



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

Facultad de Ciencias Sociales
«Prof. y Dr. Santiago Echevoyén»



MANUAL DE PRÁCTICAS CLÍNICAS niñez y adolescencia

Francisco Gustavo Paniagua Serrano

Autoridades Institucionales

Dra. Cristina Juárez de Amaya
Rectora

PhD. Nuvia Estrada
Vicerrectora de Investigación
y Proyección Social

Dra. Mirna García de González
Vicerrectora Académica

Mtro. Vladimir Cruz
Decano Facultad Ciencias Sociales
«Prof. y Dr. Santiago Echegoyén»

Licda. Jennifer de Pacheco
Coordinadora de Facultad Ciencias Sociales

Dirección de Publicaciones

Mtra. Norma Hernández Escobar
Directora de publicaciones

Licda. Lya Ayala Arteaga
Revisora editorial

Licda. Gabriela Lara Rivas
Diseño editorial

613.043
P192m Paniagua Cerrano, Francisco Gustavo, 1988-
Manual de prácticas clínicas [recurso electrónico] : niñez y
adolescencia / Francisco Gustavo Paniagua Cerrano ; dirección de
publicación Norma Hernández Escobar ; revisión técnica Lya Ayala
Arteaga ; diseño editorial Gabriela Lara Rivas. -- 1ª ed. -- San
Salvador, El Salu. : Universidad Evangélica de El Salvador, 2022.
1 recurso electrónico, <56 p. : il. ; 28 cm.>
Datos electrónicos: <1 archivo, formato pdf, 2.37 mb>. --
<http://dsuees.uees.edu.sv/xalui/>.
ISBN 978-99983-60-01-3 (E-Book, pdf)
1. Psicología clínica infantil-Manuales. 2. Psicología del
adolescente-Manuales. 3. Psicoterapia. I. Título.

BINA/jah

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida por cualquier medio gráfico, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación o por cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información sin el permiso por escrito de la Editorial de la Universidad Evangélica de El Salvador (UEES) excepto en el caso de citas breves en artículos y reseñas críticas.





UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

Facultad de Ciencias Sociales
«Prof. y Dr. Santiago Echevoyén»

Departamento de psicología
Prácticas clínicas I

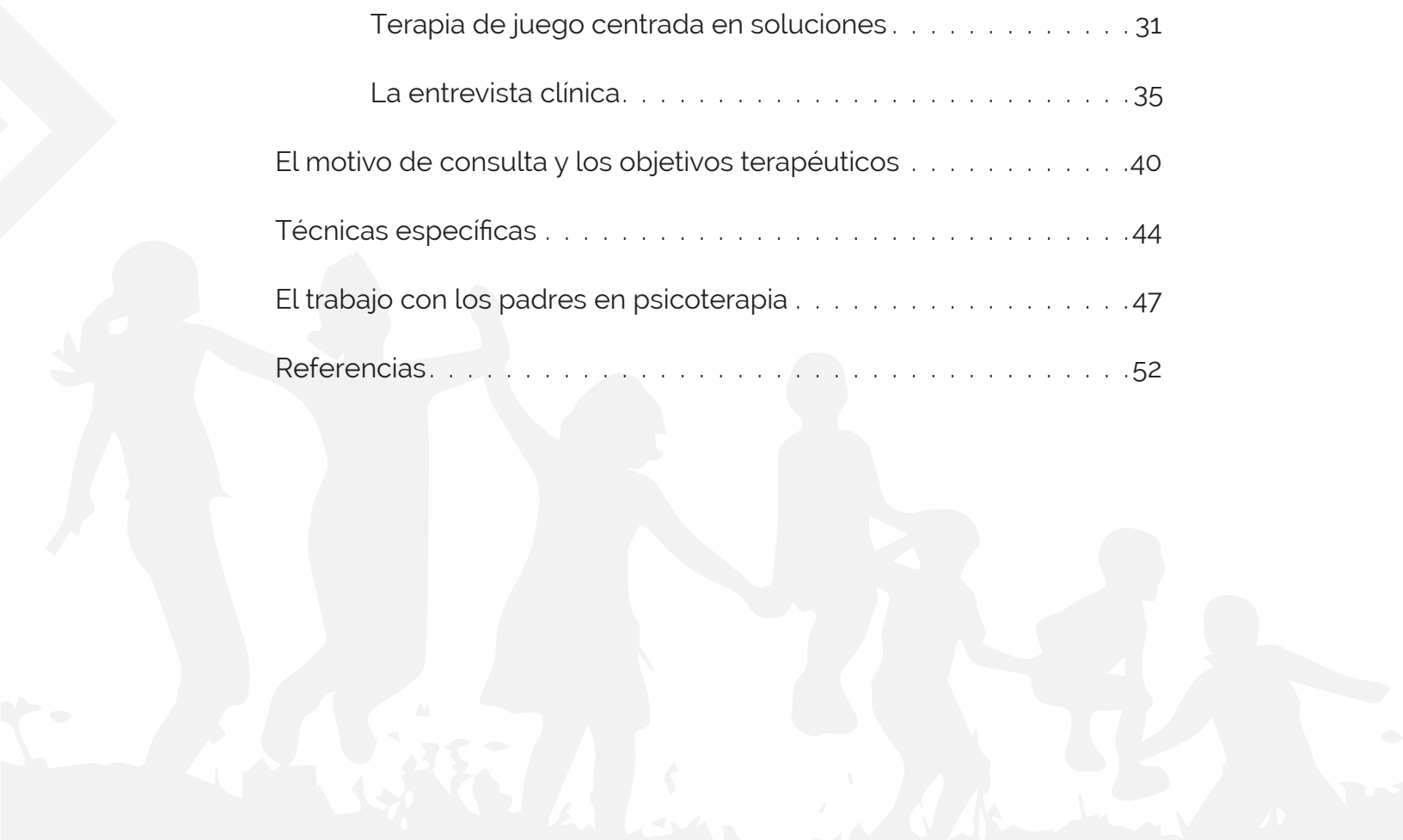


MANUAL DE PRÁCTICAS CLÍNICAS niñez y adolescencia

Francisco Gustavo Paniagua Serrano

ÍNDICE

Objetivos generales	4
Presentación	5
Introducción al tratamiento psicológico en la niñez y adolescencia	7
Generalidades del tratamiento individual	12
Características psicológicas de la infancia y adolescencia	18
Fundamentos de terapia de juego	25
Principales enfoques terapéuticos	26
Terapia de juego cognitivo-conductual	26
Terapia de juego centrada en el niño	28
Terapia de juego sistémica	30
Terapia de juego centrada en soluciones	31
La entrevista clínica.	35
El motivo de consulta y los objetivos terapéuticos	40
Técnicas específicas	44
El trabajo con los padres en psicoterapia	47
Referencias.	52



Objetivos generales



- » Presentar los fundamentos teóricos de la intervención con la niñez y adolescencia.
- » Presentar los fundamentos de la terapia de juego y sus principales modelos de aplicación.
- » Introducir diferentes técnicas de intervención específicas que pueden ser aplicada en la terapia con niños y adolescentes.
- » Señalar la importancia del trabajo con los padres, en el marco de la psicoterapia infantil y adolescente, y sus principales estrategias de intervención.



Presentación



La importancia de elaboración de este manual es estandarizar la forma de intervención en la atención clínica a niños y adolescentes que se realiza en la Universidad Evangélica, así como servir de instrumento guía para la formación de los estudiantes en técnicas terapéuticas eficaces y respaldadas por la investigación científica actual en psicología clínica.

Específicamente, los estudiantes aprenderán los principios básicos de la terapia de juego, modalidad que se utiliza por excelencia con el trabajo con niñez y adolescencia, debido a que es a través del juego que los niños y adolescentes pueden expresar y elaborar de mejor manera las situaciones que le crean conflicto, por sobre la actividad verbal, que es más adecuada para el trabajo con adultos.

En esta línea, los estudiantes revisarán distintos enfoques de terapia de juego, y profundizarán en la aplicación de la terapia de juego cognitivo-conductual, con la finalidad de desarrollar herramientas teóricas y técnicas para formular casos, construir planes de tratamiento y ejecutar intervenciones en la sala clínica.



INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Este capítulo estará orientado a definir el concepto tratamiento psicológico en la niñez y adolescencia, y a brindar nociones generales de lo que ello implica en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes que debe poseer el terapeuta de juego, y los actores involucrados en el proceso de terapia: el paciente, sus padres y el terapeuta.



Tratamiento psicológico en la infancia y adolescencia

El estudio de la salud y de los desequilibrios mentales han sido fenómenos de interés para la psicología desde sus orígenes. Específicamente, el campo de la psicología clínica es el que se encarga de la investigación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. En la actualidad, la rama clínica posee un gran cuerpo de conocimiento teórico y práctico que ha sido desarrollado a lo largo de los casi 200 años de historia que posee la psicología como ciencia.

Es importante destacar que la mayor parte de este conocimiento ha sido adquirido, principalmente, a través del estudio de personas adultas con alteraciones importantes de la salud mental, cualidad por la que la psicología clínica ha sido duramente criticada, considerando que sus bases teóricas parten de una visión pesimista del ser humano, y de una perspectiva patologizante de la experiencia humana. Estas críticas promovieron el surgimiento de nuevas áreas de estudio, como la psicología de la salud y la psicología positiva, que han complementado adecuadamente la visión clínica tradicional y han fomentado una práctica más integral y abarcadora.

»» Bagaje teórico

Se refiere al cúmulo de conocimientos teóricos y técnicos necesarios para atender adecuadamente a los pacientes. Entre estos se pueden mencionar:

- Teorías sobre la personalidad
- Psicología del desarrollo humano
- Psicología del aprendizaje
- Métodos de evaluación psicológica

No obstante, estas herramientas han sido diseñadas para responder a las necesidades específicas de la población adulta y, por algún tiempo, el segmento poblacional infantil y adolescente se mantuvo invisibilizado en cuanto al desarrollo de herramientas y técnicas específicas que respondieran a las particularidades de estas etapas del desarrollo y que dieran una solución eficaz a sus problemáticas.

Es en este contexto donde surge el tratamiento psicológico en la infancia y adolescencia, como la división de la psicología clínica encargada de investigar y desarrollar los instrumentos y técnicas para diagnosticar, evaluar e intervenir eficazmente en los problemas de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

En esta línea, el psicólogo clínico es el encargado de llevar a cabo esta empresa, y para que tenga éxito, se deben considerar tres factores fundamentales:

- » El bagaje teórico
- » El conocimiento del cliente/paciente
- » El terapeuta

- Psicología de la conducta anormal y psicopatología
- Psicología familiar
- Técnicas y estrategias de terapia de juego
- Un enfoque terapéutico que provea respaldo teórico para elaborar planes de tratamiento.

»» Conocimiento del cliente/paciente

El proceso de recopilar información sobre la persona que se está atendiendo para conocer su personalidad, contexto, situación problemática, relaciones inter-personales y dimensiones personales en orden a estructurar el caso clínico se le denomina investigación clínica.

Esta actividad es un pilar fundamental del proceso terapéutico ya que para poder construir planes de tratamiento que favorezcan la resolución de las problemáticas del cliente es necesario un conocimiento profundo y holístico de la situación vital de la persona. De otra forma, se corre el riesgo de caer en intervenciones vagas, sin objetivos claros, irrelevantes para facilitar el crecimiento del paciente en la dirección que este lo desea o, en última instancia, iatrogénicas.

Si bien esta investigación se orienta, evidentemente, al conocimiento de hechos de la vida del paciente, el énfasis debe ponerse en el descubrimiento de los procesos que subyacen a su particular forma de entender, desenvolverse e interactuar con su realidad.

»» El terapeuta

El adecuado conocimiento de los factores mencionados anteriormente depende en buena medida de la actitud clínica del terapeuta. Se entiende como la disposición de poner al servicio de otras personas los conocimientos teóricos y los generados por la investigación clínica, combinado con el interés y esfuerzo por poder entenderlas y favorecer el logro de su bienestar.

Una actitud clínica pobremente desarrollada condena, casi en su totalidad, al fracaso de todo el proceso terapéutico. Esto nos indica que, para ser un terapeuta exitoso, no se necesita únicamente del manejo eficaz de los conocimientos teóricos, sino que también

De forma general, los procesos que deben explorarse, como mínimo, son los siguientes:

- Cómo ha llegado la persona a ser quien es
- Cómo ha construido su particular forma de entender el mundo
- Qué es lo que quiere modificar asistiendo a terapia (y para qué quiere hacerlo).
- Qué le ha impedido alcanzar esas modificaciones
- Cuáles son sus patrones de comportamiento
- Cómo se han configurado dichos patrones
- Cuáles son las cogniciones que determinan su manera de ver el mundo
- Cómo maneja las experiencias emocionales

se deben desarrollar las habilidades y las actitudes necesarias para llevar con éxito la empresa terapéutica.

Más allá de las habilidades técnicas propias de cada enfoque terapéutico, el profesional de la psicología clínica debe cultivar sus habilidades interpersonales, pues estas son fundamentales para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, que es uno de los factores clave para el cambio en psicoterapia.

Además, la relación terapéutica depende de tres actitudes básicas por parte del terapeuta: empatía, que implica la capacidad de entender

y solidarizarse con la perspectiva de la otra persona, sus pensamientos y emociones; la autenticidad, entendida como la proyección de un interés genuino por el cliente y sus problemáticas; y la aceptación incondicional, que implica validar la experiencia cognitiva y emocional del paciente, independientemente de su naturaleza.

Ciertamente, el entrenamiento de estas habilidades y actitudes requiere de un gran trabajo de crecimiento personal y el desarrollo de ciertas cualidades, entre las que se pueden destacar:

- La aceptación del «acting out» y las experiencias emocionales de los pacientes.
- Adaptación a los ritmos del niño.
- Reconciliación con el propio niño interior y las situaciones dolorosas en la infancia.
- Evitar la identificación con el niño y la utilización del juego para satisfacer las propias necesidades conscientes/inconscientes.
- Manejo efectivo de las reacciones emocionales que provoca el niño.

Finalmente, el trabajo clínico es un proceso de aprendizaje constante, pues la pericia técnica, los pacientes y el mismo terapeuta son factores en constante cambio, por lo que el profesional debe adoptar una actitud de “estudiante eterno”, y estar en constante actualización, y buscar permanentemente opciones de formación profesional formal o autodidacta.

También, es necesario desarrollar una actitud de humildad y reconocer que muchos casos pueden sobrepasar las competencias individuales, por lo que la

búsqueda de espacios de supervisión de casos y la adquisición de los servicios de un supervisor calificado resultan hábitos muy enriquecedores para la práctica profesional.

¿Con quién vamos a trabajar?

En el proceso de intervención en la infancia y adolescencia, podemos identificar tres actores principales:

En primer lugar, el niño o adolescente, que es nuestro cliente primario, que presenta una problemática específica, identificada o atribuida y con quien emprenderemos un camino de crecimiento y búsqueda de bienestar a través de las interacciones terapéuticas.

En segundo lugar, los padres de familia, ya que ellos generalmente son los actores que solicitan en primera instancia la asistencia psicológica y buscan la transformación del niño o adolescente en función de unos objetivos específicos y una concepción particular de ver el mundo.

En tercer lugar, con nosotros mismos, pues el terapeuta es un ser humano que no está exento de experimentar los fenómenos que estudia, y es susceptible de vivir diversas reacciones emocionales en el contexto de la terapia, por lo que el trabajo interior se vuelve necesario para que las propias experiencias y situaciones dolorosas vividas no interfieran con el proceso terapéutico del paciente.

Tomando en cuenta los aspectos mencionados en los párrafos anteriores, el objetivo del presente manual y de la asignatura para la cual ha sido diseñado es facilitar el aprendizaje de la realización de un proceso terapéutico con un niño o adolescente bajo una línea terapéutica definida.

Ejercicio inicial de auto-reflexión

Como hemos revisado, el trabajo clínico requiere de mucha reflexión e introspección por parte del terapeuta. A continuación, se presentan una serie de preguntas que ayudarán a descubrir las propias posturas y expectativas respecto a la psicoterapia y a la experiencia que está a punto de atravesar:

- ¿Qué es lo que pienso sobre el trabajo del psicólogo clínico?
- ¿Tengo interés en ser psicólogo clínico? Sí, No, ¿Por qué?
- ¿Cuáles son mis expectativas al cursar esta asignatura?
- ¿Cómo valoro mi nivel actual de: conocimientos teóricos, habilidades, actitudes, conocimiento de mí mismo?
- ¿Cuáles son mis temores y fantasías del trabajo que estoy por iniciar?
- ¿Cómo me hace sentir el saber que trabajaré con un niño y/o adolescente?



GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO INDIVIDUAL

En este apartado se abordarán los aspectos generales del proceso de terapia, se explicarán las características particulares del trabajo terapéutico con niños y las razones teóricas que justifican el desarrollo de estos abordajes. De igual manera, se explicará de forma general las etapas que constituyen el proceso de terapia.



¿Cómo abordamos las problemáticas de salud mental en la infancia?

La psicoterapia en la infancia y adolescencia es un campo de trabajo amplio que puede desarrollarse desde diferentes perspectivas terapéuticas:

Una primera forma de generar cambios en el comportamiento infantil es la utilización de principios de modificación de conducta. Esto implica el manejo de los contextos y los estímulos ambientales por parte de un agente externo para generar ciertas conductas deseadas en los infantes y adolescentes. Esta forma de intervención puede implementarse tanto por terapeutas como por maestros, padres de familia u otros actores, siempre que posean conocimientos generales de las teorías conductistas, principalmente, del condicionamiento clásico y condicionamiento operante.

Otra forma de abordar las problemáticas de niños y adolescentes es el tratamiento farmacológico. Evidentemente, es una forma de intervención implementada desde la medicina, específicamente la psiquiatría infantil e implica la utilización de psicofármacos orientados a modificar el funcionamiento del sistema nervioso y, en consecuencia, las conductas problemáticas.

Si bien los psicólogos no podemos administrar medicamentos, el terapeuta infantil debe, necesariamente, tener nociones básicas de psicofarmacología que le permitan orientar de forma eficaz sus decisiones clínicas, en lo que respecta a sugerir este tipo de tratamiento cuando se considere pertinente, y apoyar al paciente en su consumo en el contexto de la psicoterapia.

Como sabemos, todo cambio conductual implica un cambio en las funciones neuronales, por lo que resulta lógica la utilización de psicofármacos como una alternativa para modificar el comportamiento problemático,

sin embargo, su uso no ha quedado exento de debate. Entre los aspectos sobre los que vale la pena reflexionar podemos mencionar, por ejemplo, los efectos que estas sustancias tienen en el sistema nervioso en desarrollo, el «timing» o momento en que es adecuada su utilización, su efectividad a largo plazo para resolver los desequilibrios conductuales, entre otros.

Una tercera forma de dar tratamiento a los problemas psicológicos en la infancia y adolescencia es la terapia familiar. Esta tiene sus orígenes teóricos en el enfoque sistémico que supone que los grupos humanos conforman sistemas en los que cada uno de sus elementos se influyen entre sí, por lo que un cambio en uno de estos elementos, en este caso, los miembros de la familia, implicaría una modificación en el sistema general.

Tomando en cuenta que los niños y adolescentes no poseen total autonomía y dependen de su núcleo familiar, muchas de sus dificultades no tienen su origen en el individuo per se, sino que en los conflictos, vulnerabilidades o variables nocivas que puedan encontrarse en el entorno.

Finalmente, una cuarta posibilidad de generar el cambio conductual es a través de la psicoterapia individual. En este punto es importante aclarar que la psicoterapia infantil no es equivalente a la psicoterapia en adultos, ya que los niños y adolescentes poseen niveles de desarrollo y características psicosociales distintas a las de la adultez, por lo que el psicoterapeuta se ve en la obligación de atender a estas diferencias y adecuar sus estrategias de intervención a ellas.

En primer lugar, los niños y adolescentes no son, en la mayoría de los casos, quienes solicitan asistencia psicológica, sino que esta

demanda proviene de sus padres, maestros u otros adultos que han identificado una problemática que desea ser modificada. Esto puede llevar al apareamiento de resistencias iniciales ante el proceso terapéutico, pues no tiene una motivación explícita para incorporarse a este, e incluso, es posible que la razón por la que le han llevado a recibir asistencia psicológica no sea percibida como un problema para él.

Relacionado con el punto anterior, la falta de motivación lleva en muchas ocasiones a no tener objetivos claros de lo que se espera de la terapia, o en todo caso, tener objetivos que no tienen nada que ver con los objetivos de aquellos quienes le han llevado. Es tarea del terapeuta descubrir junto al paciente sus intereses y construir de manera conjunta metas que puedan ser alcanzadas en psicoterapia.

En cuanto al desarrollo del lenguaje, los niños y adolescentes manejan una forma de comunicación principalmente no verbal y concreta, por lo que resulta muy difícil

expresar las situaciones que le aquejan de una forma verbal y abstracta, como lo haría un adulto. Por ello, se considera el juego como una herramienta fundamental para el trabajo con niños, pues es una actividad que se responde perfectamente a las necesidades de representación simbólica y manipulación a través de las cuales comunican y elaboran sus problemas.

También, como se mencionó anteriormente, los niños tienen una mayor dependencia de su entorno, lo que hace necesario el involucramiento de sus familiares, mínimamente sus padres o cuidadores, para facilitar el éxito terapéutico. Por último, cabe recordar que los niños y adolescentes aún no han consolidado su identidad y personalidad, por lo que las intervenciones tempranas aumentan la probabilidad de un desarrollo saludable y la construcción de adultos funcionales y resilientes.

En la tabla 1 se resumen las diferencias entre la adultez y la niñez que sustentan la necesidad de una adecuación terapéutica.

Tabla 1.

Diferencias entre niño-adulto y sus implicaciones para la terapia

FACTOR	ADULTO	NIÑO	IMPLICACIONES
Motivación para el tratamiento	Con frecuencia solicita el tratamiento	Es enviado por otras personas	Desarrollo de relación terapéutica
Percepción de objetivos terapéuticos	Objetivos deseables de alcanzar	Aparente ausencia de objetivos	Fomentar el interés por la terapia
Desarrollo del lenguaje	Predominante verbal	Predominante no verbal	Comunicación a través de la representación
Desarrollo cognitivo	Abstracto	Concreto	Necesidad de manipular
Dependencia ambiental	Mayor autonomía	Mayor dependencia	Involucramiento de personas allegadas
Flexibilidad de la personalidad	Personalidad consolidada	Personalidad en construcción	Intervenci

La terapia de juego tiene como propósitos resolver los problemas conductuales motivados de la soledad de asistencia y conseguir que los cambios logrados disminuyan la probabilidad de apareamiento de problemas psicológicos en el futuro. En este sentido, la terapia sostiene una doble postura: una «curativa» en el sentido que se pretende superar dificultades existentes, y otra «preventiva» en la medida que se busca fortalecer al paciente y brindarle herramientas para que enfrente efectivamente las adversidades de la vida.

Ambos objetivos se alcanzarán mediante dos categorías de intervenciones: los llamados «factores generales» que son las características comunes a toda psicoterapia. La más importante es la relación terapéutica, pues la investigación ha demostrado que solo el hecho de establecer una relación basada en el respeto, la calidez y la aceptación incondicional hacia el paciente, donde el terapeuta responde de una manera diferente a como lo hace el resto de personas ante las conductas problemáticas, provee un contexto donde la persona puede vivenciar una «experiencia emocional correctiva»



El proceso de solicitar ayuda

Cuando se presenta una solicitud de asistencia psicológica para un niño o adolescente, hay que tomar en cuenta que ya hay cierto camino recorrido por este y sus padres o cuidadores que vale la pena explorar para conocer el contexto en el que se pide la ayuda.

El punto inicial de toda solicitud de terapia es la identificación por parte de un adulto de cambios conductuales, cognitivos o emocionales en el adolescente que son percibidos como un problema.

En un segundo momento, el adulto generalmente intenta resolver el problema identificado mediante el uso de los conocimientos, estrategias y recursos de

promotora del cambio.

Por otro lado, se encuentran los «factores específicos» que incluyen todas las técnicas y estrategias de intervención propias de los diferentes enfoques y modalidades de terapia. Estos factores están contruidos en base a un modelo teórico específico y la lógica de su aplicación depende de cómo cada teoría entiende que se originan los problemas psicológicos.

Existe un gran debate sobre la eficacia y la validez de las diferentes corrientes para tratar distintos trastornos, y los estudios proveen evidencia diferenciada para cada una de ellas. Resulta de gran importancia conocer el estado actual de la investigación en este tema para que así las decisiones clínicas que se tomen estén sustentadas en la mejor información que se dispone en el momento presente. De esta manera, aseguramos una práctica profesional y científica que aumente la probabilidad de ayudar a los pacientes de la mejor forma posible, a la vez que se disminuye la posibilidad de causar efectos iatrogénicos.

los que dispone gracias a su experiencia, formación o sentido común.

Si estos recursos son ineficaces, se intentará buscar la ayuda externa más inmediata para intentar solucionar la situación. Usualmente, esta búsqueda se traduce en pedir consejo a familiares o amigos que han pasado por dificultades similares, o personas que tradicionalmente tienen la «autoridad» para ayudar, como médicos, pastores, sacerdotes, coaches, entre otros.

Cuando el adulto no ha podido resolver el problema mediante sus recursos personales y externos más inmediatos es que se orienta a buscar ayuda específica de los profesionales

de la psicología. Pero el tiempo transcurrido entre el problema inicial y la llegada al consultorio psicológico es muy variable, pues puede ser de unos cuantos días hasta varias semanas o meses, por lo que la exploración de estos diferentes momentos se vuelve relevante para obtener información de los intentos previos que se han realizado para solucionar la situación, qué desenlaces han tenido, y cómo se puede utilizar esta información para estructurar la psicoterapia.

La primera acción que se realiza propiamente en el proceso terapéutico es la valoración inicial por parte del terapeuta, la cual se realiza a través de tres actividades:

- Una entrevista inicial con los padres o cuidadores, mediante la cual se busca obtener la visión de ellos sobre el problema, así como recabar toda la historia clínica relevante sobre el paciente. En un capítulo posterior de este manual se abordará con más detalle la entrevista con los padres.
- Una entrevista con el niño o adolescente orientada a conocer la perspectiva de este sobre el problema por el que le han llevado a consulta e identificar sus

miedos, preocupaciones, expectativas y metas respecto a su vida y la terapia.

- Una evaluación psicométrica que provea información cuantitativa sobre los síntomas del paciente que complemente los datos cualitativos que se han obtenido a través de las entrevistas.

Una vez se ha realizado la valoración inicial, el terapeuta puede tomar decisiones clínicas fundamentadas respecto a lo que considera será la mejor vía de acción para resolver el problema por el que se consulta. Algunas preguntas orientadoras para este efecto son las siguientes:

- ¿Se necesita una valoración más profunda?
- ¿Quién tiene el problema?
- ¿Es la terapia psicológica la mejor intervención disponible?
- ¿El problema es viable de tratar mediante terapia psicológica?
- ¿Estoy capacitado para intervenir el problema que se me ha expuesto?



Etapas de la psicoterapia

La psicoterapia no es un proceso lineal ni tiene etapas claramente definidas, pues en la práctica el proceso terapéutico implica avances y retrocesos, y las fases se traslapan entre sí. Sin embargo, para efectos didácticos hemos realizado una clasificación que intenta ilustrar los diferentes momentos del proceso y las principales acciones que se realizan dentro de ellos:

Etapas de la psicoterapia

- **Etapas de la psicoterapia**
- Exploración profunda del paciente.
- Establecimiento de la relación terapéutica.
- Estructuración y establecimiento de

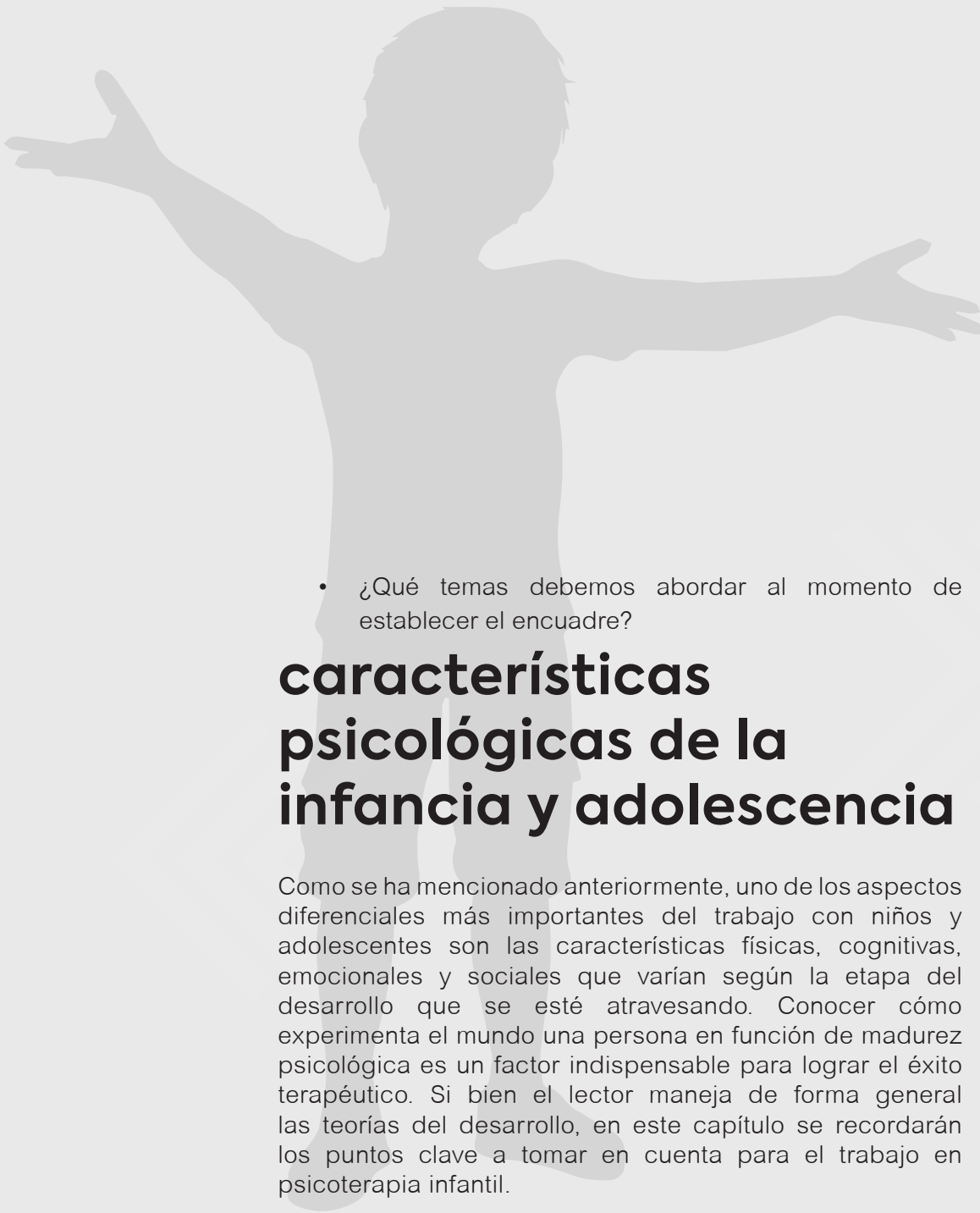
límites (encuadre).

Etapas de la psicoterapia

- Abordaje y solución de conflictos.
- Aplicación de técnicas terapéuticas de intervención.

Etapas de la psicoterapia

- Evaluación para valorar la finalización o continuación del tratamiento.
- Evaluación de situaciones que requieren atención.
- Definición de cómo terminar la terapia.
- Valoración de aspectos e implicaciones post tratamiento.



- ¿Qué temas debemos abordar al momento de establecer el encuadre?

características psicológicas de la infancia y adolescencia

Como se ha mencionado anteriormente, uno de los aspectos diferenciales más importantes del trabajo con niños y adolescentes son las características físicas, cognitivas, emocionales y sociales que varían según la etapa del desarrollo que se esté atravesando. Conocer cómo experimenta el mundo una persona en función de madurez psicológica es un factor indispensable para lograr el éxito terapéutico. Si bien el lector maneja de forma general las teorías del desarrollo, en este capítulo se recordarán los puntos clave a tomar en cuenta para el trabajo en psicoterapia infantil.

Existen múltiples teorías que explican las características particulares durante las diferentes etapas del desarrollo en la infancia y adolescencia. A continuación, se revisarán brevemente las mismas, auxiliándonos de la teoría Piagetiana para dar explicación al desarrollo cognitivo y a la



teoría freudiana para explicar el desarrollo emocional.

Etapa de 0 a 2 años

Esta etapa comprende la etapa sensoriomotriz de Piaget, la cual se caracteriza por una actividad psíquica regida, principalmente, por los procesos perceptivos y de motricidad. Es el momento donde la estimulación externa es fundamental para el desarrollo de las distintas modalidades sensoriales, como la vista, la audición y la kinestesia, sentidos a través de los cuales el infante conoce el mundo que le rodea, a la vez que se empieza a desarrollar la motricidad gruesa. La ejercitación y desarrollo de ambos procesos es imprescindible para el desarrollo posterior de la actividad psíquica más compleja como el lenguaje y pensamiento.

Una de las principales transiciones que se efectúan en esta etapa es el paso del adualismo al dualismo. El primero implica la incapacidad del infante para trazar la frontera entre sí mismo y el mundo externo, lo que trae como consecuencia que el niño conciba a su madre, las personas y demás objetos como parte de su subjetividad.

Sin embargo, alrededor del primer año de vida, el niño desarrolla la capacidad de realizar esta diferenciación para, posteriormente, desarrollar la «permanencia del objeto» que consiste en el darse cuenta de que los objetos del mundo físico continúan existiendo aun cuando no se estén percibiendo directamente a través de los sentidos.

Esta capacidad es la base para el desarrollo posterior del pensamiento abstracto que justamente implica manipular mentalmente objetos de la realidad sin la necesidad que estos estén presentes físicamente.

En el plano emocional, la edad de 0 a 2 años comprende la etapa oral, de acuerdo con la

teoría del desarrollo psicosexual de Freud, en la que el infante obtiene gratificación e interactúa con su mundo a través de la boca.

Como es evidente, en esta fase del desarrollo el niño solo puede utilizar su llanto, balbuceos y gemidos para llamar la atención de los adultos y dar a conocer sus necesidades vitales, puesto que la motricidad y el lenguaje se encuentran todavía pobremente desarrollados. En la medida que sus cuidadores atiendan a sus demandas transmitidas mediante la oralidad, el niño recibirá gratificación, mientras que si estas no son atendidas se experimentará frustración.

Esta es una de las primeras experiencias de ejercicio de poder por parte del infante, por lo que la satisfacción de sus demandas le brindará un sentido básico de seguridad en sí mismo y en el mundo. Es por ello por lo que la etapa oral representa un conflicto simbólico entre la autoestima y la inseguridad. Es importante aclarar que el desarrollo óptimo de la autoestima dependerá de un adecuado equilibrio entre gratificación y frustraciones, ya que un exceso de la primera producirá una visión narcisista del sí mismo («todos están para servirme»), mientras que el exceso de las segundas, provocará un self





es percibido y con una baja seguridad para moverse en su entorno.

Etapa de 2 a 7 años

Esta fase corresponde al desarrollo preoperacional del Piaget, donde el principal hito cognitivo es el desarrollo del lenguaje. Este les permite desarrollar sistemas de representación interna para describir personas, objetos, sentimientos y sucesos.

Aun cuando este nivel de pensamiento es más avanzado que el correspondiente a la etapa sensoriomotriz, todavía es cualitativamente inferior al de los adultos. En este momento del desarrollo, los niños presentan un pensamiento animista, por lo que todos los objetos pueden adquirir vida y ser transformados mediante la imaginación. Así, por ejemplo, un árbol puede convertirse en un «monstruo» a combatir, una escoba puede convertirse en un «caballo» o una piedra en una «pelota de fútbol». Ciertamente esta capacidad de representar simbólicamente es muy importante porque permite representar diferentes tipos de roles, enfrentarse a distintas situaciones y elaborar cognitivamente experiencias vitales. De hecho, esta capacidad es una de las habilidades necesarias para poder llevar a cabo el tipo de terapia que se realiza con niños.

Otra cualidad del pensamiento preoperacional es la precausalidad, es decir, que el niño no analiza la realidad mediante una lógica hipotético-deductiva ni positivista, donde las causas y efectos de las cosas se explican mediante las leyes naturales; por el contrario, la precausalidad abre un mundo amplio de explicaciones mágicas y fantásticas, donde la realidad y la fantasía pueden traslaparse de forma indistinguible.

También, esta fase está impregnada de un pensamiento egocéntrico, donde los niños dan por supuesto que todas las demás personas comparten su perspectiva. En este sentido, al infante se le hace muy difícil

comprender explicaciones que implican adoptar un punto de vista distinto al propio, o entender las experiencias de las demás personas, pues el niño supone que su «realidad» es la misma «realidad» del otro, o en todo caso, que visión del mundo propia es la correcta, mientras que los demás están equivocados.

En lo referente a la dimensión emocional, este período del desarrollo contiene dos etapas de la teoría freudiana: la etapa anal, que se experimenta entre los 2 y los 4 años, y la etapa fálica, propia de los 4 a 6 años.

La etapa anal tiene como punto central de gratificación la región anal, ya que el niño comienza a experimentar el control de sus esfínteres. No obstante, el significado emocional de esta fase no se reduce al aprendizaje de la regulación de las funciones fisiológicas de excreción, sino que, implica un desarrollo de la regulación basada en la interacción social.

Por un lado, el control de los esfínteres conlleva la interiorización de las nociones de aceptación-rechazo en la medida que los padres reaccionan de una u otra forma dependiendo si el niño excretó en los lugares y momentos socialmente aceptados o no. Asimismo, se comienza a construir la regulación de la vergüenza que modulará las acciones hacia el conformismo social que conduce a la aceptación, en vez del antagonismo que lo hace hacia el reproche y rechazo de la sociedad. Por último, estas reglas respecto a lo correcto-incorrecto, proporcionadas por los padres, se interiorizan como una forma primaria de moral y de las aspiraciones sobre cómo debe ser el «yo» ideal.

Luego de la etapa anal, se hace la transición a la etapa fálica. Esta es una de las etapas más famosas de la teoría freudiana, pues es en la que se da el «Complejo de Edipo», que postula que el infante desarrolla una atracción sexual hacia el padre del sexo opuesto y una rivalidad ante el padre del mismo sexo debido a la competencia por el amor del

objeto deseado. La resolución llega cuando se abandona esta lucha y se introyectan las características del padre del mismo sexo. Esta dinámica representa el conflicto entre lo amado y lo prohibido y su resolución permite el apareamiento de dos habilidades sumamente importantes: la tolerancia a la frustración y el principio de realidad. De acuerdo con los autores psicodinámicos, ambos aspectos serán fundamentales para la adaptación y la resolución efectiva de las dificultades que se presenten a lo largo de



Etapa de 7 a 12 años

Este periodo del desarrollo, conocido como «niñez», corresponde a la etapa de operaciones concretas de Piaget. Aquí se comienzan a superar las características preoperacionales, y el niño es capaz, por ejemplo, de entender las perspectivas de los demás y se utiliza un razonamiento más lógico-causal.

Dos de los conceptos más representativos de la operacionalidad concreta son el **principio de conservación**, que consiste en la toma de conciencia que los objetos pueden cambiar de forma y mantener su esencia y propiedades; y el **principio de reversibilidad**, que implica ser consciente de que algunos cambios pueden deshacerse si se revierte una acción anterior.

Aunque los niños reflejan avances importantes en sus capacidades lógicas durante esta etapa, su cognición muestra todavía una limitación importante, ya que está ligada en mayor parte al mundo físico y tangible, por lo que todavía resulta difícil entender dimensiones de la realidad abstractas o hipotéticas.

En el plano emocional, este rango de edad corresponde a la etapa latente de la teoría freudiana, donde no se evidencian mayores

conflictos psicodinámicos como en las etapas anteriores, por lo que se está relativamente libre de tensiones y los niños pueden comenzar a desarrollar sus competencias y relaciones sociales.




Etapa de 12 a 18 años

El periodo de la adolescencia corresponde con el inicio de la etapa de operaciones formales de Piaget, donde emerge el pensamiento abstracto. En este punto, el adolescente ya no necesita apoyarse en el mundo físico para desarrollar su cognición, sino que ya es capaz de representar mentalmente el mundo y manipularlo a través de la actividad psíquica superior. Esto permite el acceso a múltiples habilidades, tales como el pensamiento hipotético, la capacidad de comprensión de conceptos abstractos que difícilmente tienen un correlato físico, la habilidad de proyectar acciones a largo plazo y sus consecuencias, visualizar distintos escenarios futuros en función de distintas líneas de acción, entre otros. Cabe destacar que, si bien todas estas competencias aparecen en la adolescencia, no terminan de consolidarse hasta los 25 años aproximadamente, en la adultez temprana.

En la dimensión emocional, la adolescencia corresponde al inicio de la etapa genital de la teoría freudiana, donde se hace la transición de los procesos primarios de pensamiento (regidos por el principio del placer) a los procesos secundarios (regidos por el principio de realidad).

La tarea más importante de esta etapa es la construcción de la identidad personal. Esto implica la exploración y experimentación de distintos roles y actividades para descubrir la propia vocación; la conformación de opiniones y actitudes sociales; la búsqueda de autonomía e independencia en la toma de decisiones; la experimentación y regulación

- 
- A background illustration in light gray showing the silhouettes of three children playing with a ball. One child on the left is jumping with arms outstretched. A child in the center is looking up at a ball suspended in the air. A child on the right is also jumping with arms raised. The scene is set against a plain white background.
- ¿Qué implicaciones tienen estas características distintivas de los diferentes períodos del desarrollo para la intervención psicoterapéutica con niños y adolescentes?

FUNDAMENTOS DE TERAPIA DE JUEGO

Conceptos básicos

Como se ha podido observar en los capítulos anteriores, los niños y adolescentes tienen características particulares que hacen que la terapia hablada efectiva para el tratamiento de personas adultas no responda a las necesidades de la población menor de edad, y, en consecuencia, no es útil para alcanzar objetivos terapéuticos. Por esta razón, diferentes teóricos hicieron aportes a lo largo del siglo XX para desarrollar técnicas que aprovecharan el juego, una actividad a la que los niños están muy acostumbrados, como una forma de abordar terapéuticamente sus problemáticas.

De acuerdo a la Asociación para la terapia de juego, ésta puede definirse como la utilización del juego de forma sistemática,

bajo un modelo teórico determinado, para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos.

La terapia de juego tiene sus orígenes en el marco del psicoanálisis, cuando Sigmund Freud planteó la idea de su uso terapéutico por primera vez a raíz de su trabajo en el caso del «Pequeño Hans». Freud propuso que el juego permite la expresión libre de las pulsiones, la satisfacción de deseos que solo pueden cumplirse a través de la fantasía, y el dominio de eventos traumáticos. Estas funciones permiten que el niño traiga a la conciencia sus recuerdos reprimidos y pueda manipularlos a través de las representaciones simbólicas creadas en el juego, lo que le da una sensación de poder y control, lo que permite la liberación adecuada de los afectos y la integración de los eventos en el «yo».

Más adelante, Melanie Klein continuó con la idea del uso del juego para fines terapéuticos, y concibió que a través de esta actividad los niños pueden reflejar sus conflictos reprimidos inconscientes, lo que ayudaría al terapeuta a entender mejor sus problemas y necesidades. Además, creía que el juego representaba aquellas situaciones que el niño desea dominar y que el contexto lúdico favorecía ese dominio.

Klein fue pionera en la utilización de juguetes miniatura en la terapia de juego, ya que afirmaba que las miniaturas permitían recrear eventos y situaciones del mundo real que contienen una carga emocional para el niño y que, a través de la manipulación de este mundo recreado, este logra dar solución al conflicto subyacente e integrarlo de manera



Funciones del juego

El juego es una actividad fundamental para el desarrollo infantil, pues cumple diversas funciones para desarrollo cognitivo, afectivo, social y físico de las personas:

sana a su psiquismo. Además, de su aporte teórico y técnico a uso del juego terapéutico desde el enfoque psicodinámico, Klein también sirvió de inspiración para otros autores, como Margaret Lowenfeld, quienes desarrollaron de manera más profunda sus técnicas.

Otra psicoanalista que contribuyó al desarrollo de la terapia de juego fue Anna Freud, quien lo utilizó como una forma de desarrollar una alianza terapéutica fuerte.

Si bien mucho del bagaje teórico de la terapia de juego proviene en sus inicios de la corriente psicoanalítica, muchos autores afines a otras corrientes terapéuticas hicieron múltiples aportes valiosos para constituir este abordaje tal como lo conocemos hoy en día. Uno de estos autores fue Virginia Axline, quien conceptualizó la terapia de juego desde una perspectiva humanista y enfatizó la importancia de la aceptación incondicional, la empatía y el juego no directivo como pilares del cambio terapéutico.

Actualmente, la terapia de juego es un abordaje ampliamente desarrollado y estudiado desde la psicología basada en la evidencia y, prácticamente, todas las grandes corrientes psicológicas que poseen modelos terapéuticos para el tratamiento de problemas de la población adulta han adaptado sus técnicas y abordajes al formato de terapia de juego para su aplicación con niños y adolescentes.

- Es una forma de comunicación que se adapta a las características infantiles donde impera el pensamiento concreto y el lenguaje no verbal.
- Facilita la regulación emocional en la

medida que el juego favorece el entrar en contacto con diferentes sentimientos y afectos.

- Mejora las relaciones interpersonales, ya que permite la interacción, la negociación, el trabajo en equipo y la empatía.
- Es una forma de manejar el estrés, pues permite a los infantes tener el control de las situaciones y manipularlas de acuerdo a sus necesidades.
- Fortalece el propio «yo», pues el juego permite ejercitar diferentes habilidades y recursos personales.
- Es un entrenamiento para la vida, ya que permite la exploración de diferentes roles y situaciones que se vivirán en el mundo real más tarde en el ciclo vital.
- Es una experiencia autorrealizadora, ya que favorece la satisfacción y plenitud personal.

Es a partir de estas funciones que el juego puede ser curativo, en la medida que sus beneficios naturales pueden ser manipulados sistemáticamente por el terapeuta para lograr ciertos objetivos en base a las necesidades específicas que requiere el paciente para superar la problemática que le aqueja. Sin ser exhaustivos, a continuación se mencionan algunos ejemplos de este proceso:

El juego puede ser una actividad a través de la cual el terapeuta enseña de forma directa o indirecta nuevas conductas, más funcionales o más eficientes para afrontar las situaciones que le están generando problemas al paciente.

También, las actividades lúdicas promueven la abreacción, es decir, la liberación de tensión emocional mediante la representación de conflictos abstractos en escenarios

concretos y su manipulación.

Desde un punto de vista muy conductual, el juego es un contexto que favorece la extinción de asociaciones negativas entre pensamientos, afectos y conductas, ya que el afecto positivo inherente a éste es incompatible con las emociones negativas asociadas a ciertas situaciones, por lo que la exposición repetida a ellas en el contexto de juego fomenta el descondicionamiento y la sustitución por procesos más funcionales.

Muy relacionado con el punto anterior, jugar promueve el afecto positivo y cambios de perspectiva en la manera que se interpretan las situaciones, como por ejemplo, entenderlas desde una óptica más optimista, agregando humor, identificando nuevos recursos o aspectos positivos, entre otros.

De igual manera, la capacidad de utilizar la fantasía y la imaginación permite a los infantes desarrollar escenarios hipotéticos donde, sin las barreras que impone el mundo real, pueden liberar su creatividad, concebir nuevas formas de entender sus preocupaciones y nuevas formas de abordarlas.

La sala de juegos es un entorno seguro, en ese sentido, es un espacio donde se pueden representar las situaciones del mundo real que generan miedo o preocupación sin sentir la inseguridad del contexto exterior, por lo que puede servir como un ambiente de entrenamiento donde se ensayan las conductas que permitirán afrontar adecuadamente los eventos reales.

Finalmente, el juego permite canalizar los impulsos y emociones de una forma constructiva y socialmente aceptada, pues en última instancia, es importante recordar que todos los afectos, agradables y desagradables, son adaptativos y tienen



ción psicológica, por lo que la personalidad no recae tanto en su

El cuarto de juegos

Para que el juego pueda ser utilizado de forma curativa por parte del terapeuta es necesario cumplir con un mínimo de requisitos, en cuanto a espacio y materiales, que faciliten el proceso de terapia. A continuación, se describen las condiciones básicas que deben considerarse a la hora de preparar una sala para terapia de juego:

- Infraestructura: el cuarto de juego debe tener entre 15 a 20 metros cuadrados, debe poseer lavamanos, un cuarto de baño con acceso directo, muebles para niños y adultos, escritorio o mesa y pizarra.
- Material artístico: papel, pintura, colores, plumones, yeso.
- Material de construcción: bloques, plastilina, barro.
- Utensilios/Herramientas: cocina, construcción, armas, cubiertos, instrumentos médicos, teléfonos.
- Muñecos: miembros de familia.
- Miniaturas: animales, medios de trans-

experimentación, más bien, en maneras erróneas de canalizarlos.

porte, soldados, edificios, árboles, etc.

- Libros de cuentos o historias.
- Materiales para descargar emociones (Cojines, Sacos de boxeo)
- Caja de arena.
- Juegos de mesa.
- Títeres diversos.
- Disfraces y elementos que pueden vestirse: cascos, sombreros, joyería, chalecos.
- Pelotas.

En este punto, vale la pena aclarar que los elementos descritos anteriormente constituyen una guía para que el lector se forme una idea de las herramientas necesarias para ejecutar un proceso de terapia de juego. Sin embargo, somos conscientes de que las condiciones contextuales pueden ser diversas, y se deja al criterio del terapeuta realizar las adaptaciones necesarias de acuerdo a las exigencias y recursos disponibles en su entorno de práctica.



Principales enfoques de terapia de juego



Terapia de juego cognitivo-conductual

Los antecedentes cercanos de las terapias cognitivo-conductuales se asientan en el descontento con el enfoque psicodinámico, la limitación del modelo conductual

Estímulo-Respuesta (E-R), la extensión de la psicología clínica en la aplicación de tratamientos psicológicos a problemas cada vez más complejos y una base filosófica en la que se hace una consideración global del ser humano en la que la conducta, sus pensamientos y sentimientos se consideran al mismo nivel.

La terapia de juego cognitivo-conductual se basa en las teorías conductuales y cognitivas del desarrollo emocional y la psicopatología, así como en las intervenciones derivadas de ellas. Las principales raíces teóricas que sirvieron de base para el desarrollo de la terapia de juego cognitivo-conductual se mencionan a continuación:

Por parte de la terapia cognitiva, las principales influencias provienen de Albert Ellis y Aaron Beck. El primero, revolucionó la terapia planteando un cambio en la actitud del terapeuta que, para él, debía ser activa y directiva. Sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas. El segundo, por su parte, desarrolló un modelo cognitivo para explicar el origen de las problemáticas de las personas, destacando el papel que juegan los esquemas disfuncionales y las distorsiones cognitivas en la generación de la sintomatología.

Por parte de la terapia de conducta, se destacan los aportes de Bandura, Meichenbaum y Lazarus. El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática, que se basan en la teoría conductista.

El modelo cognitivo-conductual de los trastornos mentales, expone que las problemáticas surgen a partir de la interacción entre cognición, conducta y fisiología. Este abordaje sostiene que la conducta es mediada por procesos verbales, así mismo la manera en como los individuos interpretan el mundo, la cual va a delimitar la forma en como éstos se comportarán, sentirán y entenderán las situaciones de la vida.

Según el enfoque de la terapia cognitivo

conductual, la problemática en la infancia se debe a la presencia de determinados factores en el ambiente del niño, que refuerzan y mantienen las conductas disfuncionales.

En este sentido, la terapia de juego cognitivo-conductual busca lograr el cambio terapéutico mediante la realización de actividades estructuradas dirigidas a metas específicas, y hace hincapié en la participación activa del niño en la terapia y aborda problemas de control, dominio y responsabilidad para la modificación de la propia conducta. Se ayuda al niño a convertirse en constructor de su propio cambio.

Por ello, el establecimiento de metas es una parte fundamental de la terapia de juego cognitivo-conductual. El terapeuta trabaja con el niño y la familia para establecer objetivos apropiados y ayudar al niño a esforzarse por obtenerlos, además de evaluar de manera continua el avance hacia los mismos.

En la terapia de juego cognitivo-conductual, el terapeuta puede introducir temas y ofrecer orientación a partir del conocimiento obtenido de los padres o maestros y no necesariamente del niño, por ejemplo, recreando en la sesión situaciones problemáticas que reportan los adultos a modo que el niño pueda entrenar su resolución de una manera más efectiva. También, es deseable que se proporcione información a útil a los cuidadores para que puedan incorporar cambios en el entorno que favorezcan la modificación conductual en la dirección deseada.

Finalmente, cabe destacar que la terapia de juego cognitivo conductual utiliza muchas técnicas cognitivas y conductuales que se utilizan en la terapia de adultos, las cuales



deben ser adecuadas en base al nivel de desarrollo y necesidades particulares del paciente.

Terapia de juego centrada en el niño

La terapia centrada en el cliente fue creada por el psicólogo norteamericano Carl Rogers, una de las figuras que se constituye como uno de los principales promotores del enfoque humanista en la psicología, enfoque que plantea que el hombre es un ser esencialmente bueno y que busca su felicidad y su autorrealización.

Se conoce a Carl Rogers como fundador del método centrado en el cliente. A diferencia de Freud, Rogers no se ocupa mucho de las estructuras de la personalidad. No obstante, señala dos entidades: el organismo y el self, donde el primero es el centro de toda experiencia, tanto somática como psicológica, la que se define como todo aquello a lo que responde o reacciona el organismo en cualquier momento; por otro lado, el self es la forma en que la persona ve lo que es como individuo.

La teoría centrada en el cliente postula un sistema motivacional básico: la tendencia inherente del organismo a la autorrealización. Ésta se define como la inclinación del individuo a desarrollar todas sus capacidades en forma que le ayuden a mejorar su crecimiento.

Rogers subraya la idea de que el paciente posee una habilidad inherente para solucionar sus propios problemas, y pensaba que el proceso terapéutico debe tener lugar en un contexto donde el terapeuta muestra tres actitudes esenciales: autenticidad, empatía y aceptación incondicional.

El modelo original de Rogers fue adaptado por Virginia Axline, una estudiante y colega de Rogers, como modelo de terapia de juego centrada en el niño. Este enfoque, al igual que la terapia centrada en el cliente, se basa en un proceso de ser con los niños

en contraposición a un procedimiento de aplicación. Es decir, no es tanto un proceso de reparación como un proceso de llegar a ser, de crecimiento y de desarrollo de las propias potencialidades.

Aunque el nombre de la terapia de juego centrada en el niño obedece a que se basa en la teoría centrada en la persona, la denominación se refiere en esencia al simple hecho de que dicha forma de terapia en realidad gira alrededor de los niños.

El terapeuta de juego no es un director terapéutico que hace diagnósticos, sino un facilitador y un explorador que acompaña al niño en una misión de autodescubrimiento. Por consiguiente, a diferencia de muchas otras aproximaciones, el terapeuta de juego centrado en el niño no dirige su atención al diagnóstico, los síntomas o las técnicas normativas de tratamiento.

En el enfoque de la terapia de juego centrada en el niño se hace hincapié en el infante más que en el problema que presenta. Los terapeutas que se concentran en el diagnóstico y evaluación tienen mayor probabilidad de perder de vista al niño. Los síntomas son importantes, pero el énfasis debe permanecer en el niño. A continuación se enlistan las características esenciales de este modelo:

- * El terapeuta debe crear una relación cálida y amistosa con el niño, debe establecerse el rapport tan pronto como sea posible.
- * El terapeuta acepta al niño tal como es.
- * El terapeuta establece un sentimiento de permisividad dentro de la relación para que el niño se sienta libre de expresar sus

sentimientos por completo.

- * El terapeuta esta alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño y los devuelve de tal manera que le niño obtiene “insight” respecto a su conducta.
- * El terapeuta mantiene un respeto profundo hacia la habilidad del niño para resolver sus problemas si se presenta la oportunidad. Es responsabilidad del niño hacer elecciones e introducir cambios.
- * El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño de ninguna manera. El niño conduce y el terapeuta sigue.
- * El terapeuta no intenta apresurar la terapia. Debe entender que se trata de un proceso gradual.
- * El terapeuta sólo establece las limitaciones necesarias para tener sujeta la terapia a la realidad y para concientizar al niño de su responsabilidad en la relación

El enfoque de terapia centrada en el niño propone que las dificultades infantiles se generan debido a la incongruencia entre la experiencia del niño y su autoconcepto, que se dan en la medida que las experiencias son distorsionadas o negadas, llevando, en consecuencia, a la inadaptación conductual. En este sentido, el juego no directivo provee un espacio adecuado para que se genere el cambio.

Axline enfatiza la importancia de que un niño afirme su valor personal y autorrealización, ya que es una necesidad básica. Ella explica que una persona adaptada no encuentra demasiados obstáculos en su camino ya que ha tenido la oportunidad de ser libre, a comparación de la persona desadaptada que parece que se le niega la oportunidad de realizar las cosas sin que exista una batalla entre el sí mismo y el entorno.

En este sentido, la meta fundamental de la

terapia es que por medio del juego el niño viva experiencias de auto dirección y crecimiento, que pueda ser auténtico y pueda sentir que el ambiente en el que se encuentra es de apoyo incondicional, lo que permite la construcción y toma de control de la propia dirección en la vida.

Para el niño no es fácil expresarse por medio de palabras, por lo que la forma natural de expresarse es por medio del juego, donde se puede reflejar miedo, tristezas, enojo, frustraciones y otras emociones. Al expresar sus sentimientos por medio del juego u otros materiales lúdicos pueden sentirse liberados de restricciones. Es en ese momento cuando interviene el terapeuta, éste se adentra en esas expresiones y puede acceder a los sentimientos del niño, comprendiendo mejor sus pensamientos, necesidades y percepciones del niño.

En la aplicación clínica, el terapeuta no se preocupa por extender un diagnóstico o identificar síndromes o traumas, sino que se centra en la no directividad de las actividades para que el niño naturalmente elabore y se adapte a las problemáticas que le aquejan, a la vez que se promueve el desarrollo personal.

La terapia no-directiva se basa en la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, no sólo la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva, sino también el impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura. También, concibe que el individuo comienza su proceso de cambio gradualmente durante el proceso terapéutico, y la velocidad del cambio va a depender de sus actitudes, pensamientos y sentimientos que favorezcan la introspección, aspecto clave para que la terapia tenga éxito.

Cabe destacar que, aun cuando la terapia de juego centrada en el niño tiene un enfoque no directivo, es necesario el establecimiento de ciertos límites y estructura para que el infante

pueda expresarse libremente, los cuales tienen las siguientes funciones:

- * Definir las fronteras de la relación terapéutica.
- * Proporcionar seguridad y certidumbre para el niño a nivel físico y emocional.
- * Demostrar la intención del terapeuta de brindar seguridad al niño.
- * Sujetar la sesión a la realidad.
- * Permitir al terapeuta mantener una actitud positiva y de aceptación hacia el niño.
- * Permitir que el niño exprese sentimientos negativos sin causar daño y el subsiguiente temor a las represalias.
- * Ofrecer estabilidad y coherencia.

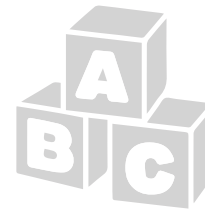
»» **Terapia de juego sistémica**

El paradigma sistémico muestra su foco de atención en la modificación del sujeto a partir de la interacción con “los otros”, por ejemplo el entorno familiar. Este foco resulta ser relacional entre los miembros. De ahí la base en la noción de “sistema”, que proviene de la referencia a un grupo de elementos interconectados que organizan un funcionamiento determinado por reglas.

Un sistema es el conjunto de elementos y sus interrelaciones. La terapia sistémica se enfoca fundamentalmente en la esencia de la terapia familiar. En el transcurso de las sesiones, el terapeuta guía al paciente para reflexionar y explorar el funcionamiento del sistema familiar, detectando los roles de cada miembro y la posición que cada uno representa.

Una vez resuelto el funcionamiento que ha adoptado la familia como un sistema, el individuo podrá determinar qué lugar ocupa en el núcleo familiar y qué consecuencias

- ✎ Promover y mejorar el sentido de responsabilidad y autocontrol del niño.
- ✎ Facilitar la catarsis por medio de canales simbólicos.
- ✎ Proteger el cuarto y los materiales de la terapia de juego.
- ✎ Permitir el mantenimiento de las normas legales, éticas y profesionales.



tiene ello en su persona.

Este modelo terapéutico surge como una forma de trabajo más allá del individuo. Esto es relevante, ya que dentro de la familia se encuentran los otros significativos más importantes en la vida de la mayoría de personas, desde temprana edad hasta la vejez.

Según Salvador Minuchin, uno de los mayores exponentes de la terapia familiar estructural, la familia es un sistema y, de igual forma, se entiende al Sistema Terapéutico, el mismo que se forma por la relación que se establece entre una familia o un individuo o una pareja y el terapeuta. Este sistema es más que la suma de estos dos elementos, por lo tanto, se estructura y funciona de acuerdo a los principios que rigen todos los sistemas humanos, como una totalidad, en el sentido de que lo que sucede a uno de sus miembros afecta al otro.

Minuchin considera que el terapeuta sistémico debe orientar su trabajo a facilitar modificaciones en la estructura familiar o en su funcionamiento para que ésta sea capaz de desarrollar sus tareas con eficiencia y de autorregularse de acuerdo a las exigencias del entorno

La terapia sistémica sostiene que hay cinco axiomas de la comunicación que deben tomarse en cuenta para entender cualquier conflicto dentro de un sistema humano (familias, parejas, grupos):

- **Primer axioma** “No es posible no comunicar”: este es el más conocido, simple y general de los axiomas, que afirma que todas las personas estamos comunicando información en todo momento, independientemente de la intención. Incluso, el hecho de no querer comunicarse es una acción que comunica ciertos significados que son susceptibles de interpretarse.
- **Segundo axioma** “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tal es que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación”: esto supone que en un mensaje podemos encontrar el contenido verbal, explícito, y un contenido implícito emocional que el interlocutor interpreta, lo cual puede generar confusión y ambigüedad si estos no se encuentran en sintonía.
- **Tercer axioma** “La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”: este axioma indica que cada persona interpreta una comunicación desde su propio marco de referencia, fijándose en los elementos que la apoyan

e ignorando aquellos que la contradicen, lo que lleva a que las personas actúen reaccionando o defendiéndose de “lo que le hacen” sin fijarse en su contribución al conflicto.

- **Cuarto axioma** “Los humanos se comunican digital y analógicamente”: Lo digital es el lenguaje verbal, mientras que lo analógico son las señales no verbales. Los seres humanos traducimos constantemente del uno al otro, lo que puede llevar a un incontable número de malentendidos y patologías.
- **Quinto axioma** “los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios”: este último axioma incorpora el tema del poder, entendido como la capacidad de definir la relación como “simétrica”, es decir, basada en la semejanza, o complementaria, basada en la diferencia. La manera en que se defina la relación influirá en la cualidad de las interacciones.

La terapia sistémica ha desarrollado una serie de técnicas para lograr el cambio terapéutico. En nuestro caso, enfatizaremos la importancia del “Genograma”, que es una técnica para conceptualizar visualmente, en términos de los miembros y sus relaciones, a la familia y el sistema más amplio. Se asemeja a un “árbol genealógico” en la medida que representa a la estructura del sistema, pero contiene mucha más información, ya que también incluye representaciones de la cualidad de las relaciones, alianzas o rupturas entre los miembros del sistema y eventos importantes en la vida del mismo. Esta herramienta se utilizará para entender con mayor facilidad los procesos y dinámicas del sistema, así como para identificar aquellos que podrían estar a la base de las problemáticas.



Terapia de juego centrada en soluciones

La terapia breve centrada en soluciones (TBCS) es un enfoque terapéutico derivado

de la terapia sistémica, y fue desarrollado por Steve de Shazer y su esposa, Insoo Kim

Berg en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Estados Unidos. La TBCS es un enfoque que toma como base los recursos que poseen los clientes para ayudarles a alcanzar sus resultados preferidos por medio de la evocación y la co-construcción de soluciones para sus problemas.

En este sentido, es un modelo basado en competencias que minimiza el énfasis brindado a fracasos o problemas pasados, y en su lugar se enfoca en los logros y fortalezas del cliente. Este enfoque va acorde al movimiento de la psicología positiva, el cual se enfoca en el bienestar y funcionamiento de la persona, en lugar de enfocarse en la patología y los déficits de ésta.

El grupo de Milwaukee desarrolló esta terapia gracias al descubrimiento de que los clientes realizaban progresos hablando sobre lo que preferían de su futuro sin analizar sus historias llenas de problemas, de esta manera los clientes se sienten empoderados al describir lo que ellos quieren que pase en su futuro, descubriendo así sus soluciones. Estas soluciones son más que la ausencia de problemas, ya que toman en cuenta muchos aspectos positivos de la vida del cliente.

Por lo tanto, la terapia de juego focalizada en soluciones, que es la aplicación de la TBCS para solucionar las problemáticas de los niños, es un modelo único de terapia de juego, y esto se debe a que el proceso terapéutico es impulsado por la creencia de que los niños saben lo que quieren y necesitan, por lo que el terapeuta siempre está pensando en qué manera llevar la experiencia terapéutica para que así sus clientes puedan empezar a ver por sí mismo sus soluciones y consolidar sus metas.

La clave para solucionar los problemas en la terapia centrada en soluciones es descubrir los talentos y habilidades de los clientes y apreciar la forma en la cual éstos llegaron a desarrollarse. Estas soluciones ya se encuentran presentes en la historia del niño y

la terapia de juego enfocada en la solución ofrece un marco concreto y claro para redescubrir las y reutilizarlas a modo que puedan desarrollarse en su contexto natural.

El marco de referencia que orienta el cambio terapéutico es el establecimiento de metas claras, alcanzables y valiosas para el niño, por lo que el primer paso, y uno de los más fundamentales, es co-construirlas de forma efectiva. En general, las metas propuestas deben cumplir los requisitos bajo los que deben ser formulados los objetivos terapéuticos (Ver capítulo 6).

Una de las técnicas más utilizadas en este enfoque para la formulación de las metas, tanto en niños como en adultos, es la “pregunta del milagro”, la cual consiste en solicitar al cliente que imagine que ha ocurrido un milagro que ha solucionado los problemas que le aquejan, y se pide identificar qué cosas cambiarían en su contexto y en sí mismo que le indicarían que dicho milagro ha ocurrido. Esta técnica busca permitir la visualización de metas valiosas para la persona, así como áreas de trabajo para fomentar el cambio terapéutico.

Otra técnica muy útil es la construcción de “escalas” sobre las metas a alcanzar. Por ejemplo, supóngase que el niño ha planteado su meta como “superar su miedo a la oscuridad”. Entonces, el terapeuta solicita al niño que utilice una escala para identificar el nivel de miedo, donde 1 es “miedo extremo” y 10 es “nada de miedo”, y se pide que se ubique en el número de la escala que refleje de mejor manera su nivel de miedo en la actualidad. Supongamos que el niño se ubica en un nivel de “cinco”, el paso siguiente es preguntar qué necesitaría hacer para subir hasta “seis”, luego hasta “siete”, y así sucesivamente hasta llegar al nivel deseado.

Esta técnica permite desglosar un objetivo grande, como lo es “superar el miedo a la oscuridad”, en pasos más concretos, pequeños y alcanzables, que motivan al cliente a seguir

avanzando en la medida que pequeños triunfos van acercándolo a la meta final.

Las “excepciones” constituyen una tercera herramienta para facilitar el cambio. Éstas son situaciones o eventos en los que no ocurre el problema que ha llevado al niño a terapia. Siguiendo con el ejemplo anterior, una excepción sería aquel momento en el que el niño estuvo en un lugar oscuro sin experimentar temor. La idea es analizar la situación e identificar mínimos detalles que favorecieron a que la excepción ocurriera, a modo que el niño reconozca cierto nivel de control sobre el evento, y los detalles identificados sirvan como estrategias para lograr el cambio terapéutico y que la situación excepcional ya no

sea la excepción, sino que la regla.

Como se puede observar, los clientes no son vistos como disfuncionales, más bien, se les considera expertos en sus propias vidas y que poseen los recursos necesarios para mejorar, y a pesar de que pueden necesitar ayuda en ciertas áreas de sus vidas, esto no quiere decir que no se les puede ayudar. Para la TBCS los problemas surgen cuando la persona ha perdido contacto o nunca ha reconocido sus cualidades y potencial.



Preguntas de reflexión

- ¿Qué acciones terapéuticas podrían ejemplificar la puesta en práctica de los diferentes factores curativos del juego?
- ¿Qué utilidad específica pueden tener los distintos tipos de juguetes que deben incluirse en el cuarto de juegos?
- ¿Qué contextos de la realidad salvadoreña podrían requerir adecuaciones por parte del terapeuta para ejecutar un proceso de este tipo?
- ¿Cómo se pueden integrar las técnicas de los distintos enfoques al tratamiento infantil que toma como base la terapia cognitivo conductual?

LA ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista es una actividad fundamental para el éxito terapéutico. A través de ella se recopilará la información sobre el paciente y la problemática por la que consulta, lo que permitirá realizar la conceptualización teórica del caso, la formulación de objetivos y la estructuración del plan de tratamiento.

En la terapia con niños y adolescentes, en primer lugar es necesario entrevistar a los padres, pues son ellos quienes proporcionarán la mayor parte de la información sobre el paciente y su historia clínica. Paralelamente, es necesario entrevistar al niño o adolescente para conocer su perspectiva sobre el problema y las expectativas respecto a la terapia.

A continuación se presentan directrices básicas de la información a recopilar en ambas entrevistas.



Entrevista con los padres o encargados

»» Motivo de consulta

Queja principal o causa de la referencia:

Quién plantea el problema y de qué forma lo hace. En qué contexto se da el problema. Preocupaciones respecto al problema y sus consecuencias.

Historia del problema: Cuándo apareció el problema. Qué eventos ocurrieron en torno a la aparición del problema. Cuáles es su forma de manifestación (síntomas).

En qué momentos los síntomas agudizan. En qué momentos los síntomas disminuyen o desaparecen. Los síntomas son estables o intermitentes. Qué consecuencias trae el problema al niño/adolescente y su entorno. Cómo se ha tratado de solucionar el problema previamente. Qué tipos de ayuda previa (psicológica, espiritual, educativa, etc.) se ha solicitado y qué resultados han obtenido.

»» Síntomas

Cognitivos	Afectivos	Somáticos	Interpersonales	Conductuales
Olvidos	Ánimo depresivo	Dolor físico	Dificultades para separarse	Berrinches
Pérdida o dificultad para mantener atención	Enojo	Insomnio	Relaciones sociales escasas	Llanto
Alteraciones perceptivas (alucinaciones, ilusiones)	Apatía	Alteraciones digestivas	Aislamiento	Enuresis
Dificultades de movimiento fino o grueso	Ansiedad	Alergias	Relaciones interpersonales conflictivas	Conducta sexual inapropiada
Dificultades de aprendizaje	Labilidad emocional	Alteraciones respiratorias	Dificultad para mantenerse solo	Uso de sustancias psicoactivas
Dificultades de lenguaje (comprensión o expresión)	Pánico-Miedo	Cefaleas	Dificultad para relacionarse con cierto grupo de personas	Autoagresión
Pensamiento errático o divagatorio	Irritabilidad			Sonambulismo
Pesadillas	Cansancio			Desafiante opositorista
Pensamiento obsesivo	Impulsividad			Hiperactividad
Ideación suicida				Conductas inapropiadas para la edad

Otros síntomas: _____

» Historia del paciente

- **Antecedentes del embarazo y parto:** Salud física y situación emocional de la madre durante el embarazo. Alteraciones durante el embarazo. Alteraciones durante el parto.
- **Desarrollo infantil:** Alimentación. Desarrollo motriz (a qué edad caminó). Desarrollo de lenguaje. Control de esfínteres. Patrón de sueño.
- **Salud:** Enfermedades recurrentes o crónicas. Accidentes. Eventos de salud destacables (crisis, hospitalizaciones, etc.). Medicamentos que ha consumido. Antecedentes familiares de condiciones de salud.
- **Hábitos de sueño:** Hora de dormir. Número de horas que duerme al día. Duerme solo o acompañado.

Calidad del sueño (tranquilo, agitado, se despierta constantemente, etc.). Dificultad para dormir o para levantarse.

- **Hábitos de alimentación.**
- **Actividades:** Actividades familiares. Actividades escolares. Hobbies/pasatiempos. Actividad deportiva. Tipo y calidad de juego. Pertenencia a grupos musicales, deportivos, de teatro, etc.
- **Eventos destacables:** Muertes de seres queridos. Cambios de residencia. Divorcio de los padres. Cambios de centro escolar. Indagar edad de ocurrencia de estos eventos y cómo reaccionó el niño/adolescente.

» Relaciones familiares/sociales

- **Núcleo familiar:** miembros que viven en su casa. Características de su núcleo familiar (parentesco, edades, ocupaciones). Con quiénes se lleva mejor. Con quiénes tiene conflictos. Figuras maternas/paternas. Contexto familiar (social, económico, religioso, cultural, etc.).

- Familia extendida.
- Amistades/noviazgos.
- Redes sociales a las que pertenece (escuela, iglesia, comunidad, etc.)
- Otras personas significativas.

» Historia escolar

- Inicio y circunstancias de la actividad escolar.
- Nombre del centro escolar y grado que cursa actualmente.
- ¿Cambios de centro escolar? ¿Razones?
- ¿Ha reprobado algún año académico?
- Rendimiento académico.
- Dificultades académicas.

- Quejas de los maestros.
- ¿Recibe refuerzo escolar de algún tipo (matemática, lenguaje, etc.)?
- Fortalezas del niño/adolescente
- Métodos disciplinarios utilizados en casa
- Expectativas de los padres (qué esperar lograr con la terapia)

» Entrevista con el niño/a o adolescente

La entrevista con el niño o adolescente es ligeramente diferente respecto a la entrevista con los padres, ya que hace mayor uso de la observación y la recopilación de información se circunscribe al motivo de consulta para tratar de comprender cómo es que el paciente está interpretando su situación.

La observación comienza desde el momento mismo en que el niño o adolescente se encuentra en la sala de espera, pues un primer aspecto a evaluar es la forma en que se maneja la separación de sus padres para entrar al salón de juegos.

En estos momentos iniciales también es importante observar cómo el paciente establece el vínculo con el terapeuta, y si se aprecian cambios de comportamiento cuando está a solas con éste en comparación a cuando los padres están presentes. En cuanto a la descripción general del cliente, es importante abordar los siguientes aspectos:

- **Aspecto físico:** vestimenta, postura, expresión facial, actitud, estado de ánimo, actividad motriz.
- **Lenguaje:** forma y cantidad, nivel de lenguaje adecuado para la edad, velocidad del discurso, cualidad (tono sarcástico, humorístico, irónico, relajado, etc.).
- **Percepción:** forma y cualidad de los procesos perceptivos en cuanto deficiencias, excesos, distorsiones, nivel de alerta, falsas percepciones, ilusiones o alucinaciones, alteraciones de la imagen corporal, despersonalización.

- **Funciones cognitivas:** nivel atencional, procesos de memoria, orientación en tiempo y espacio, contenido del pensamiento, velocidad de procesamiento.
- **Procesos afectivos:** intensidad de las experiencias emocionales, afectos predominantes, profundidad de la emoción, capacidad de regulación emocional, deficiencias (afectividad plana, alexitimia), excesos (ira, pánico, depresión, etc.).
- **Conducta social:** interacciones con los adultos, forma de relacionarse con las personas extrañas, relaciones con los coetáneos, nivel de participación en actividades sociales, liderazgo.
- **Motivo de consulta:** en este punto se debe indagar si el paciente sabe por qué le han llevado a la clínica y cómo lo interpreta; el nivel de conciencia sobre la situación problemática; la explicación que le da a las dificultades identificadas; expectativas respecto al problema, el terapeuta y el tratamiento; objetivos que le gustaría alcanzar a través de la terapia y opinión sobre la sesión terapéutica.

En base a la información anterior se puede tener un panorama general sobre el nivel de estabilidad y ajuste personal, autonomía y seguridad, motivación, iniciativa y creatividad, así como la actitud general hacia el tratamiento.

Esta información permitirá establecer una impresión diagnóstica, un pronóstico respecto al nivel de solución que se puede alcanzar a través de la terapia, y la confección del plan de tratamiento para el paciente, y las indicaciones terapéuticas para los padres.

Motivo de consulta y objetivos terapéuticos

Para la conceptualización del caso y la estructuración del plan de tratamiento hay que tomar en cuenta tres conceptos que, si bien están íntimamente relacionados, son diferentes, y es usual que se confundan y se utilicen de manera intercambiable. No estamos refiriendo al motivo de consulta, la demanda terapéutica y los objetivos terapéuticos.

El motivo de consulta hace referencia a las razones por las que la persona está solicitando asistencia psicológica. Tradicionalmente, este concepto posee dos subdivisiones: el **motivo explícito**, que son los síntomas o problemas observables que generan malestar o disfuncionalidad a la persona; y el **motivo subyacente**, que consiste en el proceso patológico que está a la base de la sintomatología. Así, por ejemplo, una persona podría asistir al consultorio quejándose de estar experimentando pesadillas (motivo explícito), las cuales son la manifestación de un trauma generado por un evento adverso (motivo subyacente).



Vale la pena aclarar que el motivo explícito es verbalizado por el paciente o, en este caso, los cuidadores que han identificado los síntomas, mientras que el motivo subyacente debe ser inferido mediante el análisis de la información clínica recopilada a través de la entrevista y la evaluación psicométrica.

El conocimiento sobre el motivo de consulta permite realizar la conceptualización del caso, no obstante, no es suficiente para estructurar el plan de tratamiento, pues éste nos indica el problema pero no nos brinda información sobre la manera en que el paciente quiere manejarlo ni la dirección que desea tomar en su abordaje.

Es en este punto donde se vuelve fundamental explorar la demanda terapéutica. Ésta se refiere a las expectativas que tiene el paciente respecto al proceso terapéutico, qué es lo que espera lograr, para qué le va a ser útil. La gran mayoría de pacientes presenta demandas que no son trabajables en psicoterapia, pues existe actualmente un gran desconocimiento de los temas que son competencia del psicólogo, o muchas veces las personas ayuda partiendo del modelo médico, donde el paciente desempeña un rol pasivo mientras el médico actúa para curar la enfermedad.

En el campo psicológico, si bien la psicoterapia es un área de la salud, se diferencia en gran medida de las formas de intervención de la medicina, porque las intervenciones requieren que el paciente tome un rol activo en su propio proceso, además que el terapeuta no “actúa” sobre el cliente en el marco de una relación vertical, donde el primero es el “experto” y el segundo debe limitarse a seguir consejos; más bien, es una interacción enmarcada en una relación horizontal donde las soluciones son construidas en conjunto.

Estas diferencias tienen como consecuencia que, casi en todos los casos, la demanda original del paciente debe reformularse

de modo que pueda ser trabajable en psicoterapia, en la medida que se refiere a cambios cognitivos, conductuales y emocionales que pueden alcanzarse de forma realista. Por ejemplo, si el paciente propone como demanda “curar su fobia social”, nos enfrentamos a una demanda vaga y no trabajable. En contraste, esa solicitud original puede reformularse a “desarrollar habilidades sociales que faciliten el hablar en público de forma eficaz”, que es una solicitud mucho más concreta, realista y que proporciona una imagen clara sobre hacia dónde debe dirigirse la terapia.

De una demanda correctamente formulada se desprenden los objetivos terapéuticos, que son las metas específicas que deben alcanzarse en orden a conseguir el nivel de desarrollo propuesto que postula la demanda. Los objetivos deben cumplir los siguientes requisitos:

- Deben ser relevantes para los clientes.
- Se deben construir de forma que sean alcanzables de forma realista, de acuerdo a los recursos personales, el contexto del cliente y el tiempo de la psicoterapia.
- Deben ser pequeños y factibles de medir.
- Deben describirse en términos psicológicos, es decir, haciendo referencia a cogniciones, emociones y conductas.
- Deben describirse como “empezar algo” en vez de “terminar algo”.
- Se deben describir como “presencia de algo” en vez de “ausencia de algo”.
- Se deben describir en el contexto interaccional del cliente.

Una demanda formulada adecuadamente y unos objetivos correctamente construidos

con el pilar fundamental del éxito terapéutico, ya que facilitan visibilizar el camino que debe seguir la terapia, ahorran tiempo y recursos, y previenen desvíos del tema central de la terapia, lo que hace el proceso más eficiente.

Cabe destacar que en el trabajo con niños y adolescentes tendremos que tomar en cuenta dos perspectivas diferentes: la del cliente y la de los cuidadores. En este

sentido, habrá dos motivos de consulta y dos demandas que pueden o no coincidir, por lo que es labor del terapeuta analizar ambas perspectivas y reformularlas de tal manera que los objetivos que se planteen en el proceso terapéutico promuevan la síntesis de ambas perspectivas, a modo que el trabajo entre cliente, cuidadores y terapeuta sea sinérgico y en una misma dirección.

TÉCNICAS ESPECÍFICAS

Como hemos mencionado en los capítulos anteriores, la naturaleza de las etapas del desarrollo que son propias de los niños y adolescentes requieren la utilización de técnicas concretas, que faciliten la manipulación y la representación simbólica de los problemas que aquejan a los clientes. De entre la gran gama de técnicas que se aplican en psicoterapia infantil, haremos referencia a tres clasificaciones que se consideran de gran importancia, tanto por su facilidad de aceptación por niños de diferentes edades, como también por lo fácil que les es a los clientes representar sus conflictos a través de ellas.



En primer lugar, se encuentran las técnicas narrativas, que implican la creación de historias o narraciones, reales o fantásticas, a través de la escritura de una autobiografía, cartas, historietas, cuentos, entre otras. La narrativa es un medio flexible y de fácil acceso para tratar aspectos de la experiencia que permite jugar con los personajes, los escenarios, las tramas y los desenlaces.

Los relatos se componen de cadenas de fragmentos modulares que pueden eventualmente descomponerse y reordenarse para generar narrativas diferentes. Esta descomposición y reordenación abre la posibilidad de cambio y el descubrimiento de nuevas alternativas a la hora de representar la realidad

De esta manera, se fomenta la modificación del significado que se otorga a las propias vivencias, y permite la construcción de la identidad.

Un **segundo grupo** de técnicas son aquellas pertenecientes a la categoría artística, las cuales se centran en la manipulación y creación de obras, mediante distintos tipos de materiales, que poseen un significado psicológico para el cliente.

Entre los recursos artísticos más utilizados se pueden mencionar la pintura, dibujo, collage, y escultura en plastilina o barro. Las actividades que implican el uso de estos materiales son muy adecuadas para el trabajo con niños ya que se aprovecha su habilidad intrínseca para manipular y crear a través de medios no verbales. También, es un medio de expresión catártica que facilita la representación simbólica de los conflictos en la medida que el niño disminuye sus mecanismos psicológicos

defensivos al abordar las pro-blemáticas de forma indirecta y no explícita.

Las técnicas artísticas conllevan un trabajo en dos niveles: el primero es el nivel comunicativo-creativo, que consiste en la creación de la obra; y el segundo es el nivel significativo-interpretativo, que radica en la exploración de los significados atribuidos a la creación, su elaboración y reconstrucción.

Ambos niveles operan de manera intercalada, en la medida que las creaciones iniciales de los niños reflejan una forma particular de entender los conflictos que, al ser expresadas e interpretadas junto con el terapeuta, permiten la creación de nuevas obras susceptibles de ser nuevamente analizadas, y así sucesivamente hasta lograr una resignificación congruente con el nivel de cambio terapéutico propuesto.

El **tercer conjunto** de técnicas son las de índole metafórica, entre las que se incluyen los cuentos, las metáforas y los mitos, que constituyen historias especialmente creadas para transmitir un mensaje específico a los interlocutores.

Este grupo de estrategias se basa en el gusto de los niños de escuchar historias fantásticas donde los personajes se enfrentan a diferentes obstáculos y dificultades para conseguir sus metas deseadas.

En este sentido, los cuentos, metáforas y mitos pueden construirse cuidadosamente para que reflejen la problemática que aqueja al niño; los personajes ser confeccionados a modo que éste puede identificarse con ellos; y la trama argumentarse de tal manera que facilite a los niños identificar patrones de solución que puedan interiorizar y aplicar en el mundo real.



El trabajo con los padres en psicoterapia

En el contexto de la terapia con niños y adolescentes, aparte de trabajar con ellos, que son nuestros clientes primarios, no podemos dejar de lado el trabajo con los padres o cuidadores, por diversas razones:

En primer lugar, los niños y adolescentes aun no poseen la autoridad para llevar a cabo diferentes tipos de decisiones legales, por lo que tienen que supeditarse a la autoridad que les es delegada a sus padres hasta que cumplan la mayoría de edad. En este sentido, para llevar a cabo una terapia con un niño o adolescente es imprescindible la autorización y consentimiento informado por parte de su representante legal.

En segundo lugar, debido a la dependencia, física, social, afectiva y económica de los niños, muchas de las modificaciones que podrían promover el cambio terapéutico, por ejemplo, inscribirse en un club deportivo o iniciar clases de pintura, no pueden ser ejercidas por ellos mismos, sino que requieren del involucramiento por parte de los padres.

En tercer lugar, muchos de los conflictos infantiles son reflejo de los conflictos entre los padres o resultado de escasas habilidades para ejercer adecuadamente el rol parental. Por ello, es necesario que los padres sean capaces de identificar el papel que están jugando en el mantenimiento de la problemática infantil, y que tomen consciencia que un cambio actitudinal o conductual de su parte conllevaría cambios de conducta en el infante.

El trabajo con los padres implica, por lo menos, dos áreas de entrenamiento: las habilidades parentales y la aplicación de principios de modificación de conducta, las cuales deberán trabajarse paralelamente a las actividades que se realizan con el niño o adolescente en

la sala de juegos. En principio, si se realiza una sesión semanal de terapia de juego con el niño, deberá realizarse una reunión mensual de trabajo con los padres de familia.



Entrenamiento en habilidades parentales

Un dicho muy extendido entre el saber popular es la noción de que “no existe un manual para convertirse en padre o madre”, haciendo referencia a que la mayoría de personas no posee entrenamiento en habilidades parentales, y el asumir el rol de padre es un proceso que se aprende a base de prueba y error.

Sin embargo, y a pesar de las creencias populares, gracias al trabajo en diversos campos de la psicología, como lo son la psicología educativa, la psicología del desarrollo, la psicología conductual y la psicología clínica, en la actualidad existe un gran cúmulo de conocimientos, técnicas y estrategias con respaldo empírico para educar y criar a un hijo con éxito. En este sentido, una persona puede estudiar mediante libros o cursos cómo ejercer el rol paterno mucho tiempo antes de concebir un hijo, y esta práctica podría ahorrar muchas dificultades y problemas que se generan por prácticas ineficientes. Al entrenamiento en este tipo de competencias se le conoce como «entrenamiento en habilidades parentales» o «parenting».

Lastimosamente, en nuestro país el «parenting» es un campo de intervención escasamente difundido en la actualidad, y se a eso le agregamos la alta tasa de embarazo adolescente que existe en El Salvador, no es difícil concluir que muchas de las problemáticas infantiles podrían estarse originando por desconocimiento sobre cómo

ser padres, utilizar métodos de crianza basados en la “tradicición”, o por el hecho que muchos infantes están siendo cuidados por adolescentes que no han culminado su proceso de maduración y han asumido un rol que, evolutivamente, aún no están preparados para ejercer.

En este sentido, muchos padres de los clientes que llegan a terapia necesitan orientaciones básicas para desempeñar su rol de manera más efectiva, por lo que el terapeuta tiene que facilitar información y dirigir la educación en las siguientes áreas:

- Brindar información sobre las características de la etapa del desarrollo en la que se encuentra el niño o adolescente, para que los padres puedan comprender de mejor manera sus conflictos y la forma de operar propia de dicha edad.
- Enfatizar la importancia de la estructuración, es decir, la organización de rutinas diarias que brinden a los niños un sentido básico de predictibilidad y coherencia en su mundo. Esto incluye el establecer horarios para comer, dormir, asearse, jugar y realizar tareas.
- Analizar la distribución del tiempo de los padres en sus diversas actividades, y facilitar la creación de espacios donde se pueda compartir tiempo de calidad con los hijos, ya que muchas veces los

padres cometen el error de sustituir el tiempo que demandan los hijos para vincularse, recibir cariño y atención por parte de sus progenitores, por tiempo que no implica interacción (como ver televisión juntos) o por aspectos materiales (comprar juguetes).

- Establecer límites de conducta claros, para fomentar al niño la adecuación a la realidad, la tolerancia a la frustración y el seguimiento básico de reglas.
- Delegar a los niños o adolescentes tareas del hogar básicas congruentes con sus habilidades y edad, a modo de inculcar el trabajo en equipo la responsabilidad.
- Fomentar la toma de decisiones dentro de límites cerrados. Por ejemplo, se puede dar espacio para que el niño decida qué comer entre las opciones a, b, c ó d, para fomentar el sentido de autonomía y responsabilidad sobre sus elecciones, a la vez que el padre mantiene el control al proveer un número limitado de alternativas a escoger.
- Evitar la invisibilización de los conflictos. Muchas personas creen que los niños «no se dan cuenta» de lo que ocurre a su alrededor. No obstante, ocultarles



Entrenamiento en aplicación de técnicas de modificación de conducta

Además de las habilidades parentales, resulta de gran utilidad enseñar a los padres principios básicos de modificación de conducta para que ellos puedan gestionar de una forma más eficaz los comportamientos problemáticos de los niños, y su comportamiento en general.

El conocer conceptos básicos de la teoría de conducta tiene como objetivo hacer entender a los padres que el comportamiento de sus hijos se orienta a metas particulares en contextos específicos, por lo que se debe

información puede generar confusión y temores infundados, ya que los niños buscarán explicaciones acerca de lo que ocurre, y si no las encuentran, las crearán a partir de sus recursos, y éstas pueden estar llenas de errores y distorsiones. Para evitar esto, es necesario explicar a los niños las situaciones de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo.

- Los padres deben mantener congruencia en su discurso y sus decisiones, por lo que es importante que no se contradigan frente al niño o adolescente. Si hay discrepancias, lo más indicado es resolverlas en lo privado, a manera que los niños perciban que sus padres actúan de forma unificada.

Estas directrices no agotan todas las áreas que son susceptibles de entrenamiento, por lo que es importante informar a los padres y facilitarles herramientas de acuerdo a sus necesidades particulares. Sin embargo, los puntos mencionados anteriormente constituyen aspectos básicos para desarrollar la labor parental con éxito.

prestar atención más allá de la conducta meramente observable y explorar los procesos subyacentes que disparan y mantienen las conductas.

Algunos conceptos básicos que deben instruirse son los siguientes:

- Principios de reforzamiento positivo y negativo para el aumento de conductas deseadas.

- Utilización de técnicas de extinción para la disminución de las conductas problemáticas.
- Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles para sustituir una conducta indeseada por una más favorable.
- Identificación de los estímulos discriminativos que sirven como desencadenantes para la ejecución de conductas indeseadas.
- Reforzamiento intermitente.
- Uso mesurado del castigo, ya que su aplicación no es efectiva para la modificación conductual.

Una de las formas más populares de poner en práctica los principios de modificación de conducta es la construcción de un programa de economía de fichas por parte de los padres de familia, con el asesoramiento del terapeuta. Para ello, el primer paso es la definición de conductas sencillas, concretas, medidas y alcanzables que el niño debe ejecutar en un periodo de tiempo determinado. Al inicio, es recomendable elegir 4 o 5 conductas que sean de fácil ejecución, descritas en términos claros y precisos que permitan al infante diferenciar una ejecución correcta de una incorrecta.

Luego, se debe explicar al niño que, por cada ejecución correcta, se le proporcionará una “ficha” (que puede ser un sello, un sticker, etc.). Al final de cierto periodo de tiempo, por ejemplo, una semana, se contabilizan las “fichas”

ganadas y se canjean por recompensas. Se pueden detallar 4 o 5 recompensas distintas que tengan un “valor” en fichas diferente, siendo aquellas recompensas más valiosas para el niño las que impliquen un mayor coste en término de fichas.

En este sentido, las “fichas” constituyen reforzadores condicionados, es decir, elementos que carecen de un valor intrínseco, pero que se vuelven valiosos en la medida que pueden intercambiarse por reforzadores reales.

Al término del periodo de tiempo establecido, las conductas tipificadas inicialmente pueden cambiarse por comportamiento de mayor complejidad o por acciones que impliquen acercarse un poco más a la conducta final deseada (modelamiento por aproximaciones sucesivas).

El valor de este tipo de programas recae en que mantiene al niño motivado hacia las conductas deseadas, a la vez que se fomenta la autonomía y la responsabilidad en cuanto a la gestión de las fichas.

Ciertamente, a medida avanza el programa el terapeuta tiene que apoyar a los padres en la aplicación correcta de los principios de modificación de conducta, así como procurar que, a medida pase el tiempo, se pase de un programa de reforzamiento continuo a uno de reforzamiento intermitente; y de reforzadores concretos a estímulos reforzantes más abstractos.

Referencias

- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Batner, H., George, E. y Iverson, C. (2012). *Solution Focused Brief Therapy: 100 Keypoints and Techniques*. New York: Routledge.
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. (2ª ed.). Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V. y Simón, M. (Eds.) (2007). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chiland, C. (1983). *La entrevista clínica*. París: PUF.
- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D. y Montesano, A. (2012). *El genograma en terapia familiar sistémica*. Universidad de Barcelona: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
- Delgado Egido, B. (2009). *Psicología del desarrollo (Vol. 2): desde la infancia a la vejez*. Madrid: McGraw Hill.
- De Shazer, S. (1990). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Feldman, R. (2010). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana (8ª ed.)*. México: McGraw Hill.
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico: una introducción a la terapia familiar (2ª ed.)*. México: Manual Moderno.
- Giménez-Dasi, M. y Mariscal Altares, S. (2008). *Psicología del desarrollo (Vol. 1): desde el nacimiento a la primera infancia*. Madrid: McGraw Hill.
- Johnson, J. (1992). *Métodos de tratamiento infantil*. México: Limusa.
- Kendall, P. (2006). *Child and adolescent therapy. Cognitive-Behavioral procedures (3rd. Ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Laso Ortiz, E. (2015). Cinco axiomas de la emoción humana: una clave emocional para la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 26 (100), 143-158.
- López Martínez, M.D. (2010). Arteterapia y sus aportaciones a las psicoterapias verbales. *Revista de Psicoterapia*, 21 (82/83), 145-160.
- Schaefer, C. (1988). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.

Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego (2ª ed.)*. México: Manual Moderno.

Sepúlveda, M., Alcaíno, C. y García, G. (Eds). (2012). *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes: métodos y técnicas terapéuticas*. Santiago: Universidad de Chile.

Siegel, D. y Payne, T. (2015). *Disciplina sin lágrimas. Una guía imprescindible para orientar y alimentar el desarrollo mental de tu hijo*. Barcelona: Ediciones B.

Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 7 (26/27), 25-78.

Villegas, M. y Mallor, P. (2010). Recursos analógicos en psicoterapia (I): metáforas, mitos y cuentos. *Revista de Psicoterapia*, 21 (82/83), 5-64.

Wolff, S. (1981). *Trastornos psíquicos: causas y tratamiento*. México: Siglo XXI.





UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR



Comisión de
Acreditación
2017 - 2022



www.uees.edu.sv



www.uees.edu.sv / editorial@uees.edu.sv

Prolongación Alameda Juan Pablo II, Calle El Carmen, San Antonio Abad, San Salvador, C.A.
PBX: 2275-4000 / 2275-4025 FAX: 2275-4040.