y cualitativas enfocadas en la neurociencia, que incluyan al niño o al adolescente, a los padres o al terapeuta, en todas las modalidades basadas en la neurobiología. Por último, como meta de largo plazo, se deben desarrollar modalidades de tratamiento basadas en los hallazgos de la investigación en vez de explorarlas después de haber sido creadas.

APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN NEUROBIOLÓGICA EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE JUEGO

Daniel

Como muchos niños de 8 años de edad, a Daniel le encantaba jugar. Esto no fue evidente en los primeros 6 meses de terapia de juego. Desde los 6 años de edad, Daniel había experimentado problemas en casa y en la escuela. Su vida familiar era estable, pero sus cuidadores, su madre y su abuela, tenían trabajos con sueldos bajos y muy rara vez tenía dinero para comprar cosas extra. Cuando los problemas de Daniel escalaban en la escuela, su madre lo llevó a una institución local de salud mental. Le prescribieron un estimulante para el TDAH. Por desgracia, el medicamento lo hizo hipervigilante y agresivo. En la siguiente visita al médico, le prescribieron un estabilizador del estado de ánimo, ácido valproico. Su estado de ánimo no se estabilizó, y le aumentaron la dosis pocos meses después. En los siguientes meses subió cerca de 20 kg y se volvió letárgico y con aplanamiento cognitivo. Desarrolló temblores en las manos y empezó a tener problemas con las habilidades motrices finas y gruesas. Sus calificaciones bajaron más, y al final del año escolar no pasó al siguiente grado. Su madre tampoco percibía beneficios de las sesiones con el consejero infantil que el niño veía, así que lo llevó a una institución local no lucrativa, donde utilizaron terapia de juego.

Daniel comenzó las sesiones semanales de terapia de juego en el verano. En la primera sesión, el terapeuta notó que estaba tan aletargado que apenas podía estar despierto. Cuando lo estaba, si intentaba jugar con los juguetes, no podía manipularlos, se frustraba y los aventaba al suelo.

Entre las sesiones y después de recibir el consentimiento del cuidador de Daniel, el terapeuta hizo una llamada al médico de Daniel. La meta era estar seguro que el doctor tenía conocimiento de los efectos secundarios que presentaba el niño. El médico agradeció al terapeuta por su información, pero decidió continuar con el medicamento.

En la siguiente sesión, el terapeuta introdujo un rompecabezas sencillo de piezas grandes. Había leído recientemente un artículo sobre la creatividad y el hemisferio derecho, y la capacidad del hemisferio derecho para motivar y mantener el estado de alerta. A medida que el terapeuta comenzó a armar el rompecabezas, Daniel se le unió. Al final de la sesión, el terapeuta notó que Daniel, en efecto, estaba más alerta.

Todas las sesiones siguientes empezaron con un juego, arte o arenero, y Daniel estaba cada vez más alerta y con mayor confianza, así que exploró y jugó más y más.

Asimismo, a medida que Daniel estaba más alerta, participó más en el proceso terapéutico. Con el tiempo, sus cuidadoras notaron un cambio en su estado de ánimo general. Se había vuelto más obediente y lucía más motivado.

Ésta es sólo una manera en que el terapeuta de juego empleó los conceptos que aprendió de la investigación en neurobiología para ayudar a sus clientes. Con los años, muchos clientes con los que este terapeuta ha trabajado estaban medicados. Dependiendo del medicamento, algunos clientes presentaban síntomas inducidos por ellos, como obnubilación cognitiva, aplanamiento cognitivo, aplanamiento emocional, letargo, déficits en las habilidades motrices finas y gruesas, dificultades generales de coordinación, inquietud o agresión. De la investigación en neurociencia, el terapeuta de juego aprendió que algunos niños necesitan entrar en calor (es decir, estar alerta) antes de que la sesión empiece y otros necesitan enfriarse (es decir, desacelerarse) antes de marcharse, y otros necesitan ambas cosas. Al poner en práctica estos conocimientos, los clientes obtuvieron más de las sesiones.

Muchos juegos y actividades son útiles para ayudar a aliviar los síntomas antes mencionados. Cuando es necesario y con el tiempo, si las sesiones empiezan y terminan con alguna de las actividades listadas a continuación, el terapeuta notará una mejora general en el estado de ánimo, la energía y la motivación de sus clientes, pues el cerebro del niño supera los efectos secundarios de cualquier medicamento que esté tomando.

- Para la obnubilación cognitiva: juegos sencillos (que requieren un esfuerzo para concentrarse), como memorama, rompecabezas, laberintos, adivinanzas, ahorcado.
- Para el letargo: actividades vivenciales, paseos, columpios, rayuela.
- Para el aplanamiento emocional: actividades rítmicas, danza, música, biblioterapia, arte (guiado, representacional o abstracto), bromas, caricaturas.
- Para las habilidades motrices gruesas: pintura con los dedos, artesanías, hula-hula, Lego, bloques, canicas, juego de bloques.
- Para las habilidades motrices finas: cuentas, ensartar pastas, palillos chinos, Air Hockey, juegos de pescar, juego con argollas.
- Para la inquietud o agresión: arenero, arcilla, actividades rítmicas, música.

CONCLUSIÓN

En el caso de Daniel, demostramos cómo los artículos y las actividades comunes en terapia de juego se pueden utilizar para ayudar a los clientes a superar los efectos secundarios de los medicamentos. Las actividades organizan en secuencia las partes comunes de la terapia de juego con el fin de ayudar al cliente cuando más necesite ayuda. En general y también beneficioso, trabajar al aire libre o dar un paseo se puede utilizar para aliviar muchos de los efectos secundarios mencionados. La luz del sol y el aire fresco desencadenan la consciencia en el cerebro. Incluir a la naturaleza en el proceso terapéutico saca a relucir el impulso innato a ser libre, interactuar, dar sentido y explorar el ambiente.

■ REFERENCIAS

- American Academy of Pediatrics, Stirling, J., Jr., Committee on Child Abuse and Neglect and Section on Adoption and Foster Care, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Amaya-Jackson, L., & National Center for Child Traumatic Stress, Amaya-Jackson, L. (2008). Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatric*, *122*(3), 667-673.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Walker, J., Whitfield, C. L., Bremner, J. D., Perry, B. D.,...Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *256*(3), 174-186.
- Association for Play Therapy. (2001). Play therapy. *Association for Play Therapy Newsletter*, *20*, 20.
- Berridge, K. C., & Kringelbach, M. L. (2013). Neuroscience of affect: Brain mechanisms of pleasure and displeasure. *Current Opinion in Neurobiology*, *23*(3), 294-303.
- Booth, P. B., & Jernberg, A. (2009). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Brambilla, P., Barale, F., & Soares, J. C. (2003). Atypical antipsychotics and mood stabilization in bipolar disorder. *Psychopharmacology*, *166*(4), 315-332.
- Brody, V. A. (1992). The dialogue of touch: Developmental play therapy. *International Journal of Play Therapy*, *1*(1), 21-31.
- Cacioppo, J. T., Amaral, D. G., Blanchard, J. J., Cameron, J. L., Carter, S., Crews, D.,...Quinn, K. J. (2007). Social neuroscience: Progress and implications for mental health. *Perspectives on Psychological Science*, *2*(2), 99-123.
- Coates, D. (2010). Impact of childhood abuse: Biopsychosocial pathways through which adult mental health is compromised. *Australian Social Work*, *63*(4), 391-403.
- Crenshaw, D. A., & Hardy, K. V. (2007). The crucial role of empathy in breaking the silence of traumatized children in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, *16*(2), 160-175.
- Deak, A. (2011). Brain and emotion: Cognitive neuroscience of emotions. *Review of Psychology*, *18*(2), 71-80.
- Dion, L., & Gray, K. (2014). Impact of therapist authentic expression on emotional tolerance in synergetic play therapy. *International Journal of Play Therapy*, *23*(1), 55-67.
- Findling, J. H., Bratton, C. B., & Henson, R. K. (2006). Development of the trauma play scale: An observation-based assessment of the impact of trauma on play therapy behaviors of young children. *International Journal of Play Therapy*, *15*(1), 7-36.
- Franks, D. D. (2006). The neuroscience of emotions. In J. E. Stets & J. H. Turner (Eds.), *Handbook of the sociology of emotions*. New York, NY: Springer.
- Frost, J. L. (1998). *Neuroscience, play, and child development*. Paper presented at the meeting of the IPA/USA Triennial National Conference, Longmont, CO.
- Giles, L. C., Glonek, G. F., Luszcz, M. A., & Andrews, G. R. (2005). Effects of social networks on 10 year survival in very old Australians: The Australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *59*(7), 574-579.
- Glazer-Waldman, H. R., Zimmerman, J. E., Landreth, G. L., & Norton, D. (1992). Filial therapy: An intervention for parents of children with chronic illness. *International Journal of Play Therapy*, *1*(1), 31-42.
- Goldsmith, H. H., Pollak, S. D., & Davidson, R. (2008). Developmental neuroscience perspectives on emotion regulation. *Child Development Perspectives*, *2*(3), 132-140.
- Grant, R. J. (2012). *AutPlay therapy handbook: A play therapy based treatment for Autism Disorder and other developmental disorders*. Springfield, MO: R. J. G. Publishing.
- Hudspeth, E. F. (2013). Part I: The medicated, disruptive child in play therapy. *Play Therapy Magazine*, *8*(1), 6-11.
- Kalat, J. W. (2007). *Biological psychology* (9th ed.). Belmont, CA: ThomsonWadsworth.

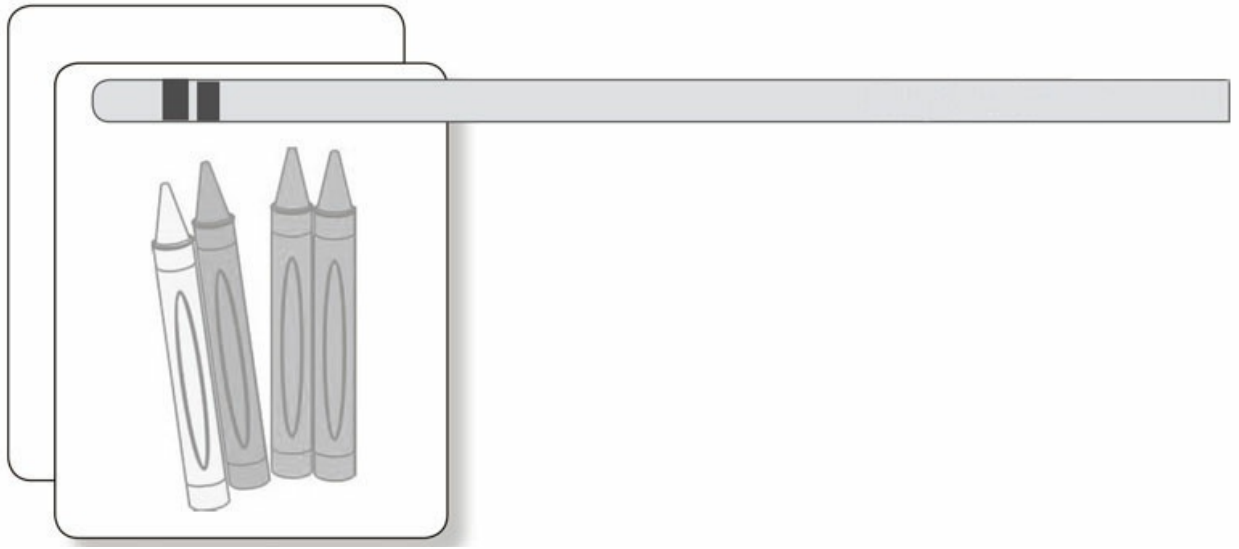
- Kaufman, B. A. (1994). Day by day: Playing and learning. *International Journal of Play Therapy*, 3(1), 11–21.
- Knickmeyer, R. C., Gouttard, S., Kang, C., Evans, D., Wilber, K., Smith, J. K., & Gilmore, J. H. (2008). A structural MRI study of human brain development from birth to 2 years. *The Journal of Neuroscience*, 28(47), 12176–12182.
- Levy, A. J. (2009). Neurobiology and the therapeutic action of psychoanalytic play therapy with children. *Clinical SocialWork Journal*, 39(1), 50–60. doi:10.1007/s10615-009-0229-x
- Levy, L. M., & Degnan, A. J. (2013). GABA-based evaluation of neurological conditions: MR spectroscopy. *American Journal of Neuroradiology*, 34(2), 259–265.
- Mills, B., & Allan, J. (1992). Play therapy with the maltreated child: Impact upon aggressive and withdrawn patterns of interaction. *International Journal of Play Therapy*, 1(1), 1–20.
- Neigh, G. N., Gillespie, C. F., & Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiological toll of child abuse and neglect. *Trauma, Violence, and Abuse*, 10(4), 389–410.
- Nelson, C. A., III, Bos, K., Gunnar, M. R., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2011). V. The neurobiological toll of early human deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 127–146.
- Panksepp, J. (2003). At the interface of the affective, behavioral, and cognitive neurosciences: Decoding the emotional feelings of the brain. *Brain and Cognition* 5(1), 4–14.
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14(4), 240–255. doi:10.1080/15325020903004350
- Perry, B. D., & Hambrick, E. (2008). The neurosequential model of therapeutics. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3) 38–43.
- Rushton, S. (2011). Neuroscience, early childhood education, and play: We are doing it right! *Early Childhood Education Journal*, 39(2), 89–94.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2(1), 23–47.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 201–269.
- Schore, A. N. (2003). Affect regulation and the repair of the self. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (2009a). Relational trauma and the developing right brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159(1), 1189–2003.
- Schore, A. N. (2009b). Right-brain affect regulation: An essential mechanism development, trauma, dissociation, and psychotherapy. In D. Fosha, D. J. Siegel, & M. Solomon (Eds.), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, and clinical practice* (pp. 112–144). New York, NY: Norton.
- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical SocialWork Journal*, 36(1), 9–20. doi:10.1007/s10615-007-0111-7
- Shirtcliff, E. A., Vitacco, M. J., Graf, A. R., Gostisha, A. J., Merz, J. L., & Zahn-Waxler, C. (2009). Neurobiology of empathy and callousness: Implications for the development of antisocial behavior. *Behavioral Sciences and the Law*, 27(2), 137–171.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2006). An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: Awareness, mirror neurons, and neural plasticity in the development of well-being. *Psychiatric Annals*, 36(4), 248–256
- Siegel, D. J. (2009). Mindful awareness, mindsight, and neural integration. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 137–158.
- Sincola, R. S., & Peter-Strickland, T. (2011). *Basic psychopharmacology for counselors and psychotherapists* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Higher Education.
- van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 293–317.
- van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071(IV), 277–293.
- van der Kolk, B. A. (n.d.). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Recuperado de:

http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/preprint_dev_trauma_disorder.pdf

- Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. *Autism*, 7(4), 425–435.
- Weider, S., & Greenspan, S. I. (2005). Can children with Autism master the core deficits and become empathetic, creative, and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with Autism Spectrum Disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual-difference, relationship-based (DIR) approach. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, 5(9), 39–60.
- Zeanah, C. H., & Boris, N.W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. En C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 353–368). New York, NY: Guilford.
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2009). Attachment disorders. En C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3rd ed., pp. 421–434). New York, NY: Guilford Press.

NOTAS

- ¹ *Nota del traductor:* En este capítulo, *encéfalo* se usa para traducir *brain*, y *cerebro*, para *cerebrum*. El encéfalo está formado por el tronco encefálico (bulbo raquídeo, protuberancia y mesencéfalo), el cerebelo, el diencefalo y el cerebro. El cerebro está formado por los dos hemisferios cerebrales. Navarro, F. A. (2005). *Diccionario crítico de dudas inglés – español de medicina, 2a ed.* Madrid: McGraw-Hill.
- ¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.



Capítulo 32

Temas de cultura y diversidad en terapia de juego

Eliana Gil y Lexie Pfeifer

Hortensia, una niña de 6 años de edad, mezcla de dos razas, vino a mi (Eliana Gil) consultorio después de ser ubicada en un hogar sustituto con una familia de inmigrantes coreanos. Tenía dificultades de adaptación y presentaba conductas desafiantes y agresivas. Faltaba al respeto a sus padres tutelares e insistía en que no tenía por qué hacer lo que ellos le pedían. Su conducta en la escuela también carecía de regulación aunque su maestra decía que notaba a Hortensia distraída y cansada. En cuanto entró en mi consultorio observó todas las miniaturas que tenía en mis estantes, sobre todo las personas de distintas edades y grupos étnicos. Tomó las miniaturas de asiáticos, las apretó en sus puños y las aventó al bote de la basura diciendo, “Estas son personas apestosas y estúpidas; ¡no deberías tenerlas en tu cuarto!” Me impactaron sus comentarios y acciones, y de inmediato me pregunté “¿Digo algo o simplemente le reflejo lo que hizo?”

SENSIBILIDAD CULTURAL EN LOS ESCENARIOS CLÍNICOS: UN CAMPO DE ESTUDIO EN EVOLUCIÓN

La sabiduría contemporánea apoya la educación continua en el área de la sensibilidad y competencia culturales con el fin de dar mejores servicios a los clientes. Aunque el concepto de competencia cultural está bien integrado en nuestros programas de entrenamiento y metas de la práctica, con frecuencia es limitado en sus aplicaciones prácticas. Por ejemplo, la mayoría de los consejos que expiden licencias, y ahora la mayoría de los programas de posgrado ofrecen cotidianamente cursos sobre este tema. Sin embargo, los requisitos suelen ser un curso de una sola vez, y estos no siempre incluyen el entrenamiento vivencial necesario para lograr la introspección e implementación de cambios en modos prácticos y visibles (Pope-Davis, Coleman, Liu y Toporek, 2003).

Como la evidencia sigue mostrando, el terapeuta puede maximizar su eficacia integrando la visión cultural del mundo de sus clientes. Es importante incorporar conocimiento práctico y relevante. En vez de separar nuestra competencia cultural como un plus, debería estar entrelazado en nuestro desarrollo profesional. La tendencia hacia la integración agregará la competencia cultural en las competencias generales de toda práctica en salud mental.

El desarrollo profesional en el área de la sensibilidad cultural asumió al principio que todo clínico debía tener conocimiento acerca de otras culturas. Distintos libros destacaron en cuanto a fundamentos e información en este respecto (McGoldrick, Giordano y Garcia-Oreti, 2005). Más tarde, también aparecieron volúmenes de culturas específicas (Boyd-Franklyn, 2006; Falicov, 2013; Lee, 2000). El conocimiento es un componente útil e importante para el aprendizaje, pero tiene que procesarse e integrarse con cuidado en la práctica. A medida que el campo de la salud mental evoluciona, los métodos tradicionales de aprendizaje deben ponerse a prueba. Es más pertinente con un tema como éste incluir oportunidades para la autoexploración, el descubrimiento y la revisión de actitudes y creencias previas conscientes e inconscientes acerca de las diferencias culturales. Los terapeutas deben reflexionar sobre sus prejuicios y creencias personales, para asegurar que la práctica clínica refleje su disposición a ser sensible en términos culturales. En ningún otro contexto, estas dinámicas son tan patentes como en el trabajo con niños, quienes tienen menos inhibiciones en cuanto a sus expresiones verbales y para quienes hablar implica, con frecuencia, juego, historias, arte y conductas.

HISTORIA DEL INTERÉS EN TEMAS CULTURALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

En el campo de la salud mental, la Vail Conference de 1973 llamó la atención sobre el tema de la competencia multicultural. No fue sino a finales de la década de 1990 cuando la literatura empezó a centrarse en estos temas, la *American Counseling Association* (ACA) y la *American Psychological Association* (APA) respaldaron las directrices y los estándares éticos de la competencia multicultural (Pope-Davis et al., 2013; Watson, Herlihy y Pierce, 2006).

Sue (2001) ha sido un pionero en conceptualizar nuestra comprensión actual de la competencia multicultural, que tiene tres dominios distintos: consciencia, conocimiento y habilidades del terapeuta. Primero, el terapeuta debe estar consciente de sus propios supuestos y valores culturales, y cómo interactúan con los del cliente. Segundo, el terapeuta debe tener conocimiento de otras culturas y de cómo los sistemas euroamericanos de gobierno y de consejería (y las prácticas occidentales en general) afectan a las minorías culturales. Tercero, el terapeuta usa una amplia variedad de habilidades (en especial, las de comunicación verbal y no verbal), así como la disposición para intervenir de modo sistemático con el fin de cubrir de la mejor manera las necesidades del cliente. Estos tres componentes siguen siendo fundamentales en la literatura sobre la competencia cultural (Beckett y Dungee-Anderson, 1997; Carney y Kahn, 1984; Sue, 2001).

Además, Sue (2001) impulsa al clínico a considerar cuatro niveles de sistemas (individual, profesional, organizacional y social) y cinco agrupamientos culturales en EUA (afroamericanos, asiaticoamericanos, latinos/hispanoamericanos, nativos americanos y euroamericanos). Los clínicos competentes a nivel cultural consideran la influencia de cada nivel en la experiencia cultural del cliente y reconocen que esa competencia puede tener distintos sentidos de acuerdo con el agrupamiento cultural. A nivel individual, profesional, organizacional y social, tenemos que considerar nuestros valores etnocéntricos y la manera en que ellos afectan nuestro modelo de terapia, ética, práctica y definiciones de competencia.

Se han introducido otras competencias como las relaciones de consejería multicultural, la construcción de alianza, el conocimiento de la terminología multicultural y la comprensión del desarrollo de la identidad racial (Constantine, Juby y Liang, 2001; Sodowsky, Taffe, Gutkin y Wise, 1994). La definición de cultura también se ha ampliado para incluir raza, grupo étnico, clase social, género, orientación sexual y religión. Sin embargo, hay controversia en cuanto a si la definición de cultura debe ser incluyente o excluyente. Sue (2001) argumenta que una definición inclusiva puede suavizar las distintas luchas opresivas de las minorías raciales y étnicas. En un marco tripartito de la identidad cultural que incluye los niveles universal, grupal e individual de la identidad, Sue (2001) describe la identidad grupal como una mezcla única de diversas identidades culturales que, además de la raza y el grupo étnico, incluye edad, clase social, género,

estado civil, orientación sexual, discapacidad, ubicación geográfica y religión. En esencia, cada sesión de terapia es un encuentro multicultural. Con una conceptualización más inclusiva, las subculturas también aseguran consideraciones especiales, por ejemplo, la cultura gay, los individuos con distintas discapacidades, los soldados, los grupos religiosos, los enfermos mentales y los ricos o los pobres, por nombrar algunos.

Desde la explosión de la literatura y el establecimiento de directrices multiculturales a finales de la década de 1990, los programas han desarrollado entrenamientos específicos, los exámenes de certificación evalúan la competencia, y la educación continua para los consejeros requiere entrenamiento constante en esta área (American Psychological Association, 2003; Pope-Davis et al., 2003; Toporek, Lewis y Crethar, 2009). Los elementos en común de estos programas se centran en educar a los estudiantes acerca del desarrollo de la identidad racial caucásica, ofrecer experiencias con otras culturas y enseñar la investigación multicultural y su influencia en los sistemas comunitarios, sociales, culturales y políticos (Pope-Davis et al., 2003).

La literatura es rica en conceptualización, pero los estudios empíricos que pongan a prueba los modelos terapéuticos en distintas culturas aún son escasos. Aunque la atención en los temas multiculturales ha aumentado en las últimas décadas, aún queda mucho por investigar, aprender y aplicar con el fin de aumentar nuestra sensibilidad y eficacia en una comunidad mundial multicultural. En particular, el campo de la terapia de juego ofrece una vasta frontera para la exploración, aplicación e investigación de las cuestiones multiculturales.

TEMAS CULTURALES EN TERAPIA DE JUEGO

La *Association for Play Therapy* (APT) ha respaldado la importancia de la competencia multicultural adoptando nuevas políticas relacionadas con ésta en febrero de 2010 (APT, 2014). La misión de la APT establece que la asociación busca promover el “reconocimiento, incorporación y preservación de la diversidad en terapia de juego” (APT, 2014, p. 3), y las políticas organizacionales indican que los terapeutas de juego y los supervisores obtengan entrenamiento para mejorar su competencia multicultural.

El terapeuta de juego tiene habilidades únicas que fortalecen su competencia transcultural, dada su influencia en el lenguaje no verbal, universal del juego. Sin embargo, el juego no es totalmente universal (Drewes, 2005; O’Connor, 2005). Las actitudes y los usos culturales del juego varían. El juego es un lenguaje usado por niños y adultos. Los cuidadores de diferentes culturas ven el juego como simple juego, como trabajo, o como enseñanza de la seguridad, la moral o los roles sociales (Drewes, 2005). El juego de simulación refleja los papeles y estilos interactivos de distintas culturas. El juego viene en muchos dialectos culturales. El terapeuta de juego debe estar preparado para reconocer y responder a las sutilidades culturales al presentarse a sí mismos en los dramas de juego.

Sue y Sue (2003) hacen hincapié en que “reconocer las identidades de los clientes para incluir las dimensiones individual, grupal y universal” y usar “las estrategias y los roles universales y específicos de cada cultura en el proceso de curación” constituyen aspectos importantes de la consejería multicultural (p. 16). Por lo tanto, al mismo tiempo que acepta el viaje de héroe universal y arquetípico de cada cliente que trasciende las diferencias individuales y culturales, el terapeuta debe considerar cómo facilitar la expresión y exploración de la identidad cultural y grupal y cómo incorporar las estrategias específicas de la cultura en su trabajo con niños y sus familias.

Facilitar la expresión y exploración de la identidad cultural y grupal mejora gracias al conocimiento y la experiencia en la teoría sistémica, la cual promueve la conciencia de la función de la conducta en un contexto cultural. Como Sue (2001) lo describió el cliente existe en cuatro niveles de sistemas (individual, profesional, organizacional y social). Además, el cliente existe en un sistema familiar y otros sistemas culturales que son una combinación de edad, constelaciones familiares, género, raza, grupo étnico, religión y estrato socioeconómico. La teoría sistémica postula que la conducta individual se debe considerar en el contexto de un sistema en su conjunto (Whitchurch y Constantine, 1993). Por lo tanto, el terapeuta aumentará su competencia multicultural comprendiendo cómo los sistemas a los que pertenece el cliente impactan la expresión u opresión de su identidad cultural. Este conocimiento aumentará la confianza en sí mismo y la disposición del terapeuta para actuar de manera sistemática en beneficio del cliente. Un ejemplo pertinente de la aplicación del pensamiento sistémico es cómo el terapeuta interactúa con los cuidadores y familias del cliente, y los hace participar en el proceso. Debido a que los cuidadores son la fuente del aprendizaje cultural de los niños, debemos reconocer que su participación en el proceso terapéutico es esencial, en última instancia, para la eficacia.

En la película *South Pacific*, la letra de una canción es pertinente en esta discusión. “They have to be taught to hate” [Tienen que aprender a odiar] (Adler y Logan, 1958) fue una referencia para la tendencia innata de los niños a aceptar a los otros y la importante influencia de los cuidadores en el desarrollo de su consciencia respecto de su identidad cultural y de la de los demás. Cuando los niños expresan insensibilidad cultural o racismo, parecen aprender estas actitudes y expresiones verbales de sus cuidadores. Hinman (2003) señala que los cuidadores también enseñan a los niños cómo responder a los desaires y prejuicios raciales, y recomienda la terapia de juego familiar como la mejor intervención “en tanto que es importante que el terapeuta convierta en colaboradores a los padres para ayudar al niño a enfrentarse a los prejuicios” (p. 118). En verdad, las intervenciones correctivas deben hacerse con niños en combinación con sus cuidadores si existe la oportunidad de implementarse en el largo plazo.

Otra aplicación del pensamiento sistémico es cómo el terapeuta considera las conductas parentales en el contexto del sistema cultural del cliente. Un ejemplo de esto es cuando los niños afroamericanos están sobrerrepresentados en los informes de abuso infantil que se presentan a las autoridades. Los abogados de niños han identificado esto como un problema y recomiendan una consideración cuidadosa de las respuestas reflejas hacia los factores de riesgo en familias de diferentes valores culturales. Al mismo tiempo, las familias de estatus económicos y sociales superiores o las familias con privilegios podrían escapar de los informes de abuso sexual, porque los clínicos no lo detectan debido a prejuicios no identificados acerca de los tipos de personas proclives a la violencia. Además de hacer hincapié en la importante habilidad del pensamiento y la conceptualización sistémicos de la conducta del cliente, proponemos que la competencia cultural tiene el potencial de guiar la acción social en forma de defensa legal. Los abogados de niños van más allá de su papel clínico para señalar áreas problemáticas e injusticias, y recomiendan acciones correctivas a través de la retroalimentación directa, sea que tales sugerencias se soliciten o no.

¿Cuáles son ejemplos de matices culturales e interacciones sistémicas culturales que se presentan en la terapia de juego? O'Connor (2005) afirma que el juego no necesariamente es universal y que hay diferencias contextuales que dependen de los antecedentes culturales del niño. También señala que la expresión directa es inconsistente con algunos valores culturales. El terapeuta que emplea el juego como un puente para dirigir la expresión de emociones puede encontrar resistencias de cultura que valoran los enfoques sutiles o indirectos de la expresión emocional. Algunas culturas ven la psicoterapia desde una perspectiva experta, médica, y esperan que el terapeuta adopte un papel más directivo de lo que algunos modelos permiten. La orientación a logros y metas son otros valores culturales que pueden entrar en conflicto con un enfoque no directivo. Además, la informalidad de la relación terapeuta-niño puede ocasionar confusión o resistencia en culturas en las que hay un fuerte sentido de la jerarquía patriarcal (O'Connor, 2005).

Drewes (2005) recomienda a los terapeutas ser sensibles a los diversos valores culturales en relación con la familia, en particular la variedad en la valoración de la

autonomía y los ideales igualitarios versus la interdependencia y el patriarcado. El terapeuta también tiene que considerar cómo interactúa la cultura familiar en torno a las cuestiones de privacidad y confianza (Drewes, 2005). O'Connor (2005) y Drewes (2005) señalan que hay explicaciones culturales o espirituales de las pestes mentales y emocionales, y es vital estar consciente de estas explicaciones y el grado de la creencia de la familia en dichas explicaciones. El terapeuta debe tener presente las barreras de lenguaje; Drewes (2005) señala que hacer que un niño bilingüe traduzca para sus cuidadores, cuando son inmigrantes, plantea problemas sistémicos. Por último, diferentes culturas tienen diferentes límites espaciales, y esto se debe tener en cuenta en la evaluación de los límites saludables o problemáticos (Drewes, 2005).

Debemos tener mayor consciencia y conocimiento de los temas culturales que se presentan en terapia de juego. Ese es el trabajo más difícil: traducir nuestra consciencia y conocimiento en acción. Gil (2005) describe la **competencia activa** como un paso que lleva del conocimiento a la conducta, y describe el proceso como “un patrón circular de pensamiento y respuesta” que empieza con la “atención... a la experiencia interna, la respuesta a esa experiencia, los intentos conductuales y el remodelamiento de estos intentos con base en la retroalimentación externa” (Gil, 2005, p. 10).

La literatura e investigación en el campo de la terapia de juego refleja definiciones y tendencias más amplias de competencia multicultural (Hinman, 2003; Gil y Drewes, 2006; O'Connor, 2005; Penn y Post, 2012). Hinman (2003) examina las actitudes específicas de las culturas hacia el juego y su funcionalidad, ofrece una perspectiva de la aplicación práctica de la consciencia cultural para reunirse con cuidadores de otros grupos étnicos, evaluar el juego del niño y hacer participar a los niños en la terapia de juego. Ella señala que la identidad es un área en común de la evaluación y el trabajo con niños de minorías culturales. También hace hincapié en la importancia de trabajar con el sistema cultural más amplio del niño, que está compuesto por los cuidadores y la comunidad (Hinman, 2003). En el trabajo con familias inmigrantes, los niveles de aculturación del niño y los cuidadores también se deben evaluar, así como si existe un proceso paralelo de aculturación o un vacío amplio de aculturación que pueda afectar los patrones de relación.

Chang, Ritter y Hays (2005) realizaron una encuesta a 505 miembros de la APT para evaluar sus percepciones de las tendencias culturales en su práctica. Las percepciones y la consciencia de los temas culturales variaron. Algunos no notaron diferencias en los clientes de minorías étnicas y creían que el juego es universal. Otros notaron aumentos en los clientes de minorías étnicas y diferencias en el juego y en las actitudes de los cuidadores hacia el juego.

Las tendencias culturales incluyeron las observaciones de que los niños de minorías étnicas notaron la presencia o la falta de materiales de juego específicos de su cultura, presentaron mayor confusión en torno a la identidad cultural, manifestaron temas relacionados con la confianza, la seguridad y la protección, y realizaron un juego más agresivo. Además, se observó que los niños “se probaban prendas de diferentes culturas y actuaban conductas que creían que pertenecían a otras culturas” (Chang et al., 2005, p.

76). Con cuidadores de minorías étnicas, los terapeutas notaron más escepticismo en relación de la terapia de juego, y observaron mayor disfunción familiar entre ellos (Chang et al., 2005). Esta revisión cualitativa de las percepciones de los terapeutas respecto de las tendencias culturales también es un reflejo de su sesgo y nivel de consciencia.

Aunque cada vez hay más ejemplos de caso y literatura que trata cuestiones culturales en terapia de juego, hay poco sustento empírico de su eficacia con minorías étnicas. Por ejemplo, el metaanálisis de Bratton Ray, Rhine y Jones (2005) sobre la eficacia de la terapia de juego señala que los grupos étnicos no se tomaron en cuenta en la mayoría de los estudios. Sin embargo, ha habido algunos avances en la investigación en terapia filial con poblaciones de chinos, coreanos y nativos americanos (Chau y Landreth, 1997; Glover y Landreth, 2000; Lee y Landreth, 2003), así como terapia de juego grupal con poblaciones portorriqueñas y taiwanesas (Martinez y Valdez, 1992; Shen, 2002). Se necesitan más estudios como éste. Los investigadores terapeutas deben considerar mejor la importancia de la diversidad cultural y representar a las culturas minoritarias en sus investigaciones empíricas sobre la práctica y eficacia de la terapia de juego.

Además de abordar temas y prácticas culturales en la literatura, hay otros avances en el entrenamiento en la competencia multicultural. Vandergast, Post y Kascsak-Miller (2010) describen un programa de entrenamiento vivencial para estudiantes avanzados de posgrado que aprenden la terapia de la relación padre-hijo (TRPH). Después de la instrucción didáctica, estos estudiantes condujeron un grupo de TRPH de 8 semanas con familias de zonas céntricas con un bajo estatus socioeconómico. Los estudiantes informaron una experiencia positiva que amplió su competencia. Vandergast et al. (2010) recomendó “colaborar con programas comunitarios para alcanzar a las poblaciones con menor acceso a los servicios,” porque entrena a los estudiantes en la práctica y el apoyo social (p. 206).

El apoyo social es otra tendencia entre los avances de la competencia multicultural. Ceballos, Parikh y Post (2012) hacen hincapié en la importancia de desarrollar actitudes y prácticas de justicia social. Ellos explican que no es suficiente tener consciencia, conocimiento y habilidades culturales. De modo semejante al modelo multidimensional más extenso de Sue (2001), Ceballos et al. (2012) explican que la consciencia multicultural debe ampliarse para reconocer la naturaleza sistémica del desarrollo y perpetuación de nuestros sesgos culturales. Es importante comprender las presiones que los sistemas opresivos e inequitativos ejercen sobre la autorrealización de los clientes (Ceballos et al., 2012). Entre las interacciones y presiones sistémicas, se encuentran las enseñanzas que los niños reciben de sus cuidadores y en sus familias acerca de su cultura y de otras, en tanto que esto alimenta las actitudes y visiones estrechas y racistas, así como de la visión más amplia de la sociedad y las prácticas que perpetúan el racismo.

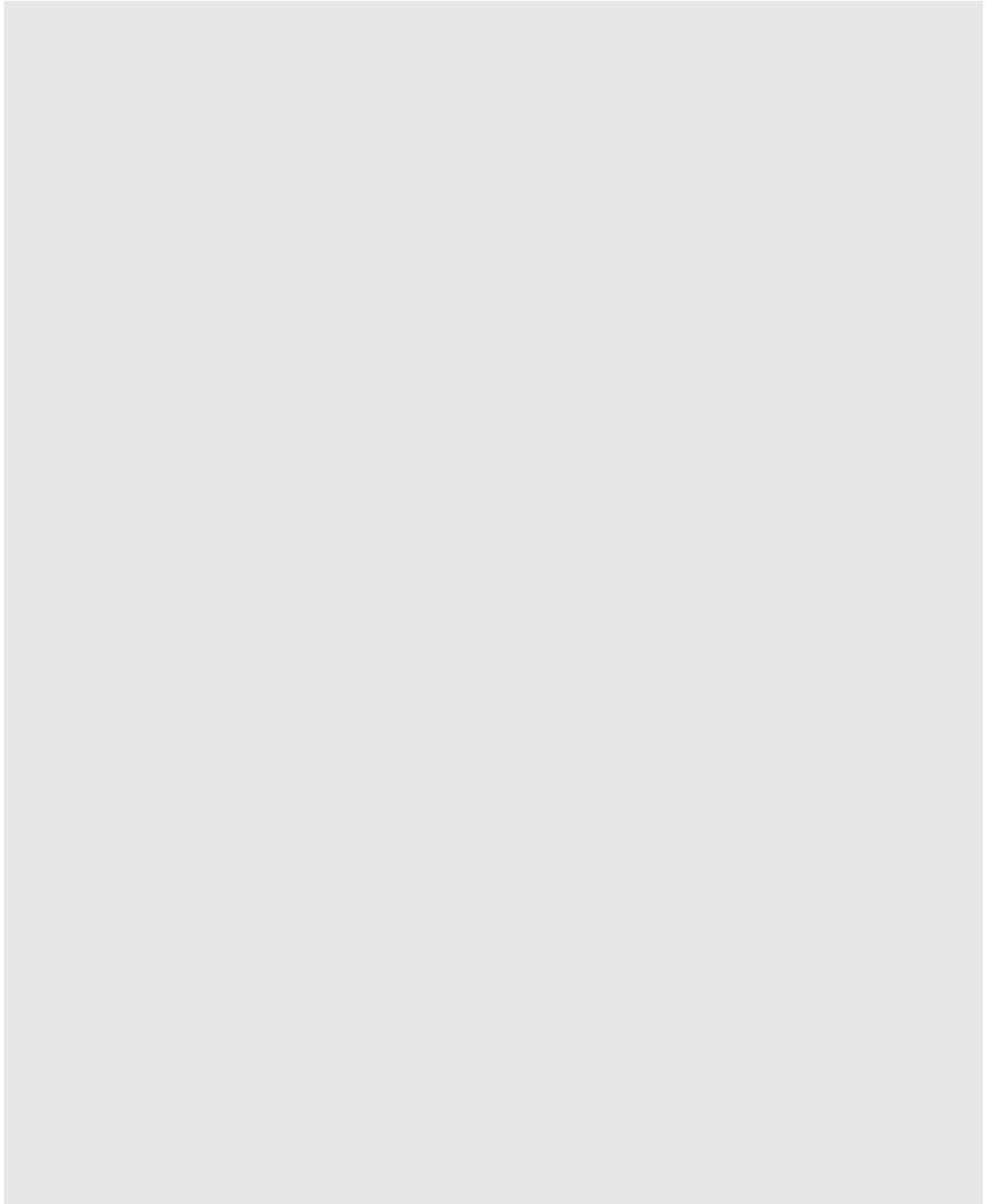
TRABAJAR CON NIÑOS Y SUS CUIDADORES: UN CONTEXTO SISTÉMICO CULTURAL

La aculturación contribuye a la confusión en torno de la identidad cultural, y los niños la experimentan como una situación estresante, porque exige que la cultura previa difiera de la actual. Las situaciones estresantes incluyen sentimientos de verse o ser diferente, sentirse aislado, sentir que llama la atención, ser presionado para comportarse de modos contrarios a los valores aprendidos o para participar en actividades que no son aceptables, así como desarrollar sentimientos de inferioridad y aislamiento. En terapia de juego, son evidentes los ejemplos de estas situaciones: los niños pueden haber aprendido a respetar a los adultos en posiciones de autoridad y, sin embargo, en terapia de juego forma parte de una cultura en la que el terapeuta sigue al niño o intenta establecer una relación más igualitaria. A algunos niños se les enseña a obedecer a los adultos, mientras que a otros se les da mayor libertad para negarse. A menudo, la expresividad de los niños es vista de distintas maneras en las culturas, y se les enseña a hablar sólo cuando les hablan, o a guardarse sus sentimientos o a “sufrir en silencio” sin traicionar la privacidad familiar.

Los valores familiares en torno a la lealtad y protección también ocasionan conflictos internos en el proceso de aculturación. En EUA, las familias inmigrantes, sobre todo las de indocumentados, enseñan a sus niños a estar callados, no revelar nada voluntariamente y a desconfiar de los profesionales de habla inglesa. Así, un niño de cuidadores indocumentados puede usar la miniatura de un oficial de policía en su juego no como símbolo de protección, sino de peligro y preocupación. Dar a los niños oportunidades de usar los juguetes de manera proyectiva nos permite comprender su visión cultural del mundo.

La reflexión clínica y la preparación tal vez conduzcan a respuestas sensibles y confiables, y a evitar que el terapeuta sea tomado desprevenido. En una situación específica, un niño dijo, “La policía va a causar problemas; ellos siempre quieren capturarnos haciendo algo malo para que nos puedan meter a la cárcel.” Hay una gran cantidad de respuestas clínicas que pueden usarse con diferentes implicaciones e impacto. Una respuesta reflexiva, puramente centrada en el niño, como “Así que la policía causa problemas y quiere meterte a la cárcel,” refleja la visión que el niño tiene de la policía. Desde una perspectiva más directiva, es útil expandir su juego con afirmaciones como “Así que a veces la policía causa problemas y mete a las personas a la cárcel. Me pregunto qué otras cosas hace la policía” o “Me pregunto qué hace la policía cuando no está causando problemas.” Esto aportaría psicoeducación acerca de la policía, pero también implica desafiar temas familiares/culturales más amplios. Lo mejor sería reunirse con toda la familia para hablar del tema. El terapeuta podría invitarlos a una sesión y pedirles que hagan un collage que incluya lo que los hace sentir seguros o les hace temer por vivir en un nuevo país. Es posible que se hable de la policía de una manera negativa, lo cual se debe explorar sin negar o desafiar la experiencia de la familia.

Así, es útil ubicar las respuestas del terapeuta a lo largo de un continuo que va de lo reflexivo y no directivo a lo educativo o crítico con el fin de abordar sesgos y valores culturales. Tener una serie de respuestas flexibles, aplicadas de manera deliberada, ayuda al niño a ver en perspectiva su situación.



ESTABLECER UN CONSULTORIO INCLUYENTE EN TÉRMINOS CULTURALES

Los niños toman nota del ambiente de la terapia de juego en tanto que concierne a los temas culturales. Ellos notan qué hay en el cuarto y qué no. Esto es evidente en muchos niños que hacen solicitudes audaces para que el terapeuta agregue ciertos juguetes o juego que son sus favoritos. El terapeuta debe tener cuidado de transmitir una actitud cordial y acogedora desde el momento en que el niño abre la puerta hasta que se marcha. Hay muchas oportunidades para demostrar que toma en cuenta la diversidad cultural con obras de arte colgadas en la pared o la literatura de la sala de espera. Otras maneras sencillas de mostrar sensibilidad cultural es a través de la música, los tejidos y las imágenes en detalles como los cojines decorativos. Hay pequeñas, pero concretas maneras de tener en cuenta los temas de diversidad y ampliar la bienvenida a niños de distintos contextos. Hinman (2003) señala que “las decoraciones que transmiten creencias en la perspectiva de muchas culturas... alientan a los clientes de minorías étnicas a explorar estas dimensiones de sus vidas” (p. 117).

El consultorio de terapia de juego también es un lugar para la comunicación del terapeuta con el niño, verbal y no verbal. El terapeuta comunica cómo se siente en relación con la terapia de juego y con los niños en general a través del cuidado que se toma en la disposición de su consultorio y por el modo decidido o menos cuidadoso en que elige los juguetes. Los terapeutas incluyen distintos tipos de juguetes, aunque la mayor parte se apega a listas de juguetes creadas desde los inicios de este campo (Axline, 1981; Landreth, 2002). Además de los juguetes, es importante que el terapeuta considere los materiales de arte para garantizar que estén disponibles muchos tonos de piel.

Para los terapeutas que practican la terapia con arena, es igualmente importante considerar la selección de las miniaturas. Por lo general, los terapeutas tienden a introducir sus colecciones de terapia con arena tomando en cuenta los símbolos de la vida cotidiana. (Homeyer y Sweeney, 2010). Una colección típica incluye categorías de miniaturas que intentan ser incluyentes. Por ejemplo, en el caso de la amplia categoría de los animales, se incluyen los prehistóricos, salvajes, domésticos y fantásticos. Otras categorías son los minerales (piedras, fósiles), la vegetación (plantas, árboles, cactus), edificios, medios de transporte (carros, aviones, botes), personas, símbolos espirituales y los cuatro elementos, tierra, aire, fuego y agua. Históricamente, los juguetes transculturales han sido difíciles de identificar y conseguir, lo cual, tal vez, refleja el estado de la oferta y la demanda. Sin embargo, las figuras y juguetes transculturales para el juego con arena cada vez se encuentran con mayor facilidad, al igual que los recursos para biblioterapia sensible en términos culturales.

CUANDO LOS NIÑOS PRESENTAN ACTITUDES RACISTAS O PREJUICIALES

Es importante saber si responder, reflejar o intervenir cuando los niños hacen comentarios positivos o negativos en relación con la diversidad cultural. He aquí algunos ejemplos:

- Un niño africano de 8 años de edad dice, “Mi mamá dice que los españoles son unos soplones y rateros.”
- Una niña hispana de 6 años de edad dice, “No puedo hacer eso, mis amigos dicen que sólo las niñas chinas sacan 10.”
- Una joven caucásica de 16 años de edad dice, “Los chicos negros sólo quieren sexo con las chicas blancas ¡para poder presumir! Nunca dejaría que un negro me toque.”
- Un niño asiático de 12 años de edad dice, “Hay un niño en la escuela que toca el piano y yo creo que es gay. Yo no ando con él, porque lo golpearía si tratara de hacer cosas raras conmigo.”

Leer estas afirmaciones puede crear incomodidad, pero ocurren en terapia de juego. La cuestión es cómo responder o no responder. Algunos terapeutas deciden pasar por alto o ignorar el comentario como algo superficial, mientras que otros simplemente reflejan o sienten que es crítico dirigir la conversación o dar psicoeducación. El nivel de comodidad del terapeuta dirige las respuestas potenciales. Es esencial aprender a responder con sensibilidad cultural.

Hortensia, la niña de la viñeta introductoria, claramente manifestó opiniones racistas en la sesión de terapia. Los niños pequeños suelen adoptar estos puntos de vista de los demás, sobre todo de cuidadores, maestros y medios de comunicación. Si a un niño lo molestan niños de otra cultura, es posible que el temor o la preocupación se extiendan a otros niños de esa misma cultura.

Papel del clínico en la respuesta ante comentarios y conductas prejuiciados

Al responder ante comentarios o conductas prejuiciados, el terapeuta puede elegir algún punto de un continuo que va de la actitud reflexiva a una posición educativa directa o exploratoria. El modo en que responda, y si la respuesta está dirigida al niño o a los cuidadores, siempre se debe considerar con detenimiento. Recomendamos a los terapeutas ser introspectivos cuando se encuentren como afirmaciones como las de la lista anterior. Algunos de estos comentarios se refieren a temas de justicia social, pero la mayoría se basa en prejuicios, estereotipos o racismo.

Ejemplo de caso de los temas culturales en el tratamiento

Hortensia tenía 6 años de edad cuando llegó por primera vez a terapia (con Eliana Gil); era la hija menor de un padre afroamericano y un madre centroamericana. Estaba en un hogar tutelar debido a la negligencia de su madre soltera. Fue encomendada a una familia coreana de cinco miembros: padre, madre y tres hijos menores de 5 años. Hortensia estaba enojada por ser alejada de su madre y se preocupaba por ella; la niña había asumido el papel de cuidadora de la madre en una inversión clásica de papeles. Sin embargo, en su hogar tutelar ella era increíblemente irrespetuosa con sus padres tutelares, y empujaba y tiraba a los niños, que eran más pequeños que ella. Parecía que trataba de hacer que la expulsaran de ese hogar tutelar para que la regresaran a su antiguo hogar. Sus padres tutelares tenían mucha paciencia y mostraban una gran compasión hacia ella. En la entrevista inicial con Hortensia y sus padres tutelares, hablamos con franqueza sobre su lucha en contra de su nueva familia y su férrea lealtad a su madre. Comprendí eso y mostré empatía ante la situación de los padres tutelares. Me reuní con ellos cada mes para hablar sobre el progreso de las cosas y ellos aceptaron de buena gana mi orientación y recomendaciones. Con frecuencia representamos mediante el juego de roles situaciones que se suscitaban entre Hortensia y ellos, eran receptivos al lenguaje específico para corregirla sin enviarle mensajes negativos que pudieran hacerla sentir rechazada o no amada.

Manteniendo una visión estrecha de los temas culturales que se presentaron en su terapia, Hortensia tenía reacciones intensas hacia las figurillas asiáticas que encontró en mi consultorio. En las primeras dos reuniones, ella encontró las que estaban en estantes miniatura y las aventó a la basura. Consideré varias respuestas, incluyendo afirmaciones como las siguientes:

- “Estás aventando las miniaturas asiáticas a la basura, diciendo sus nombres e indicándome que no debería tenerlas en mi consultorio.”
- “Estás aventando los muñecos a la basura; parece que no quieres verlos”
- “Parece que tienes sentimientos intensos hacia las miniaturas asiáticas y quieres expulsarlas.”
- “Parece que tienes ideas muy fuertes sobre las figurillas asiáticas.”

Decidí llevar la situación un poco más allá y dije, “Me pregunto qué significa para las personas asiáticas ser arrojadas a la basura.” Me dirigí al bote de la basura y puse mi oído en ellas. “Espera,” dije a la niña, “están diciendo algo; los puedo oír.” Acercó su oído a la basura y no oyó nada. Le pedí que escuchara más de cerca, pero aún así no oyó nada. “Si pudieras oírlos hablar, Hortensia, ¿qué crees que estarían diciendo?”

“Eso es fácil; pedirían ayuda,” dijo Hortensia.

“Ah, eso suena a que serían lo suficientemente inteligentes para pedir ayuda, y alguien podría venir a ayudarlos.”

“No quiero que nadie los ayude,” dijo ella, “porque no quiero vivir con ellos.”

“Ya veo,” dije, “no te gustan, porque ellos no son tu mamá, y no te gusta vivir ahí.”

“Odio ese lugar,” insistió ella.

“Tú sólo quieres estar con tu mamá.”

“Sí,” dijo ella.

La tomé de las manos diciendo, “En verdad es difícil para ti estar lejos de tu mamá.”

Ella lloró un poco, se limpió las lágrimas y dijo, “Vamos a jugar.” Le dije que jugaríamos juntas, pero pregunté qué haríamos con las figurillas asiáticas en la basura, pues necesitaban ayuda. “Está bien, está bien,” dijo con impaciencia, “las pondré ahí.”

“Ya veo,” dije, “encontraste otro lugar para ellas en el cuarto, pero decidiste sacarlas de la basura.” Registré una nota mental sobre la necesidad de hablar más acerca de estas ideas. Me preguntaba si eran comentarios racistas, como había sospechado al principio, o reflejaban su rechazo a aceptar a alguien en el papel de cuidador. Fue interesante que cuando me reuní con la madre de Hortensia, más adelante en el proceso terapéutico, ella hizo comentarios similares acerca de que los padres tutelares olían raro, comían “cosas extrañas” y pensaba que eran mejores que ella. Era evidente que la madre había transmitido algunas de estas ideas a Hortensia, por lo que en las siguientes sesiones familiares abordamos más directamente el racismo, y animé a hablar a Hortensia acerca de su transición al salir de Corea y llegar a EUA. Hortensia escuchó con atención y logró identificar algunas cosas en común entre las experiencias de su madre y las de ellos.

En terapia familiar, Hortensia y su madre tuvieron oportunidad de expresar sus creencias y hablar de cómo adoptaron sus ideas. Una vez que dimos luz verde a los servicios de reunificación, ellas hicieron un ejercicio en el que cortaron una cartulina a la mitad con líneas curvadas. Las dos mitades se separaron para que cada una pensara en sus experiencias mientras estuvieron separadas. Ambas tenían que hacer un collage de fotos para mostrar una a la otra lo que sucedió en sus vidas en ese periodo (Gil, 2004). Despacio, pero con seguridad, Hortensia mostró la comida asiática, algunas caricaturas asiáticas y una nariz apretada a la que tituló “Yo, tapándome la nariz por la comida apestosa.” Hortensia y su madre se rieron. Noté la risa y dije, “Algunas personas dicen lo mismo de los burritos, de distintos condimentos y de distintos olores.” Les dije que debía hacer otra tarea cuando terminaran con ésta.

La siguiente tarea abordó las diferencias culturales entre los hispanos y los asiáticos. Señalé que Hortensia tenía una oportunidad que no se presentaba con demasiada frecuencia: tuvo que vivir con una familia de otra cultura. Le dije que algunos adolescentes tenían esta oportunidad cuando eran mayores y sus escuelas contaban con programas de intercambio, pero ella tuvo una oportunidad diferente de visitar otra

cultura cuando estuvo en cuidado tutelar.

Hablamos de que ahora ella sabía cosas acerca de los asiáticos y que su padre tal vez no sabía; de igual modo, sus padres tutelares habían aprendido algo acerca de los hispanos. Así, empezamos a hacer dos cartulinas tituladas “Mi cultura” y “La cultura que visité.” Pedí a Hortensia y a su madre que pensarán en cómo se sienten otras personas en relación con su cultura, y en cómo se representa a los hispanos en la televisión o en las películas. Rápido identificaron que las personas piensan que los hispanos tienen un acento muy marcado y que son extraños. También dijeron que a veces en las películas los hispanos son los malos o los sirvientes. La mamá dijo, “Sí, Jennifer Lopez una vez la hizo de criada, ¡como si de veras!” Luego hablamos de los asiáticos, y las impresiones de Hortensia y su madre antes de conocer a los padres tutelares. Tenían muchos estereotipos sobre ellos, pero ambas reconocieron que los asiáticos “tal vez no eran malas personas tampoco.” Señalaron que en las películas, eran inteligentes, inventores o criminales. La mamá subrayó, “Como nosotros, excepto por lo de inteligentes.” Le pregunté si conocía hispanos que fueran inteligentes y dijo que sí, “Sí, mi padre era un hombre muy brillante y estudió leyes.” Ella me agradeció por ambas actividades y murmuró, “Ya sé lo que trata de hacer.” Le dije que era muy importante criar a nuestros hijos sin prejuicios y ella estuvo de acuerdo, y comentó que a sus padres no les había gustado que ella se casara con un afroamericano. Dije, “Alguna vez deberíamos hablar de eso también, porque Hortensia está muy identificada con usted como latina, pero ella también es mitad afroamericana, y no estoy segura de que ella esté consciente de eso.” La madre sonrió y dijo, “Esa es otra historia,” y continué con ella para oír más al respecto.

EL FUTURO DE LA TERAPIA DE JUEGO COMPETENTE A NIVEL CULTURAL

Los clínicos se beneficiarán de una exploración más activa y constante de sus propias actitudes culturales y de un cambio de perspectiva acerca de cómo crece y se expande su competencia cultural. La autoexploración es el primer paso para desarrollar un enfoque responsable y ético para trabajar con niños y estar sintonizado con los temas de diversidad cultural. Esta exploración debe ser continua y no debe limitarse a un solo curso o a un entrenamiento que tenga pocas aplicaciones prácticas. Se necesitan diálogos más abiertos, extensos e incluso incómodos acerca de cómo abordar estos temas en el contexto de la terapia de juego. Los supervisores deben monitorear los temas de la competencia cultural con regularidad, a menudo con la disposición de cuestionar las respuestas contratransferenciales del terapeuta. A veces, las reacciones y respuestas clínicas son evidentes muy rápido en las sesiones; otras veces, hay modos más sutiles y menos evidentes en que las creencias del terapeuta y su visión del mundo emergen. La supervisión y la asesoría son oportunidades clave para abordar estos temas de frente, impulsar la autoexploración y un conocimiento más profundo de lo que los clínicos llevan inherentemente a la relación terapéutica.

CONCLUSIÓN

La competencia multicultural en terapia de juego implica aumentar la consciencia de las cuestiones culturales, el conocimiento cultural y las habilidades. También implica desarrollar una comprensión sistémica de cómo las visiones racistas y prejuiciadas se enseñan y perpetúan en las familias y en otros sistemas sociales. La competencia multicultural integra este conocimiento para preparar y dar una bienvenida intencional a un ambiente incluyente de terapia de juego, hacer participar a las familias en el proceso, y reconocer y responder a los matices culturales que se presentan en el aquí y ahora de la terapia y en las relaciones terapeuta-niño-familia. Más allá de la comprensión reforzada de la identidad cultural de uno mismo, así como de los niños y sus sistemas familiares, la competencia multicultural implica estar presente, consciente y dispuesto, y ser activo para explorar y responder a las cuestiones culturales a medida que surgen en la terapia.

Ahondar en el reino del multiculturalismo supone una batalla de la identidad y de la afirmación del terapeuta y el niño. A través de esta batalla, el clínico tiene la oportunidad de desarrollar su competencia personal y profesional, y de facilitar la curación de los niños y sus familias.

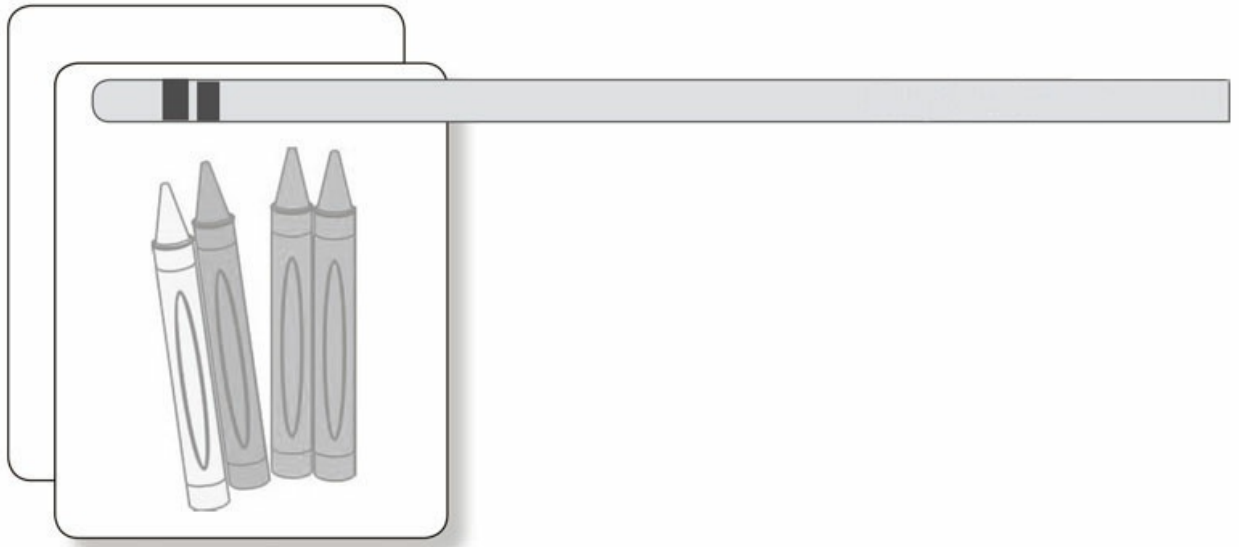
El terapeuta y el cliente se encuentran en un viaje, muy parecido a la pequeña niña del libro *Old Turtle and the Broken Truth* [La vieja tortuga y la verdad rota] (Wood, 2003). En esta historia, las personas combaten por la posesión de una verdad rota que afirma que eres amado. Una niña recorre una enorme distancia para aprender de la vieja tortuga acerca de la falta de la mitad de la verdad rota que traerá de vuelta la paz a las personas de la tierra. Ella descubre la verdad completa, “Tú eres amada, *así que también ellos lo son*” La historia concluye, “Las personas miraban. Y miraban. Y miraban. Algunas fruncían el entrecejo. Algunas sonreían. Algunas reían. Y algunas lloraban. Y empezaron a comprender... Lentamente, a medida que las personas conocía a otras personas diferentes de ellas, empezaron a verse a sí mismos” (Wood, 2003, pp. 46-48).

■ REFERENCIAS

- Adler E. M. (Producer), & Logan, J. (Director). (1958). South Pacific [Motion picture]. USA: Twentieth Century Fox Film Corporation.
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists. *The American Psychologist*, 58(5), 377.
- Association for Play Therapy. (2014). Policy governance manual. Recuperado de: http://c.ymcdn.com/sites/www.a4pt.org/resource/resmgr/About_APT/APT_POLICY_GOVERNANCE_MANU
- Axline, V. M. (1981). *Play therapy*. New York, NY: Ballantine Books.
- Beckett, J. O., & Dungee-Anderson, D. (1997). A framework for agency-based multicultural training and supervision. *Journal of Multicultural SocialWork*, 4(4), 27–48.
- Boyd-Franklin, N. (2006). *Black families in therapy: Understanding the African American Experience* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390.
- Carney, C. G., & Kahn, K. B. (1984). Building competencies for effective cross-cultural counseling: A developmental view. *The Counseling Psychologist*, 12(1), 111–119.
- Ceballos, P. L., Parikh, S., & Post, P. B. (2012). Examining social justice attitudes among therapists: Implications for multicultural supervision and training. *International Journal of Play Therapy*, 21(4), 232–243.
- Chang, C. Y., Ritter, K. B., & Hays, D. G. (2005). Multicultural trends and toys in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 69–85.
- Chau, I. Y., & Landreth, G. L. (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.
- Constantine, M. G., Juby, H. L., & Liang, J. J. C. (2001). Examining multicultural counseling competence and race-related attitudes among White marital and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(3), 353–362.
- Drewes, A. A. (2005a). Play in selected cultures: Diversity and universality. *Cultural Issues in Play Therapy*, 26–71.
- Drewes, A. A. (2005b). Suggestions and research on multicultural play therapy. *Cultural Issues in Play Therapy*, 72–95.
- Falicov, C. J. (2013). *Latino families in therapy* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E. (2005). From sensitivity to competence in working across cultures. *Cultural Issues in Play Therapy*, 3–25.
- Gil, E. (2014). Reunifying families after critical separations: An integrated play therapy approach to building and strengthening family ties. En D. E. Crenshaw & A. Stewart, *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice* (pp. 353–369). New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E., & Drewes, A. A. (2006). *Cultural issues in play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Glover, G. J., & Landreth, G. L. (2000). Filial therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 57–80.
- Hinman, C. (2003). Multicultural considerations in the delivery of play therapy services. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 107–122.
- Homeyer, L. E., & Sweeney, D. S. (2010). *Sandtray therapy: A practical manual* (2nd ed.). New York, NY: Taylor & Francis.
- Landreth, G. L. (2002). *Play therapy: Art of the relationship* (2nd ed.). New York, NY: Taylor & Francis.
- Lee, E. (2000). *Working with Asian Americans: A guide for clinicians*. New York, NY: Guilford Press.
- Lee, M. K., & Landreth, G. L. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 67–85.
- Martinez, K. J. & Valdez, D. M., In: Vargas, L. A., Koss-Chiomo, J. D. (Eds.). *Working with culture: Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents*. SF: Jossey-Bass Pubs. 1992,

pp. 85–102.

- McGoldrick, M., Giordano, J., & Garcia-Preto, N. (2005). *Ethnicity and family therapy* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- O'Connor, K. J. (2005). Addressing diversity issues in play therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(5), 566–573.
- Penn, S. L., & Post, P. B. (2012). Investigating various dimensions of play therapists' self-reported multicultural counseling competence. *International Journal of Play Therapy, 21*(1), 14–29.
- Pope-Davis, D. B., Coleman, H. L., Liu, W. M. E., & Toporek, R. L. (Eds.). (2003). *Handbook of multicultural competencies: En counseling & psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Shen, Y. (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.
- Sodowsky, G. R., Taffe, R. C., Gutkin, T. B., & Wise, S. L. (1994). Development of the multicultural counseling inventory: A self-report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology, 41*(2), 137.
- Sue, D.W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist, 29*(6), 790–821.
- Sue, D.W., & Sue, D. (2003). The superordinate nature of multicultural counseling/therapy. *Counseling the Culturally Diverse, Theory and Practice, 3–29*.
- Toporek, R. L., Lewis, J. A., & Crethar, H. C. (2009). Promoting systemic change through ACA advocacy competencies. *Journal of Counseling & Development, 87*(3), 260–268.
- Vandergast, T. S., Post, P. B., & Kascak-Miller, T. K. (2010). Graduate training in child-parent relationship therapy with a multicultural immersion experience: Giving away the skills. *International Journal of Play Therapy, 19*(4), 198–208.
- Watson, Z. E., Herlihy, B. R., & Pierce, L. A. (2006). Forging the link between multicultural competence and ethical counseling practice: A historical perspective. *Counseling and Values, 50*(2), 99–107.
- Whitchurch, G. G., & Constantine, L. L. (1993). Systems theory. In P. G. Bass, W. J. Doherty, R. LaRossa, W. R. Schumm, & S. K. Steinmetz (Eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (pp. 325–355). New York, NY: Plenum Press.
- Wood, D. (2003). *Old turtle and the broken truth*. New York, NY: Scholastic Press.



Capítulo 33

Tecnología en la terapia de juego

Kevin B. Hull

Taylor, una niña brillante de 10 años de edad, entra al cuarto de juego acompañado de su terapeuta, Wendy. Taylor lleva su iPad de Apple y está emocionada por mostrarle a Wendy el nuevo juego que descargó de la tienda de aplicaciones llamado Minion Rush. Se sientan y Taylor le muestra a Wendy el objetivo del juego y la manera en que se juega. La niña invita a Wendy a intentar jugar. Las dos ríen cuando el Minion que Wendy maneja choca con un carro por el que debía pasar encima. Después de algunos intentos más, Taylor anuncia que quiere jugar el juego del que Wendy le habló la semana previa y le muestra a Wendy cuántos niveles ha superado. El juego, La hora de la prisa, es de ensayo y error en el que un jugador tiene que mover de manera estratégica los carros que están bloqueando una salida. Wendy se lo propuso para ayudarla a aprender a controlar mejor sus impulsos y aumentar su tolerancia a la frustración. Taylor le muestra a Wendy sus avances y afirma que ha logrado jugar “sin frustrarse o perder los estribos.” Taylor está orgullosa de sí misma, porque obtuvo privilegios extra en casa y en la escuela por su conducta positiva. Después de algunos intentos más en el juego, Wendy y Taylor revisan el diario de sentimientos que Taylor guarda en su iPad. También le muestra a Wendy los dibujos que hizo en una aplicación de su iPad. Wendy le enseñó a usar los dibujos como una vía para sacar su frustración y crear un retrato de sus sentimientos. Los dibujos que Taylor muestra a Wendy los hizo un día en que estaba muy frustrada con su hermano menor.

“De verdad quería golpearle su cabezota por desordenar mis cosas,” dijo Taylor. “Pero en lugar de eso, hice un dibujo acerca de lo enojada que estaba. Cuando lo terminé, ya no estaba enojada.”

“Veo que hay mucho color rojo oscuro en este dibujo,” dijo Wendy.

“Sí,” replicó Taylor, “usé el rojo oscuro para mostrar lo enojada que estaba.”

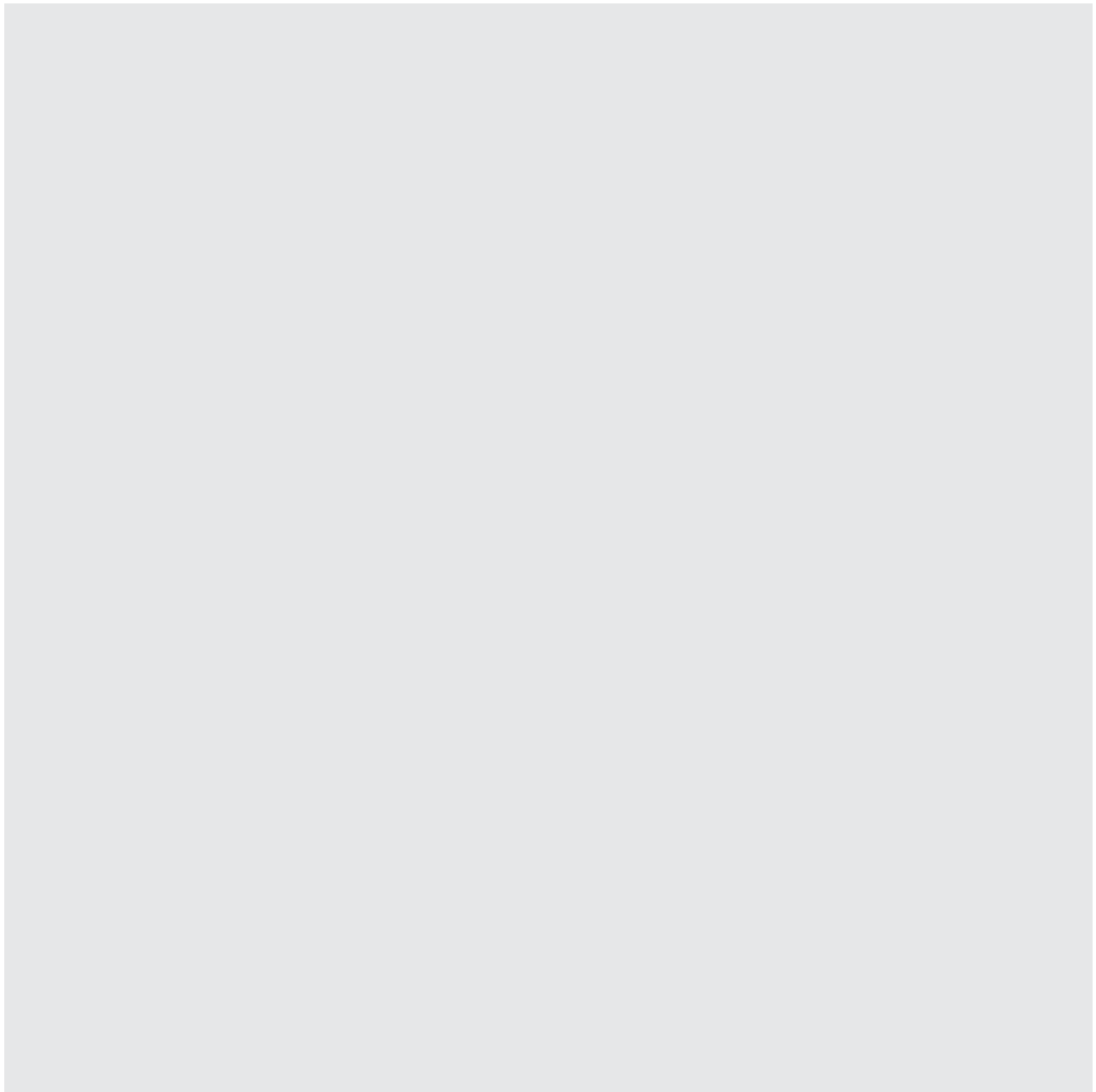
Wendy y Taylor exploraron los sentimientos positivos de las buenas decisiones de la niña y las consecuencias que tuvieron. Taylor escribe todo esto en una sección para su diario en su iPad. Entonces, Taylor bosqueja una imagen usando una aplicación para representar sus buenos sentimientos.

“Es una especie de arcoíris, pero con muchos destellos,” comentó Taylor.

Wendy y Taylor terminaron la sesión jugando Parcheesi en el iPad de la niña.

Taylor fue enviada a terapia de juego debido a un pobre control de impulsos y a una incapacidad para tolerar sus emociones negativas. Se sentía frustrada con facilidad, y con frecuencia repartía golpes a diestra y siniestra a los que tenía al alcance. En la primera sesión, le dijo a Wendy, “Siempre me meto en problemas, y no me puedo controlar. Nadie me soporta.” En la primera consulta con los padres, ellos hablaron del amor de

Taylor a los dispositivos electrónicos, sobre todo al iPad. Wendy los impulsó a dejarla llevar su iPad a las sesiones de terapia. En la primera, este dispositivo funcionó como una ventana al mundo de Taylor. Le mostró a Wendy sus juegos favoritos, los dibujos que creaba y las fotos que había tomado. El iPad se convirtió en una plataforma para la conexión y ayudó a establecer confianza y *rapport* entre la terapeuta y la niña. El entusiasmo de Wendy por los dispositivos electrónicos y su conocimiento sobre el iPad llevaron a Taylor al proceso de terapia de juego y sentaron las bases para el juego. A medida que avanzaban las sesiones, Taylor usó su iPad fuera del cuarto de juego como una herramienta para llevar un diario de sus pensamientos y sentimientos, y para dibujar cuando se sentía abrumada en términos emocionales. El iPad demostró ser valioso en terapia de juego, y fue parte importante en el crecimiento y cambio de Taylor.



CONSIDERACIONES CLÍNICAS

La tecnología avanza con rapidez en la cultura moderna. Teléfonos inteligentes, tabletas y computadoras personales son parte de la vida cotidiana. La información está disponible con sólo dar un clic. Las tareas que requerían de computadoras poderosas ahora se pueden hacer con un pequeño dispositivo que cabe en el bolsillo. Los niños conforman una gran parte de la población afectada por los avances de la tecnología. Los niños de todas las edades tienen contacto común con teléfonos inteligentes y tabletas. El salón de clases ha cambiado también; las tabletas están reemplazando a los libros, y los dispositivos tecnológicos, como los pizarrones inteligentes, se están convirtiendo en parte importante de los temas de estudio, como historia, matemáticas y ciencia. Las computadoras portátiles, los dispositivos de lectura y los videojuegos son parte de la rutina diaria de los niños. Considerando el amplio impacto de la tecnología en la cultura moderna, en particular en las vidas de los niños, surgen ciertas preguntas. ¿Cuál es el papel de los juegos con tecnología en la terapia de juego? ¿Se pueden y se deben incluir los dispositivos tecnológicos, como teléfonos inteligentes, tabletas y videojuegos, en la terapia de juego? ¿Cuáles son los beneficios de incluir la tecnología en la terapia de juego y cuáles son los riesgos potenciales? Antes de responder estas preguntas es importante examinar la evolución del uso de la tecnología en las profesiones que ofrecen ayuda.

Revisión del uso de la tecnología en la literatura

Los primeros artículos sobre el papel de la tecnología en la psicoterapia datan de inicios de la década de 1990 (Hull, 2009). Gardner (1991) mostró que el sistema de juego Nintendo era de utilidad para los niños con problemas de control de impulsos, ansiedad de separación y ansiedad social. Los videojuegos ayudaron al terapeuta a evaluar las capacidades de solución de problemas de los niños, y enseñaron a estos las consecuencias de sus malas decisiones. Otros beneficios eran un mejor control emocional y una mejor capacidad cognitiva para recuperar información; además, los videojuegos brindaron experiencias vinculantes a medida que terapeuta y niño trabajaban en conjunto para alcanzar las metas (Gardner, 1991). Resnick y Sherer (1994) encontraron que los videojuegos son herramientas útiles para aumentar el autocontrol y mejorar la toma de decisiones de jóvenes. Así como para cambiar actitudes y conductas antisociales. Kokish (1994) encontró que los juegos de computadora son eficaces para ayudar a los niños víctimas de negligencia y abuso a expresar emociones a través de los personajes creados en el juego. Estos juegos también fueron útiles para reducir las tendencias antisociales y aumentar el autocontrol en niños enviados a terapia por resentir estas características.

Clarke y Schoech (1994), al notar cuántos adolescentes se resistían a la terapia, diseñó un videojuego para emplearse en la primera mitad de la sesión terapéutica, seguido de la psicoterapia tradicional. El juego, llamado Investigador Personal, incluía una serie de

escenarios en los que el jugador, actuando como detective, era recompensado por tomar decisiones positivas y recibía consecuencias por tomar malas decisiones.

Los autores observaron que el uso de los juegos aumentaba la comunicación, así como el control de impulsos, y los cuidadores de los adolescentes informaron una disminución en los problemas de conducta. Con el tiempo, los autores notaron que había un aumento positivo en las habilidades de toma de decisiones de los adolescentes. Aymard (2002) usó un juego de computadora con niños que “tienen problemas para separarse de sus padres y para sentirse cómodos en las primeras etapas de la terapia de juego” (p. 14). Se pide a los niños que creen una cara en la computadora que corresponda a sus pensamientos y sentimientos acerca de un tema particular con el fin de hacer que se comuniquen con el terapeuta. Aymard (2002) descubrió que el juego era una herramienta útil para hacer que los adolescentes expresen sus pensamientos y sentimientos y sean menos resistentes al proceso terapéutico. Bertolini y Nissim (2002) usó varios tipos diferentes de videojuegos con niños y los encontró útiles para ayudarlos a comunicar sus pensamientos y sentimientos con el terapeuta. Además, los autores usaron metáforas de los personajes y situaciones de los juegos para aumentar sus habilidades de afrontamientos y reducir su ansiedad. Bertolini y Nissim (2002) alentaron a los terapeutas a usar videojuegos para observar a los niños teniendo “una experiencia emocional, genuina, placentera y significativa” (p. 323).

Dahlquist (2006) señaló que el uso de juegos de video o computadora es beneficioso para aumentar la tolerancia al dolor de niños sometidos a quimioterapia. Riviere (2008) examinó el uso del correo electrónico, las páginas de medios sociales y los dispositivos electrónicos de música (MP3/iPod) con adolescentes en psicoterapia. Encontró que compartir el contenido en las páginas de medios sociales de los adolescentes fortalecía la relación terapéutica y aportó información valiosa sobre la autovalía y la autoimagen de los adolescentes. Los correos electrónicos entre el terapeuta y el cliente fue un medio útil para discutir los temas de la terapia, compartir música a través del reproductor de MP3 ayudó a sentar las bases de la confianza y la comprensión. Los beneficios generales del uso de la tecnología fueron la disminución de la resistencia a la terapia, y mejorar la comprensión de los pensamientos de los adolescentes acerca del mundo, su autoimagen y sus habilidades de afrontamiento. Por último, el uso de la tecnología fue valioso para aumentar las habilidades de los adolescentes para comunicar sus pensamientos y sentimientos a través de un medio que conocían bien.

Hull (2009) descubrió que los juegos de video/computadora fueron útiles como herramienta terapéutica para reducir las perturbaciones emocionales de los niños. Ellos promovieron las capacidades para comunicar pensamientos y sentimientos al terapeuta, y éste logró aplicar varios temas y metáforas tomados de los juegos para ayudar a aumentar las habilidades de afrontamiento de los niños y a superar los sentimientos de tristeza. Fanning y Brighton (2007), Skigen (2008) y Hull (2011) exploraron el uso del juego de video/computadora The Sims. Se trata de un juego que simula la vida en el que el jugador toma decisiones estratégicas que se parecen a eventos de la vida real. El jugador crea un avatar, una representación del jugador que interactúa con el mundo de

fantasía en el que trabaja, tiene relaciones, vive en una casa y paga las cuentas. Skigen (2008) encontró que The Sims brindó una versión de alta tecnología del juego con arena en el que el niño podía “desarrollar autoconsciencia en un ambiente comprensivo y seguro” (p. 20). Hull (2011) exploró el uso de The Sims con adolescentes diagnosticados con síndrome de Asperger, que tenían dificultades en las transiciones. The Sims ofreció la oportunidad de practicar “las habilidades de toma de decisiones y el equilibrio a través de la organización y jerarquización de prioridades” (p. 107).

Snow, Windburn, Crumrine, Jackson y Killian (2012) hablan de la utilidad del iPad como herramienta en terapia de juego. El iPad demostró ser valioso para ayudar a los niños a expresar pensamientos y sentimientos, y a hablar acerca de las experiencias de abuso sexual y, más adelante, a recorrer el camino a la curación. En general, los autores señalan que el iPad y las aplicaciones ofrecen tantas oportunidades de curación y crecimiento, como los juguetes de la terapia de juego tradicional. Granic, Lobel y Engels (2014) citan los beneficios cognitivos, motivacionales, emocionales y sociales de los videojuegos, y señalan que estos son valiosos para formar la relación terapéutica. Los juegos brindan al terapeuta medios para superar los desafíos en terapia con niños y adolescentes enseñándoles “nuevas formas de pensamiento y conducta” (Granic et al., 2014, p. 75).

Razones para usar la tecnología en el cuarto de juego

Los ejemplos anteriores de la literatura demuestran que las diversas formas de la tecnología son útiles para las profesiones de ayuda. Desde la perspectiva de la terapia de juego se debate con frecuencia el uso de la tecnología. El principal argumento contra el uso de juegos de video/computadora o teléfonos inteligentes/tabletas es que el niño se puede aislar y que se pierde el vínculo terapéutico tradicional construido a través de la interacción con el terapeuta como participante u observador. Quienes emplean dispositivos tecnológicos en su trabajo terapéutico no concuerdan. Un beneficio del uso de la tecnología en el cuarto de juego es que puede hacerlo más atractivo y menos amenazante (Richardson, Stallard y Velleman, 2010). Un adolescente a quien se le permite llevar su tableta a las sesiones pueden ser menos resistentes al proceso terapéutico, y el niño puede sentirse menos aprensivo cuando ve una consola conocida de videojuegos.

Un segundo beneficio de la tecnología es ofrecer una base para el vínculo entre terapeuta y niño/adolescente en las fases iniciales de la terapia. Hull (2009) habla del uso de los juegos de video/computadora para fortalecer la relación terapéutica disminuyendo los temores, creando confianza y aumentando la disposición personal para participar en la terapia. Los niños y adolescentes suelen emocionarse al enterarse de que su terapeuta conoce ciertos juegos o aplicaciones que ellos utilizan. Este conocimiento en común ayuda a formar y fortalecer el vínculo terapéutico.

Un tercer beneficio del uso de la tecnología en el cuarto de juego son las oportunidades de imaginación y creatividad que ofrecen los dispositivos como las tabletas y computadoras (Snow et al., 2012). Hay disponibles programas y aplicaciones para dibujar, construir, esculpir e incluso crear música. Se pueden crear fotos, esculturas y canciones, compartirlas, modificarlas y guardarlas para trabajar en ellas después o archivarlas como parte del proceso de crecimiento del niño. La tecnología permite al niño crear por sí solo mientras el terapeuta observa, o junto con éste. Los niños o adolescentes que titubean o son autoconscientes cuanto tienen que elegir un lápiz o crayón pueden crear con mayor facilidad a través de una aplicación o programa de cómputo. En el caso de terapeutas que trabajan en escenarios rurales o no disponen de un consultorio, una computadora portátil o una tableta ofrecen diversos juegos y aplicaciones para evitar que el terapeuta tenga que llevar cajas de juguetes de un lugar a otro.

Cuarto, la tecnología ofrece poderosas oportunidades para que se realicen metáforas y su aplicación en la vida a través de los videojuegos y aplicaciones disponibles. Hull (2009) habla de las diversas metáforas que se pueden obtener de los juegos de video/computadora. Por ejemplo, el concepto de superar obstáculos al trabajar por una meta está presente en ellos, y esto refleja las luchas que la mayoría de los jóvenes enfrentan a diario. Otras metáforas encontradas en los juegos tienen que ver con autovalor, control de impulsos, pedir ayuda a los demás, y aprender a llevarse con los demás. Los juegos en línea introducen a los jóvenes a un mundo social virtual en el que se exploran los pensamientos y sentimientos concernientes a las relaciones.

Un quinto beneficio de la tecnología es que ofrece un enfoque diverso para los jóvenes con necesidades especiales. Para los niños que tienen limitaciones físicas, mentales o emocionales, explorar un cuarto de juego con juguetes típicos puede ser muy difícil. Los dispositivos tecnológicos, como tabletas, computadoras o consolas de videojuego, ofrecen al niño con necesidades especiales oportunidades para participar en el juego, que de otro modo les sería muy difícil. Por ejemplo, los niños con trastornos del espectro autista que tienen dificultades para comunicar sus pensamientos y sentimientos pueden sentirse más cómodos en un cuarto de juego que cuenta con dispositivos tecnológicos. Tablet, computadoras y consolas portátiles son de gran valor para el terapeuta de juego que trabaja en escenarios especiales, como escuelas, hospitales y pabellones con pacientes internos, donde los clientes con necesidades especiales exigen un método especializado.

Un sexto beneficio de la tecnología es que permite al terapeuta comprender mucho mejor las fortalezas y debilidades del niño, y ofrece una plataforma donde las fortalezas se celebran y las debilidades mejoran. Observando la manera en que el niño juega con un videojuego/computadora, el terapeuta determina el nivel de motivación, tolerancia a la frustración, estado emocional y conciencia social del niño. Por ejemplo, un niño que juega por primera vez un juego puede mostrar miedo e indecisión. Cuando se le cuestiona en relación con el miedo, el niño afirma que tiene miedo de no hacerlo bien, lo cual revela un pensamiento perfeccionista y dudas de sí mismo. A medida que el niño

adquiere dominio sobre el juego, el miedo disminuye. Conforme el terapeuta incluye juegos nuevos y desconocidos, el niño puede trabajar sus problemas específicos de una manera divertida y desafiante que, después, generalizará a su vida fuera del cuarto de juego.

Un séptimo y último beneficio de la tecnología es en el área de la terapia de juego grupal. Hull (2013) habla sobre los juegos de video/computadora en contextos grupales de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista. Estos juegos son útiles para enseñar habilidades sociales y control de impulsos, aumentan la tolerancia a la frustración. Aunque algunos niños conocían los juegos, otros no, lo que permitió a algunos asumir el papel de enseñar, situación que contribuyó al desarrollo de los niños y al aumento en la autovalía. Los dispositivos tecnológicos como los sistemas portátiles de videojuego y tabletas (con acceso a una red de Wi Fi) permiten al terapeuta crear una red dentro del cuarto de juego donde los miembros del grupo colaboran de una manera divertida y significativa.

Características del terapeuta de juego que emplea la tecnología

Los terapeutas de juego que no están familiarizados con los dispositivos tecnológicos que muchos jóvenes usan en la actualidad pueden resistirse a la idea de incluir la tecnología en el cuarto de juego. Snow et al. (2012) afirman que hay una división en el campo; por un lado, están quienes desean utilizar los juguetes tradicionales y, por otro, los que creen que los videojuegos y aplicaciones producen los mismos resultados. Los terapeutas que consideran incorporar la tecnología entre sus herramientas se sienten como si comprometerían la integridad terapéutica desviándose del camino tradicional de la terapia de juego. Sin duda, esto no es así. Los terapeutas que emplean la tecnología comparten varias características importantes. Primero, son de mente abierta y buscan cosas nuevas. Como se mostró antes, hay una gran cantidad de investigaciones sobre el uso de la tecnología en forma de juegos de video/computadora y aplicaciones para tabletas. Para quienes desean expandir sus prácticas, hay disponibles seminarios, libros y artículos que muestran el uso de la tecnología en el cuarto de juego. A medida que los juegos de video/computadora se han vuelto más “complejos, diversos, realistas y sociales” (Granic et al., 2014, p. 66), una parte creciente de la literatura defiende sus beneficios.

La imaginación tiene un papel importante en el uso de la tecnología en terapia de juego. El terapeuta se basa en su capacidad para ver el juego a través de los ojos del niño e imaginar cómo lo percibe. Debe intentar sentir lo que el niño siente, imaginar la motivación que subyace en el deseo de jugar y visualizar la alegría que le provoca el juego al niño. La imaginación también es importante para comprender y apreciar el valor terapéutico de ciertos juegos. Por ejemplo, el juego del mundo abierto MineCraft contiene elementos de pensamiento secuencial, paciencia y tolerancia a la frustración que se pueden emplear en terapia de juego con niños que tienen dificultades en estos rubros.

Los terapeutas que activan su imaginación en el proceso terapéutico encuentran que no tiene límites la aplicación de los videojuegos y las actividades en plataformas electrónicas.

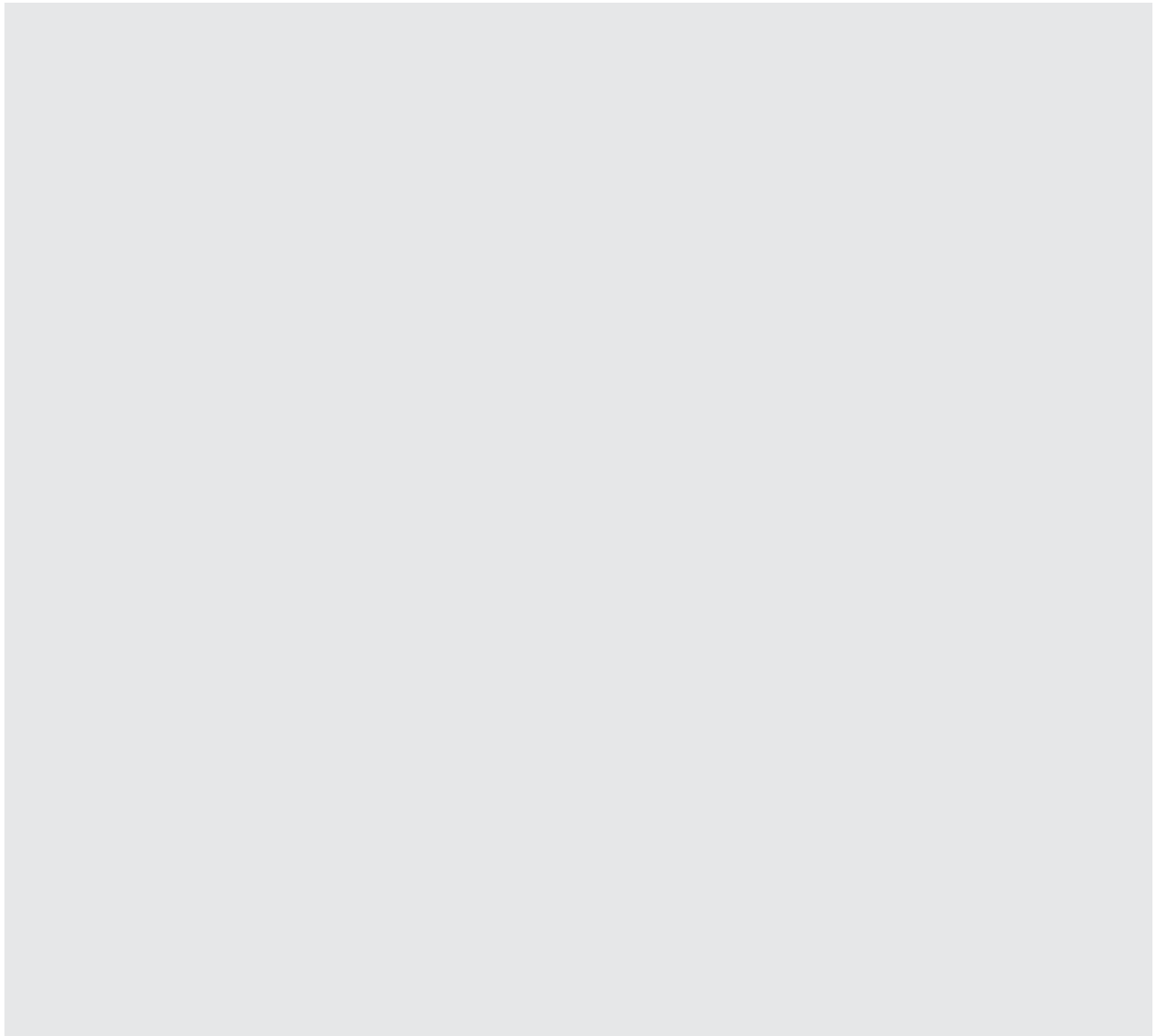
Una tercera característica necesaria en los terapeutas que incorporan la tecnología en su práctica clínica es tener una actitud de estudiante. Los niños y adolescentes actuales tienen una gran inteligencia tecnológica y están al tanto de los últimos juegos y tendencias en el universo de los juegos de video/computadora. El terapeuta puede aprender mucho de sus clientes. Equipados con tabletas, teléfonos inteligentes y dispositivos portátiles de videojuego, los niños y adolescentes pueden enseñar al terapeuta acerca de juegos y aplicaciones importantes para ellos, pero que el terapeuta puede usar con otros clientes. La disposición para aprender del niño o adolescente no sólo fortalece la relación terapéutica, sino que aumenta la autovalía del cliente y contribuye a la formación de la identidad.

Cuarto, el terapeuta que emplea la tecnología debe tener límites y expectativas claros, y ser capaz de comunicarlos a sus clientes. Aunque la tecnología tiene muchos beneficios como herramienta del terapeuta, también es un vasto país de las maravillas en el que él y el cliente pueden perderse y pasar la sesión entera navegando en diversos sitios de internet, opciones de juego y videos de YouTube que ya nada tienen que ver con ayudar a que el cliente crezca y sane. El terapeuta debe estar comprometido con la teoría y la práctica al emplear los dispositivos tecnológicos, y debe desarrollar y seguir un plan de tratamiento claro. Desde el principio de la sesión, debe especificar el papel de la tecnología en la terapia, qué juegos se usarán, qué sitios están permitidos o no, y cuánto tiempo dedicarán a cada actividad. También es necesario el consentimiento informado para que los cuidadores estén al tanto del papel de la tecnología en el proceso terapéutico. Los cuidadores deben saber que se emplean juegos apropiados para la edad de los niños; en caso de que se usen juegos con contenidos violentos o fantasiosos, se debe obtener el permiso de los cuidadores. Se debe justificar la inclusión de estos juegos. El terapeuta que desee incorporar la tecnología a su trabajo terapéutico debe apegarse a las mejores prácticas de la APT (2012) y buscar asesoría con otros profesionales en caso de que se presenten cuestiones éticas.

Una solución para los terapeutas que desean utilizar la tecnología sin perderse en el enorme mundo de los juegos de computadora o tableta es emplear un enfoque prescriptivo (Schaefer, 2001). Éste requiere que el terapeuta prescriba “una intervención específica para aliviar un problema del cliente” (p. 61). Los mismos límites de “la arena no se avienta” se aplican: “Puedes elegir cualquiera de los juegos que tienes en el iPad, pero no la usaremos para entrar a internet. Del mismo modo, “Estos son los juegos entre los que puedes elegir uno el día de hoy,” ayuda a los niños a saber qué opciones están disponibles y a delimitar el objetivo de la hora de juego. En el caso de los niños con problemas de control de impulsos o de límites, una tableta o una consola de videojuegos con muchas opciones pueden ser abrumadoras, lo mismo que un cuarto de juegos con demasiados juguetes y opciones de juego. Snow et al. (2012) recomiendan crear “carpetas de categorías” (p. 2) de juegos específicos para grupos de edad en la computadora o tableta para facilitar al terapeuta la elección de las opciones para sus

clientes.

Quinto y último, el terapeuta dispuesto a emplear la tecnología ofrece a sus clientes las mismas opciones de juego a través de los medios tecnológicos que con los juguetes tradicionales. Snow et al. (2012) utilizaron las categorías de Kottman (2011) del juego, al implementar el uso de un iPad en el cuarto de juego, entre las que se encontraban el juego nutricional, de fantasía, expresivo, agresivo y de miedo. Los autores encontraron varias aplicaciones y juegos de cada categoría, e hicieron recomendaciones sobre cuáles incluir en la terapia. Por ejemplo, un niño de 7 años de edad usó una aplicación llamada My PlayHome (Young, 2011), una casa de muñecas virtual en la que los personajes se mueven o interactúan entre sí. Después de varias sesiones, el niño utilizó esta aplicación para revelar un abuso sexual y expresar sus emociones al respecto. Con un esfuerzo mínimo, el terapeuta abierto a la tecnología puede construir un cuarto de juego virtual en una tableta o teléfono inteligente, y ofrecer a los niños y adolescentes oportunidades únicas de juego.



USOS Y BENEFICIOS DE LA TECNOLOGÍA EN EL CUARTO DE JUEGO

Temas y metáforas

Los juegos de video/computadora ofrecen temas y metáforas ricos y variados. Los temas que aparecen en los videojuegos van desde superar dificultades, recurrir a los amigos para pedir ayuda, lidiar con un fracaso, vencer a los enemigos y reunir atributos que permitan al jugador subir de nivel. Sin importar si el juego se practica en una tableta, un teléfono inteligente, una computadora o una consola, estos temas suelen encontrarse. Las metáforas de los juegos permiten al terapeuta “conectar los puntos” (Hull, 2009, p. 77) con los problemas que enfrenta el niño en el mundo real. Por ejemplo, se puede poner a los niños que tienen miedo en situaciones frente a un juego desconocido para ellos. Entonces, deberán superar las dudas de sí mismos, el miedo al fracaso y explorar la nueva situación, todo lo cual refleja las tareas y desafíos que encuentra en la vida real. Al igual que con los materiales tradicionales de la terapia de juego, los dispositivos tecnológicos ofrecen una distancia emocional segura respecto de los problemas reales, de modo que los niños pueden examinarlos de una manera divertida y creativa. A medida que el juego progresa, otras metáforas surgen y se traducen para ayudar en situaciones reales, como pedir ayuda, resistirse al miedo y al pánico, y concentrarse en la tarea en turno.

Diagnóstico, evaluación e introspección

Observar a los niños jugar juegos de video/computadora produce información valiosa en relación con sus procesos de pensamiento, estados emocionales y niveles de resiliencia y afrontamiento. El terapeuta de juego puede evaluar cómo toman decisiones y procesan información, y cómo se conducen en una situación nueva. ¿Aprenden de sus errores? ¿Intentan otra vez? ¿Se culpan a sí mismos por su bajo desempeño? ¿Generalizan lo que aprenden a situaciones nuevas? Observar los resultados de estas preguntas proporciona al terapeuta información valiosa para planear el tratamiento.

Yo trabajé con un niño que tenía dificultades con el control de impulsos, problemas de conducta y una autovalía muy baja. Un aficionado de Mario Bros se llenó de alegría al ver mi Nintendo, y empezamos a jugar Super Mario Bros. De inmediato me di cuenta de que fallaba una y otra vez en un escenario común del juego, se sentía cada vez más frustrado. Parecía no tener la capacidad de aprender de sus errores y realizar acciones correctivas. Las pruebas psicológicas concordaron con esta observación y revelaron

problemas de procesamiento, sobre todo en situaciones donde tenía que procesar mucha información antes de tomar una decisión. Esto demostró ser exactamente lo que pasaba en el mundo real, y era lo que lo llevaba a las conductas impulsivas y consecuencias negativas. Equipado con esta nueva información, el niño y yo jugamos, él practicó la observación de la siguiente situación, evaluó cuál sería su siguiente movimiento y llevó a cabo su decisión. Su capacidad para tomar decisiones mejoró en gran medida y sus problemas de conducta disminuyeron, por lo que su autovalía también aumentó. La experiencia con juegos demostró ser valiosa, porque ayudó al niño a comprenderse mejor y le brindó una vía segura, divertida y única para superar sus problemas.

Crecimiento y desarrollo

La tecnología actual ofrece a los terapeutas grandes oportunidades de ayudar al crecimiento cognitivo, emocional y social del cliente. Desde una perspectiva cognitiva, los juegos y actividades disponibles en una tableta, teléfono inteligente, computadora o consola constituyen herramientas útiles para mejorar las habilidades de toma de decisiones del niño pensando por adelantado y organizando la información. Muchos juegos, como MineCraft, contienen elementos de construcción que requieren pensamiento secuencial y habilidades espaciales. En el caso de niños que tienen problemas de control de impulsos, los juegos que implican el seguimiento de pasos para ir a otro nivel ayudan a los niños a reducir la velocidad de sus procesos de pensamiento, de modo que capten mayor información. Minion Rush, una aplicación divertida y gratuita, se puede usar con niños que tienen dificultades para poner atención a su ambiente enseñándoles a enfocarse en lo que sucede en el momento presente y adelantarse a lo que va a suceder después.

Los problemas emocionales son una razón común por la que los niños llegan a terapia (Wagner, 1995). Las emociones negativas como miedo, enojo y tristeza son comunes entre los niños que llegan al cuarto de juego. Los juegos competitivos son útiles con niños que tienen problemas con la frustración, pues les ofrece una manera divertida de explorar esa emoción y aprender a controlarla. Los juegos y aplicaciones que facilitan la creatividad y la expresión son útiles con niños con dificultades para expresar tristeza, emoción y miedo. Aplicaciones como Crayola Paint y Create permiten que el niño exprese emociones a través del arte, y las creaciones se guardan para seguir trabajando con ellas después. Positive Penguins, una aplicación que ayuda a los niños a identificar, comprender y comunicar las emociones es un medio divertido para que empiecen a entender el vínculo entre los pensamientos y los sentimientos. Smiling Mind es una aplicación para mediar y tener en cuenta a los demás diseñada para niños de 7 años de edad en adelante, y también puede usarse con adolescentes y adultos. La aplicación les enseña el poder de la autoconsciencia como herramienta contra el estrés, y promueve la resiliencia.

La tecnología le ofrece al terapeuta de juego oportunidades maravillosas para modelar y enseñar habilidades sociales. A través del juego electrónico colaborativo, niño y terapeuta exploran temas como trabajar juntos, comunicación, formar y mantener conexiones sociales. Juegos como los de la serie de LEGO (Star Wars, Harry Potter, Indiana Jones, etc.) tienen la opción de que jueguen dos jugadores, lo cual permite al terapeuta acompañar al niño en el juego colaborativo. Este juego promueve la comunicación y permite que los niños asuman papeles de enseñanza y liderazgo si lo desean. Los juegos y aplicaciones como The Sims, My Playhome y MineCraft están llenos de material para desarrollar habilidades sociales y permiten al terapeuta enseñarlas y observar el nivel de consciencia social del niño.

Terapia de juego narrativa y tecnología

La terapia narrativa es una herramienta poderosa en terapia de juego para ayudar a los niños a “expresar y explorar sus experiencias de vida” (Cattanach, 2006, p. 83). La tecnología ofrece a los jóvenes oportunidades únicas y emocionantes para crear historias acerca del mundo de fantasía y la vida del sí-mismo que se construye durante el juego. Las historias evolucionan a través de las secuencias de juego y se narran a través de dispositivos tecnológicos, como la tableta o la computadora, y de una herramienta narrativa dentro de un juego o aplicación. Por ejemplo, la aplicación Sock Puppets (Smith Micro Software, 2012) permite a los niños crear personajes, desarrollar una historia y agregar voces y música para personalizar sus creaciones. Toontastic (Lanchpad Toys, 2014) es una aplicación para que los niños creen una historia en forma de película y desarrollen varios personajes. Las películas se pueden guardar para modificarlas después o compartirlas con otros. LEGO Movie Maker (The LEGO Group, 2013) es otra aplicación para crear historias con efectos de *stop-motion*. Los seguidores de LEGO encuentran muy divertida esta aplicación y los inspira para crear historias utilizando las minifiguras y los materiales de LEGO, pero también pueden incorporar otros materiales en el cuarto de juego, como muñecos de peluche y títeres. La tecnología en forma de aplicaciones como éstas demuestra los múltiples recursos disponibles para hacer divertida y significativa la experiencia narrativa, y aprovecha los procesos creativos del cliente. Estas aplicaciones brindan maneras divertidas para quienes han sufrido experiencias traumáticas, como el abuso físico o sexual, descarguen pensamientos y sentimientos relacionados con el evento y encuentren un camino hacia la curación. Los niños y adolescentes que enfrentan eventos difíciles, como el divorcio de los padres o una pérdida, pueden explorar los temas de estas experiencias y crear narrativas en forma de película o juego, en los que ellos tienen el papel de directores.

Los juegos de video/computadora tienen historias secundarias y personajes con los que muchos jóvenes se identifican. Personajes como Naruto, Capitán Jack Sparrow y Desdemond Miles son poderosos en historias secundarias que contienen temas de

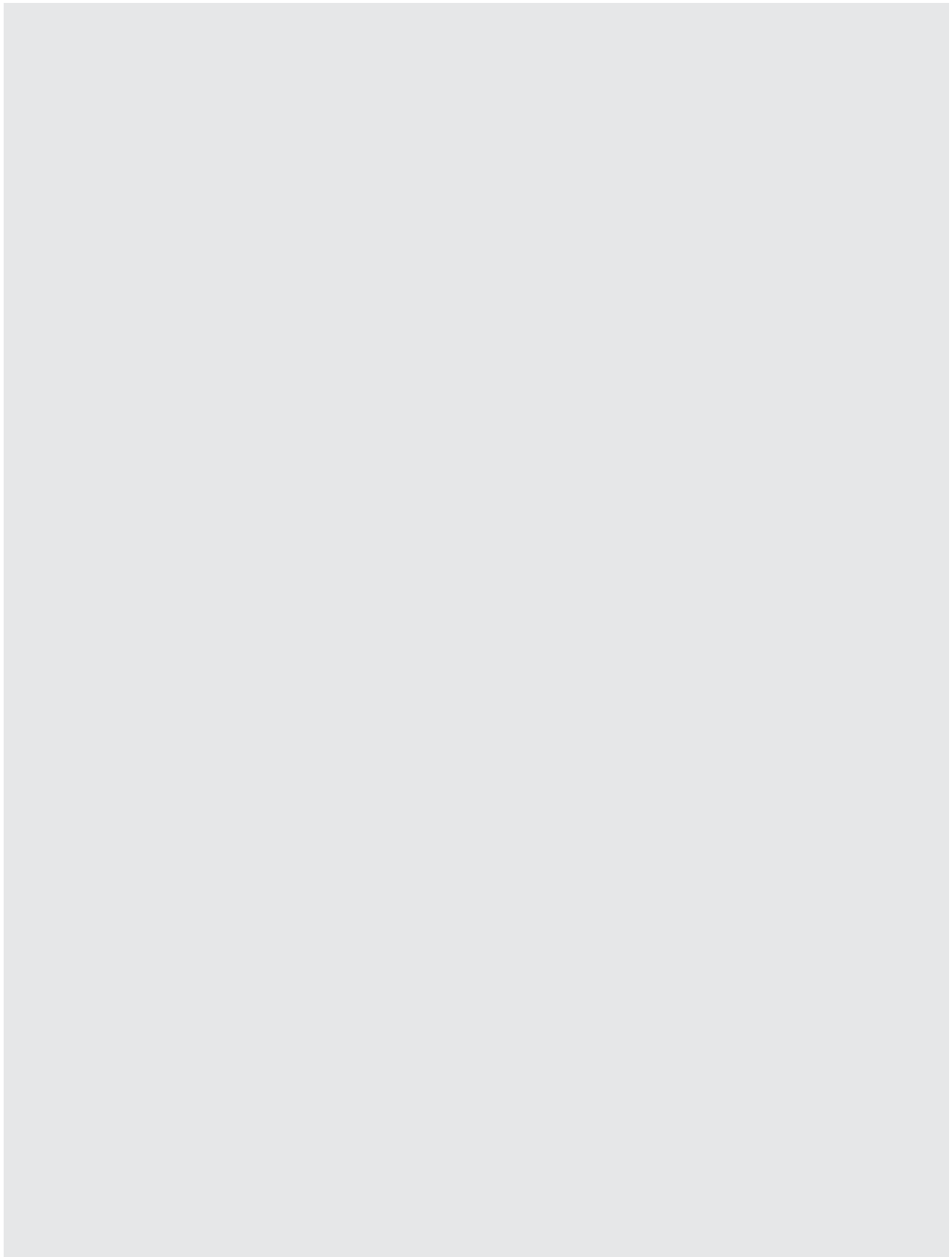
rechazo, valentía e independencia. Rubin (2007) afirma que estos personajes ayudan a los jóvenes a “dar sentido a su mundo creando y viviendo sus historias – sus propias mitologías personales” (p. 4). Los jóvenes encuentran que estos personajes e historias les brindan fuerza y resiliencia frente a las adversidades. Los juegos de video/computadora dan la oportunidad de jugar a ser estos personajes y moverse de la imaginación a simulaciones reales de vivir como el personaje de la historia. Los dispositivos tecnológicos permiten que el terapeuta observe a los jóvenes en el juego como personajes elegidos y les da oportunidades para dar sentido a las historias de la vida real y las de los juegos.

Terapia de juego grupal y tecnología

La tecnología en forma de teléfonos inteligentes, tabletas y juegos de video/computadora ofrece oportunidades únicas para que el terapeuta de juego implemente la terapia de juego grupal. Hull (2013) afirma que los juegos de video/computadora son útiles en terapia de juego grupal para enseñar habilidades sociales, promover la toma de perspectiva y aumentar la autovalía. La tecnología no sólo ofrece infinidad de juegos, aplicaciones y plataformas para jugar, sino también una manera para que los miembros de un grupo se conecten. Por ejemplo, yo trabajé con un grupo de habilidades sociales en el que cada miembro podía jugar MineCraft en su teléfono o tableta. El enrutador inalámbrico de mi consultorio permite que todos conecten sus dispositivos y estén en el mismo mundo al mismo tiempo y trabajen juntos por metas específicas. Los jugadores toman turnos para compartir ideas y cada uno tiene la oportunidad de dirigir la acción. Yo también puedo monitorearla o unirme a ella, y puedo observar de cerca cada área del mundo de MineCraft para ver cómo los equipos progresan. El progreso se guarda y se puede continuar el trabajo en posteriores grupos. Siguiendo el mismo juego, se habla de los elementos de las habilidades sociales como comunicación, tolerancia a la frustración y colaboración en tanto que el grupo y las aplicaciones se hacen para el mundo de los jóvenes.

La terapia grupal ofrece oportunidades para aumentar la autovalía de los jóvenes permitiéndoles ser los expertos y enseñar al grupo algo que seapreciado para ellos. Una computadora, tableta o consola de videojuegos constituyen herramientas únicas mediante las cuales el miembro de un grupo muestra a los demás un video que él creó o un juego que le gusta. Esto coloca a este miembro en la posición de enseñar y no sólo promueve las habilidades sociales, sino que también ayuda a elevar la autovalía ocupando el papel de director. Muchos jóvenes son expertos en tecnología y disfrutan compartir sus conocimientos, y muchos ven su tableta, teléfono celular o dispositivo de videojuego como una extensión de su cuerpo. Algunos ejemplos de usos de tecnología en el juego grupal son el juego grupal de videojuegos, la grabación de escenarios y secuencias de juego y el uso de películas y videoclips para discutir y comprender las habilidades

sociales.



FUTURO DE LA TERAPIA DE JUEGO Y LA TECNOLOGÍA: IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

La tecnología ha tenido un impacto significativo en los niños y familias actuales. A medida que las vidas de los niños son afectadas por la tecnología, también lo es el terapeuta que ofrece servicios en los que el juego es un medio importante. Los niños que llegan a terapia esperan encontrar juguetes y juegos conocidos, y los dispositivos tecnológicos ofrecen enormes oportunidades de juego. Aunque es claro que los niños de todas las edades tienen interés por la tecnología y la incorporan en su juego, aún hay mucho que no se sabe acerca de su impacto en la terapia de juego. Gran parte de la investigación temprana concerniente a los videojuegos se enfocó en su impacto negativo y el daño potencial, pero en los últimos 5 años ha habido más estudios relacionados con sus beneficios (Granic et al., 2014).

Se deben investigar dos áreas básicas al considerar la combinación de tecnología y terapia de juego. Primero, se tienen que estudiar las técnicas específicas que suponen el uso de la tecnología para aplicarlas y compartirlas con las futuras generaciones de terapeutas. Por ejemplo, las versiones virtuales del juego con arena (The Sims) o el juego virtual con la casa de muñecas (My Play Home) son excelentes sustitutos electrónicos de los objetos reales, ¿pero cuáles son sus aplicaciones? ¿Cómo puede aprender un terapeuta que desconoce estos juegos aprender a usarlos? ¿Qué problemas y desafíos clínicos se pueden abordar mediante los juegos y aplicaciones y de qué modo? Es importante considerar estas preguntas para comprender por completo y aplicar la vasta cantidad de juegos, aplicaciones y dispositivos en que se juegan. Se requieren estudios de largo plazo sobre la eficacia de los juegos y aplicaciones para entender mejor la relación entre tecnología y terapia de juego. La investigación futura también debe incorporar una base teórica sólida y conectar la teoría con la práctica cuando se considera la aplicación de ciertos juegos de video/computadora. Siempre ha habido críticas a la terapia de juego (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005), es importante que quienes la practican sigan demostrando su eficacia, sobre todo estudiando el papel que la tecnología puede y habrá de desempeñar en el futuro. Los terapeutas que emplean la tecnología deben estar dispuestos a enseñar a quienes desconozcan este medio. Los seminarios en vivo y en línea y los talleres son un excelente medio para que los terapeutas compartan sus ideas, práctica e investigaciones.

Otra área importante al considerar el futuro de la terapia de juego y la tecnología es el desarrollo de juegos y aplicaciones específicos por parte de los terapeutas para utilizarlos en el cuarto de juego. Debido a la creciente complejidad y versatilidad de los juegos de video/computadora desarrollados en los últimos años, es posible diseñarlos con base en elementos terapéuticos específicos para los jóvenes. Se ha empezado a desarrollar este tipo de juegos para incluirlos en la psicoterapia. Por ejemplo, investigadores de la Universidad de Auckland desarrollaron un videojuego basado en la terapia cognitivo-conductual (TCC) llamado SPARX (de *smart, positive, artistic, X-factor thoughts*

[pensamientos inteligentes, positivos, artísticos, de factor X]). Los jugadores se mueven en situaciones que simulan escenarios de la vida real y practican elementos de la TCC de un modo divertido y exploratorio. Los primeros estudios mostraron que el juego es tan productivo como las formas tradicionales de tratamiento para la depresión, como los medicamentos o la terapia (Chan, 2012). En la actualidad, Simon Mayr en la Universidad Sigmund Freud de Viena, Austria, y Paulo Petta en el Instituto Austriaco de investigación en Inteligencia Artificial desarrollan un juego de video/computadora (Trauma Treatment Game [Juego para el tratamiento del trauma]) para ayudar a los niños a recuperarse de un trauma y de “los trastornos asociados como la ansiedad y la depresión” (Mayr y Petta, 2013, p. 68). Los autores afirman que, aunque se pueden usar muchos juegos de video/computadora en la psicoterapia con jóvenes, muy pocos se han diseñado para cubrir las necesidades terapéuticas. Tomando en cuenta la gran cantidad de niños que son enviados a terapia de juego por problemas relacionados con el trauma, este juego será de gran ayuda para los terapeutas. Estos son dos ejemplos de muchos juegos y aplicaciones que se han desarrollado o están en proceso, pero se requieren más.

Ejemplo de caso

Katelyn, una niña de 10 años de edad, fue enviada a terapia de juego debido a problemas emocionales y conductuales. Fue diagnosticada con TDAH y tomaba medicinas para ese trastorno; su madre dijo que Katelyn no había visto a su padre biológico en varios años. La madre se casó otra vez hace dos años, con lo que entraron a la familia dos hermanastros menores. La madre informó que Katelyn “causaba caos en casa” y ella y su esposo no se ponían de acuerdo sobre la manera de manejarla, lo cual provocaba estrés marital. No había historia de abuso físico o sexual. Katelyn peleaba en la escuela y le dijo a su madre “todos me odian.” Cuando se sentía frustrada recurría a las conductas físicas golpeando a diestra y siniestra a quienes tenía al alcance. Con frecuencia rompió juguetes y aventó cosas. Katelyn no tenía amigos, su madre decía que ella “alejaba a las personas.” También dijo que su hija era “rara” y que no se veía como las otras niñas de su edad. “Lo único que le interesa es sentarse en la casa y jugar esos tontos juegos en el iPad y la computadora,” dijo la madre con un tono despectivo. Le dije a la madre que yo empleaba esos dispositivos en mi trabajo. “Bueno, no me veo pagando para que ella venga a jugar esos tontos juegos, pero si usted piensa que eso la ayudará, creo que está bien por mí.”

Antes de entrar al cuarto de juego en la primera sesión, Katelyn parecía aprensiva y reservada. No me habló e hizo poco contacto visual conmigo. A medida que exploraba el cuarto, notó un cuadro en la pared en el que un niño dibujó una figura de MineCraft. De inmediato su cara se iluminó.

“¡Adoro MineCraft!” dijo emocionada. “¿Conoces MineCraft?” preguntó.

Le dije que tenía instalado MineCraft Pocket Edition en mi iPad del cuarto de juego. Se trata de un juego de construcción en el que un jugador usa bloques que se colocan y se hacen pedazos. El juego contiene mundos con bosques, montañas y playas donde los jugadores construyen paisajes para explorar. El jugador utiliza elementos geológicos para hacer herramientas y elementos de minas, y puede reunir materiales con el fin de sobrevivir. Hay dos modos: el modo creativo y el modo de supervivencia. El modo creativo ofrece al jugador todos los elementos y herramientas disponibles en el juego. No hay enemigos, y el jugador puede volar. El modo de supervivencia simula la vida real. El jugador debe encontrar comida, dormir, defenderse de los enemigos y hacer herramientas y construir estructuras con los elementos más rudimentarios. Se debe monitorear la salud del jugador, o de lo contrario muere y el juego se termina. El progreso se guarda de manera automática en ambos modos de juego, y es fácil para el niño continuar el juego en el punto exacto en que se detuvo.

Katelyn empezó a hablar y a decirme todo acerca de los mundos que había creado. Habló de estar asustada de jugar en el modo de supervivencia, por todas las diversas criaturas que “podrían atacarte.” Ella prefería el modo creativo, pues le permitía explorar y crear sin preocuparse por “que esos locos zombis me atrapen.” También dijo que, en realidad, le gustaba volar, y deseaba poder volar en la vida real. Cuando le aseguré que entendía de lo que estaba hablando, su ansiedad y aprensión disminuyeron. Esperé a que notara el iPad al sentarse a la mesa del cuarto de juego, y después de unos minutos lo encontró. Preguntó con timidez si podía jugar MineCraft en el iPad.

“Claro, puedes jugar con todo lo que veas en este cuarto. Si no estás segura, sólo pregunta,” repliqué.

Me contó que a su madre no le gustaba MineCraft y nunca quería ver los mundos que creaba. Le pregunté por qué, y dijo que su madre pensaba que era una “pérdida de tiempo.” Katelyn abrió despacio el iPad y le mostré la carpeta que contenía MineCraft. Suspiró con alivio cuando apareció la pantalla de inicio. “Aahhh,” exclamó, “mi querido MineCraft.” Con entusiasmo me mostró su conocimiento del juego y me preguntó sobre los personajes, elementos y herramientas.

“Parece que quieres asegurarte de que en verdad conozco MineCraft,” dije.

“Sí, los adultos dicen que saben acerca de esto, pero en realidad no saben.”

La primera sesión terminó con Katelyn preguntando si ella podía llevar su iPad a la sesión, y le respondí que sí podía.

En las siguientes sesiones, Katelyn llevó su iPad y me mostró los mundos que había creado en MineCraft. Tres temas eran evidentes en el juego: miedo/seguridad, destrucción/desmantelamiento y escape/fantasia. En cuanto al tema miedo/seguridad, a Katelyn le gustaba elaborar casas en cuevas que complementaba con túneles, puertas con trampas y cuartos llenos de cofres de armas. Nombraba este mundo como “Mi mundo” en la pantalla inicial. Le pregunté sobre la necesidad de sentirse segura, sobre todo, tomando en cuenta que no había enemigos en el modo creativo.

Katelyn reconoció que sabía eso, pero dijo que Creeper podría entrar de algún modo y tenía que ser cuidadosa. Construyó paredes altas alrededor de las aberturas de sus cuevas y colocaba señales en las entradas como “¡Da media vuelta o morirás!” Ella decía que se sentía más segura en lo profundo de la cueva, donde “Sé que nadie puede atraparme.” Este juego nos permitió explorar cómo se sentía en relación con sus pares en la escuela y los miembros de su familia. Reveló que no se sentía a salvo en medio de las personas. “Nunca sabes cuándo pueden lastimarte. Igual que Creepers.” Cuando le pregunté acerca de algún abuso, ella dijo que los niños se metían con ella en la escuela. Le ponían nombres. Había algunos que eran lindos con ella, pero ella no sabía si “seguirían siendo así o se volverían malos como todos los demás.”

El segundo tema evidente en el juego era el de destrucción/desmantelamiento. En la segunda sesión, me mostró un mundo que ella nombraba “El Mundo de la Nada” y me dijo que era absolutamente secreto, y que nadie lo había visto antes. Abrió la tableta y apareció un paisaje gris, rocoso. No había árboles ni pasto verde ni hermosas playas. “Hice estallar todo en éste,” dijo. Cuando le pregunté sobre él, dijo que había usado dinamita para volar todo. Ella no construyó nada en este mundo. Sólo lo destruyó. Katelyn entraba en este mundo “cuando en verdad estoy furiosa.” Esto abrió la discusión acerca de las cosas que la hacían enojar. Habló de los niños de su escuela, de sus hermanastros (“se apoderaron de *mi* casa”) y de que extrañaba a su padre. Me mostró un lugar del Mundo de la Nada a donde iba cuando pensaba en su padre. Repitió varias veces la frase, “Nunca le he mostrado esto a nadie” y me mostró esa parte de su mundo. Constaba de profundos cráteres rodeados de peñascos grises y cafés. Entonces, Katelyn cambió a su pantalla de inventario, seleccionó dinamita, colocó varios bloques de dinamita dentro del cráter, les prendió fuego y retrocedió para verlo explotar. Aplaudió con emoción al escuchar la explosión y observar la destrucción simultánea. Katelyn dijo que su meta en el Mundo de la Nada era “hacer estallar todo y no dejar nada.” Dijo que se sentía mejor después de usar dinamita y ver cómo se hacían grandes hoyos en la tierra. Esto abrió la discusión acerca de sus sentimientos por su padre. Katelyn dijo que su madre le había dicho que no hablara de él, que se había ido y eso era todo. Esto la hacía sentir triste y, luego, enojada y entonces iba al Mundo de la Nada.

Escape/fantasía, el tercer tema de Katelyn en MineCraft, era evidente en su uso de la característica de volar en el modo creativo. “Simplemente me voy cuando quiero,” dijo. Con frecuencia, deseaba irse volando, sobre todo cuando estaba en la escuela o su mamá estaba enojada a causa de su conducta. Dijo que volar la hacía sentir libre y con esperanza. “Ves las cosas de otra manera cuando vuelas muy alto en el cielo.” Katelyn me mostró el “Mundo del Cielo,” en el que creó un castillo flotante en las alturas, acompañado de jardines y otras construcciones a su alrededor. Dijo que cuando se sentía feliz y con esperanzas entraba a este mundo. La única manera de llegar a él era volando. Señalé cómo este mundo era muy diferente de los otros dos que me había mostrado. Katelyn no destruía nada en el Mundo del Cielo, e incluso

había instalado un observatorio en una parte del castillo desde donde se podían observar las montañas, los árboles y los ríos.

En la cuarta sesión, Katelyn preguntó si podía acompañarla en sus mundos usando mi iPad. Entré a su servidor y, en lugar de sólo observar, pude caminar en ellos mientras Katelyn me guiaba. Ella se reía de la emoción mientras me encerraba en un cuarto y yo no tenía idea de cómo salir de un laberinto subterráneo de túneles y cuartos secretos de Mi Mundo. Le encantaba jugar a las escondidillas en las cuevas y túneles, y se ponía eufórica cuando yo no la podía encontrar; del mismo modo, se alegraba mucho cuando me encontraba. Mientras estábamos en Mi Mundo, ella habló de cómo hacer amigos, y utilicé nuestra experiencia de juego juntas como base para que ella aprendiera a confiar en los demás y darle una oportunidad a los niños lindos de su escuela. Dijo que al principio había sido difícil dejarme entrar en sus mundos, pero una vez que lo hizo se había divertido mucho. Visitamos juntas el Mundo de la Nada y me invitó a volar algo con dinamita. Me sentí triste y sola en ese mundo cuando vi el paisaje desolado y los restos carbonizados de árboles y los cauces secos de los ríos. Hablamos más de su padre y ella manifestó desesperación, pues creía que tal vez ella había hecho algo malo y por eso él se fue. Volamos juntas en el Mundo del Cielo, riendo y visitando todos los cuartos del castillo. Le enseñé cómo construir una montaña rusa que fuera de los jardines al castillo, y Katelyn estuvo encantada de pasearse en ella varias veces.

En el curso del siguiente año, Katelyn experimentó un enorme crecimiento. A través del juego de MineCraft, vivió lo que Green (2012) llama **individuación**: el proceso que lleva de “la fragmentación psíquica a la completud” (p. 177). Jugar juntas permitió que Katelyn conectara sus mundos de MineCraft con asuntos del mundo real que le habían causado mucho malestar. Sus habilidades sociales aumentaron y sus problemas de conducta en la escuela disminuyeron. Su madre informó menos berrinches en casa y la conducta de romper/aventar cosas cesó por completo. Su capacidad para expresar sentimientos aumentó, sobre todo en relación con su padre. Su autovalía mejoró como se reflejaba en la socialización y en las decisiones conductuales, que habían mejorado. MineCraft se convirtió en un medio para que Katelyn comunicara sus pensamientos y sentimientos a su madre y a su padrastro en las subsiguientes sesiones familiares. Como resultado, su madre y su padrastro la acompañaron en el juego de MineCraft, lo cual los ayudó a comprenderla y a construir una mejor relación con ella.

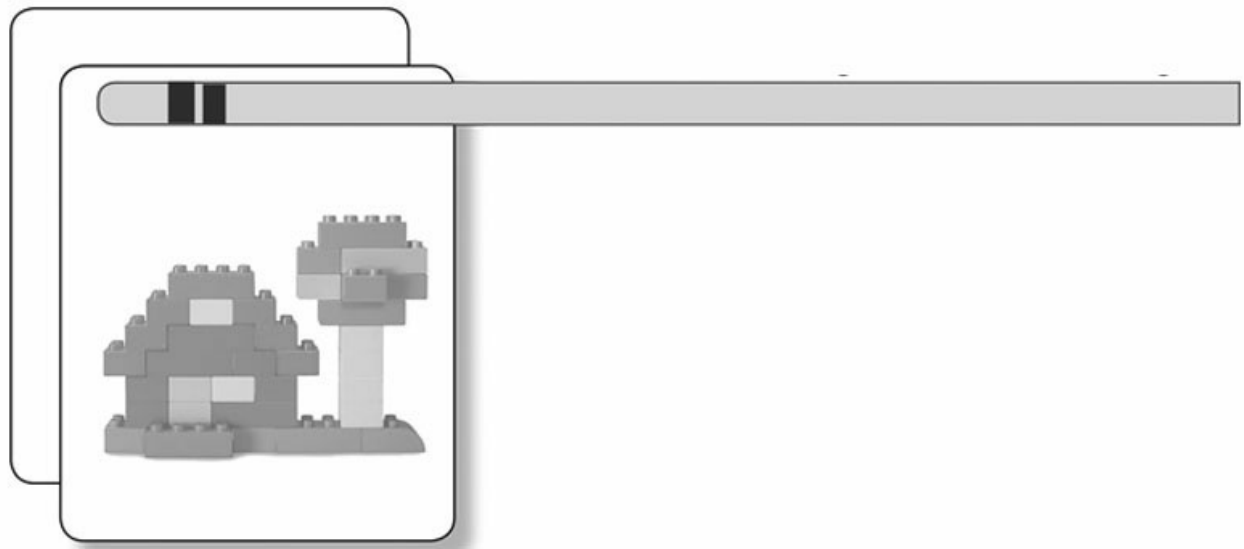
CONCLUSIÓN

La tecnología ofrece al terapeuta de juego enormes oportunidades para conectarse con los niños y ayudarlos en su desarrollo. A medida que los terapeutas miran hacia el futuro de la terapia de juego, sin duda la tecnología tendrá un papel importante. Los niños y adolescentes disponen de herramientas creativas e imaginativas creadas por los avances de la tecnología. Es importante que los terapeutas aprendan a usar los dispositivos tecnológicos, así como los juegos y aplicaciones, para garantizar que las necesidades de los niños se aborden a través de este poderoso medio. Los terapeutas necesitan perder el miedo a los cambios que la tecnología trae, y deben comprometerse a aprender y crecer junto con los sorprendentes jóvenes con los que trabajan.

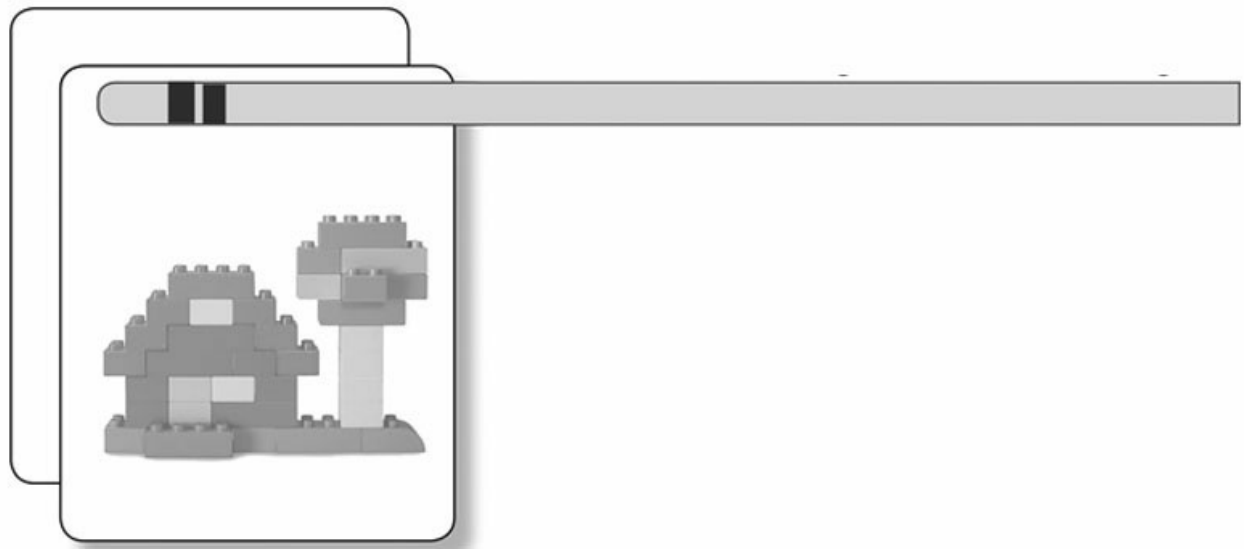
■ REFERENCIAS

- Association for Play Therapy. (2012). *Play therapy best practices*. Recuperado de: <https://www.a4pt.org/download.cfm?ID=28052>
- Aymard, L. L. (2002). *Journal of Technology in Human Services*, 20(1-2), 11-29.
- Bertolini, R., & Nissim, S. (2002). Video games and children's imagination. *Journal of Child Psychotherapy*, 28(3), 305-325.
- Bratton, S. C., Ray D., Rhine T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.
- Cattanach, A. (2006). Narrative play therapy. En C. E. Schaefer & H. G. Kaduson (Eds.), *Contemporary play therapy: Theory, research and practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Chan, B. (2012). SPARX video game shown to be effective in helping teens combat depression. Recuperado de: <http://www.imedicalapps.com/2012/08/sparx-video-game-depression/>
- Clarke, B., & Schoech, D. (1994). *Computers in Human Services*, 11(1-2), 121-140.
- Dahlquist, L. (2006). http://www.cbsnews.com/stories/2005/12/28/eveningnews/main1168346.shtml?CMP=OTCRSSFeed&source=RSS&attr=CBSEveningNews_1168346
- Fanning, E., & Brighton, C. (2007). The Sims in therapy: An examination of feasibility and potential of the use of game-based learning in clinical practice. En B. K. Weiderhold, G. Riva, & S. Bouchard (Eds.), *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine: Advanced Technologies in the Behavioral, Social, and Neurosciences*, 5, 1-11.
- Gardner, J. E. (1991). Can the Mario Bros. help? Nintendo games as an adjunct in psychotherapy with children. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), 667-670.
- Granic, I., Lobel, A., & Engels, R. C. M. E. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychologist*, 69(1), 66-78. doi:10.1037/a0034857
- Green, E. (2012). The Narcissus myth, resplendent reflections, and self-healing: A Jungian perspective on counseling a child with Asperger's syndrome. En L. Gallo-Lopez & L. C. Rubin (Eds.), *Play-based interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders* (pp. 177-192). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis.
- Hull, K. (2009). Computer/video games as a play therapy tool in reducing emotional disturbances in children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 70(12-B)*, 2010, 7854.
- Hull, K. (2011). *Play therapy and asperger's syndrome: Helping children and adolescents grow, connect, and heal through the art of play*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Hull, K. (2013). *Group therapy techniques with children, adolescents, and adults on the autism spectrum: Growth and connection for all ages*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Kokish, R. (1994). Experiences using a PC in play therapy with children. *Computers in Human Services*, 11(1-2), 141-150.
- Kottman, T. (2011). *Play therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Alexander, VA: American Counseling Association.
- Launchpad Toys. (2014). Toontastic (version 2.8.0). [Mobile application software]. Recuperado de: <https://itunes.apple.com/us/app/toontastic/id404693282?mt=8>
- The LEGO Group. (2013). LEGO® Movie Maker (version 2.4.1). [Mobile application software]. Recuperado de: <https://itunes.apple.com/us/app/lego-movie-maker/id516001587?mt=8>
- Mayr, S., & Petta, P. (2013). Towards a serious game for trauma treatment. In M. Ma, M. F. Oliveira, S. Peterson, & J. B. Hauge (Eds.), *Serious games development and application: Lecture notes in computer science*, 8101, 64-69. Berlin, Germany: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-40790-1_6
- Mojang . (2012). *MineCraft (Personal Computer Version)*. Stockholm, Sweden: Mojang Inc.
- Resnick, H., & Sherer, M. (1994). Computer games in the human services. *Computers in Human Services*, 11(1-2), 17-29.
- Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S. (2010). Computerized cognitive behavioral therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child &*

- Family Psychology Review*, 13(3), 275–290.
- Riviere, S. (2008). The therapeutic use of popular electronic media with today's teenagers. En L. Rubin (Ed.), *Popular culture in counseling, psychotherapy, and play-based interventions* (pp. 343–364). New York, NY: Springer.
- Rubin, L. C. (2007). Introduction: "Look, up in the sky!" An introduction to the use of superheroes in psychotherapy. En L. C. Rubin (Ed.), *Using superheroes in counseling and play therapy* (pp. 213–224). New York, NY: Springer.
- Schaefer, C. E. (2001). *Prescriptive play therapy*. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 57–73. doi:10.1037/h0089480
- Skigen, D. (2008). Taking the sand tray high tech: Using the Sims as a therapeutic tool in the treatment of adolescents. En L. C. Rubin & L. C. Rubin (Eds.), *Popular culture in counseling, psychotherapy, and play-based interventions* (pp. 165–179). New York, NY: Springer.
- Smith Micro Software. (2012). Sock Puppets (version 1.7.3). [Mobile application software]. Recuperado de: <https://itunes.apple.com/us/app/sock-puppets/id394504903?mt=8>
- Snow, M. S., Winburn, A., Crumrine, L., Jackson, E., & Killian, T. (2012). The iPad playroom: A therapeutic technique. *Play Therapy*. Recuperado de: http://www.mlppubsonline.com/display_article.php?id=1141251
- Wagner, M. M. (1995). Outcomes for youth with serious emotional disturbance in secondary school and early adulthood. *The Future of Children*, 5, 90–112.
- Young, S. (2011). *My PlayHome* (version 2.1.0). [Mobile application software]. Recuperado de: <https://itunes.apple.com/us/app/my-playhome/id439628153?mt=8>



Parte 8
Investigación



Capítulo 34

Métodos apropiados para el estudio de la terapia de juego

Dee C. Ray y Hayley L. Stulmaker

La investigación en terapia de juego tiene una larga historia y está llena de evidencias que respaldan su eficacia con niños de diversas poblaciones y con distintos problemas. Sin embargo, hay vacíos en la literatura; en particular, se requiere investigación que demuestre que la terapia de juego es un tratamiento con sustento empírico. Por ello, se requiere un trabajo constante para llevar a cabo investigaciones que contribuyan al desarrollo, refinamiento y aplicabilidad de la terapia de juego. Las intervenciones evolucionan a lo largo del tiempo para cubrir las necesidades de la cultura actual. Con los años, los investigadores han explorado la estructura, los constructos teóricos, el formato de implementación y los efectos de la terapia de juego de acuerdo con los estándares contemporáneos de los diseños y métodos de investigación. Sin embargo, hay mucho por hacer. Para que la literatura prospere, los investigadores deben aportar evidencias numerosas veces, monitorear los cambios en los protocolos de implementación y desarrollar constructos teóricos para la intervención.

El propósito de este capítulo es presentar al investigador y al clínico un panorama general de los métodos de investigación que se consideran dignos de crédito y que corresponden a la naturaleza de la terapia de juego. Presentamos los fundamentos de cada método, discutimos su compatibilidad con esta terapia y presentamos ejemplos tomados de la literatura disponible. Tratamos de brindar al terapeuta ideas que le permitan implementar un diseño de investigación para promover las intervenciones de terapia de juego como un tratamiento con sustento empírico. Además, los diseños que presentamos ayudarán a los clínicos a mejorar su práctica mediante una comprensión integral de cómo funciona la terapia de juego. Además, los clínicos pueden emplear la investigación para promover su práctica, comprender los procesos y demostrar su eficacia frente a supervisores, padres y clientes potenciales.

REQUISITOS DEL INVESTIGADOR EN TERAPIA DE JUEGO

Para comenzar un programa de investigación en terapia de juego, el investigador debe cumplir con los siguientes requisitos.

Conocimiento y comprensión teórica de los constructos relacionados con la modalidad de terapia de juego que se emplea.

La investigación exige aislar las variables que afectan el resultado de la terapia. Con el fin de que un investigador identifique tales variables, debe poseer una profunda comprensión de los constructos que explican las bases del cambio en la modalidad de terapia de juego que se emplea. Las preguntas que el investigador debe responder antes de emprender una investigación son: ¿Cuál es el mecanismo de cambio en el tipo de terapia que estoy utilizando? ¿Cuál es el propósito de proporcionar juguetes/materiales al niño? ¿Cuál es el papel del terapeuta en el cambio terapéutico? ¿Qué resultados específicos podrían esperarse de la terapia de juego?

Experiencia clínica

Debido a que la implementación de la terapia de juego en un diseño de investigación puede plantear dificultades en relación con los aspectos terapéuticos y éticos, es indispensable que el investigador cuente con práctica clínica. Durante una investigación, el cuidado terapéutico de un niño tiene prioridad sobre las metas del proyecto de investigación; de ahí que la experiencia clínica del investigador sea fundamental para implementar el diseño. Además, Himelin y Putnam (2001) advirtieron que hay una gran probabilidad de que el investigador se aleje de las necesidades y preocupaciones del mundo real.

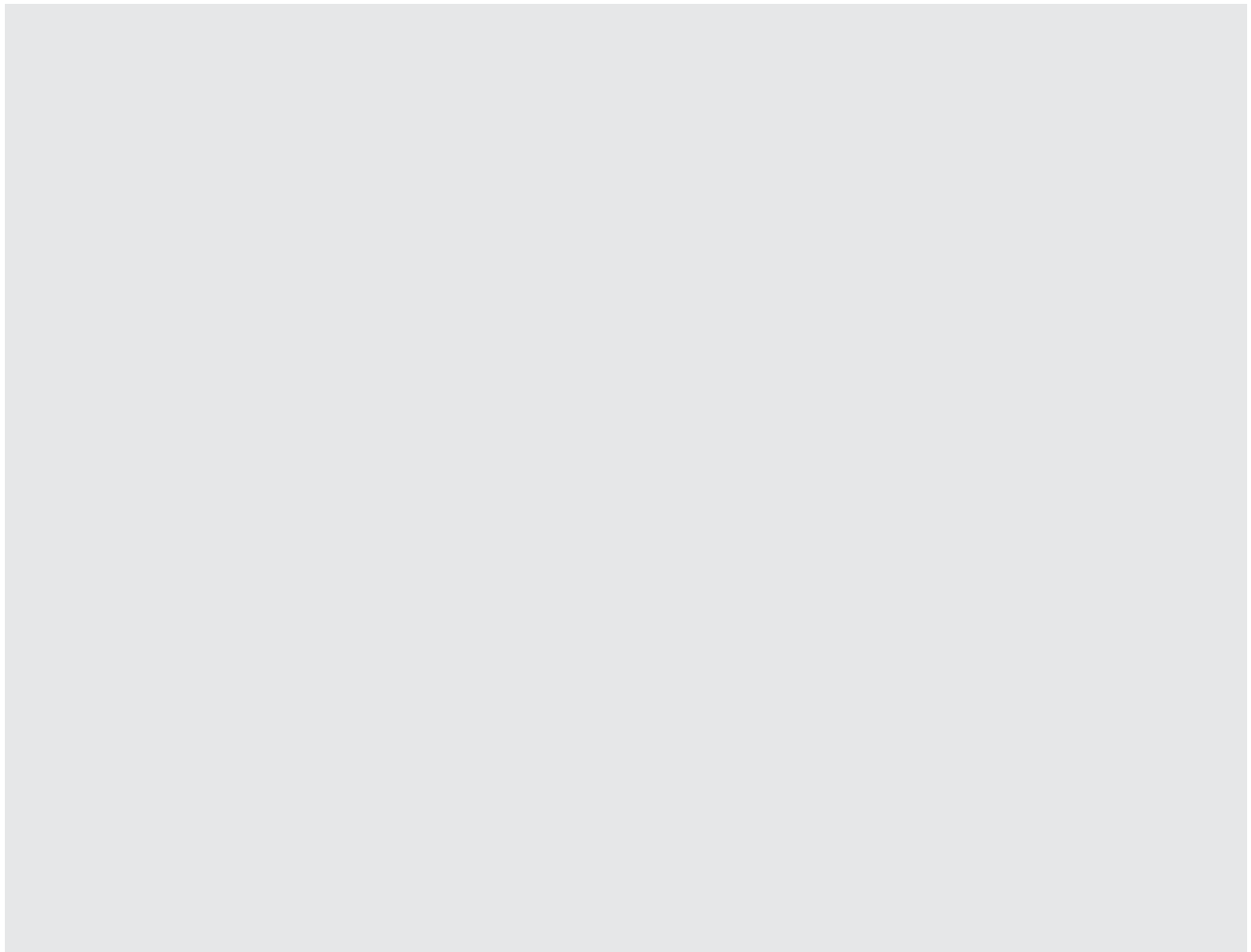
Conocimiento básico o experto de los diseños de investigación

Sin importar el tipo de diseño de investigación que se utilice, el investigador debe estar bien entrenado en su implementación. De preferencia, se debe contar con educación formal en los diseños de investigación, y haber formado parte de equipos de investigación es de gran ayuda.

Conocimiento del uso adecuado de los análisis estadísticos

Aunque no es necesario que el investigador en terapia de juego sea experto en estadística, debe poseer un amplio conocimiento de los métodos estadísticos adecuados para sus diseños de investigación. Los diseños experimentales más complicados requieren conocimiento avanzado en estadística, mientras que los diseños de un solo caso suelen utilizar análisis estadísticos más sencillos. El entrenamiento formal, la participación en equipos de investigación y la educación continua son beneficiosos para aumentar el conocimiento de la estadística y sus aplicaciones.

Aunque estos requisitos parecen abrumadores, se recomienda a los terapeutas que busquen entrenamiento adicional y experiencias prácticas para mejorar su conocimiento sobre investigación y estadística. Algunos diseños se conceptualizan con facilidad, y el terapeuta puede descubrir que es más competente y tiene mayor interés de lo que esperaba. La oferta educativa en línea ha aumentado en la última década, lo que amplía las oportunidades de aprendizaje.



BASE DE EVIDENCIAS DEL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL

El movimiento de los tratamientos con sustento empírico en el ámbito de la salud mental ha sido un objetivo móvil para los investigadores en las últimas dos décadas. Al inicio, en un esfuerzo para asegurar la calidad de los servicios, este movimiento se fragmentó y tomó múltiples direcciones, lo cual hizo que los investigadores asumieran la tarea de determinar los criterios actuales de los estudios de calidad. Los criterios de los tratamientos con sustento empírico cambian con frecuencia y cada organización o agencia gubernamental los interpreta de distinto modo. Aunque los criterios no son del todo claros, la mayoría de los investigadores concuerda en que una gran variedad de diseños, si se implementan de manera rigurosa, ofrecen evidencias para apoyar una intervención. Ofrecemos dos ejemplos de los criterios que se encuentran en los textos y que ponen de relieve distintas perspectivas en la revisión de la literatura basada en evidencias.

Nathan y Gorman (2007) ofrecieron estándares para evaluar la intervención de acuerdo con “el grado de adecuación metodológica a los estudios de los que derivan los datos de resultados” (p. vii). De acuerdo con ellos, hay seis tipos de estudios que se diferencian por su grado de rigurosidad. Los estudios tipo 1 son los más sólidos, pues implican pruebas clínicas con aleatorización (PCA) de los participantes, evaluaciones a ciegas, criterios claros de inclusión y exclusión, métodos diagnósticos estrictos, muestras de tamaño adecuado y métodos estadísticos detallados. Los estudios tipo 2 incluyen ensayos clínicos, pero tienen algunos defectos que los distinguen de los estudios tipo 1. Ninguno de los defectos de los estudios tipo 2 se consideran fatales, por lo que ofrecen contribuciones sustanciales a la literatura. Los diseños experimentales de caso único (DECU) a veces se incluyen entre los estudios tipo 2. Los estudios tipo 3 tienen defectos metodológicos significativos, por lo general se trata de estudios que se enfocan en un conjunto de datos preliminares. Estos estudios aportan información acerca de valor del tratamiento en la búsqueda de un diseño más riguroso. Los estudios tipo 4 suelen ser revisiones de datos secundarios como en los metaanálisis. Los estudios tipo 5 son revisiones de tratamientos sin un análisis de datos secundarios. Los estudios tipo 6 son de valor insignificante e incluyen informes como estudios de caso, ensayos y textos de opinión. En el paradigma establecido por Nathan y Gorman, las PCA rigurosas se consideran la mejor fuente de información acerca de la eficacia del tratamiento, mientras que los estudios de caso se consideran los más débiles.

Con el fin de ayudar a los clínicos a identificar los tratamientos con sustento empírico en escenarios del mundo real, Rubin y Bellamy (2012) propusieron una estructura alterna para determinar la eficacia de las intervenciones, identificaron las revisiones sistemáticas y los metaanálisis como estudios de nivel 1 en la jerarquía de la investigación, en la cual la replicación de una intervención es la fuente más sólida de evidencia. Los estudios de nivel 2 son las réplicas de los experimentos aleatorizados. Los estudios de nivel 3 son

experimentos individuales aleatorizados, y los de nivel 4 son estudios cuasi-experimentales caracterizados por la no aleatorización de los participantes. Los experimentos de caso único se categorizan como estudios de nivel 5. En el nivel 6, los estudios correlacionales ofrecen evidencias de las relaciones, pero no permiten hacer inferencias causales. Los estudios de nivel 7 incluyen los estudios de caso, estudios de un grupo con medidas previas y posteriores al tratamiento, y los estudios cualitativos. Las estructuras propuestas por Natha y Gorman (2007) y Rubin y Bellamy (2012) hacen hincapié en las variaciones y aspectos en común del estado actual de las revisiones basadas en evidencias. Las PCA son muy valoradas, pues se consideran el estándar de oro en la mayoría de las conceptualizaciones de la investigación. Sin embargo, muchos diseños de investigación se consideran valiosos para comprender cómo funciona una intervención. Los estudios de caso y los métodos cualitativos se suelen considerar de menor valor en el movimiento basado en evidencias; sin embargo, aportan información constructiva.

Nosotros proponemos que muchos y diversos diseños de investigación contribuyen a la comprensión de la terapia de juego Las PCA y su replicación (metaanálisis y revisiones sistemáticas) para problemas específicos funciona como la evidencia más sólida que apoya el uso de la terapia de juego. Sin embargo, las PCA sólo son una fuente de información sobre el proceso y los resultados de la terapia de juego. Los diseños experimentales de grupos pequeños y de caso único, así como los diseños cualitativos aportan información sustancial sobre el formato y el proceso terapéutico. Al usar estos métodos, los terapeutas se benefician de realizar investigación a través de la implementación rigurosa de un diseño y respetando sus limitaciones al presentar conclusiones acerca de los resultados. Las investigaciones realizadas con detalle e integridad aportan información valiosa para el campo, aun cuando presenten limitaciones al abordar la eficacia global de la terapia de juego.

DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

En la estructura jerárquica de las investigaciones que aportan evidencias, los diseños cuantitativos se encuentran en la cima. Las PCA, los diseños cuasi-experimentales, los DECU y los diseños exploratorios de mediador/moderador requieren el uso de análisis estadísticos basados en datos cuantificables. El conocimiento de cada tipo de diseño ayuda al investigador a concebir el diseño y los análisis más adecuados para responder las preguntas concernientes a la eficacia y los límites de la terapia de juego.

Pruebas controladas aleatorizadas (PCA)

Las PCA, también llamadas **diseño experimental clásico** o **experimento aleatorizado**, son consideradas uno de los métodos de investigación más estrictos en las ciencias sociales (Bryman, 2008; Creswell, 2009; Rubin y Bellamy, 2012). Las PCA ayudan a determinar la eficacia de una intervención con base en resultados particulares, se distinguen por la asignación aleatoria de los participantes en los grupos. Esto permite a los lectores de la investigación concluir si la intervención, en oposición a factores alternativos, es la causa del efecto encontrado. Asignar aleatoriamente los participantes a los grupos permite asumir que estos son equivalentes, y la única diferencia es la intervención que se aplica a cada grupo (Bryman, 2008; Rubin y Bellamy, 2012).

El diseño tradicional de la PCA consta de dos grupos de participantes, asignados aleatoriamente a cada uno, de quienes se toman medidas antes y después del tratamiento. Por lo general, uno es el grupo de tratamiento, cuyos participantes reciben la intervención, y el otro es el grupo control, cuyos participantes no reciben el tratamiento. Este diseño permite al investigador determinar el impacto de una intervención comparando ambos grupos. Sin embargo, las PCA también pueden incluir múltiples grupos de tratamiento, lo cual permite comparar la eficacia de varios tratamientos (Bryman, 2008; Creswell, 2009; Rubin y Bellamy, 2012). Las PCA son consideradas más rigurosas cuando el tratamiento experimental se compara con un tratamiento que cuenta con sustento empírico.

Procedimientos de la PCA

Los siguientes procedimientos indican los pasos necesarios para el diseño básica de una PCA. También se pueden hacer diseños más complicados con múltiples grupos; sin embargo, para simplificar los conceptos, se usará un diseño con base en dos grupos para esta exposición.

El primer paso es determinar qué intervención se usará. En la investigación en terapia de juego, se debe especificar la orientación teórica del tratamiento bajo examen. Cuando se elige una intervención es importante que exista un manual de tratamiento para

garantizar que su implementación sea adecuada y consistente en diversos estudios. Los investigadores, sobre todo los de la terapia de juego centrada en el niño (TJCN), carecían de un manual y fue hasta 2011 cuando Ray publicó uno. Crear manuales para otros tipos de terapia de juego fortalecerá aún más la base de investigación de esas terapias.

El siguiente paso para diseñar una PCA es determinar la variable independiente (la intervención que se implementará) y la variable dependiente (el resultado que el investigador desea observar). La intervención puede ser la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) individual o grupal, la terapia filial y muchas otras posibilidades. Las variables dependientes pueden ser el nivel de depresión del niño, ansiedad y conductas externalizadas, entre otros. La variable dependiente tiene que ser un resultado medible de algún modo para que se puedan hacer varias mediciones (p. ej., antes y después de la intervención).

Después de determinar la intervención y los momentos de medición es importante elegir una muestra de participantes. Al hacerlo, deben ser los niños que mejor representen la población que se está estudiando (Kendall, Comer y Chow, 2013). Por ejemplo, si un investigador quiere examinar la ansiedad en niños preescolares, tendría que reclutar niños que cubran todas las edades de esta etapa y que presenten ansiedad. Tener una muestra representativa (que refleje a la población de niños a la que se aplicarán las conclusiones) permite al investigador generalizar los resultados más allá de los niños que participaron en el estudio. Una consideración adicional al elegir la muestra es la diversidad (Kendall et al., 2013). Los resultados de los estudios sólo se pueden generalizar a la población de donde se extrajo la muestra (es decir, si todos los niños del estudio fueran latinos, no se podría asumir que las conclusiones sean verdaderas en el caso de niños afroamericanos).

Después de decidir la población de donde se tomará la muestra, el siguiente paso es determinar el número de participantes que se requieren. Muchos investigadores utilizan un análisis de poder estadístico *a priori* para hacerlo. *A priori* significa que el análisis de poder se lleva a cabo antes de empezar el proyecto de investigación, y se considera la práctica más estricta (Kraemer, 2013). El análisis de poder estadístico garantiza la exactitud de los resultados. El poder estadístico es la probabilidad de que el investigador encuentre significancia estadística cuando exista una diferencia real, lo cual ayuda a combatir los defectos inherentes en la prueba estadística de la hipótesis nula. Calcular el análisis de poder y tener un estudio de alto poder permite al investigador tener mayor confianza en sus resultados y garantiza que detectarán un efecto si tal efecto está presente. Los análisis de poder toman en cuenta el tamaño deseado del efecto, el nivel de alfa, el análisis estadístico, el número de variables y el tamaño de la muestra. Por lo general, los análisis de poder se usan para determinar el tamaño de la muestra. En terapia de juego, el análisis de poder incluye las siguientes consideraciones: alto poder, tamaños moderados del efecto y un alfa fija, mientras que el número de variables, el análisis y el tamaño de la muestra son flexibles. Sin embargo, mientras más variables se midan, más participantes se requieren. Además, los análisis estadísticos producen la necesidad de tamaños de muestra diferentes.

A continuación, se tiene que reclutar a los participantes y obtener su consentimiento. Se hace la medición previa a la fase de intervención. Quienes cumplen con los criterios para el estudio y dan su consentimiento para participar se asignan de manera aleatoria a los grupos, ya sean de intervención o de lista de espera. Entonces, comienza la fase de intervención, en la que los participantes del grupo de tratamiento reciben la intervención y los de la lista de espera no reciben nada. Al final del periodo de intervención, a los dos grupos se les aplica la misma evaluación que se les aplicó antes para determinar los cambios que ocurrieron en el transcurso del tiempo.

El investigador revisa la fidelidad al tratamiento para asegurar que éste se apegó a lo establecido y que los resultados son válidos. La fidelidad al tratamiento es una manera de determinar qué tanto los facilitadores se apegaron al manual de tratamiento. Por lo general, el investigador de la terapia de juego revisa las grabaciones de las sesiones o usa algún nivel de medición para determinar la adherencia al protocolo por parte del terapeuta. Por ejemplo, el manual de la TJCN recomienda usar una lista de verificación de las habilidades terapéuticas (Ray, 2011), una lista de verificación de las categorías de las respuestas que se ajustan al protocolo de la TJCN para determinar el porcentaje de adherencia en la implementación de esta terapia. Los investigadores eligen un porcentaje de sesiones para revisarlas y calcular si el terapeuta se apegó al protocolo más allá de cierto porcentaje. Si la terapia no se ajustó a las indicaciones del manual, el investigador elimina los datos del terapeuta en cuestión o aborda este fallo como una limitación del estudio que debilita sus resultados.

Después de obtener todos los datos, se analizan por medios estadísticos, casi siempre utilizando programas de cómputo. Por último, se aplica el tratamiento a los participantes de la lista de espera después de hacer las mediciones posteriores al tratamiento.

Pasos para realizar una PCA:

1. Determinar la intervención y el efecto deseado.
2. Determinar la muestra y el tamaño de la muestra.
3. Reclutar participantes/obtener su consentimiento.
4. Hacer la medición previa al tratamiento (*pretest*).
5. Asignar de manera aleatoria a los participantes al grupo de tratamiento y al de control.
6. Implementar la intervención.
7. Hacer la medición posterior al tratamiento (*postest*).
8. Verificar la fidelidad al tratamiento.
9. Analizar los resultados.
10. Dar tratamiento al grupo de control.

Ejemplos de PCA en terapia de juego

Schottelkorb, Doumas y Garcia (2012) realizaron una PCA estricta en la que compararon la TJCN y la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma (TF-CBT, por sus siglas en inglés) con niños refugiados víctimas de trauma. Ésta fue la primera PCA que comparó la TJCN con un tratamiento que cuenta con sustento empírico y que la promovió como un tratamiento de este tipo. Aunque el tamaño de la muestra era pequeño ($n = 31$), el diseño riguroso y la comparación con un tratamiento ya establecido aportaron evidencias de la eficacia de la TJCN con niños refugiados víctimas de trauma más allá de un simple estudio piloto. Las implicaciones que se pueden extraer son más significativas por pasarse en una comparación con una intervención ya establecida.

Otro ejemplo de una PCA en terapia de juego fue la realizada por Stulmaker y Ray (2015), quienes compararon la TJCN con un grupo de control activo con niños ansiosos. En este estudio, hubo 53 participantes, lo cual la hace una PCA grande y de alto poder. Debido a su alto poder, se puede confiar más en los resultados que si se tratara de un estudio de bajo poder. Los niños que recibieron terapia de juego tuvieron puntuaciones inferiores estadísticamente significativas, con tamaños del efecto de moderados a grandes, en una medición de ansiedad en comparación con los niños del grupo de control activo. Debido al diseño riguroso de este estudio, el único en el campo de la terapia de juego diseñado para medir la ansiedad general en niños pequeños, se extrajeron implicaciones causales: la participación en la terapia de juego redujo la ansiedad.

Estos ejemplos de PCA ponen de relieve su naturaleza compleja y el efecto de los diseños rigurosos tienen en el campo de la terapia de juego. Llevar a cabo PCA de manera adecuada permite que la terapia de juego sea vista como una intervención eficaz por otros profesionales y consumidores de los servicios de salud mental. Esta promoción de la terapia de juego mejora la accesibilidad del tratamiento y el apoyo de recursos financieros para implementarla.

Recursos necesarios de las PCA

Las PCA requieren de muestras de tamaño grande para que su poder sea adecuado. Las muestras grandes hacen que los estudios sean de alto poder, lo cual permite tener mayor confianza en los resultados. Además, el número de variables medidas y el tipo de análisis influye en el tamaño necesario de la muestra. Por lo tanto, los investigadores requieren acceso a muchos niños que cumplan con los criterios del estudio y necesiten cierto tipo de intervención. Un estudio donde participarán muchos niños requiere de múltiples terapeutas para llevar a cabo las sesiones de tratamiento. Además, se hacen mediciones previas y posteriores a la intervención en cada participante. Por lo tanto, los investigadores necesitan acceder a evaluaciones estandarizadas que, con frecuencia, son costosas.

Además de las consideraciones prácticas, los investigadores deben comprender los fundamentos de la investigación y los análisis estadísticos. Las PCA son diseños cuantitativos, lo cual significa que sus análisis serán estadísticos. Lo menos que debe

conocer el investigador es el análisis de varianza (ANOVA) y los programas de análisis de datos. Los investigadores que conocen bien análisis estadísticos más complejos tienen la capacidad de diseñar estudios cuantitativos más intrincados que aumentan nuestra comprensión de la eficacia de la terapia de juego.

Obstáculos comunes

Los obstáculos para llevar a cabo una PCA incluyen el acceso a recursos como participantes, terapeutas y evaluaciones. Se requieren muestras grandes, las cuales son difíciles de conseguir. Con frecuencia, los clínicos no tienen acceso a poblaciones grandes de las cuales obtener muestras. Una barrera importante es la posibilidad de asignar de manera aleatoria los participantes a los grupos de estudio. A menudo, los participantes se reclutan con lentitud, lo cual impide que se puedan asignar aleatoriamente los grupos al mismo tiempo. Los investigadores practican la aleatorización en bloque y otros métodos creativos para asegurar la asignación aleatoria a los grupos. Además, en el caso de una PCA, se necesita una gran cantidad de terapeutas que implementen la terapia de juego. Fuera del ambiente de la investigación, es difícil reclutar terapeutas bien entrenados que estén dispuestos a seguir protocolos específicos de investigación. Las muestras grandes y la aleatorización de los participantes garantizan el rigor de la PCA; sin embargo, también impactan negativamente en la factibilidad del diseño.

Modificación a la PCA: diseños de pequeñas pruebas piloto

A menudo, los investigadores de la terapia de juego no tienen los recursos adecuados para llevar a cabo una PCA de gran escala. Entre los obstáculos para las PCA, se encuentra el número de participantes que permitan hacer análisis poder estadístico, el reclutamiento, la aleatorización, la fidelidad al tratamiento y el número de terapeutas. Sin embargo, Gallo, Comer y Barlow (2013) promueven el uso de diseños de pequeñas pruebas piloto. Las PCA piloto se llevan a cabo con el mismo rigor, pero no exigen el mismo nivel de poder de las PCA tradicionales. Las pruebas piloto aportan evidencias esenciales concernientes a la viabilidad y eficacia del tratamiento con números reducidos de participantes. Gallo et al. (2013) citaron las siguientes funciones de los pequeños estudios piloto: a) aportan información preliminar sobre la factibilidad y aceptabilidad del tratamiento experimental, b) aportan indicaciones preliminares de la eficacia del tratamiento y c) aportan información preliminar sobre la factibilidad y aceptabilidad del diseño de investigación en sí. Las PCA piloto ayudan a identificar las dificultades para la investigación antes de la implementación de una PCA de gran escala. Además, los estudios piloto pequeños aportan observación y análisis de las variables en terapia de juego que pueden requerir modificaciones antes de llevar a cabo una PCA de gran escala.

Ray, Stulmaker, Lee y Silverman (2013) realizaron un PCA piloto con 37 niños que presentaban deterioros funcionales. El propósito específico de usar un estudio piloto pequeño fue aportar evidencia en relación con el impacto de la TJCN en el deterioro, constructo que no había sido explorado antes en la investigación sobre terapia de juego. Además, los autores utilizaron los resultados para especular sobre las implicaciones teóricas del tratamiento en cuanto a su interacción con el funcionamiento del niño. Los datos y las conclusiones de este estudio se usaron para proponer una PCA de gran escala. Los investigadores fueron cuidadosos de no sacar conclusiones definitivas de la PCA piloto que apoyen una intervención, pues sólo se trata de evidencias preliminares sobre su eficacia.

Diseños de grupos cuasi-experimentales

Los diseños de comparación de grupos cuasi-experimentales son casi idénticos a las PCA, excepto porque los participantes no se asignan aleatoriamente a los grupos (Bryman, 2008; Creswell, 2009). En este diseño, los participantes se asignan a los grupos por conveniencia y no mediante un procedimiento aleatorio. Por ejemplo, una comparación de grupos no aleatorizados podría ubicar los primeros 15 participantes que se registran para el estudio en el grupo de tratamiento, mientras que los siguientes 15 se ubicarían en el grupo de control o de comparación. Estos diseños se consideran menos rigurosos que las PCA debido a la falta de aleatorización de los participantes y, por lo tanto, a la falta de comparabilidad de los grupos (Bryman, 2008; Rubin y Bellamy, 2012). Si los grupos no se crean aleatoriamente, es posible que tengan diferentes niveles de la variable de interés (p. ej., los primeros 15 sujetos pueden estar más motivados a participar, porque están más deprimidos que los otros 15). Se pueden hacer análisis estadísticos preliminares o aparear a los participantes para garantizar la comparabilidad de los grupos a pesar de la falta de aleatorización; Rubin y Bellamy (2012) detallan estos procedimientos.

Procedimientos cuasi-experimentales

Los siguientes procedimientos indican los pasos necesarios para un diseño de comparación de grupos no aleatorizados. Al igual que en las PCA, estos diseños pueden utilizar múltiples grupos y comparaciones; sin embargo, en este ejemplo, se emplean un grupo de tratamiento y otro de control.

El primer paso para iniciar el diseño de comparación de grupos no aleatorizados es determinar la variable independiente (la intervención que se investiga) y la variable dependiente (el resultado que se desea observar). Al determinar las variables, es importante considerar el acceso a la muestra de la población y el escenario en que se llevará a cabo la investigación. Es útil determinar qué grupos ya existen en dicho escenario, como los clientes que entran a un tratamiento o los que están en una lista de

espera.

Una vez que están definidas las variables, se tiene que reclutar a los participantes y obtener su consentimiento. Se hace la medición previa a la intervención. Los participantes pueden estar en un grupo ya establecido o se asignan intencionalmente a un grupo u otro. La fase de intervención empieza con uno de los grupos, mientras que el grupo de control, de lista de espera, no recibe ningún tratamiento. Al final de la intervención, se hace la misma medición que se hizo antes a los dos grupos para determinar los cambios que ocurrieron en el intervalo de tiempo que separa ambas mediciones. Después de reunir los datos, se analizan con métodos estadísticos, por lo general con ayuda de un programa de cómputo. Por último, los participantes del grupo de lista de espera también reciben el tratamiento después de que se hicieron las mediciones posteriores a la intervención.

Pasos para realizar un diseño de comparación de grupos no aleatorizados:

1. Determinar la intervención y el efecto deseado.
2. Reclutar a los participantes/obtener su consentimiento.
3. Hacer la medición previa al tratamiento (*pretest*).
4. Implementar la intervención.
5. Hacer la medición posterior al tratamiento (*postest*).
6. Analizar los resultados.
7. Dar tratamiento al grupo de control.

Ejemplos de estudios cuasi-experimentales en terapia de juego

Los diseños de comparación de grupos no aleatorizados son poco comunes en la investigación sobre terapia de juego debido a que se prefiere la aleatorización, como en las PCA. Ray, Blanco, Sullivan y Holliman (2009) realizaron un estudio cuasi-experimental con niños agresivos en escuelas primarias. En él, 41 niños fueron ubicados en el grupo de terapia de juego o en el de lista de espera en la fase de tratamiento. Los investigadores no aleatorizaron a los participantes debido a que la escuela solicitó que los niños remitidos recibieran tratamiento lo más pronto posible. Los niños remitidos primero se asignaron al grupo de terapia de juego, y los que remitieron después, al grupo de control. Los investigadores prefirieron dar prioridad a los aspectos clínicos por encima de la solidez del diseño en este ejemplo, es decir, debilitaron la rigurosidad del estudio, pero también dieron servicio a los clientes de acuerdo con sus necesidades terapéuticas. Aunque el estudio fue menos riguroso, se pueden sacar conclusiones acerca de la eficacia de la terapia de juego con niños agresivos. Una limitación es que no se puede decir con certeza que los dos grupos eran iguales antes de la intervención, pues es posible que los niños que recibieron terapia de juego fueran más agresivos al principio del estudio y que simplemente mejoraran por el paso del tiempo y no por la intervención terapéutica.

Recursos necesarios cuasi-experimentales

Para llevar a cabo un diseño de comparación de grupos no aleatorizados se requiere de muchos recursos. Al igual que las PCA, se necesita un tamaño grande de muestra con el fin de que cada grupo cuente con suficientes participantes. Por lo tanto, los investigadores requieren acceso a muchos niños que cumplan con características similares respecto de la variable dependiente y necesiten una intervención. También se requieren múltiples consejeros para trabajar con todos los participantes; sin embargo, es posible que ya esté operando un sistema para resolver esta dificultad al implementar este diseño (p. ej., comparar la lista de espera actual de alguna institución). Asimismo, es indispensable hacer mediciones antes y después del tratamiento, por lo que los investigadores también requieren tener acceso a las evaluaciones.

Además de las consideraciones prácticas, los investigadores deben comprender los fundamentos de la investigación y la estadística. Los diseños de comparación de grupos no aleatorizados son de naturaleza cuantitativa, lo cual significa que en su análisis supone el uso de la estadística. Al menos, el investigador debe conocer el análisis de varianza (ANOVA) y algunos programas estadísticos de cómputo.

Obstáculos comunes

Los obstáculos más difíciles de sortear para llevar a cabo el diseño de comparación de grupos no aleatorizados es conseguir una muestra de tamaño suficientemente grande. A menudo, los clínicos no tienen acceso a poblaciones grandes de las cuales pueda extraer una muestra. En el trabajo institucional es más fácil conseguir la muestra que en la práctica privada, donde el número de consejeros y clientes es mucho más reducido.

Diseños de un solo grupo con medidas previas y posteriores

La historia de la investigación sobre intervenciones muestra que los participantes elegidos por cumplir con las características psicológicas con frecuencia mejoran de manera natural con el paso del tiempo. Este fenómeno particular se denomina **maduración** (Rubin y Bellamy, 2012), y es una amenaza para la validez de los hallazgos de una investigación. En las PCA, la maduración se controla comparando un grupo experimental creado aleatoriamente con un grupo de control. Si un grupo mejora más que otro a un nivel estadísticamente significativo, la conclusión es que el grupo experimental no mejoró sólo debido al paso del tiempo, sino que el cambio es atribuible a la intervención. Los diseños de un solo grupo examinan a un grupo de participantes durante la intervención y, por lo general, hacen instrumentos de medición para medir el cambio, aplicándolos antes y después del tratamiento. En estos diseños, no hay control de la maduración, de ahí que no se puede establecer una relación causal entre la intervención y los cambios. Los diseños de un solo grupo se consideran débiles en cuanto a su contribución a la investigación con sustento empírico. Sin embargo, aportan evidencias de que la intervención se puede aplicar en un modo viable y exploran el uso de un protocolo de

investigación para determinar si se requieren modificaciones antes de utilizar un diseño de comparación.

Baggerly (2004) utilizó el diseño de un solo grupo para estudiar la terapia de juego grupal con 42 niños de un refugio para indigentes. Los resultados revelaron una mejora significativa en el autoconcepto, competencia, estado de ánimo negativo y autoestima negativa relacionados con depresión y ansiedad. Aunque Baggerly no pudo concluir que la terapia de juego grupal fue una intervención eficaz debido a la falta de un grupo de comparación, se puede concluir que la intervención y el protocolo de investigación son factibles para aplicarlos en un albergue para indigentes, ambiente difícil de controlar al implementar una investigación.

Diseño de resultados de mediadores y moderadores

La investigación de los mecanismos que promueven el cambio profundiza la comprensión de las intervenciones de la terapia de juego. Los mediadores y los moderadores son mecanismos de cambio que empiezan a explicar por qué opera la terapia; los mediadores describen el proceso de cambio y los moderadores, las características que influyen en el nivel del cambio (Kazdin y Nock, 2003). Muchos investigadores han puesto de relieve la importancia de evaluar los mediadores en la investigación, pues ésta, insisten ellos, es la mejor inversión de corto y largo plazo para mejorar la práctica clínica y el cuidado de los clientes (Kazdin y Nock, 2003).

Comprender las condiciones preexistentes que predicen los resultados de la intervención y cómo opera ésta en los subgrupos de personas mejora la práctica y entrenamiento clínicos. Esta comprensión está dirigida a investigar los moderadores, las características o variables relacionadas con el cliente, el terapeuta y con otros aspectos de la consejería (como el formato del tratamiento) que influyen en los cambios que resultan. Comprender los moderadores que actúan en terapia puede establecer qué clientes se beneficiarán más de qué tratamientos (Kazdin y Nock, 2003; La Greca, Silberman y Lachman, 2009).

Investigar los mediadores es una práctica recomendable que rara vez se lleva a cabo en la terapia de juego (Baggerly y Bratton, 2010; Kazdin y Nock, 2003; La Greca et al., 2009; Phillips, 2010). Los mediadores son la causa o el proceso de cambio que ocurre en un fenómeno (Baron y Kenny, 1986; Holmbeck, 1997; Kazdin y Nock, 2003). En la investigación de los resultados de la consejería, los mediadores constituyen las razones por las cuales el cambio ocurre. Por ejemplo, en una hipotética PCA, un estudio concluye que la terapia de juego es el agente causal de la reducción de las puntuaciones de niños en conductas externalizadas. Aunque saber que la intervención tuvo por resultado puntuaciones menores es importante, comprender las razones del cambio examinando los mediadores es muy valioso para las futuras intervenciones.

Investigar los mediadores del cambio mejora la investigación y la práctica. Los mediadores ayudan a clasificar mejor los tratamientos. Si un componente de la consejería es un factor mediador de cambio, las terapias que incluyen ese factor deben emplearse más que las terapias que no lo incluyen. Los mediadores optimizan el cambio terapéutico

focalizando la práctica y el entrenamiento en las variables mediadoras. Identificar cuáles son éstas delimita los moderadores del cambio. Entonces, se pueden determinar las poblaciones meta para ajustar con mayor facilidad los tratamientos a ellas. En la PCA estructurada al modo tradicional que no explora los mediadores ni los moderadores del cambio, es difícil establecer qué componente de la terapia lleva al cambio, como la edad del niño (moderador), la fortaleza de la relación terapeuta-niño (mediador) o la cantidad de tiempo dedicado al juego libre (mediador).

Procedimientos para estudiar los mediadores y moderadores

Baron y Kenny (1986) hicieron un recuento detallado acerca de la manera de evaluar los mediadores y moderadores en la investigación de las intervenciones dependiendo del diseño y las variables del estudio. Cuando se evalúan los mediadores y moderadores, se puede emplear el diseño de un solo grupo, lo cual facilita el examen de los mecanismos de cambio. Sin embargo, los análisis estadísticos y la comprensión conceptual necesarios para llevar a cabo estas investigaciones exigen un alto nivel de conocimiento de estadística, como los métodos multivariados, así como una sólida comprensión de la metodología. Está más allá del alcance de este capítulo abordar una descripción profunda de los mediadores y moderadores.

Ejemplo de mediadores y moderadores en terapia de juego

Muy pocos estudios sobre terapia de juego han examinado los mediadores y moderadores. Stulmaker (2014) exploró el papel de la relación terapéutica como mediador en la reducción de los síntomas de ansiedad. Nosotros recomendamos a los investigadores en terapia de juego que tomen en cuenta los mecanismos del cambio para que la base de investigaciones de nuestro campo sea más sólido (Baggerly y Bratton, 2010; Phillips, 2010). Los mediadores y moderadores se pueden incorporar en la investigación para determinar las características inherentes (como edad, sexo, raza/origen étnico) que influyen en el cambio, así como los aspectos de la terapia de juego (como, relaciones, juguetes, respuestas) que facilitan el proceso de cambio.

Recursos necesarios para los mediadores y moderadores

Con el fin de explorar los efectos de mediadores y moderadores, los investigadores deben comprender los análisis estadísticos más complejos, como la regresión múltiple, el modelamiento de ecuaciones estructurales, el análisis de vías y el análisis discriminante. También es necesario comprender a fondo la metodología de la investigación, la evaluación y los mecanismos de cambio para diseñar un estudio que evalúe de manera eficaz el papel de los mediadores y moderadores.

Obstáculos comunes

Aunque la investigación demuestra la eficacia de la terapia de juego, los investigadores

han ignorado por largo tiempo el examen de los mecanismos de cambio. La naturaleza compleja de estos métodos y la necesidad de tamaños de muestra más grandes plantea obstáculos para llevar a cabo este tipo de investigación. Los terapeutas de juego se verían beneficiados si adquieren conocimientos de estadística avanzada para realizar investigaciones sobre el papel de los mediadores y moderadores en el cambio terapéutico.

Diseños experimentales de caso único (DECU)

El DECU es un método de investigación que se emplea para demostrar el control experimental en un caso único y evaluar de manera rigurosa la intervención con un solo caso o un pequeño número de ellos (Kazdin, 2011). El caso único, puede ser una persona individual, una familia o un grupo de individuos (Morgan y Morgan, 2009). Con frecuencia, se denomina a estos diseños $n = 1$, de un solo sujeto, de n pequeña o DECU. En los diseños de caso único, el control experimental se establece usando el caso como su propio control. Así, en un experimento de caso único, todas las condiciones se mantienen iguales, excepto por la variable independiente (es decir, la terapia de juego) que se introduce y luego se aísla para ver sus efectos en la conducta del participante. Los DECU, por lo general, incluyen participantes múltiples con el fin de replicar su eficacia. Gallo et al. (2013) propusieron diseños de investigación para examinar individuos que ofrecen una mayor comprensión de los mecanismos del cambio. Los investigadores distinguen los DECU de los estudios de caso (Kazdin, 2003; Morgan y Morgan, 2009). Los estudios de caso aportan información sobre las relaciones entre condiciones y son útiles para comprender a un cliente individual (Morgan y Morgan, 2009). Sin embargo, en estos, no se manipulan las variables ni se hacen mediciones repetidas para su análisis; por ello, no se pueden obtener relaciones de causa y efecto en los estudios de caso.

Las DECU se pueden implementar de formas variadas. El diseño más básico, el diseño inverso o diseño ABA, requiere una fase de línea base (no intervención) (A), seguida de una fase de tratamiento (B) y finaliza con un regreso a la fase de no intervención (A). En el diseño ABA, el investigador evalúa los cambios de la fase de intervención con respecto de la línea base. En la fase A final, el investigador concluye la intervención y vuelve a evaluar la conducta meta. En el método ABAB, que es más riguroso, la intervención se repite después de la fase A final. Este diseño se considera más riguroso e interpretable, porque aporta evidencias más sólidas de que la conducta meta es afectada por la intervención. El DECU que más contribuye a la práctica basada en evidencias es el diseño de línea base múltiple. Los estudios con línea base múltiple tienen tres posibles aplicaciones: medición de dos o más conductas meta en un participante, una conducta meta en dos o más escenarios o la misma conducta meta en múltiples participantes.

Kazdin (2011) mencionó tres características esenciales en todos los DECU: evaluación constante, evaluación de línea base y estabilidad del desempeño. La evaluación constante requiere que el investigador realice observaciones repetidas de la conducta del

participante a lo largo del tiempo. El investigador identifica una conducta meta que funciona como la variable con que se evaluará el resultado de una intervención. La observación o evaluación frecuentes de la conducta meta permite al investigador determinar el impacto del tratamiento en ella. En terapia de juego, la conducta meta puede ser una variable emocional evaluada mediante el informe de los padres o del maestro, como los síntomas de ansiedad, o puede ser una conducta externalizada, como los incidentes de agresión en una semana. La evaluación de línea base consiste en la medición de la conducta meta por un periodo previo a la intervención. Los investigadores utilizan la fase de línea base para observar y definir el nivel de desempeño previo a la intervención, lo que le permite conocer el grado del problema y determinar la estabilidad de la conducta meta si no se lleva a cabo una intervención (Ray y Schottelkorb, 2010). La tercera característica de la DECU es la estabilidad del desempeño dentro de las fases, que se refleja en la ausencia de una tendencia o pendiente en los datos y en una variabilidad pequeña en la evaluación de la conducta meta (Kazdin, 2011). Una línea base estable significa que la conducta del niño no mejora por sí misma, y aportará evidencias del cambio durante la fase de intervención. Aunque los investigadores recomiendan que, al menos, se obtengan datos de línea base en tres momentos (Kennedy, 2005), también recomiendan que los datos se obtengan hasta que sean suficientemente estables (Morgan y Morgan, 2009).

Procedimientos del DECU

Ray y Schottelkorb (2010) sugirieron los siguientes pasos para implementar el DECU:

1. **Identificar la conducta meta (variable dependiente).** La meta es identificar síntomas o conductas que puedan ser afectadas por la terapia de juego y permitan evaluar los cambios.
2. **Identificar a los sujetos.** Aunque un caso único por definición requiere de sólo un participante, es recomendable identificar a varios para asegurar que el diseño de caso único se concluya y para tener la posibilidad de realizar un estudio de línea base múltiple más riguroso. Los participantes deben cumplir con los criterios relacionados con la variable dependiente, de modo que sea clara la necesidad del tratamiento para la conducta meta.
3. **Elegir un instrumento/evaluación.** Con el fin de abordar la variable dependiente de manera adecuada, el investigador identifica un instrumento de evaluación que evalúe el cambio de manera confiable. Es decir, el instrumento debe cumplir con los requisitos de validez y confiabilidad de manera aceptable, y ser acorde con la conducta meta. La evaluación debe poderse aplicar en repetidas ocasiones en un periodo breve. Debido a que los datos se obtendrán en varios momentos a lo largo de unas cuantas semanas o meses, la aplicación continua del instrumento debe ser válida.
4. **Definir un protocolo de tratamiento.** El investigador describe con claridad la intervención abordando aspectos como filosofía, métodos, técnicas, orden de

implementación, requisitos del terapeuta, materiales y escenario. De preferencia, el investigador sigue el manual de la intervención de terapia de juego que haya elegido. Si no hay un manual disponible, será tarea del investigador desarrollar los detalles relacionados con la intervención (Ray y Schottelkorb, 2010).

5. **Definir un protocolo de fases.** El investigador elige un protocolo de fases para llevar a cabo el estudio. Los diseños ABA, ABAB, líneas base múltiples, entre otros (véase Kazdin, 2011), son posibilidades para los estudios sobre terapia de juego. Antes de comenzar, el investigador hace un plan de trabajo donde especifica la cantidad de tiempo destinada para cada fase, qué intervención se implementará y en qué fases de la investigación. Debido a la estabilidad dentro de las fases en el diseño de caso único, la duración de las fases se puede modificar para permitir que la conducta medida se estabilice.
6. **Establecer una línea base.** La fase de línea base tiene la finalidad de documentar el tipo de conductas que el niño presenta en un periodo en el que no se ha implementado ninguna intervención. Se recomienda que se realicen observaciones, al menos, en tres ocasiones (Kennedy, 2005). Sin embargo, debido a que la estabilidad de la conducta infantil es difícil de alcanzar, los estudios sobre terapia de juego pueden requerir líneas base más prolongadas.
7. **Implementar las fases del protocolo y hacer las mediciones en múltiples momentos.** Ahora, el investigador está listo para empezar el estudio. La recolección de datos se hará con una frecuencia semanal, quincenal o diaria.
8. **Análisis de datos.** Para el análisis de datos, los investigadores de caso único suelen hacer un análisis visual de los datos a través del nivel, la tendencia y la variabilidad. El **nivel** es la media de la fase; la **tendencia** es la pendiente de los datos, y la **variabilidad** es la cantidad de diferencia entre la tendencia y el dato de cada individuo dentro de una fase. El análisis también incluye el examen de los patrones entre fases, como la superposición de la evaluación, lo cual implica explorar la proporción de datos de una fase que se superponen con los datos de la fase previa. Poca superposición indica un efecto más grande del tratamiento (Kratochwill et al., 2012). Por último, la inspección de la inmediatez del efecto aporta información sobre qué tan rápido la intervención tuvo efecto tal y como lo muestra el cambio en los patrones de los datos después de la fase de retirada. Aunque las estimaciones del tamaño del efecto se aplican a los datos de caso único, hay poco consenso en cuanto a qué estimaciones son más dignas de crédito (Kratochwill et al., 2012). Parker, Vannest y Davis (2011) presentan una revisión de los tamaños de efecto que se suelen usar en el análisis de casos únicos, y citan las fortalezas y debilidades de cada estadístico.

Obstáculos comunes

Ray y Schottelkorb (2010) mencionaron diversas dificultades que hay que superar para implementar un diseño de caso único en la investigación sobre terapia de juego, como

alcanzar la estabilidad en la conducta infantil, identificar las mediciones apropiadas y usar protocolos de manuales para implementar el tratamiento. Las conductas y los estados de ánimo de los niños pequeños, con frecuencia, son difíciles de capturar mediante las formas tradicionales de observación y medición. Además, la conducta en la infancia suele ser impredecible y errática de un día a otro. Sin embargo, una de las características centrales del diseño de caso único es determinar una línea base estable antes de implementar el tratamiento. Para que el DECU sea exitoso en terapia de juego, se recomienda a los investigadores que estén preparados para extender los periodos de las fases para permitir que la conducta meta se estabilice. La prolongación de las fases puede ser problemática si el investigador trabaja con tiempos rígidos o si la conducta del niño indica la necesidad de que se aplique la intervención de inmediato. El investigador tiene que equilibrar estas situaciones con la necesidad de datos estables. Segundo, el investigador puede encontrar difícil identificar instrumentos de medición adecuados. Los instrumentos deben poder aplicarse en múltiples ocasiones, poseer niveles apropiados de confiabilidad y validez, medir la conducta meta y, de preferencia, fundamentarse en la observaciones/informes sin sesgos. El investigador debe estar preparado para que la búsqueda de un instrumento utilizable lleve tiempo. Por último, históricamente ha habido una falta de descripciones de la intervención en el contexto de la investigación (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005). Para que el DECU se considere un movimiento que aporte sustento empírico a las intervenciones, tal rigor exige una concentración permanente en ofrecer descripciones de los manuales de las intervenciones (Ray y Schottelkorb, 2010). Los investigadores tendrán que presentar descripciones detalladas de la intervención con el fin de cumplir con los requisitos que establecen para que el DECU se considere riguroso.

Ejemplos de DECU en terapia de juego

Hay varios ejemplos de DECU rigurosos en la literatura publicada sobre terapia de juego. Schottelkorb y Ray (2009) realizó un DECU con cuatro niños que cumplían con los criterios del trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Por medio de la observación en conductas en una tarea, los investigadores encontraron que dos niños respondían con una reducción sustancial y dos demostraron una reducción cuestionable en las conductas ajenas a la tarea después de participar en terapia de juego/asesorías con el maestro. Swan y Ray (2014) aplicaron un DECU para estudiar el efecto de la terapia de juego en los problemas de conducta de dos niños que también presentaban una discapacidad intelectual. Encontraron que la terapia de juego fue muy eficaz con ambos niños para reducir las conductas problemáticas. Aunque estos estudios representan una tendencia creciente de rigor en la aplicación del DECU en la investigación sobre terapia de juego, se alienta a los investigadores a que usen más el DECU para examinar los efectos y los procesos de terapia de juego con niños de manera individual.

DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

El soporte empírico centrado en la investigación sobre las intervenciones domina el panorama, y con frecuencia minimiza la contribución de los estudios cualitativos en la práctica y la comprensión de la terapia. La investigación cualitativa sobre la intervención terapéutica es el estudio de la terapia en contexto (Hays y Singh, 2012) y ofrece una manera de conocer que reconoce la intersubjetividad de la experiencia terapéutica (Glazer y Stein, 2010). La estructura de Nathan y Gorman (2007) para examinar la eficacia de los tratamientos no incluye la referencia a la investigación cualitativa, mientras que Rubin y Bellamy (2012) ubican el impacto de la investigación cualitativa en la categoría más baja de todas. Kazdin (2003) señaló que algunos científicos ven la metodología cuantitativa como el único enfoque de investigación. Sin embargo, los métodos cualitativos proporcionan una perspectiva única acerca de la complejidad de la experiencia terapéutica. Los diseños cualitativos examinan las preguntas del “cómo” y el “qué” de la terapia (Hays y Singh, 2012), magnifican el proceso de cómo opera la terapia y lo que ocurre durante la intervención terapéutica. La investigación cualitativa proporciona información sobre qué sucede durante la intervención, pregunta que no se puede responder mediante los métodos cuantitativos. Glazer y Stein (2010) aseguraron que la investigación cualitativa es la extensión natural del proceso de terapia de juego y que “la indagación cualitativa es el camino que queremos recorrer con quienes puedan compartir sus experiencias y pensamientos en algún tema de la psicoterapia de juego” (p. 55).

El trabajo cualitativo temprano de Clark Moustakas (1953, 1955; Moustakas y Schalock, 1955) examinó los procesos terapéuticos que tienen lugar en la terapia de juego. Moustakas se convirtió en una de las figuras principales de la investigación fenomenológica (Hays y Singh, 2012), pues desarrolló métodos de investigación que permitieron comprender la relación en terapia de juego y la manera en que los niños progresan en ella. Moustakas observó y transcribió miles de sesiones, luego las analizó y codificó enormes cantidades de datos para construir una comprensión elegante y accesible del proceso de terapia de juego. La investigación cualitativa ha seguido desarrollándose en el campo de la terapia de juego; sin embargo, la mayoría de los estudios se concentran en la experiencia del terapeuta en torno a la relación terapéutica. Glazer y Stein (2010) alentaron el empleo de la investigación cualitativa por parte de los terapeutas con el fin de comprender mejor el proceso y las relaciones en terapia, y de construir modelos y teorías del cambio.

Tradiciones y enfoques en investigación cualitativa

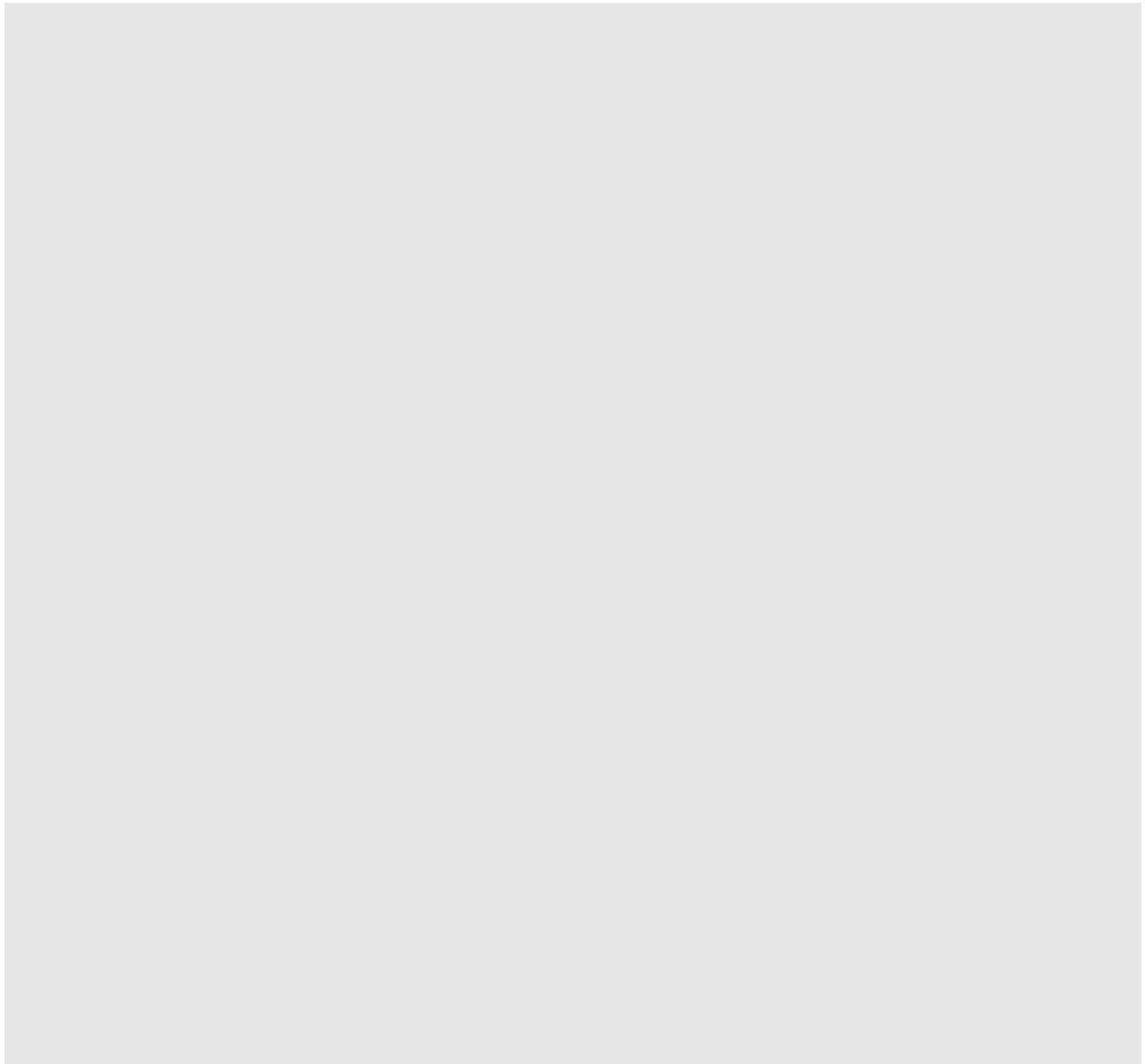
Hays y Singh (2012) señalaron cinco grupos de tradiciones de investigación en los diseños cualitativos, cada una de las cuales tiene enfoques que se ajustan a su marco

filosófico. El grupo 1 es la tradición universal, que utiliza el estudio de caso en la investigación. Snow, Wolff, Hudspeth y Etheridge (2009) señalaron la importancia de los estudios de caso para comprender en profundidad los tipos de problemas o poblaciones que se presentan en terapia de juego. Al revisar la literatura y los criterios de los estudios de caso, Snow et al. (2010) aplicaron las siguientes directrices para determinar el rigor en estos estudios: a) el propósito debe ser claro; b) la revisión de la literatura respalda el propósito del estudio, donde se comparan casos similares; c) la revisión de la literatura respalda el propósito del estudio, donde se define el objeto de interés dentro de los sistemas vinculados; d) se define el enfoque del estudio de caso; e) se describe la recolección de datos; f) se describen los participantes, el escenario y la información relevante; g) se define el papel del investigador; h) se incluye la descripción narrativa de los eventos; i) se abordan los aspectos clave del caso en los resultados; j) los resultados se describen en el contexto del propósito del estudio, y k) las conclusiones constituyen una contribución a la eficacia de la terapia de juego. Ryan y Madsen (2007) analizaron un estudio de caso que trata sobre el proceso del trabajo con una familia que adoptó un niño pequeño varón que había sufrido abuso. Los investigadores siguieron a la familia durante un año mientras participaban en una terapia de juego filial, y encontraron una influencia positiva de la terapia de juego. Este estudio cumplió con todos los criterios propuestos por Snow et al. (2009).

El grupo 2 planteado por Hays y Singh (2012) incluye los enfoques cualitativos que destacan la experiencia y la formulación de teorías. En este grupo se encuentran la teoría fundamentada, la fenomenología, la indagación heurística y la investigación cualitativa consensual; todos ellos se concentran en el descubrimiento, la experiencia directa, el fenómeno y la subjetividad. De estos enfoques, la investigación cualitativa en terapia de juego cuenta con ejemplos en la teoría fundamentada y la fenomenología. La teoría fundamentada busca desarrollar teorías con base en las experiencias de los participantes, con el fin de ampliar la comprensión de un fenómeno. Bowers (2009) examinó el desarrollo de la relación temprana en una terapia de juego no directiva entrevistando de manera individual a terapeutas acerca de sus experiencias en el principio de la relación terapéutica, observó sesiones de esta etapa y organizó grupos focales con terapeutas. Su estudio dio por resultado una teoría fundamentada que identificó aspectos relevantes de la relación temprana en terapia de juego y la manera en que estos facilitan el proceso terapéutico entre niño y terapeuta. En cambio, la propuesta de la fenomenología es explorar el significado de las experiencias de los participantes (Hays y Singh, 2012). Con el fin de comprender las percepciones de los cuidadores afroamericanos en relación con la terapia de juego, Brumfield y Christiansen (2011) realizaron un estudio cualitativo en el que exploraron la visión de ocho cuidadores afroamericanos. Se llevaron a cabo entrevistas iniciales con los ocho participantes, las cuales fueron grabadas y transcritas; después se realizaron entrevistas de seguimiento con tres de ellos. El análisis fenomenológico de los datos encontró dos temas en relación con la percepción del juego por parte de los cuidadores y la receptividad a la consejería. Estos estudios ejemplares muestran la necesidad de que los métodos cualitativos aborden los matices del proceso

terapéutico y ayuden a comprender a poblaciones específicas que reciben servicios de terapia de juego.

Los tres grupos finales representan ricas tradiciones en investigación cualitativa; sin embargo, se han utilizado poco en el campo de la terapia de juego. El grupo 3 (Hays y Singh, 2012) pone de relieve el significado del símbolo y el texto, y se concentra en el lenguaje, los símbolos, las historias, la identidad y el contexto. En este grupo, se encuentran el interaccionismo simbólico, la semiótica, las historias de vida, la hermenéutica y la narratología. El grupo 4 comprende las expresiones culturales del proceso y la experiencia, y pone de relieve el compromiso, la observación participante y el trabajo de campo. Esta tradición incluye la etnografía, la etnometodología y la autoetnografía. Por último, el grupo 5 aborda la investigación como agente de cambio e incluye la investigación acción participativa, que se centra en el cambio del contexto, el investigador y los participantes.



IMPLICACIONES PARA EL CLÍNICO Y EL INVESTIGADOR TRADICIONAL

Cerramos este capítulo centrándonos en el uso de las metodologías antes mencionadas por parte de investigadores tradicionales y clínicos. Los investigadores tradicionales, que por lo general se encuentran en contexto universitarios, tienen acceso a recursos que les permiten llevar a cabo diseños cuantitativos más rigurosos. Nosotros alentamos a los investigadores que cuentan con estos recursos a realizar estudios experimentales rigurosos que promuevan la credibilidad de la terapia de juego como tratamiento eficaz. Aunque los diseños experimentales no necesariamente son los más importantes o los que más contribuyen a la comprensión de la terapia de juego, son necesarios para que ésta gane aceptación en la comunidad que promueven las evidencias y que emplean estadística para tomar decisiones. Todos los estudios rigurosos en su diseño e implementación afectan de manera positiva el campo, porque aportan información sobre la práctica de la terapia de juego. Sin embargo, se sugiere que los investigadores tengan distintos, aunque equitativos, papeles en su contribución a la investigación en este campo. Clínicos e investigadores que dispongan de menos recursos pueden contribuir implementando diseños que mejoren la comprensión del proceso terapéutico. Los clínicos pueden hacer grandes contribuciones mediante el diseño experimental de caso único, los estudios de caso o los enfoques que se centran en el proceso terapéutico. Hacemos las siguientes recomendaciones para que los clínicos sean parte de la comunidad de investigadores:

- Colaborar con un investigador tradicional que esté afiliado a una universidad o escenario académico. Los miembros de un cuerpo docente a menudo buscan colaboraciones para tener acceso a ambientes terapéuticos reales. Estas colaboraciones benefician a ambas partes; el investigador consigue participantes y el clínico obtiene recursos para el diseño de investigación y el análisis de los datos.
- Crear una red con organizaciones profesionales para obtener apoyo a la investigación. En organizaciones como *Association for Play Therapy*, muchos miembros están interesados en la investigación, pero a menudo necesitan un sistema de apoyo para iniciar e implementar los diseños, así como para mantener el entusiasmo a lo largo del proceso.
- Buscar educación continua relacionada con la evaluación de los servicios a los clientes y procedimientos de rendición de cuentas. Por lo general, los talleres que se enfocan en la evaluación y en la rendición de cuentas emplean métodos de investigación para ayudar a los clínicos a presentar evidencias que sustenten su práctica. Muchos de estos procedimientos de evaluación sencillos, como las medidas previas y posteriores al tratamiento, pueden aprovecharse para contribuir a la base de investigaciones sobre terapia de juego.

- Buscar educación continua relacionada con los diseños de investigación y análisis estadísticos. Aunque al principio los clínicos pueden tener poco interés en estas áreas, en los talleres puede surgir el entusiasmo cuando se aplican con clientes reales.
- Preparar a los clientes para ser parte de una investigación. Los clínicos pueden tener conversaciones con los clientes al inicio de la terapia en relación con la importancia de medir la eficacia del tratamiento y la comprensión del proceso por medio de entrevistas y mediciones. Cuando los clientes consideran segura y no invasiva la investigación, es más probable que participen, sobre todo cuando creen que su experiencia puede ayudar a otros. Los clínicos tienen que abordar los temas relacionados con la investigación en el consentimiento informado, donde se den a conocer los procedimientos de investigación que el clínico empleará.
- Leer investigaciones. En casi todos los números del *International Journal of Play Therapy*, se publican investigaciones cuantitativas y cualitativas. Los clínicos se beneficiarán en su trabajo con los clientes al conocer investigaciones actuales; revisar la literatura también hace que surjan ideas respecto de la investigación que puede hacerse en distintos contextos.
- Considerar los diseños de investigación adecuados para la práctica clínica. En especial, los DECU, estudios de caso y otros diseños cualitativos se prestan para ser aplicados en el contexto de la práctica privada.

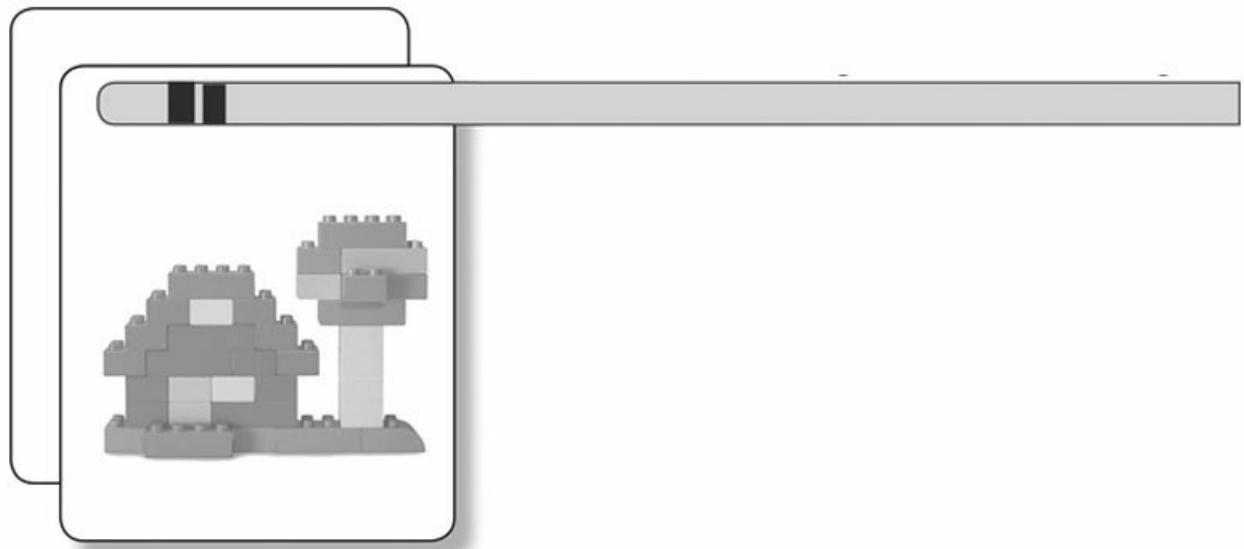
CONCLUSIÓN

La investigación en terapia de juego ha avanzado en los últimos 80 años. Los investigadores de esta área han respondido a los estándares actuales aumentando su conocimiento y la aplicación de diseños rigurosos y procedimientos estadísticos. Los estudiantes de posgrado en terapia de juego a menudo están expuestos a la investigación como parte integral de su entrenamiento para convertirse en clínicos. El *International Journal of Play Therapy* sigue publicando y difundiendo las investigaciones recientes en el campo. Sin embargo, aún hace falta que la investigación lleve este campo hacia una mayor comprensión y brinde sustento a la terapia de juego. Los métodos cuantitativos permiten examinar la eficacia de esta terapia en diversos problemas o poblaciones de niños. No obstante, el campo se beneficiaría de más estudios que se centren en temas específicos, como el diagnóstico de síndromes, que se realicen con el más alto nivel de rigor, como las PCA. Además, los métodos cuantitativos se deben emplear para determinar los mecanismos de cambio en terapia de juego, como el papel del juego, el terapeuta, el niño y la relación. Los investigadores aún tienen que aplicar complejos procedimientos estadísticos para comprender el cambio. La exploración de los mediadores y moderadores sería útil al aportar mayor especificidad a los factores que facilitan el cambio. En relación con los estudios menos cuantitativos, aplicar los DECU, estudios de caso y diseños cualitativos en la práctica clínica con clientes reales contribuye a comprender mejor el modo en que opera la terapia de juego. Los clínicos pueden aportar sustento empírico a la terapia de juego permitiendo que los investigadores tradicionales colaboren con ellos en la práctica o implementando diseño de pequeña escala para realizar una exploración en profundidad del proceso terapéutico. Hacemos hincapié en que, en el mundo de la investigación, hay lugar para todos los terapeutas de juego experimentados, de modo que puedan contribuir en el amplio y duradero impacto de la terapia de juego.

■ REFERENCIAS

- Baggerly, J. N. (2004). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy, 13*, 31–51.
- Baggerly, J. N., & Bratton, S. C. (2010). Building a firm foundation in play therapy research: Response to Phillips (2010). *International Journal of Play Therapy, 19*(1), 26–38.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173–1182.
- Bowers, N. R. (2009). A naturalistic study of the early relationship development process of nondirective play therapy. *International Journal of Play Therapy, 18*, 176–189.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 376–390.
- Brumfield, K., & Christensen, T. (2011). Discovering African-American parents' perceptions of play therapy: A phenomenological approach. *International Journal of Play Therapy, 20*, 208–223.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gallo, K., Comer, J. S., & Barlow, D. (2013). Single-case experimental designs and small pilot trial designs. En J. Comer & P. Kendall (Eds.), *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology* (pp. 24–39). New York, NY: Oxford University Press.
- Glazer, H. R., & Stein, D. (2010). Qualitative research and its role in play therapy research. *International Journal of Play Therapy, 19*, 54–61.
- Hays, D., & Singh, A. (2012). *Qualitative inquiry in clinical and educational settings*. New York, NY: Guilford Press.
- Himelein, M. J., & Putnam, E. A. (2001). Work activities of academic clinical psychologists: Do they practice what they teach? *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(5), 527–542.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 599–610.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(8), 1116–1129.
- Kendall, P. C., Comer, J. S., & Chow, C. (2013). The randomized controlled trial: Basics and beyond. En J. Comer & P. Kendall (Eds.), *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology* (pp. 40–61). New York, NY: Oxford University Press.
- Kennedy, C. H. (2005). *Single-case designs for educational research*. Boston, MA: Pearson.
- Kraemer, H. C. (2013). Statistical power: Issues and proper applications. En J. Comer & P. Kendall (Eds.), *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology* (pp. 213–226). New York, NY: Oxford University Press.
- Kratochwill, T., Hitchcock, J., Horner, R., Levin, J., Odom, S., Rindskopf, D., & Shadish, W. (2012). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education, 34*, 26–38.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Lochman, J. E. (2009). Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 373–382.
- Morgan, D. L., & Morgan, R. K. (2009). *Single-case research methods for the behavioral and health sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Moustakas, C. (1953). *Children in play therapy: A key to understanding normal and disturbed emotions*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Moustakas, C. (1955). The frequency and intensity of negative attitudes expressed in play therapy: A comparison of well-adjusted and disturbed young children. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 86, 309–325.
- Moustakas, C., & Schalock, H. (1955). An analysis of therapist-child interaction in play therapy. *Child Development*, 26, 143–157.
- Nathan, P., & Gorman, J. (Eds.) (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Parker, R., Vannest, K., & Davis, J. (2011). Effect size in single case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35, 303–322.
- Phillips, R. D. (2010). How firm is our foundation? Current play therapy research. *International Journal of Play Therapy*, 19(1), 13–25.
- Ray, D. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. New York, NY: Routledge.
- Ray, D., Blanco, P. J., Sullivan, J. M., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*, 18(1), 162–175.
- Ray, D., & Schottelkorb, A. (2010). Single case design: A primer for play therapists. *International Journal of Play Therapy*, 19, 39–53. doi:10.1037/a0017725
- Ray, D., Stulmaker, H., Lee, K., & Silverman, W. (2013). Child centered play therapy and impairment: Exploring relationships and constructs. *International Journal of Play Therapy*, 22, 13–27.
- Rubin, A., & Bellamy, J. (2012). *Practitioner's guide to using research for evidence-based practice* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ryan, S. D., & Madsen, A. D. (2007). Filial family play therapy with an adoptive family: A response to preadoptive child maltreatment. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), 112–132.
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57–73.
- Schottelkorb, A., & Ray, D. (2009). ADHD symptom reduction in elementary students: A single-case effectiveness design. *Professional School Counseling*, 13, 11–22.
- Snow, M. S., Wolff, L., Hudspeth, E. F., & Etheridge, L. (2009). The practitioner as researcher: Qualitative case studies in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 18, 240–250.
- Stulmaker, H. L. (2014). *Effects and mediation of child-centered play therapy on young children who are anxious* (Doctoral Dissertation). Available from ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (UMI No. 3691202)
- Stulmaker, H.L., & Ray, D. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. Manuscript submitted for publication.
- Swan, K., & Ray, D. (2014). Effects of child-centered play therapy on irritability and hyperactivity behaviors of children with intellectual disabilities. *Journal of Humanistic Counseling*, 53, 120–133.



Capítulo 35

Sustento empírico de la terapia de juego: fortalezas y limitaciones

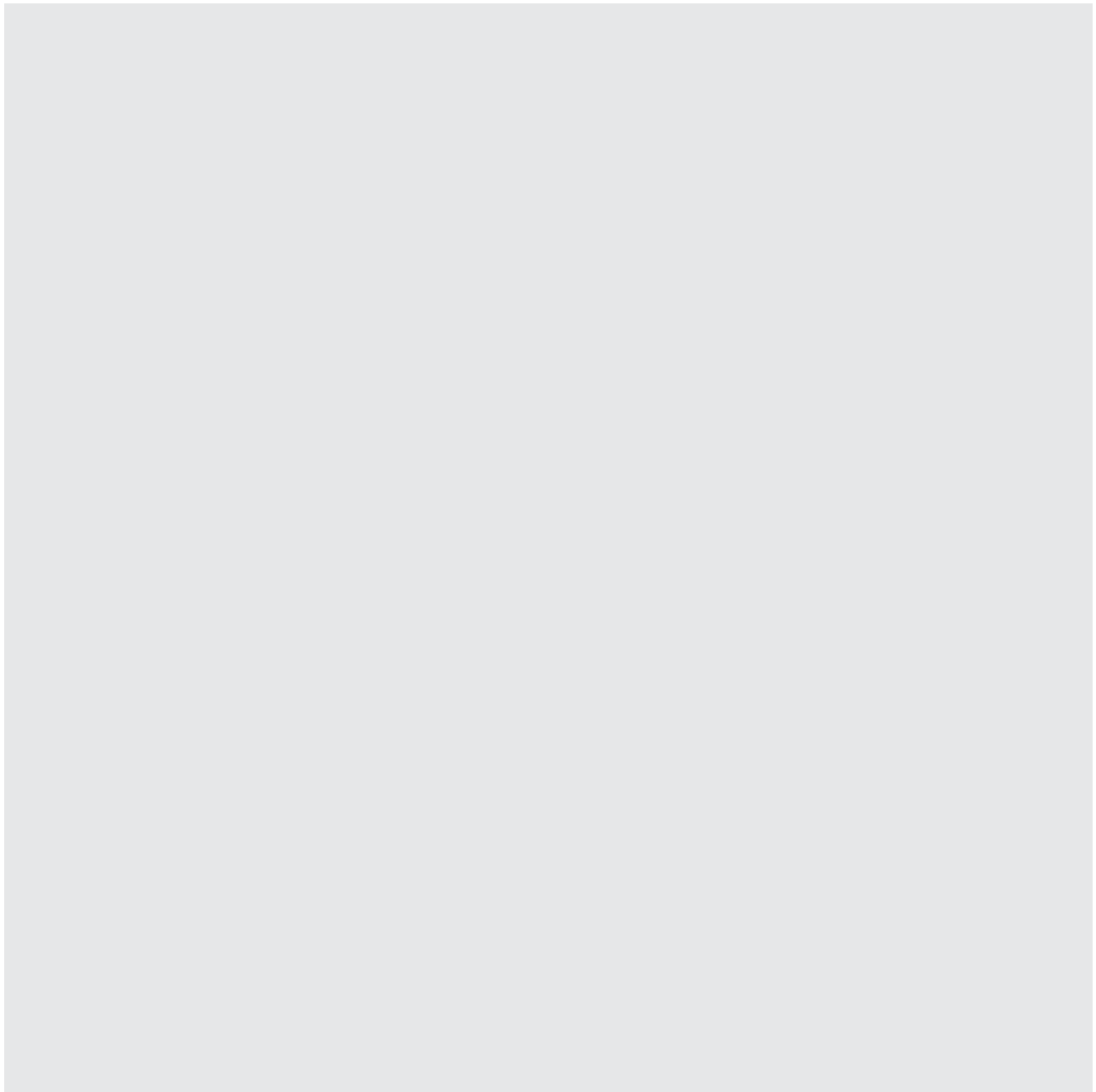
Sue C. Bratton

El campo de la terapia de juego ha cambiado de manera notable desde la publicación de los primeros dos volúmenes de *Handbook of Play Therapy* (O'Connor y Schaefer, 1994; O'Connor, 1983). En un contexto en que el cuidado de la salud está sujeto a normas administrativas y control de costos, los profesionales de la actualidad enfrentan una creciente presión para realizar prácticas basadas en evidencias. Además, el terapeuta de juego está obligado a cumplir con los lineamientos éticos de su profesión (American Counseling Association, 2014; American Psychological Association, 2010; Association for Play Therapy; National Association of Social Workers, 2008) y es su responsabilidad brindar a los clientes tratamientos que cuenten con evidencia sólida y para los que tengan un adecuado entrenamiento.

El mayor hincapié en el uso de tratamientos con sustento empírico (TSE) para atender niños (Chorpita et al., 2011; Weisz y Kazdin, 2010) y la atención nacional centrada en la escasez de servicios dirigidos a un creciente número de niños con trastornos mentales (Mental Health America, 2013; President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003; U.S. Public Health Service, 2000) han impulsado un notable aumento en las investigaciones sobre la psicoterapia infantil, incluyendo la terapia de juego. El empuje por divulgar la información acerca de TSE adecuados para los trastornos de la infancia hizo que aparecieran publicaciones destacadas que orientan a los profesionales respecto de las intervenciones con sustento en evidencias (Baggerly, Ray y Bratton, 2010; Chorpita et al., 2011; Kazdin y Weisz, 2003; Reddy, Files-Hall y Schaefer, 2005; Russ y Niec, 2011; Silveman y Hinshaw, 2008; Weisz y Kazdin, 2010), aunque, con excepción de Baggerly et al. (2010), estas fuentes han puesto escasa atención en las intervenciones en terapia de juego. Los organismos gubernamentales y las agrupaciones profesionales también han creado páginas de internet dedicadas a publicitar información respecto de los TSE para niños (National Center for Education and Evaluation, 2014; Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014); sin embargo, otra vez las intervenciones en terapia de juego están sumamente subrepresentadas a pesar de siete décadas de investigación continua.

A pesar del notable aumento de la importancia de los TSE desde el año 2000, la cantidad de niños que sigue sin recibir tratamiento va en aumento (Centers for Disease Control, 2013; MHA, 2013; National Centers for Children in Poverty, 2014). Las estimaciones indican que más de 20% de los niños tienen un trastorno mental diagnosticable (MHA, 2013) y que menos de la cuarta parte de estos niños recibe ayuda

apropiada (NCCP, 2014). Una posible explicación es la falta de TSE reconocidos en la actualidad como sensibles a las necesidades de desarrollo de los niños (Weisz y Kazdin, 2010). La terapia de juego es reconocida por sus propiedades de curación y de especificidad respecto del desarrollo infantil (Landreth, 2012; Schaefer, 2011); sin embargo, es objeto de críticas por falta de sustento empírico (Phillips, 2009; Russ y Niec, 2011). El objetivo de este capítulo es abordar esta concepción errónea presentando una revisión actualizada de las evidencias en favor de la terapia de juego, incluyendo las fortalezas y limitaciones de la investigación. Por medio de un resumen exhaustivo de los estudios contemporáneos que cumplen con los criterios metodológicos rigurosos, este capítulo brinda a los investigadores y clínicos una guía para comprender y utilizar la considerable base de investigaciones de la terapia de juego.



PANORAMA HISTÓRICO

En el nuevo milenio, los investigadores en terapia de juego han respondido a la crítica constante de que su trabajo no se sustenta en investigaciones científicas sólidas (Baggerly y Bratton, 2010) realizando a) revisiones exhaustivas sistemáticas de la investigación sobre los resultados de la terapia (Bratton, 2010; Landreth y Lin, 2010; Bratton y Ray, 2000; Landreth, 2012; Ray, 2011; Ray y Bratton, 2010), b) metaanálisis de estudios controlados (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005; LeBlanc y Ritchie, 2001; Lin y Bratton, 2015; Ray, Armstrong, Balkin y Jayne, 2015) y c) investigaciones más rigurosas (Center for Play Therapy, 2014).

De acuerdo con la jerarquía de las evidencias de Rubin (2008), los metaanálisis y las revisiones sistemáticas de los estudios controlados son dos de los métodos más sólidos para identificar a los tratamientos con sustento empírico. Equipos independientes de investigación de LeBlanc y Ritchie (2001) y Bratton et al. (2005) revisaron cinco décadas de investigaciones controladas en terapia de juego publicadas antes de 2001. En el metaanálisis más extenso publicado hasta ahora, Bratton et al. (2005) concluyeron, a partir de 93 estudios controlados sobre resultados, que la terapia de juego, incluyendo la terapia filial muestra un efecto grande de .80 en una amplia variedad de trastornos y problemas de la infancia, mientras que LeBlanc y Ritchie informaron un efecto general moderado de 0.66 a partir de 42 estudios que revisaron. Ambos equipos de investigación informaron que la participación de los padres y la duración de la intervención fueron predictores importantes de los resultados del tratamiento. Bratton et al. encontraron en la falta de rigor científico de los primeros estudios la mayor limitación de sus hallazgos, y recomendaron que los futuros investigadores se apeguen a diseños, métodos y pautas para comunicar sus resultados más estrictos (Nezu y Nezu, 2008).

Dos metaanálisis recientes se enfocaron exclusivamente en la eficacia del tratamiento de la terapia de juego centrada en el niño (TJCN) de acuerdo con investigaciones contemporáneas sobre los resultados para examinar el rigor metodológico. Lin y Bratton (2005) emplearon métodos rigurosos de modelamiento lineal jerárquico (MLJ) para examinar el efecto global del tratamiento a partir de 52 estudios controlados realizados entre 1995 y 2010. Los hallazgos revelaron un tamaño del efecto global estadísticamente significativo de 0.47, lo cual indica un efecto moderado de las intervenciones de la TJCN, incluyendo la terapia filial. Ray et al. (2015) revisaron 23 estudios controlados que evaluaban la eficacia de la TJCN implementada en escuelas primarias. Se exploraron los resultados del metaanálisis usando un modelo de efectos aleatorios, y los hallazgos revelaron efectos estadísticamente significativos en los constructos de resultados, incluyendo problemas externalizados ($d = 0.29$), problemas internalizados ($d = 0.21$), problemas totales ($d = 0.34$), autoeficacia ($d = 0.29$) y avance académico ($d = 0.36$).

Los investigadores de la terapia de juego han realizado varias revisiones exhaustivas sistemáticas desde 2000. Debido a las limitaciones de espacio, sólo incluiremos las que se publicaron de 2010 a la fecha. Ray y Bratton (2010) revisaron 25 estudios experimentales y cuasi-experimentales realizados entre 2000 y 2009, en los cuales la

terapia de juego fue implementada por un profesional de la salud mental. Los autores señalaron que, en comparación con su revisión previa de las seis décadas anteriores de investigación (Bratton y Ray, 2000), el rigor metodológico y la productividad de la investigación hicieron grandes progresos en el siglo XXI. Bratton (2010) revisó 51 estudios de los resultados de intervenciones de juego en contextos escolares publicados entre 1990 y 2009, en los que la intervención fue implementada por un profesional de la salud mental ($n = 30$) o un profesional supervisado y entrenado especialmente ($n = 21$). Bratton informó que 75% de las investigaciones incluidas se realizaron de 2000 en adelante, lo cual significa un aumento de 100% respecto de las cinco décadas previas en el número de estudios realizados en escuelas. Otras tres revisiones se centraron en modelos teóricos específicos de la terapia de juego. Landreth (2012) y Ray (2011) incluyeron revisiones exhaustivas de la investigación centrada exclusivamente en la TJCN en sus respectivos textos, y concluyeron de manera independiente que la investigación sobre TJCN ha producido evidencias sólidas para que pueda emplearse con niños que presentan diversos trastornos. Landreth consideró 53 estudios sobre TJCN y terapia de la relación padres-hijo (TRPH; Landreth y Bratton, 2006) realizados entre 1995 y 2010, y Ray revisó 62 estudios sobre TJCN realizados entre 1947 y 2010). Bratton et al. (2010) presentaron una revisión exhaustiva de 32 investigaciones controladas del modelo de terapia filial TRPH publicadas entre 1995 y 2009, y concluyeron que, de acuerdo con los estándares de la APA de los TSE (Silverman y Hinshaw, 2008), la TRPH cumple con los criterios de “promisorio” o “probablemente eficaz” para tratar diversos problemas de la infancia.

Se pueden sacar varias conclusiones de los metaanálisis y las revisiones concernientes a la eficacia de la terapia de juego. La investigación apoya su uso en diversos trastornos de la infancia en escenarios de la vida real. La terapia de juego demuestra tener efectos beneficiosos en relativamente pocas sesiones (de 10 a 13, en promedio) y muestra resultados más fuertes cuando los cuidadores participan en el tratamiento (p. ej., terapia filial). La investigación contemporánea muestra mayor rigor que en las cinco décadas anteriores, porque se emplean muestras más grandes, manuales con el protocolo y los procedimientos para garantizar la fidelidad al tratamiento, así como la asignación aleatoria de los participantes a los grupos y la evaluación estandarizada de los resultados. A pesar de los notables avances en la cantidad y calidad de la investigación en terapia de juego de la última década, quienes hacen las revisiones piden métodos de investigación más estrictos y una mayor productividad con el fin de elevar la credibilidad de la investigación en terapia de juego.

ESTATUS ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN EN TERAPIA DE JUEGO

Con el fin de examinar las fortalezas y limitaciones de la investigación contemporánea en terapia de juego, llevé a cabo revisiones exhaustivas en línea y fuera de línea de los las investigaciones sobre resultados publicados de 2000 en adelante para identificar estudios que emplearon un método estricto y medir la eficacia de la terapia de juego. Las pruebas controladas aleatorizadas (PCA) se suelen considerar el estándar de oro para determinar la eficacia de un tratamiento (Nezu y Nezu, 2008). Con el objetivo de llevar a cabo un análisis más riguroso de lo que se había hecho en las revisiones sistemáticas hasta este milenio, decidí revisar sólo los estudios que asignaran aleatoriamente los participantes a los grupos de investigación. Utilicé los siguientes criterios de inclusión para refinar la búsqueda: a) la intervención fue identificada como terapia de juego, b) diseño de sujetos asignados aleatoriamente a los grupos del estudio, c) los participantes tenían entre 2 y 12 años de edad, d) los estudios se publicaron de 2000 en adelante, e) los estudios se publicaron en inglés en una revista o un libro revisados por pares, f) los estudios informaron medidas de los resultados y evaluaciones estandarizadas, y g) los estudios emplearon e información descriptiva de la intervención. Al principio encontré 118 estudios cuyos resúmenes parecían cumplir con estos criterios. Después de revisar 112 estudios de los cuales el texto completo aparecía en inglés, sólo 70 cumplieron con el criterio de aleatorización de los participantes. Los estudios omitidos usaron diseños que, por lo general, se consideran menos rigurosos (Nathan y Gorman, 2007) para medir los resultados de la terapia de juego, como grupo de control no aleatorizado, mediciones repetidas de un solo grupo y diseños de caso único. Los estudios codificados como con asignación aleatoria de los participantes a los grupos incluyeron la aleatorización en bloque y estratificada para controlar variables extrañas como escuela o ubicación en el caso de múltiples lugares de investigación, ambiente del salón de clase y horarios de los participantes.

Un total de 46 estudios más no cumplieron con el resto de los criterios, sobre todo el de que la intervención se identificara como terapia de juego. Para ser consistente con los metaanálisis y revisiones sistemáticas previos, restringí los estudios a aquellos que usaran el término “terapia de juego” para describir el tratamiento experimental y parecieran cumplir con la definición de la APT. La APT define la terapia de juego como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que un terapeuta de juego entrenado utiliza los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar el crecimiento y desarrollo óptimos” (APT, 2014). Debido a que la terapia filial ha sido reconocida históricamente como una modalidad de terapia de juego (Guerney, 1983; O’Connor y Schaefer, 1994), incluí estudios que abordan la terapia filial. Veinticuatro estudios que cumplieron con los criterios se resumen en la tabla 35-1. Codifiqué los estudios de acuerdo con el tipo de modelo teórico/intervención y el tipo de grupo de control. Los

modelos de intervención incluyen: nueve de TJCN individual, cuatro de TJCN grupal, ocho de terapia filial centrada en el niño que emplearon el modelo TRPH, y uno de terapia de juego adleriana individual (TJAI), uno de juego grupal con arena y uno de terapia de juego no especificada que empleó actividades estructuradas. Hubo una notable ausencia de otros tipos de intervenciones que se suelen utilizar en terapia de juego como el Gestalt, jungiano, ecosistémico, prescriptivo, existencial, vivencial, cognitivo-conductual y Theraplay®¹ (O'Connor y Braverman, 2009; Schaefer, 2011). Una mejora notable en la investigación del siglo XXI es el uso de controles activos (n = 7) y tratamientos de comparación (n = 4), aunque la mayoría de los estudios siguen comparando a la terapia de juego con ningún tratamiento (p. ej., lista de espera, grupos de control/inicio demorado, n = 13).

Tabla 35-1. Investigación experimental en terapia de juego: estudios controlados aleatorizados

Estudio	Modelo de intervención/tipo de grupo de control	Muestra	Variable	Hallazgos
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de sesiones • Frecuencia; duración • Escenario *Realizador de la intervención 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad/media • Grupo étnico • Sexo 	<ul style="list-style-type: none"> • resultados del niño/problema meta 	
Baggerly y Landreth (2001)	TRPH modificada/CE <ul style="list-style-type: none"> • 10 sesiones de juego • 1/semana; 20 min • Escuela • Tutores entrenados en TRPH de quinto grado 	Estudiantes en riesgo conductual (n = 29) <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 5-6; M = 5.7 • 76% cauc, 14% afroa, 10% lat • 58% hombres 	Problemas de conducta internalizada; autoestima	En comparación con el CE, los padres del grupo experimental informaron una reducción estadísticamente significativa de los problemas de conducta internalizada. Los padres también informaron una mayor mejora en los problemas de conducta general y la autoestima del grupo de TRPH en comparación con el CE, pero no en un nivel estadísticamente significativo
Blanco y Ray (2011)	TJCN/CE <ul style="list-style-type: none"> • 16 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela 	Niños de primer grado en riesgo académico <ul style="list-style-type: none"> • Edad: M = 6.4 • 46% caucM 34% lat; 17% afroa • 63% hombres 	Rendimiento académico	En comparación con el CE, los niños del grupo de TJCN mostraron una mejoría estadísticamente significativa en una prueba de rendimiento académico, lo cual indicó un aumento en las capacidades académicas generales de los niños. El efecto del tratamiento estuvo en el rango medio
Bratton et al. (2013)	TJCN/CA <ul style="list-style-type: none"> • 20 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela 	Estudiantes preescolares de bajos recursos en riesgo <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 3-4; M = 4.1 • 42% afroa; 39% lat; 18% 	Conductas disruptivas clínicas	De acuerdo con los maestros que no sabían de los grupos de tratamiento, la TJCN mostró mejorías significativas y efectos grandes del tratamiento en las conductas disruptivas, en comparación con el grupo CA (tutoría) en los tres momentos de medición; 78% de los niños en la TJCN pasaron de niveles de preocupación clínica a un funcionamiento más normal

		cauc • 67% hombres		después del tratamiento
Carnes-Holt y Bratton (2014)	TRPH/CE • 7 sesiones de juego • 1/sem; 30 min • Organismo comunitario *Padres entrenados en TRPH	Adoptados (n = 61) • Edad: 2.5-10; M = 5.7 • 47% cauc, 15% lat, 9% afroa, 18% otro	Dificultades de apego; problemas comórbidos conductuales clínicos	Hallazgos estadísticamente significativos y efectos grandes del tratamiento en todas las medidas indicaron la eficacia de la TRPH en comparación con el CE en a) reducir las conductas externalizadas de los niños adoptados y los problemas de conducta general, y b) aumentar la empatía de los padres medida por evaluadores objetivos que desconocían los grupos
	TRPH/CE • 7 sesiones de juego • 1/sem; 30 min • Escuela Head Start *Padres entrenados en TRPH	Estudiantes preescolares de bajos ingresos en riesgo • Edad 23-4; M = 4.3 • 100% lat • 56% hombres	Problemas conductuales comórbidos clínicos	Hallazgos estadísticamente significativos y efectos grandes del tratamiento indicaron la eficacia de la TRPH adaptada culturalmente en comparación con el CE en a) reducir los problemas de conducta internalizada y externalizada, y b) reducir el estrés de la relación padres-hijo. 85% de los niños del grupo de TRPH pasaron de niveles clínicos a un funcionamiento más normal. Se discutieron las consideraciones culturales
Danger y Landreth (2005)	TJCN grupal/CA (grupos de 2) • 25 sesiones • 1/sem; 30 min • Escuela	Estudiantes preescolares con retrasos en el habla (n = 21) • Edad: 4-6; M = 4.9 • 81% cauc; 19% lat • 86% hombres	Leguaje expresivo; lenguaje receptivo	En comparación con el CA (sólo terapia de lenguaje), la TJCN más la terapia de lenguaje mostraron un efecto grande del tratamiento en mejorar el lenguaje expresivo de los niños, y un efecto moderado del tratamiento en el lenguaje receptivo; entre las diferencias grupales no hubo significancia estadística
Fall, Navelski y Welch (2002)	TJCN/CE • 6 sesiones • 1/sem; 30 min • Escuela	Estudiantes de educación especial (n = 66) • Edad: 6-10; M = 8.3 • 98% cauc • 64% hombres	Problemas escolares y sociales	Los maestros informaron reducciones estadísticamente significativas en las conductas problemáticas y los problemas sociales de los niños, pero no en su autoeficacia, en el grupo de TJCN en comparación con el CE. Las valoraciones de los responsables de los casos mostraron una disminución significativa en la ansiedad del grupo de TJCN, pero no del CE
Flahive y Ray (2007)	Arenero grupal/CE (grupos de 3) • 10 sesiones • 1/sem; 45 min • Escuela	Niños de quinto grado en riesgo (n= 56) • Edad: 9-12 • 62% lat; 9% afroa; 28% cauc • 52% hombres	Problemas conductuales comórbidos	De acuerdo con los informes de padres y maestros, la TJCN grupal produjo mejorías estadísticamente significativas en los problemas externalizados en comparación con el grupo CE. Los maestros también informaron mejorías estadísticamente significativas en los problemas internalizados y totales de los grupos de TJCN
Garza y Bratton (2005)	TJCN/COMP • 15 sesiones • 1/sem; 30 min • Escuela	Estudiantes en riesgo conductual (n = 29) • Edad: 5-11; M = 7.4 • 100% lat	Problemas conductuales comórbidos	De acuerdo con los padres, quienes desconocían en qué grupo estaban sus hijos, la TJCN sensible culturalmente tuvo beneficios estadísticamente significativos (efecto grande del tratamiento) en los problemas de conducta externalizados en comparación con el tratamiento COMP (intervención con sustento empírico y un manual). La TJCN tuvo efectos

		<ul style="list-style-type: none"> • 59% hombres 		beneficiosos en los problemas internalizados de los niños, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Se discutieron las consideraciones culturales
Jones y Landreth (2002)	TJCN/CA <ul style="list-style-type: none"> • 12 sesiones • 3/sem; 30 min • Campamento de verano para diabéticos 	Niños dependientes de la insulina (n = 30) <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 7-11; M = 9.4 • 87% cauc; 3% afroa; 7% lat • 57% hombres 	Adaptación a la diabetes; problemas de conducta; ansiedad	De acuerdo con los informes de los padres, los niños del grupo de TJCN tuvieron mejoras estadísticamente significativas en la adaptación a la diabetes en comparación con las CA (actividades del campamento para diabéticos). En el seguimiento, no hubo diferencias estadísticas significativas entre los grupos, pero el grupo de TJCN siguió mostrando mayores mejoras. En ambos grupos, se informó disminuciones de la ansiedad y mejoras en los problemas de conducta.
Jones , Rhine y Bratton (2002)	TRPH modificada/COMP <ul style="list-style-type: none"> • 20 sesiones • 1/sem; 20 min • Tutores entrenados en TRPH de 11-12 grado 	Estudiantes preescolares en riesgo conductual (n = 26) <ul style="list-style-type: none"> • Edad:4-6; M = 5.4 • 96% cauc • 57% hombres 	Problemas de conducta comórbidos	Los padres, que desconocían en qué grupo estaban sus hijos, informaron que el grupo de TJCN tuvo una disminución estadísticamente significativa en los problemas de conducta internalizados y totales en comparación con el grupo COMP, PALS, que empleó un curriculum con manual. De acuerdo con la observación directa de evaluadores que desconocían los grupos, los tutores de TJCN mostraron un aumento estadísticamente significativo en la interacción empática con el niño en comparación con los tutores de PALS
Meany-Walen, Bratton y Kottman (2014)	TJA/CA <ul style="list-style-type: none"> • 16 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela 	Estudiantes con conducta disruptiva (n= 58) <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 5-9; M = 6.4 • 48% lat; 33% cauc; 19% afroa • 76% hombres 	Conductas disruptivas clínicas	En comparación con el CA (tutoría), a) los participantes de la TJA mostraron una disminución de moderada a grande estadísticamente significativa de acuerdo con los informes de evaluadores independientes y maestros que desconocían en que grupo estaban los niños; y b) los maestros informaron una disminución estadísticamente significativa del estrés en su relación con los niños que recibieron la TJA.
Jones , Rhine y Bratton (2002)	TRPH modificada/COMP <ul style="list-style-type: none"> • 20 sesiones • 1/sem; 20 min • Tutores entrenados en TRPH de 11-12 grado 	Estudiantes preescolares en riesgo conductual (n = 26) <ul style="list-style-type: none"> • Edad:4-6; M = 5.4 • 96% cauc • 57% hombres 	Problemas de conducta comórbidos	Los padres, que desconocían en qué grupo estaban sus hijos, informaron que el grupo de TJCN tuvo una disminución estadísticamente significativa en los problemas de conducta internalizados y totales en comparación con el grupo COMP, PALS, que empleó un curriculum con manual. De acuerdo con la observación directa de evaluadores que desconocían los grupos, los tutores de TJCN mostraron un aumento estadísticamente significativo en la interacción empática con el niño en comparación con los tutores de PALS
Meany-Walen, Bratton y Kottman (2014)	TJA/CA <ul style="list-style-type: none"> • 16 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela 	Estudiantes con conducta disruptiva (n= 58) <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 5-9; M = 6.4 • 48% lat; 33% cauc; 19% afroa 	Conductas disruptivas clínicas	En comparación con el CA (tutoría), a) los participantes de la TJA mostraron una disminución de moderada a grande estadísticamente significativa de acuerdo con los informes de evaluadores independientes y maestros que desconocían en que grupo estaban los niños; y b) los maestros informaron una disminución estadísticamente significativa del estrés en su relación con los niños que recibieron la TJA.

		<ul style="list-style-type: none"> • 76% hombres 		
Jones , Rhine y Bratton (2002)	TRPH modificada/COMP <ul style="list-style-type: none"> • 20 sesiones • 1/sem; 20 min • Tutores entrenados en TRPH de 11-12 grado 	Estudiantes preescolares en riesgo conductual (n = 26) <ul style="list-style-type: none"> • Edad:4-6; M = 5.4 • 96% cauc • 57% hombres 	Problemas de conducta comórbidos	Los padres, que desconocían en qué grupo estaban sus hijos, informaron que el grupo de TJCN tuvo una disminución estadísticamente significativa en los problemas de conducta internalizados y totales en comparación con el grupo COMP, PALS, que empleó un curriculum con manual. De acuerdo con la observación directa de evaluadores que desconocían los grupos, los tutores de TJCN mostraron un aumento estadísticamente significativo en la interacción empática con el niño en comparación con los tutores de PALS
Meany - Walen, Bratton y Kottman (2014)	TJA/CA <ul style="list-style-type: none"> • 16 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela 	Estudiantes con conducta disruptiva (n= 58) <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 5-9; M = 6.4 • 48% lat; 33% cauc; 19% afroa • 76% hombres 	Conductas disruptivas clínicas	En comparación con el CA (tutoría), a) los participantes de la TJA mostraron una disminución de moderada a grande estadísticamente significativa de acuerdo con los informes de evaluadores independientes y maestros que desconocían en que grupo estaban los niños; y b) los maestros informaron una disminución estadísticamente significativa del estrés en su relación con los niños que recibieron la TJA.
Packman y Bratton (2003)	TJCN grupal/CE (grupos de 3) <ul style="list-style-type: none"> • 12 sesiones • 1/sem; 1 h • Escuela para diferencias en el aprendizaje (DA) 	Estudiantes diagnosticados con DA (n = 24) <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 10 a 12; M = 11.4 • 92% cauc; 4% lat; 4% afroa • 75% hombres 	Diferencias de aprendizaje; problemas de conducta comórbidos	De acuerdo con los informes de los padres, la TJCN grupal tuvo efectos grandes del tratamiento en todas las medidas de resultados en comparación con el CE. La TJCN grupal produjo mejorías estadísticamente significativas en los problemas internalizados, así como en el funcionamiento conductual general en comparación con el CE. Las diferencias entre grupos no fueron significativas en los problemas externalizados.
Ray, Stulmaker, Lee y Silverman (2013)	TJCN/CE <ul style="list-style-type: none"> • 12 a 16 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela 	Niños con deterioro clínico (n = 37) <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 5 a 8; M = 6.3 • 38% lat; 32% afroa; 30% cauc • 78% hombres 	Deterioro funcional	Fase I: la TJCN tuvo un efecto medio del tratamiento en el deterioro funcional de los niños en comparación con el CE, aunque las diferencias entre los grupos no fueron estadísticamente significativas. Fase II (ambos grupos recibieron TJCN): las diferencias dentro de los grupos indicaron que los niños de ambos grupos mostraron mejorías estadísticamente significativas con tamaños grandes del efecto como resultado de la TJCN
Ray, Schottelkob y Tsai (2007)	TJCN/CA <ul style="list-style-type: none"> • 16 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela 	Estudiantes con síntomas de TDAH (n = 60) <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 5 a 11; M = 7.5 • 35% lat; 17% afroa; 45% cauc • 80% hombres 	TDAH	De acuerdo con los informes de los maestros, la TJCN grupal produjo mejorías estadísticamente significativas en las características de los estudiantes, labilidad emocional y ansiedad/retraimiento en comparación con el grupo CA (tutoría). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de TDAH. Los análisis intra-grupos post hoc revelaron que ambos grupos tuvieron mejorías estadísticamente significativas en TDAH, características de los estudiantes, ansiedad y discapacidad de aprendizaje
Packman y Bratton (2003)	TJCN grupal/CE (grupos de 3) <ul style="list-style-type: none"> • 12 sesiones • 1/sem; 1 h • Escuela para 	Estudiantes diagnosticados con DA (n = 24) <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 10 a 12; 	Diferencias de aprendizaje; problemas de conducta comórbidos	De acuerdo con los informes de los padres, la TJCN grupal tuvo efectos grandes del tratamiento en todas las medidas de resultados en comparación con el CE. La TJCN grupal produjo mejorías estadísticamente significativas en los problemas internalizados, así

	diferencias en el aprendizaje (DA)	M = 11.4 • 92% cauc; 4% lat; 4% afroa • 75% hombres		como en el funcionamiento conductual general en comparación con el CE. Las diferencias entre grupos no fueron significativas en los problemas externalizados.
Ray, Stulmaker, Lee y Silverman (2013)	TJCN/CE • 12 a 16 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela	Niños con deterioro clínico (n = 37) • Edad: 5 a 8; M = 6.3 • 38% lat; 32% afroa; 30% cauc • 78% hombres	Deterioro funcional	Fase I: la TJCN tuvo un efecto medio del tratamiento en el deterioro funcional de los niños en comparación con el CE, aunque las diferencias entre los grupos no fueron estadísticamente significativas. Fase II (ambos grupos recibieron TJCN): las diferencias dentro de los grupos indicaron que los niños de ambos grupos mostraron mejorías estadísticamente significativas con tamaños grandes del efecto como resultado de la TJCN
Ray, Schottelkorb y Tsai (2007)	TJCN/CA • 16 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela	Estudiantes con síntomas de TDAH (n = 60) • Edad: 5 a 11; M = 7.5 • 35% lat; 17% afroa; 45% cauc • 80% hombres	TDAH	De acuerdo con los informes de los maestros, la TJCN grupal produjo mejorías estadísticamente significativas en las características de los estudiantes, labilidad emocional y ansiedad/retraining en comparación con el grupo CA (tutoría). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de TDAH. Los análisis intra-grupos post hoc revelaron que ambos grupos tuvieron mejorías estadísticamente significativas en TDAH, características de los estudiantes, ansiedad y discapacidad de aprendizaje
Schottelkorb, Doumas y Garcia (2012)	TJCN/TF-CBT • 17 sesiones • 2/sem; 30 min • Escuela	Refugiados con síntomas de trauma (n = 31) • Edad: 6 a 13; M = 9.2 • 67.7% afroa; 16.1% Medio Oriente; 9.7% asiáticos; 6.5% otros • 55% hombres	Síntomas graves de trastornos de estrés posttraumático	Los resultados indicaron que ambas intervenciones, TJCN y TF-CBT (tratamiento SCCAP basado en evidencias para los síntomas de trauma), produjeron una reducción estadísticamente significativa en los síntomas graves de trastorno de estrés posttraumático en un subconjunto de niños que cumplieron con criterios más estrictos del trastorno de estrés posttraumático; los hallazgos indican que los dos tratamientos tienen la misma eficacia en esta población
Schumann (2010)	TJCN/COMP • 12 a 15 sesiones • 1/sem; 30 min • Escuela	Niños agresivos de cuarto grado (n = 37) • Edad: 5 a 12; M = 7.3 • 38% lat; 24.4% afroa; 37.8 cauc • 86% hombres	Agresión; problemas de conducta globales	De acuerdo con los informes de padres y maestros, la TJCN y el COMP grupal (Second Step, un tratamiento SAMHSA basado en evidencias) produjeron mejorías estadísticamente significativas en agresión, problemas externalizados y problemas internalizados. Los resultados indican la eficacia de las dos intervenciones con niños que presentan conductas agresivas. La retroalimentación cualitativa de los padres fue más positiva en la TJCN
Sheely-Moore y Bratton (2010)	TRPH/CE 7 sesiones de juego 1/sem; 30 min Escuela Head Start *Padres entrenados en TRPH	Estudiantes preescolares de bajos recursos en riesgo (n = 23) Edad: 3 a 5; M = 4.2 100% afroa 62% hombres	Problemas de conducta clínicos	Los hallazgos estadísticamente significativos y los efectos grandes del tratamiento en todas las medidas indicaron la eficacia de la TRPH adaptada culturalmente en comparación con el CE en a) la reducción de los problemas de conducta globales de los niños y b) la reducción del estrés en la relación padres-hijos. Se discuten las consideraciones culturales
Shen (2002)	TJCN grupal/CE 10 sesiones	Niños en riesgo por	Ansiedad clínica; Riesgo	En comparación con el grupo CE, la TJCN grupal produjo reducciones estadísticamente significativas en

	2 a 3/sem; 40 min Escuela de Taiwán	desadaptación después de un terremoto (n = 30) Edad: 8 a 12; M = 9.2 100% de Taiwán 53% mujeres	de suicidio	la ansiedad general, la ansiedad fisiológica, preocupación/sensibilidad excesiva y riesgo suicida. La TJCN tuvo efectos grandes del tratamiento en ansiedad, preocupación y sensibilidad excesiva y efectos de pequeños a medios en la reducción del riesgo suicida
Smith y Landreth (2004)	TRPH/CE 7 sesiones de juego 1/sem; 30 min Preescolar para sordos *Maestros entrenados en TRPH	Niños preescolares sordos y con problemas de audición (n = 24) Edad: 2 a 6; M = 4.1 33% cauc; 42% lat; 25% afroa 54% hombres	Problemas conductuales; funcionamiento socioemocional	En comparación con el CE, a) los niños cuyos maestros participaron en la TRPH adaptada para maestros (TRMN) tuvieron mejorías estadísticamente significativas en los problemas de conducta y el funcionamiento socioemocional; y b) los maestros entrenados en TRPH tuvieron mejorías estadísticamente significativas en sus interacciones empáticas con los estudiantes de acuerdo con la observación directa de evaluadores independientes
Yuen, Landreth y Baggerly (2002)	TRPH/CE 7 sesiones de juego 1/sem; 30 min Organismo comunitario *Padres entrenados en TRPH	Inmigrantes en riesgo conductual (n = 35) Edad: 3 a 10; M = 64 100% chinos 54% hombres	Problemas de conducta comórbidos; autoconcepto	En comparación con el CE, el grupo de TRPH tuvo mejorías estadísticamente significativas en a) los problemas de conducta del niño, el estrés en la relación padres-hijos y en la aceptación parental de acuerdo con los informes de los padres; y b) la empatía parental de acuerdo con evaluadores que no conocían los grupos de tratamiento. Los niños de la TRPH también informaron mayores mejorías en la competencia percibida y la aceptación social
<p><i>Nota:</i> El tipo de grupo de control denotado por CE = lista de espera/control de inicio demorado, CA = control activo, COMP = tratamiento de comparación, afroa = afroamericano, asiático = descendiente de asiático que radica en EUA; cauc = americano caucásico/europeo, lat = latino/hispano</p> <p>*Denota la intervención de terapia de juego implementada por padres/maestros/tutores bajo la supervisión directa de un terapeuta de juego entrenado en TRPH.</p>				

En el caso de los estudios que usaron datos de participantes duplicados, como los de seguimiento, sólo informé los datos del estudio original. Con excepción de dos investigaciones, todas informaron acerca del entrenamiento de quienes implementaron la intervención, lo cual constituye un avance significativo respecto de la revisión de Bratton et al. (2005). Excepto por los estudios de la TRPH en la que paraprofesionales (es decir, padres, maestros, mentores) implementaron la intervención bajo la supervisión directa de un terapeuta entrenado en terapia filial/TRPH (señaladas en el cuadro 35-1), los investigadores informaron que el tratamiento fue implementado por terapeutas de juego graduados o estudiantes avanzados de terapia de juego bajo la supervisión de un terapeuta profesional. Los estudios se llevaron a cabo en EUA a menos que se indique otra cosa. Sólo tres estudios no informaron del uso de manuales de protocolos; 10 siguieron el protocolo de la TJCN (Ray, 2011), 8 se apegaron al protocolo de la TRPH (Bratton, Landreth, Kallam y Blackhard, 2006), 2 siguieron el protocolo de TJCN grupal/actividades (Ojiambo y Bratton, 2014) y 1 usó el protocolo de la Tjai (Kottman, 2009). La mayoría de los estudios publicados desde 2010 informaron procedimientos para verificar la fidelidad y garantizar la integridad del tratamiento. A menos que se

especifique lo contrario, los grupos de control activo y comparación participaron en una intervención de la misma intensidad y duración que el grupo experimental.

Debido al gran número de participantes (1 014, con una media de 42 por cada estudio), se pueden sacar varias conclusiones de la revisión de 24 estudios sobre resultados. La investigación indicó que la participación en terapia de juego produjo resultados positivos en casos de problemas externalizados, conductas disruptivas, agresión, TDAH, problemas internalizados, ansiedad, rendimiento académico, problemas del habla, síntomas del trastorno de estrés postraumático, funcionamiento socio-emocional, autoconcepto, problemas conductuales asociados y deterioros funcionales. La tabla 35-2 proporciona una referencia cruzada de estudios por variables de resultados meta. El uso de grupos de control activo y de comparación, y de procedimientos de asesores que desconocen los participantes asignados al grupo de tratamiento en diversos estudios aporta mayor credibilidad a los hallazgos concernientes a la eficacia del tratamiento en resultados específicos de los niños.

Tabla 35-2. Referencias cruzadas de los estudios de la tabla 35-1 por variable de resultados meta

Variable de resultados del niño/problema meta	Estudios
Problemas internalizados incluyendo ansiedad	Baggerly y Landreth (2001); Ceballos y Bratton (2010); Fall et al. (2002); Flahive y Ray (2007); Garza y Bratton (2005); Jones y Landreth (2002); Jones et al. (2002); Morrison y Bratton (2010); Naderi et al. (2010); Ojiambo y Bratton (2014); Packman y Bratton (2003); Shen (2002)
Problemas externalizados incluyendo conductas disruptivas, agresión, TDAH	Bratton et al. (2013); Carnes-Holt y Bratton (2014); Ceballos y Bratton (2010); Flahive y Ray (2007); Garza y Bratton (2005); Meany-Walen et al. (2014); Morrison y Bratton (2010); Naderi et al. (2010); Ojiambo y Bratton (2014); Ray et al. (2007, 2009); Schumann (2010)
Problemas de conducta globales/comórbidos incluyendo deterioros funcionales	Carnes-Holt y Bratton (2014); Fall et al. (2002); Flahive y Ray (2007); Jones et al. (2002); Packman y Bratton (2003); Ray et al. (2013); Sheely-Moore y Bratton (2010); Yuen et al. (2002)
Trauma/apoyo/trastorno de estrés postraumático	Carnes-Holt y Bratton (2014); Schottelkorb et al. (2012)
Rendimiento académico/trastornos del lenguaje	Blanco y Ray (2011); Danger y Landreth (2005); Smith y Landreth (2004)
Funcionamiento socioemocional	Fall et al. (2002); Naderi et al. (2010); Smith y Landreth (2004)
Autoconcepto/competencia	Baggerly y Landreth (2001); Yuen et al. (2002)
Adaptación a la diabetes	Jones y Landreth (2002)
Otras variables de resultados meta	Estudios
Estrés en las relaciones cuidador-niño	Ceballos y Bratton (2010); Sheely-Moore y Bratton (2010); Yuen et al. (2002)

La terapia de juego fue eficaz en diversas culturas, razas, grupos étnicos, género y estatus internacional. La mayoría de los estudios sobre los resultados incluyeron muestras de diversos grupos étnicos y cuatro estudios fueron realizados con muestras de fuera de EUA (Uganda, Taiwán, Irán y Canadá). En 20 estudios que se llevaron a cabo en EUA, más de 60% de los participantes fueron no caucásicos (33.1% latinos, 17.7% afroamericanos, 7.2% asiático-americanos y 3.6% de otros), la gran mayoría de participantes fueron identificados como de bajos recursos. La aplicación exitosa de la terapia de juego en distintos grupos culturales es una característica única de esta intervención y, tal vez, es un factor del gran número de estudios realizados en escenarios de la vida real, sobre todo escuelas de bajos recursos ($n = 19$). Las edades de los participantes variaron de 2-5 a 12 años, lo cual indica la sensibilidad de la terapia de juego a las necesidades de desarrollo de niños pequeños y hasta los preadolescentes. En vista de la escasez de tratamientos con sustento empírico (TSE) para niños pequeños (Weisz y Kazdin, 2010), es importante señalar que más de 50% de los estudios informaron una media de edad de 6 años o menos. Consistente con la literatura de terapia infantil, la proporción de dos niños por cada niña enviados a psicoterapia, el porcentaje de participantes hombres en los diversos estudios fueron de 63%.

Los hallazgos también indican que la terapia de juego se puede usar como intervención de corto plazo. El número de sesiones varió de 7 a 25, con una media de 13 y una moda de 16. El formato más frecuente fue de 30 minutos dos veces a la semana durante aproximadamente 8 semanas para ajustarse a las necesidades del escenario escolar. Sólo tres estudios informaron más de 17 sesiones. Estos hallazgos representan una discrepancia notable respecto de los hallazgos metaanalíticos de Bratton et al. (2005) y LeBlanc y Ritchie (2001), quienes informaron hallazgos similares que indican un número óptimo de sesiones que va de 30 a 40. En el caso de los estudios de TRPH/terapia filial, el número de sesiones indica el total de sesiones en que los niños participaron en TJCN con sus cuidadores (media = 7). A menos que se especifique otra cosa, los cuidadores y los tutores participaron en 10 sesiones grupales de entrenamiento además de realizar 7 sesiones de juego con el niño.

La mayoría de los estudios incluidos no informaron del componente de padres o maestros como parte de la intervención, lo cual indica que los niños presentaron cambios sin una intervención sistemática. Entre los TSE reconocidos para niños de 5 años de edad o menores, hay una falta de intervenciones sin requerimientos de la total participación de los padres (SCCAP, 2014; Weisz y Kazdin, 2010). El hallazgo de que los niños pequeños pueden cambiar en terapia sin una intervención directa con los cuidadores aborda el vacío en los TSE con niños pequeños y hace a la terapia de juego particularmente adecuada para los escenarios escolares, donde es difícil lograr la participación de los padres en el proceso terapéutico. Sin embargo, los hallazgos de ocho estudios sobre TRPH/terapia filial incluidos en la revisión junto con la investigación metaanalítica (Bratton et al, 2005; LeBlanc y Ritchie, 2001) sugieren que la inclusión de

padres y maestros en terapia de juego, cuando está clínicamente indicado, produce resultados más sólidos y en menos sesiones que la terapia de juego tradicional.

Por último, varios estudios bien diseñados se omitieron debido a la dificultad con la aleatorización, lo cual resulta en restricciones para llevar a cabo investigaciones en escenarios de la vida real (p. ej., Ray, Blanco, Sullivan y Holliman, 2009; Shen, 2007). También omití las PCA que informaron efectos benéficos de la terapia de juego en constructos como relación cuidador-niño (p. ej., Lee y Landreth, 2003; Ray, 2007), porque los resultados de los niños no se informaron. Asimismo, no incluí los estudios de PCA que incorporaron un componente de juego, pero no identificaron la intervención como terapia de juego. Específicamente, excluí las intervenciones terapia de interacción padre-hijo (PCIT, por sus siglas en inglés; Eyberg, Nelson y Boggs, 2008), los años increíbles (IY, por sus siglas en inglés; Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2004) y psicoterapia padres-hijo (CPP, por sus siglas en inglés; Lieberman, Van Horn y Ghosh Ippen, 2005). La omisión de estas intervenciones (PCIT, IY y CCP) fue apoyado por su ausencia en los principales textos contemporáneos sobre los enfoques de la terapia de juego (O'Connor y Braverman, 2009; Schaefer, 2011). El *Center for Play Therapy* (CPT) en la Universidad del Norte de Texas mantiene una base de datos exhaustiva en línea de los resúmenes de las investigaciones sobre terapia de juego. El lector puede consultar en esta base de datos los resúmenes de los estudios sobre los resultados que no se incluyeron en la tabla 35-1, incluyendo los estudios controlados no aleatorizados, diseños de un solo grupo con medidas repetidas y los estudios experimentales de caso único (CPT, 2014). Otros recursos de las intervenciones con sustento empírico basadas en el juego que no cumplieron con los criterios establecidos para esta revisión son Reddy, Files-Hall y Schaefer (2005, 2015) y Russ y Niec (2011).

RESUMEN DE LAS FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La revisión de los estudios controlados aleatorizados publicados en este milenio reveló fortalezas y limitaciones de las evidencias que apoyan la terapia de juego. Los estudios la tabla 35-1 ilustran el gran aumento de las investigaciones y el mayor rigor a partir de 2000, que constituye un paso importante en el desarrollo de fundamentos científicos sólidos de la terapia de juego. Sin embargo, los investigadores deben seguir construyendo una base de evidencias aun más sólida por medio de los criterios actuales de los diseños de investigación y métodos que llevarán al reconocimiento de la terapia de juego como un TSE para diversos trastornos de la infancia. Existen varios sistemas para evaluar el rigor de los estudios (Chorpita et al., 2011; Nathan y Gorman, 2007; Nezu y Nezu, 2008). El sistema de clasificación de Nathan y Gorman (2007) es uno de los más usados en la investigación psicosocial. Los más rigurosos son los estudios tipo 1, que incluyen una prueba clínica aleatorizada y se apegan a una metodología estricta. Estos estudios se caracterizan por el uso de protocolos de tratamiento, verificación de la fidelidad al tratamiento, métodos diagnósticos aceptados, evaluaciones a ciegas, un análisis de poder *a priori* para determinar el tamaño adecuado de la muestra, mediciones sólidas en términos psicométricos y métodos estadísticos descritos con claridad.

El mayor uso de la asignación aleatoria a los grupos, los criterios de inclusión especificados, el tamaño adecuado de la muestra y los métodos estadísticos descritos con claridad están entre los desarrollos más destacados en la investigación en terapia de juego hasta el momento. Aunque en la década pasada, la investigación experimentó un aumento de los grupos de control de comparación y activos para examinar los efectos de la terapia de juego, la mayoría de los estudios la comparaban con un grupo de control de lista de espera y concluían que el tratamiento era superior a la ausencia de tratamiento. Demostrar la eficacia de la terapia de juego en comparación con una terapia bien establecida (SAMHSA, 2014; SCCAP, 2014) fortalecería su base de evidencias. Además, emplear un tratamiento de comparación o de placebo como control ofrece una mayor seguridad de que los evaluadores desconocen la asignación de los participantes a los grupos, sobre todo cuando padres y maestros son la fuente de medición. En general, la falta de evaluaciones a ciegas para medir los resultados meta representa una debilidad en las investigaciones revisadas.

El uso de protocolos permite a otros clínicos e investigadores replicar las intervenciones, lo cual es esencial para establecer la fidelidad al tratamiento. La buena noticia es que ha habido un notable aumento en el desarrollo y uso de los protocolos de terapia de juego. En varios estudios, no se describieron o no fueron claros los procedimientos para garantizar el apego al protocolo. Sin embargo, la mayoría de los estudios publicados de 2010 en adelante emplearon listas de verificación del protocolo y la revisión aleatoria de revisiones videograbadas por parte de evaluadores objetivos para garantizar la fidelidad al tratamiento. El uso de mediciones sólidas en términos psicométricos mejoró en la última década, pero, para aumentar la confianza en los hallazgos, es crucial que los investigadores recurran a múltiples informantes y

evaluadores independientes bien entrenados para evaluar los resultados meta.

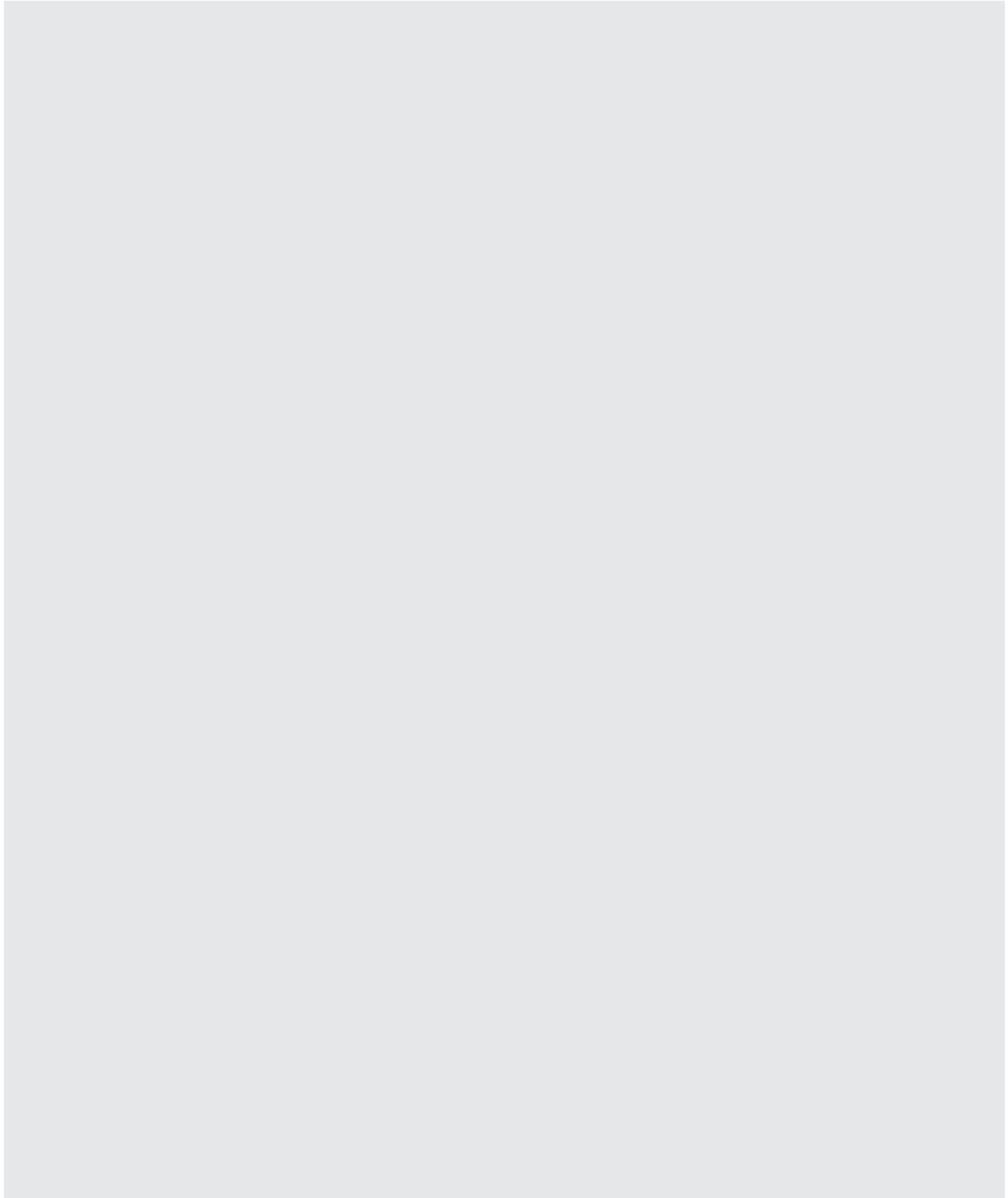
Aunque estudios individuales encontraron resultados beneficiosos en diversos trastornos meta, es notable la falta de estudios de réplica y de seguimiento. Con el fin de aportar evidencias creíbles de la eficacia de la terapia de juego en poblaciones y problemas particulares, los investigadores deben replicar los estudios bien diseñados teniendo como objetivo trastornos específicos, de preferencia, con equipos independientes de investigadores (Chorpita et al., 2011). La preponderancia de la investigación en terapia de juego ha sido generada por investigadores afiliados a una sola universidad. Además, los estudios de seguimiento son indispensables para evaluar el mantenimiento de los logros terapéuticos y examinar la premisa de que la terapia de juego tiene el potencial de prevenir problemas más graves en la vida de los niños (Bratton et al., 2005).

La eficacia de la terapia de juego con niños que presentan problemas comórbidos representa una fortaleza y una debilidad. Una de las limitaciones de la investigación es el bajo número de estudios sobre trastornos específicos. La práctica de implementar una intervención dirigida a un trastorno de la infancia se considera el sello distintivo de la práctica basada en evidencias. El aumento de la investigación rigurosa enfocada en diagnósticos específicos aportará mayor credibilidad a la terapia de juego. Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones informan que más de 50% de los niños presentan diagnósticos o problemas coexistentes (Weisz y Kazdin, 2010). El hecho de que los niños presenten con regularidad síntomas conductuales múltiples e historias complejas sugiere que es necesario estudiar las intervenciones que impactan el funcionamiento holístico de los niños.

Entre las intervenciones contemporáneas de la terapia de juego que se emplean con frecuencia (O'Connor y Braverman, 2009; Schaefer, 2011), hay una notable falta de estudios controlados aleatorizados y manuales de los modelos teóricos, con excepción de la TJCN, TRPH/terapia filial y TJA. De estos estudios, sólo tres siguieron los protocolos de la TJCN o la TRPH/terapia filial. Es interesante que en los volúmenes iniciales del presente texto, sólo los capítulos sobre TJCN (L. Guerney, 1983) y terapia filial (VanFleet, 1994) informaron los resultados del tratamiento para demostrar su eficacia. Los terapeutas de juego que se ajustan a otros modelos teóricos se beneficiarían de las investigaciones que apoyan a los modelos de terapia de juego que emplean con sus clientes.

Sin lugar a dudas, la terapia de juego ha respondido a los cuestionamientos emitidos por los partidarios del movimiento basado en evidencias acerca de realizar investigaciones en escenarios de la vida real (Kazdin y Weisz, 2003; Weisz y Kazdin, 2010), sobre todo en contextos escolares. El nivel de multiculturalismo abordado por la terapia de juego es otra fortaleza que se puede atribuir a una gran cantidad de estudios realizados en escuelas donde históricamente se observan poblaciones de niños con escasos servicios. Aun así, la investigación tiene que ampliarse para explorar la transferibilidad de las intervenciones a más escenarios de práctica.

Más allá de mostrar que la terapia de juego funciona, para quién y en qué condiciones, la siguiente generación de investigadores tendrá el desafío de diseñar estudios para comprender mejor la complejidad del proceso de cambio. Investigar los mediadores y moderadores que afectan la fortaleza del tratamiento y los resultados del niño es crucial para llevar la base de evidencias de las intervenciones al siguiente nivel.



CONCLUSIÓN

Aunque existen limitaciones, hay evidencias considerables de que la terapia de juego es una intervención eficaz con diversas poblaciones de niños de todas las edades. El sustento empírico de su eficacia en diferentes culturas y escenarios de la vida real es una fortaleza particular que apoya la transferibilidad a otros escenarios y poblaciones. Los hallazgos de las investigaciones que se presentan en este capítulo refutan los señalamientos respecto de la falta de evidencia científica sólida de la terapia de juego. Tengo esperanza en que los investigadores y clínicos aceptarán el reto de divulgar ampliamente estos hallazgos entre los interesados y las profesiones de la salud mental con el fin de mejorar el reconocimiento de la terapia de juego como una intervención eficaz y sensible en términos de desarrollo, aplicable a una gran variedad de problemas que impiden el funcionamiento óptimo de los niños.

■ REFERENCIAS

- American Counseling Association. (2014). American Counseling Association code of ethics. Recuperado de: <http://www.counseling.org/docs/ethics/2014-aca-code-of-ethics.pdf>
- Association for Play Therapy. (2014). Play therapy defined. Recuperado de: <http://www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm?ID=1158>
- American Psychological Association. (2010). *American Psychological Association ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Baggerly, J. N., & Bratton, S. C. (2010). Building a firm foundation in play therapy research. *International Journal of Play Therapy: Special Issue on Research*, 19(1), 26–38.
- Baggerly, J. N., & Landreth, G. L. (2001). Training children to help children: A new dimension in play therapy. *Peer Facilitator Quarterly*, 18(1), 6–14.
- Baggerly, J. N., Ray, D., & Bratton, S. (2010). *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Blanco, P. J., & Ray, D. (2011). Play therapy in the schools: A best practice for improving academic achievement. *Journal of Counseling and Development*, 89, 235–242.
- Bratton, S. C. (2010). Meeting the early mental health needs of children through school based play therapy: A review of outcome research. En A. A. Drewes & C. E. Schaefer (Eds.), *School based play therapy* (2nd ed., pp. 17–58). New York, NY: Wiley.
- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., & Jones, L. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22(1), 28–42.
- Bratton, S. C., Landreth, G. L., Kellam, T., & Blackard, S. (2006). *Child-parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Bratton, S. C., Landreth, G. L., & Lin, D. (2010). Child parent relationship therapy (CPRT): A review of controlled outcome research. In J. N. Baggerly, D. Ray, & S. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice*. (pp. 267-294). New York, NY: JohnWiley & Sons.
- Bratton, S. C., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 47–88.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390.
- Carnes-Holt, K., & Bratton, S. C. (2014). The efficacy of child parent relationship therapy for adopted children with attachment disruptions. *Journal for Counseling and Development*, 92(3), 328–337.
- Ceballos, P. L., & Bratton, S. C. (2010). Empowering Latino families: Effects of a culturally-responsive intervention for low-income immigrant Latino parents on children's behaviors and parental stress. *Psychology in the Schools*, 47(8), 761–775.
- Center for Play Therapy (CPT). (2014). Play therapy and play-based intervention research database. Recuperado de: <http://cpt.unt.edu/researchpublications/play-therapy-research/>
- Centers for Disease Control. (2013). Children's mental health—New report. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/Features/childrensmentalhealth/>
- Chorpita, B, Daleiden, E., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K., Nakamura, B., ...Starace, N. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18(2), 154–172.
- Danger, S., & Landreth, G. L. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 81–102.
- Eyberg, S. M., Nelson, M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence based psychological treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 215–237.
- Fall, M., Navelski, L., & Welch, K. (2002). Outcomes of a play intervention for children identified for special education services. *International Journal of Play Therapy*, 11(2), 91–106.

- Flahive, M., & Ray, D. (2007). Effects of group sandtray therapy with preadolescents. *Journal for Specialists in GroupWork*, 32(4), 362–382.
- Garza, Y., & Bratton, S. C. (2005). School-based child-centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 51–79.
- Guernsey, L. (1983). Client-centered (nondirective) play therapy. En C. Schaefer & K. J. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 21–64). New York, NY:Wiley.
- Jones, E., & Landreth, G. L. (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. C. (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.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 42–59) New York, NY: Guilford Press.
- Kottman, T. (2009). *Treatment manual for Adlerian play therapy*. Unpublished manuscript.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child-parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York, NY: Routledge.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly*, 14(2), 149–163.
- Lee, M., & Landreth G. L. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 67–85.
- Lieberman, A., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241–1248.
- Lin, Y., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analysis of child-centered play therapy outcome research. *Journal for Counseling and Development*, 93(1), 45-58.
- Meany-Walen, K., Bratton, S. C., & Kottman, T. (2014). Effects of Adlerian play therapy on reducing students' disruptive behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 92(1), 47–56.
- Mental Health America. (2013). Recognizing mental health problems in children. Recuperado de: <http://www.mentalhealthamerica.net/farcry/go/information/get-info/children-s-mental-health/recognizing-mental-health-problems-in-children>
- Morrison, M., & Bratton, S. C. (2010). Preliminary investigation of an early mental health intervention for Head Start programs: Effects of child teacher relationship therapy (CTRT) on children's behavior problems. *Psychology in the Schools*, 47(10), 1003–1017.
- Naderi, F., Heidarie, L., Bouron, L., & Asgari, P. (2010). The efficacy of play therapy on ADHD, anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of Ahwaz Metropolitan Counseling Clinics. *Journal of Applied Sciences*, 10, 189–195.
- Nathan, E., & Gorman J. M. (2007). *A guide to treatments that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- National Association of SocialWorkers. (2008). *Code of ethics of the National Association of SocialWorkers*. Recuperado de: <https://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>
- National Center for Children in Poverty. (2014). *Children's mental health*. Recuperado de: http://nccp.org/publications/pub_929.html
- National Center for Education Evaluation. (2014). *What works clearinghouse*. Recuperado de: <http://ies.ed.gov/ncee/wwc/>
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). *Evidence-based outcome research*. New York, NY: Oxford Press.
- O'Connor, K. J., & Schaefer, C. E. (1994). *Handbook of play therapy: Advances and innovations* (Vol. 2). New York, NY: Wiley.
- O'Connor, K. J., & Braverman, L. D. (Eds.). (2009). *Play therapy theory and practice: Comparing theories and techniques* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ojiambo, D., & Bratton, S. C. (2014). Effects of group activity play therapy on problem behaviors of preadolescent Ugandan orphans. *Journal of Counseling and Development*, 92(3), 355–365.

- Packman, J., & Bratton, S. C. (2003). A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled pre-adolescents exhibiting behavior problems. *International Journal of Play Therapy, 12*(2), 7–29.
- Phillips, R. D. (2009). How firm is our foundation? Current play therapy research. *International Journal of Play Therapy, 19*, 13-25.
- President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). Achieving the promise: Transforming mental health care in America final report (DHHS Publication N. SMA-03-3832). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Ray, D. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge and skills for child practice*. New York, NY: Routledge.
- Ray, D. (2007). Two counseling interventions to reduce teacher-child relationship stress. *Professional School Counseling, 10*(4), 428-440.
- Ray, D., Armstrong, S., Balkin, R., & Jayne, K. (2015). Child centered play therapy in the schools: Review and meta-analysis. *Psychology in the Schools, 52*(2), 107–123.
- Ray, D., Blanco, P. J., Sullivan, J., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy, 18*, 162–175.
- Ray, D., & Bratton, S. C. (2010). What the research shows about play therapy: 21st century update. En J. Baggerly, D. Ray, & S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence-base for effective practice*. New York, NY: Wiley.
- Ray, D., Schottelkorb, A., & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy, 16*(2), 95–111.
- Ray, D., Stulmaker, H., Lee, K., & Silverman, W. (2013). Child-centered play therapy and impairment: Exploring relationships and constructs. *International Journal of Play Therapy, 22*(1), 13–27.
- Reddy, L., Files-Hall, T., & Schaefer, C. E. (2005). *Empirically based play intervention program*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Reddy, L., Files-Hall, T., & Schaefer, C. E. (2015). *Empirically based play intervention program* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rubin, A. (2008). *Practitioner's guide to using research for evidence-based practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Russ, S., & Niec, L. (2011). *Play in clinical practice: Evidence-based approaches*. New York, NY: Guilford Press.
- Schaefer, C. E. (2011). *Foundations of play therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Schaefer, C. E., & O'Connor, K. J. (1983). *Handbook of play therapy*. New York, NY: Wiley.
- Schottelkorb, A., Doumas, D., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy, 21*(2), 57–73.
- Schumann, B. (2010). Effectiveness of child centered play therapy for children referred for aggression in elementary school. En J. Baggerly, D. Ray, & S. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice* (pp.193–208). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sheely-Moore, A., & Bratton, S. (2010). A strengths-based parenting intervention with low income African American families. *Professional School Counseling, 13*(3), 175–183.
- Shen, Y. (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.
- Shen, Y. (2007). Developmental model using gestalt-play versus cognitive-verbal group with Chinese adolescents: Effects on strengths and adjustment enhancement. *Journal for Specialists in Group Work, 32*(3), 285–305.
- Silverman, W. K., & Hinshaw, S. P. (2008). The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 1–7.
- Smith, D., & Landreth, G. L. (2004). Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Play Therapy, 13*(1), 13–33.
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. (2014). Effective child therapy. Recuperado de: <http://www.effectivechildtherapy.com/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *National registry of evidence-based programs and practices*. Recuperado de: <http://www.nrepp.samhsa.gov/>

- U.S. Public Health Service. (2000). *Report of the surgeon general's conference on children's mental health: A national action agenda*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- VanFleet, R. (1994). Filial therapy for adoptive children and parents. en K. O'Connor & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy* (Vol. 2, pp. 371–386). New York, NY: Wiley.
- Webster-Stratton, C., Reid, M., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105–124.
- Weisz, J., & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Yuen, T. C., Landreth, G. L., & Baggerly, J. N. (2002). Filial therapy with immigrant Chinese parents in Canada. *International Journal of Play Therapy*, 11(2), 63–90.

NOTA

¹ Theraplay es la marca registrada del servicio de The Theraplay Institute, Evanston, IL.

Índice

Prefacio	21
Acerca de los autores	24
Colaboradores	26
Parte 1. Introducción	32
Capítulo 1. Introducción al campo de la terapia de juego	34
Desafíos para la psicoterapia y la terapia de juego	37
Surgimiento del campo de la terapia de juego	38
Avance hacia el futuro de la práctica e investigación en la terapia de juego	45
Referencias	50
Capítulo 2. Historia de la terapia de juego	54
Historia preliminar el camino a la terapia de juego	56
Expansión de los modelos de terapia de juego	71
Conclusión	75
Referencias	76
Capítulo 3. Poderes terapéuticos del juego	81
Factores terapéuticos	83
Antecedentes históricos	84
Poderes terapéuticos del juego	85
Modelos transteóricos de la terapia de juego	86
Principales poderes terapéuticos del juego	88
Perspectivas futuras	113
Conclusión	114
Referencias	115
Parte 2. Teorías esenciales	121
Capítulo 4. Terapia de juego psicoanalítica y jungiana	123
Teoría	125
Investigación	140
Procedimiento/técnica	143
Comentarios finales sobre el caso	159
Conclusión	160
Referencias	162
Capítulo 5. Terapia de juego centrada en el niño	167
Teoría	169

Procedimiento	172
Investigación	196
Conclusión	198
Referencias	199
Capítulo 6. Terapia de juego cognitivo-conductual	202
Teoría	204
Procedimiento y técnica	205
Investigación	217
Conclusión	219
Apéndice: materiales de juego	220
Referencias	221
Capítulo 7. Terapia filial	225
Teoría	227
Sustento empírico de la terapia filial	231
Procedimiento	242
Ejemplo de caso	256
Referencias	263
Capítulo 8. Theraplay®: Creación de relaciones de apego seguras y felices	267
Teoría	269
Procedimientos y técnicas	281
Resultados de la investigación sobre theraplay	301
Conclusión	303
Referencias	304
Capítulo 9. Terapia de juego ecosistémica	308
Teoría	310
Procedimiento	327
Características del cliente, indicaciones y contraindicaciones	332
Procesos y etapas del tratamiento	337
Ejemplo de un caso complicado	340
Investigación	348
Conclusión	350
Referencias	351
Capítulo 10. Terapia de juego prescriptiva	354
Principios básicos	356
Prácticas medulares	362
Conclusión	368

Conclusión	368
Referencias	369
Parte 3. Técnicas esenciales	374
Capítulo 11. Terapia de juego con arena/arenero	376
Teoría	378
Procedimiento	380
Logística	384
Etapas y estrategias del tratamiento	389
Consideraciones neurobiológicas	394
Investigación	396
Referencias	398
Capítulo 12. Metáforas e historias en la terapia de juego	400
Introducción	402
Teoría	404
Investigación	407
Procedimiento/Técnica	408
Conclusión	423
Referencias	424
Capítulo 13. Artes expresivas en la terapia de juego	427
Teoría	429
Investigación	430
Técnica	432
Conclusión	443
Referencias	444
Capítulo 14. El drama en la terapia de juego	445
Justificación teórica	447
Procedimiento y técnicas	453
Etapas del tratamiento	459
Actividades de evaluación	460
Requisitos y características del terapeuta	469
Características del cliente	470
Disposición del cuarto de juego	471
Evaluación previa a la intervención	473
Investigación	474
Conclusión	475

Referencias	476
Capítulo 15. Juegos mesa en la terapia de juego	478
Investigación	480
Teoría	482
Procedimiento/Técnica	484
Áreas de evaluación en la TJJT	487
Conclusión	498
Hoja de trabajo de la TJJT	499
Referencias	500
Parte 4. Aplicaciones en poblaciones especiales	501
Capítulo 16. Terapia de juego a lo largo del ciclo vital: niños, adolescentes y adultos	503
Por qué la terapia de juego es adecuada	505
Teorías más adecuadas para trabajar con distintos grupos de edades	506
Conclusión	522
Referencias	523
Capítulo 17. Terapia de la interacción padres-hijos con niños con trastornos de conducta disruptiva	526
Fundamentos teóricos	529
Modelo para brindar servicios	530
Componentes de la TIPH	532
Implementación exitosa de la TIPH	538
Fundamentos empíricos	540
Conclusión	543
Referencias	544
Capítulo 18. DIR®/Floortime™: Enfoque de desarrollo/relacional de la terapia de juego para el tratamiento de niños con retrasos en el desarrollo, incluyendo el trastorno del espectro autista (TEA) y las dificultades del procesamiento sensorial	547
Población a la que se dirige	549
Por qué el juego es adecuado	550
Teorías idóneas para trabajar con esta población	551
Modelo Floortime	555
Técnicas/Estrategias específicas para el trastorno del espectro autista	566
Evidencias del enfoque DIR/Floortime	574
Discusión: integración integración y aplicación de DIR/Floortime	576

Referencias	578
Capítulo 19. Terapia de juego con niños con problemas de apego	580
Definición de la población	582
Consideraciones especiales	586
Fundamentos teóricos	587
Por qué es adecuada la terapia de juego	589
Estrategias terapéuticas	590
Evidencia empírica	598
Conclusión	599
Referencias	600
Capítulo 20. Terapia de juego con niños con discapacidad	605
Definir la población	607
Modalidades de la terapia de juego	614
Modificaciones al procedimiento	617
Investigación/Evidencia base	626
Conclusión	628
Referencias	629
Capítulo 21. Terapia de juego con sobrevivientes de trauma interpersonal: superar el abuso y el crimen	632
Definición de la población	634
Teorías más aptas para trabajar con esta población	643
Modificaciones al procedimiento	648
Técnicas y estrategias específicas para esta población	650
Investigación/Evidencia	653
Conclusión	656
Referencias	657
Capítulo 22. Terapia de juego con niños que experimentan enfermedad médica y trauma	663
Población	665
Características y necesidades especiales	666
Por qué la terapia de juego es apropiada	667
Teorías más apropiadas para trabajar con esta población	669
Modificaciones al procedimiento	670
Técnicas y estrategias específicas para esta población	678
Investigación empírica	686
Directrices para la investigación futura	688

Conclusión	689
Referencias	690
Capítulo 23. Terapia de juego e intervención en crisis con niños víctimas de desastres	692
Población	694
Por qué la terapia de juego es adecuada	698
Teorías de la terapia de juego	699
Técnicas y estrategias específicas para esta población	708
Investigación/Evidencias	710
Conclusión	711
Referencias	712
Parte 5. Terapia de juego en escenarios no tradicionales	715
Capítulo 24. Terapia de juego en escenarios médicos	717
Definición del escenario	719
Población	724
Orientaciones teóricas más adecuadas para el escenario médico	725
Modificaciones al procedimiento	726
Técnicas y estrategias en escenarios médicos	727
Investigación e intervenciones sobre tratamientos con sustento empírico en escenarios médicos	733
Conclusión	734
Referencias	735
Capítulo 25. Terapia de juego en escuelas	737
¿Por qué usar la terapia de juego en las escuelas?	741
Ostáculos potenciales para implementar la terapia de juego en escuelas	745
Modificaciones al procedimiento	750
Técnicas y estrategias para usar la terapia de juego en las escuelas	758
Investigación/Evidencias	761
Conclusión	762
Referencias	763
Capítulo 26. Terapia de juego y el sistema legal	766
Competencia y consentimientos superposición entre la ética y la ley	769
Registro de la información	772
Abuso infantil y denuncia	774
¿Ser terapeuta o investigador?	775
Qué hacer con las citasiones	777

Testificar en el tribunal	779
Asuntos relacionados con la custodia del niño	781
Ser un abogado defensor	784
Modelo de toma de decisiones éticas y legales	786
Conclusión	788
Referencias	790
Parte 6. Aspectos profesionales	791
Capítulo 27. Ética en terapia de juego	793
Diferencias entre ley y ética	796
Consideraciones legales	797
Dicotomías éticas	799
Modelos de toma de decisiones éticas	802
Disposición y aptitud personal ética	808
Terminología común de la ética en el trabajo con niños	811
Buscar asesoría	814
Ofrecer asesoría	815
Integrar la ética en la práctica cotidiana	817
Referencias	818
Capítulo 28. Establecimiento de límites en terapia de juego	820
Delimitaciones	822
Establecimiento de límites y delimitaciones con niños	823
El cuarto de juego	825
Estrategias para establecer límites	826
Establecimiento de límites en terapia de juego	827
Conclusión	835
Referencias	836
Capítulo 29. Supervisión en terapia de juego	837
Introducción a la supervisión	839
Fundamentos de la supervisión	841
¿Cómo se lleva a cabo la supervisión?	842
Revisión clínica	845
Formatos de supervisión	848
¿Quiénes deben participar en la supervisión en terapia de juego?	851
¿Cómo aprenden los supervisores a supervisar?	854
Supervisión de la supervisión	855

Supervisión lúgica	856
Conclusión	857
Referencias	858
Parte 7. Temas contemporáneos	860
Capítulo 30. Investigación en terapia de juego: temas para el progreso en el siglo XXI	862
Investigación y preguntas sobre la eficacia de la terapia de juego; una amplia red	864
Estado de la investigación sobre la terapia de juego: ¿en la mirada del espectador?	869
¿Hay evidencias que sustenten el uso de la terapia de juego?	870
¿Dónde se encuentra la terapia de juego y como puede seguir avanzando?	881
Conclusión	882
Referencias	883
Capítulo 31. Terapia de juego y neurociencia: el terapeuta con dominio de la neurobiología	888
Neurociencia de crecimiento y desarrollo óptimos	891
Comprender el proceso interpersonal mediante la neurociencia	898
La influencia de la neurociencia en los poderes terapéuticos del juego	903
Futuro de los principios de la neurociencia en la práctica de la terapia de juego	905
Influencias actuales de la neurociencia en los modelos terapéuticos y diagnósticos	906
Aplicación de la investigación neurobiológica de la práctica de la terapia de juego	907
Conclusión	909
Referencias	910
Capítulo 32. Temas de cultura y diversidad en terapia de juego	914
Sensibilidad cultural en los escenarios clínicos: un campo de estudio en evolución	916
Historia del interés en temas culturales en la práctica clínica	917
Temas culturales en terapia de juego	919
Trabajar con niños y sus cuidadores: un contexto sistémico cultural	923
Establecer un consultorio incluyente en términos culturales	925
Cuando los niños presentan actitudes racistas o prejuiciales	926
El futuro de la terapia de juego competente a nivel cultural	930
Conclusión	931

Referencias	932
Capítulo 33. Tecnología en la terapia de juego	934
Consideraciones clínicas	937
Usos y beneficios de la tecnología en el cuarto de juego	944
Futuro de la terapia de juego y la tecnología implicaciones para la investigación	949
Conclusión	954
Referencias	955
Parte 8. Investigación	957
Capítulo 34. Métodos apropiados para el estudio de la terapia de juego	959
Requisitos del investigador en terapia de juego	961
Base de evidencias del tratamiento en salud mental	963
Diseños de investigación cuantitativa	965
Diseños de investigación cualitativa	979
Implicaciones para el clínico y el investigador tradicional	982
Conclusión	984
Referencias	985
Capítulo 35. Sustento empírico de la terapia de juego: fortalezas y limitaciones	987
Panorama histórico	990
Estatus actual de la investigación en terapia de juego	992
Resumen de las fortalezas y limitaciones	1002
Conclusión	1005
Referencias	1006