

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología

CAMBIO CONDUCTUAL EN FUNCION DE
TERAPIA DE JUEGO: n=1

YETILU DE BAESSA

Trabajo de investigación presentado
para optar al Grado Académico de
Licenciatura en Psicología

Guatemala

1980

CAMBIO CONDUCTUAL EN FUNCION DE

TERAPIA DE JUEGO: n=1

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias y Humanidades

Departamento de Psicología

CAMBIO CONDUCTUAL EN FUNCION DE

TERAPIA DE JUEGO: n=1

YETILU DE BAESSA

Guatemala

1980

1107
1980
1980
C.2

Vo. Bo. :

(f)



Doctor Luis Recinos

Fecha de aprobación: 29 de octubre de 1980

RECONOCIMIENTO

Al presentar este trabajo deseo expresar mi reconocimiento al personal que dirige el Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala, por la colaboración, ayuda y orientación que me brindó a lo largo de mi carrera.

A todos mis profesores, quienes me alentaron, guiaron y ayudaron en todo momento.

Y, de manera muy especial, hago patente mi agradecimiento al Doctor Luis Recinos, por su valiosa asesoría en la elaboración de esta tesis

CONTENIDO

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	3
A. Psicoterapia	3
B. Psicoterapia centrada en el cliente	4
C. El juego	8
D. Desarrollo histórico de la terapia infantil	10
E. Terapia de juego centrada en el cliente	12
F. Investigaciones realizadas sobre psicoterapia	20
III. METODOLOGIA	29
A. Diseño	29
B. Hipótesis	34
1. Sub-hipótesis 1	35
2. Sub-hipótesis 2	36
3. Sub-hipótesis 3	36
C. Sujeto	36

	Página
D. Instrumentos	37
1. Test de la figura humana	37
2. Test de la familia	39
3. Denver Development Screening Test	40
E. Procedimientos	41
F. Instrucciones	43
IV. RESULTADOS	45
V. DISCUSION	57
BIBLIOGRAFIA	67
APENDICES	
A. Informe del Psicólogo A	71
B. Informe del Psicólogo B	73
C. Informe del Psicólogo C	77
D. Historia clínica del sujeto	79
E. Cuestionario sobre conductas desadaptadas	83
F. Denver Development Screening Test	85

	Página
G. Test DFG inicio de la terapia	87
H. Test DFH después de seis meses de tratamiento	89
I. Test DFH después de suspensión de tratamiento	91
J. Test de la familia inicio de tratamiento	93
K. Test de la familia después de seis meses de tratamiento	95
L. Test de la familia después de suspensión del tratamiento	97



"Cada recién nacido trae consigo la promesa más grande de la vida: una esperanza para el mundo. Cada bebé tiene el potencial de amar y ser amado, valorarse a sí mismo, sin embargo, preocuparse por los demás, desarrollar habilidades únicas y talentos y un día llegar a ser una persona que pueda cambiar el mundo para mejorarlo."

Helene Arnstein

I. INTRODUCCION

En la terapia de juego se le proporciona al niño la oportunidad para desarrollarse y madurar emocionalmente de manera normal y enriquecedora para sí mismo. Es un medio permisivo, aceptante y seguro en que él se siente libre de crecer y expresarse sin miedo y sin ansiedades.

En el idioma español, son muy pocas las fuentes accesibles sobre terapia lúdica centrada en el niño, es por ello, que uno de los propósitos principales que motivaron este trabajo es el hacer una síntesis de los fundamentos y postulados básicos formulados por los investigadores sobresalientes en este campo. Además, en Guatemala existen relativamente pocas

investigaciones sobre psicoterapia y aún menos sobre psicoterapia infantil. El objetivo principal, sin embargo, es el de evaluar los cambios conductuales que se suscitarán en una niña de cuatro años como resultado de haber recibido terapia de juego de tipo centrada en el cliente. Estos cambios se evaluarán en un sólo sujeto, basándose en lo concluido por Allport (1962) de que es posible examinar el patrón de estructura interna de la persona sin depender en lo más mínimo de normas de grupo o universales, conclusión que ha sido reforzada por Castro (1975) en Diseño experimental sin estadística, es decir que existen ciertas investigaciones en las cuales la comparación de los datos de un individuo con otros individuos es especialmente irrelevante.

Considero este trabajo como un avance en un camino muy largo de recorrer en lo referente a los diferentes aspectos de las investigaciones del proceso terapéutico infantil en nuestro medio. Pone al alcance del estudiante interesado en este tema, los fundamentos básicos y la bibliografía que le permitirá investigar más a fondo.

II. MARCO TEORICO

A. Psicoterapia

Esta investigación, como su nombre lo indica, consiste en una medición de cambio conductual producido por un tratamiento de psicoterapia de juego centrada en el cliente.

Para comenzar, la definición de psicoterapia se hace realmente difícil por la multiplicidad de definiciones de psicoterapia que se encuentra en la literatura sobre la materia, como ha sido evidenciado en numerosas ocasiones (Recinos, 1975). Sin embargo, la definición que parece explicar mejor el concepto es la utilizada por Ford y Urban (1963). De acuerdo a estos autores, la primera condición que hay que considerar es que la psicoterapia implica una interacción entre dos personas; segundo, que la manera en que se lleva a cabo dicha interacción está generalmente limitada al ámbito de lo verbal; tercero, que esta interacción es relativamente prolongada, y cuarto, que esta relación tiene el propósito definido de producir cambios en uno de los participantes. De estas cuatro características, obtenemos la siguiente definición:

"Psicoterapia es el procedimiento en el cual dos personas se comprometen en una serie prolongada de interacciones con un contenido emocional, mediadas en primer lugar por intercambios verbales y cuyo propósito es producir cambio en la conducta de uno de los participantes". (p.17)

Ya explicado este concepto, se hace necesario aclarar el concepto de psicoterapia centrada en el cliente, para, a continuación exponer qué es psicoterapia de juego centrada en el cliente cuando el paciente es un niño.

B. Psicoterapia centrada en el cliente

El iniciador de este tipo de terapia es Carl Rogers, psicólogo norteamericano con una formación humanista. En 1955 publicó su libro Client-Centered Therapy en el cual expuso los postulados básicos de este nuevo tipo de psicoterapia. Según Rogers (1977), los estratos más profundos de la personalidad del hombre son positivos, es decir que básicamente son socializados, orientados hacia el progreso, racionales y realistas. Esto contrasta con lo sostenido por Freud y sus seguidores para quienes la naturaleza humana básica e inconsciente, el id, estaba compuesto por instintos que, en caso de manifestarse libremente, acarrearían el incesto, el asesinato y otros crímenes. Esta es una de las divergencias más grandes

entre la escuela clásica del psicoanálisis y la tendencia Rogeriana.

En su libro El proceso de convertirse en persona, Rogers (1977) resume las condiciones implícitas que según él debe poseer un terapeuta centrado en el cliente:

1. Autenticidad y transparencia. Esto significa que el terapeuta pueda vivir y experimentar en el proceso terapéutico sus verdaderos sentimientos.
2. Cálida aceptación y valoración de la otra persona como un individuo diferente.
3. Empatía o sea una sensible capacidad de ver al cliente y a su mundo tal como él lo percibe.

Según Rogers, los cambios logrados en psicoterapia centrada en el cliente, se manifiestan sobre todo en lo siguiente:

1. Autopercepción del cliente y de su sí mismo ideal.

Según Rogers (1977:290) lo expresa

"el sí mismo percibido por el cliente cambiará más durante la terapia que durante un período sin tratamiento que durante cualquiera de los controles posteriores".

2. Cambio en la conducta cotidiana. Al finalizar la terapia, el cliente podrá conducirse de manera menos defensiva y más socializada y aceptar la realidad en sí mismo y en el medio social que lo rodea, todo lo cual demuestra que su sistema de valores se ha socializado. Esto significa que adoptará conductas más maduras y que tenderán a desaparecer las actitudes infantiles.

3. Se deja de utilizar una máscara, es decir que se acerca a ser él mismo, con mayor autenticidad.

4. Deja el cliente de sentir los "debería" inculcados por los padres y que ya no son válidos para él.

5. Dejan de satisfacer expectativas impuestas. Es decir viven sus propias expectativas y no las que les impone la sociedad.

6. Aprenden a no esforzarse por agradar a los demás. Dejan lo que hay de artificial en sus vidas, aceptando solamente lo que es válidos para ellos.

7. Comienzan a autoorientarse, avanzando así hacia las metas que se han trazado, se hacen responsables de sí mismos y de sus actos.

8. Comienzan a ser un "proceso", es decir, se vuelve un proceso constante, dinámico y fluído.
9. Viven toda la complejidad de sí mismos con todo lo que esto implica, sentimientos cambiantes y a veces hasta contradictorios.
10. Se abren a la experiencia. La persona sostiene una relación franca, amistosa e íntima con su propia experiencia.
11. Comienzan a aceptar a los demás.
12. Empiezan a confiar en sí mismos. Esto produce en la persona un sentimiento de confianza en sí mismo, que le permite utilizar a su máximo su propio potencial.

Resumiendo: Rogers plantea que las pruebas clínicas y experimentales sugieren algunas características del proceso que tienden a manifestarse en la mayoría de los casos:

Un número mayor de afirmaciones que revelan más insight por parte del cliente; un mayor grado de madurez en las conductas observadas; un aumento de la cantidad de actitudes positivas a medida que la terapia progresa. Además, se notan

cambios en la percepción y aceptación del sí mismo; la incorporación a la estructura propia de experiencias previamente negadas; el desplazamiento del centro de evaluación, desde el exterior hacia el interior de sí mismo; los cambios en la relación terapéutica y ciertas modificaciones características de la estructura de la personalidad, de la conducta y de la condición fisiológica.

Como se verá más adelante, la hipótesis de la presente investigación se basa en los conceptos anteriores, especialmente en el especificado bajo el punto No. 1.

C. El juego

Según Erikson, en su obra "Infancia y sociedad" (1970), el juego es una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo. Añade que el propósito del juego consiste en alucinar un dominio yoico y no obstante practicarlo en una realidad intermedia entre la fantasía y el mundo real.

Freud vió en el juego el fenómeno de la "compulsión a la repetición", es decir, repetir inconscientemente situaciones traumáticas anteriores.

Piaget (1945) ve el juego de los niños como una función

indispensable para su desarrollo intelectual, pues les permite asimilar y acomodar a sus estructuras mentales situaciones en la vida real. Utiliza el término "simbolismo lúdico" para describir los juegos de "hacer creer", en los cuales un palo puede ser un caballo o una pistola indistintamente.

Volpicelli (1969) expresó que el juego tiene una función preeminente en el desarrollo del niño. Según él, el juego es el mundo de la experiencia infantil: es por el juego y en el juego que el niño entra en medio de los hombres, descubre sus propias pasiones y sus sentimientos, en suma, se entiende a sí mismo, se siente él mismo, y consigo mismo y a causa de sí mismo, siente a los otros, a la compleja estructura de la vida humana.

Según Aberastury (1971) el niño expresa en sus juegos las fantasías inconscientes reprimidas. Es decir, que el juego no constituye un mero placer funcional, ni una preparación para el futuro, ni una imitación, sino que expresa las fantasías inconscientemente reprimidas.

Como vemos, hay diversas opiniones acerca del juego y lo que representa para el niño. Sin embargo, hay un consenso

general en cuanto al hecho de que el juego es una actividad natural y necesaria para el buen desarrollo de la personalidad del niño.

D. Desarrollo histórico de la terapia infantil

El juego empezó a ser utilizado en psicoterapia infantil en los años 20. Una de las primeras personas que lo utilizó fue la Psicoanalista Hug-Hellmuth. Sin embargo, los primeros escritos teóricos se deben a Anna Freud en Viena y a Sophie Morgenstern en Francia.

Anna Freud comenzó utilizando el juego como un medio de ganar la confianza del niño y no como material de interpretación. Basándose en la actualidad de las tensiones vivenciadas en la relación familiar y las necesidades educativas, pensó que no se podía establecer entre el niño y el terapeuta una verdadera neurosis de transferencia. Además, temía que se pudieran reactivar las pulsiones en la fase en que se establecen las limitaciones. En cambio Melanie Klein, quien comenzó a trabajar utilizando el juego más o menos al mismo tiempo que Anna Freud, tomó un camino diferente. Ella supuso que el material inconsciente suministrado por el niño, en el juego, puede llevar a la creación y utilización de una auténtica

relación analítica, con sus aspectos transferenciales positivos y negativos. Más tarde las posiciones de estas dos terapistas se aproximaron un poco, pero sin llegar a un total acuerdo.

En 1933 Taft introdujo ciertos cambios significativos en los objetivos y métodos del análisis de niños. Estos cambios fueron más tarde elaborados y ejemplificados por Allen (1960). El describe la finalidad de la terapia como la ayuda prestada al niño para que por sí mismo pueda ayudarse y así sea capaz de encontrar sus propias aptitudes.

Dice además que el tratamiento debería permitirle su alejamiento del terapeuta y su adaptación a la vida por sus propias fuerzas. Debe ser ayudado a verse a sí mismo como un individuo diferente a todos los demás y sin embargo, relacionado con ellos. La terapia debe darle la oportunidad de desarrollarse adecuadamente. Luego en el desarrollo histórico se puede citar también a Zulliger (1968:127) quién explica su posición respecto a la utilización del juego en psicoterapia de la siguiente manera:

"En el análisis de niños no es preciso esclarecer al niño los mecanismos inconcientes; basta con que

el terapeuta sepa lo que pasa, a fin de comportarse en sus intervenciones en el juego, como es debido".

Más tarde la Dra. Gerard, psiquiatra norteamericana (citada por Shaw en 1969) expresa que lo más importante al abordar cada caso de psicoterapia infantil, es la flexibilidad del terapeuta. Para ella la interpretación directa está indicada en muy contados casos, por ejemplo cuando las pruebas son muy claras o cuando el ego del niño ha llegado a ser suficientemente fuerte para enfrentarse a la ansiedad. Según ella, estas condiciones rara vez se encuentran.

Según Wolman (1978), el tratamiento de niños presenta un problema especial, puesto que los niños no acuden voluntariamente a la terapia, sino que son llevados a la clínica por adultos, generalmente por aquellos que, al menos parcialmente, son responsables por la conducta anormal del niño. Esto crea una dificultad adicional para captar la confianza del niño, pues él puede pensar que existe un cierto tipo de alianza entre adultos; la persona que lo lleva a tratamiento y el terapeuta.

D. Terapia de juego centrada en el cliente

El postulado básico de la terapia de juego propuesto por

Carl Rogers es la capacidad del individuo para crecer y auto dirigirse. Esta noción ha surgido y se ha mantenido a través del trabajo con niños que parecían recibir numerosos estímulos negativos. Cuando el niño ha sufrido algún cambio personal, su situación ambiental ya no es la misma. Es decir que el ambiente reacciona ante él de manera diferente y esto produce una cadena de modificaciones, pues le permite a él seguir en el proceso de cambio ya iniciado.

Aún en el caso en que el ambiente sea tan hostil que no reaccione a los cambios experimentados por el niño, la terapia lúdica puede lograr que el chico acepte este hecho por doloroso que sea, y a buscar satisfacciones por otras partes.

Por lo tanto, a través de este tipo de experiencia, los terapeutas centrados en el cliente, han llegado a confiar cada vez más en el niño mismo. Al niño se le brinda la oportunidad de utilizar un período de tiempo tal como él lo desee, aunque existe la necesidad de determinar ciertos límites, para proteger tanto la integridad física del terapeuta como del material y del inmueble, por ejemplo en caso que el niño pretenda romper muebles o herir al terapeuta. La decisión que adopte el niño de hacer o no algo, tiene mayor importancia que la realización en sí.

Se le dá el máximo de oportunidad para su autodirección responsable, bajo la suposición de que la sesión terapéutica es un buen lugar para que la ejercite.

Una hipótesis básica es que una relación de aceptación en oposición a una evaluación positiva o negativa, reduce en el niño la necesidad de defenderse, logrando así que el niño intente nuevas maneras de sentir y de comportarse. Esta hipótesis, hace que el terapeuta siga al niño en este proceso en vez de conducirlo, es decir que no tome él iniciativas, sino que le permita al niño guiar la actividad que quiera desarrollar.

El terapeuta intenta ver las cosas a través de los ojos del niño para esclarecer verbalmente los sentimientos que él expresa. Sin embargo, si el niño no facilita el acceso a sus sentimientos el terapeuta deberá respetar dicha reserva. Esto significa que no se intenta modificar al niño sino que facilitar su auto-modificación, siempre que él lo desee. Esta actitud implica un sentimiento de respeto hacia el niño por parte del terapeuta, lo que hace que el niño pueda utilizar la relación con menos ansiedad, pudiendo expresar tanto los aspectos rechazados como los aceptados de su personalidad, logrando así cierto tipo de integración.

Según Axline (1974) el hecho de que el niño pueda actuar sentimientos como frustración, agresividad, inseguridad, temor, perplejidad, confusión en el juego, hace que estos sentimientos emerjan a la superficie expresándolos abiertamente, así puede el niño enfrentarlos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos. Cuando el niño se dá cuenta que ha logrado alcanzar una relajación emocional, empieza a darse cuenta del poder interno que tiene para ser un individuo con derechos propios, de poder pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones, de lograr una mayor madurez psicológica y al hacerlo, llegar a realizarse plenamente.

Moustakas, en su libro Children in play therapy (1953) explica que la terapia de juego es un área relativamente nueva en el desarrollo de la psicología. Existen diversas corrientes que difieren en su filosofía y en las teorías de la personalidad en que se basan, sin embargo, todas poseen algo en común, y es que el terapeuta intenta comunicar ciertos valores humanos. Las técnicas, los instrumentos y los métodos juegan un papel importante en la terapia, pero los valores del terapeuta influyen toda la relación y determinarán su efectividad como terapeutas.

Lo que el terapeuta hace o dice es sin duda importante,

pero cómo se siente es aún más importante. Sin embargo, lo esencial es el tono emocional que va a existir detrás de lo que el terapeuta haga o diga.

Moustakas piensa que una actitud que es demasiado no directiva en que solo se reflejan los sentimientos, se puede fácilmente tomar como una actitud repetitiva, poco simpática y estática. Por lo tanto la filosofía centrada en el niño no se preocupará tanto de las técnicas y habilidades como de la clase de relación que permita al niño crecer emocionalmente y confiar más en él mismo como individuo con sentimientos propios.

Para el autor, la terapia de juego es un conjunto de actitudes en las cuales y a través de las cuales los niños se puedan sentir con suficiente libertad de expresarse plenamente, con su propio estilo, para que eventualmente puedan lograr tener sentimientos de seguridad, adecuación y autoestima a través del insight emocional. Estas actitudes son susceptibles de ser comunicadas y pueden transmitirse de una persona a la otra.

Así las tres actitudes básicas de la terapia centrada en el niño son: fe, aceptación y respeto.

La fe es una cualidad sumamente intangible. Se expresa de manera sutil, y directa a la vez. El niño acepta los sentimientos que el terapeuta experimenta hacia él. Los niños describen este sentimiento como uno de los aspectos más importantes de la terapia de juego. La fe se refleja en el niño cuando se considera a sí mismo como una persona importante, alguien que tiene algo que ofrecer a sí mismo y a los demás.

Para que este sentimiento de fe tenga validez, debe provenir de una actitud real, de una auténtica expresión de la creencia de que los niños poseen en ellos mismos la capacidad de autodesarrollo y autorrealización. La aceptación implica que el terapeuta acepte activamente los sentimientos del niño, su significado y percepciones. Para los niños los objetos tienen a veces diferentes significados: en su imaginación, la arena, la arcilla y el agua, pueden significar prácticamente cualquier cosa o persona. Estas fantasías son aceptadas por el terapeuta e incluso se les alienta a que utilizando este medio exploren más sus sentimientos. El terapeuta acepta el simbolismo que le atribuye el niño, exactamente como él lo dice y no trata de ninguna manera de reforzar los conceptos aceptados por la sociedad como reales o adecuados. Esta aceptación se expresa a lo largo de toda relación. La

aprobación tanto como la desaprobación parecen dañar el proceso terapéutico, por lo tanto, es importante para el terapeuta de juego ser totalmente aceptante en todo momento. La actitud de respeto tiene una estrecha relación con las actitudes de fe y aceptación. Un niño que se siente respetado siente que sus intereses y sus sentimientos son comprendidos.

El terapeuta expresa su respeto por el niño cuando lo saluda, en la manera en que lo sigue en su juego y en la manera en que demuestra que entiende sus sentimientos.

El terapeuta respeta al niño por lo que él es en ese momento, en ese tiempo, no por lo que pudo ser o por lo que pueda llegar a ser. No intenta forzar al niño o persuadirlo a que modifique sus estándares para que coincidan con los del terapeuta o de cualquier otra persona o grupo en la sociedad. El terapeuta que respeta al niño lo percibe como una persona que posee la potencialidad de ayudarse a sí mismo. El terapeuta de juego aceptante, insta al niño a expresar sus sentimientos y asimismo, a explorar sus actitudes más a fondo.

El respeto en la relación indica al niño que se le considera como valioso e importante.

Según Moustakas el proceso terapéutico sigue un patrón bastante regular: al comienzo, las emociones del niño son difusas e indiferenciadas. Sus sentimientos son generalmente negativos. Los niños parecen haber perdido el contacto con las personas y las situaciones que originalmente le provocaron frustración, cólera, miedo y culpabilidad. Es decir, que sus sentimientos no tienen ya una conexión con la realidad. A medida que progresa la relación entre el terapeuta y el niño las actitudes de hostilidad se vuelven más agudas y específicas. La cólera se expresa más directamente y a menudo se relaciona con alguna persona en particular o con alguna experiencia. A medida que estas expresiones son aceptadas por el terapeuta, los sentimientos se tornan menos intensos y afectan menos al niño en su experiencia total. Así empieza un tercer nivel de este proceso terapéutico. El niño ya no es tan negativo al expresar sus sentimientos, muestra ambivalencia hacia algunas personas que lo rodean. Puede comenzar siendo muy intensa esta ambivalencia para irse atenuando a medida que se exprese repetidamente a lo largo de la terapia.

Finalmente, las actitudes tanto negativas como positivas hacia determinadas personas se separan y se acercan más a la

situación real. Los sentimientos negativos cambian de ser muy fuertes a moderados. Los problemas emocionales de los niños y sus síntomas son reflejos de sus actitudes y en cuanto cambian dichas actitudes, los síntomas y problemas desaparecen.

F. Investigaciones realizadas sobre psicoterapia de juego

Habiendo revisado toda la literatura accesible sobre psicoterapia infantil no encontré muchas investigaciones sobre dicho tema. En 1964 la Doctora Aurora Pérez presentó un trabajo de psicoterapia de juego para el Tercer Congreso Argentino de Psiquiatría sobre motivos de consulta y su distribución por edades y sexo en un hospital y en consulta privada. En esta investigación se utilizaron 270 casos con un estudio psicológico completo, historia, hora de juego diagnóstica, tests proyectivos y tests de inteligencia. Las conclusiones de este trabajo mostraron que la distribución percentual de los motivos de consulta, así como la distribución por sexo y edades eran absolutamente similares en el hospital como en la consulta privada.

Según la autora Elaine Dorfman (1977), el proceso de la terapia de juego, diferenciado de sus resultados, sólo ha

sido investigada en dos ocasiones. En la primera de estas investigaciones, Landisberg y Snyder (1946) estudiaron los protocolos de cuatro niños entre cinco y seis años. El objetivo del estudio era el análisis de las respuestas del cliente y el terapeuta para determinar sus tendencias en la terapia. Encontraron que el 75 por ciento de las respuestas del terapeuta se podían considerar no directivas, entendiendo esto como simple aceptación, reconocimiento de sentimientos, renunciación de contenidos.

Respecto a los clientes, la tendencia más marcada era un incremento de la actividad física durante las últimas tres quintas partes del proceso terapéutico. Además, en el último período, cerca del 70 por ciento de las respuestas de los clientes eran expresiones de sentimientos.

En el otro estudio, realizado por Finke (1947) se utilizaron 19 categorías de sentimientos expresados por los niños en la terapia. La finalidad de esta investigación era determinar si existía alguna tendencia en las frecuencias diferenciales entre las categorías de sentimiento durante el curso de la terapia. Se analizaron las notas de seis terapeutas sobre seis casos de niños entre las edades de cinco y 11 años.

Sólo cinco categorías mostraron tendencias significativas y fueron las categorías "unidades de historias" (relatos elaborados por los niños), "intentos de establecer una relación con el consejero", "puesta a prueba de límites", "afirmaciones agresivas" y "cantidad total de expresiones".

Otros estudios referentes a los resultados obtenidos en terapia lúdica son el de Cruickshank y Cowen (1948) que consistió en un estudio exploratorio de terapia grupal, con niños físicamente impedidos, en una escuela pública diurna especial. Los resultados de esta investigación no fueron concluyentes por carecer de grupo control.

Otra investigación es la realizada por Axline (1947) con un grupo de 37 niños de segundo grado con retraso en lectura. Se les dió terapia lúdica no directiva durante tres meses y medio. Se produjeron varios aumentos notables en la edad de lectura. Lamentablemente, por no haber sido aplicada ninguna prueba estadística y no existiendo grupo de control, no se sabe si los resultados diferían significativamente de lo esperado por azar para el grupo en general.

Dorfman cita también un estudio realizado por Bills en

1950, sobre los efectos de la terapia de juego no directiva en casos de retardo para la lectura. Eligió a ocho niños, cuatro de ellos de inteligencia superior y cuatro de inteligencia media, de acuerdo al test de Stanford-Binet. El estudio abarcó tres períodos de seis semanas cada uno. El primero fue un período de control aplicándoles tests a los niños al comienzo y al final pero, sin darles tratamiento. El segundo fue un período experimental, durante el cual se practicó la terapia; al terminar se administraron tests de lectura. El tercero fue un período adicional en que no se les dió terapia y al concluir se les volvió a evaluar.

De este modo, en lugar de comparar un grupo experimental con un grupo control, se compararon entre sí las características de un sólo grupo durante tres intervalos. Por lo tanto, cada niño actuaba como su propio control, en un experimento son pares perfectamente agrupados. Sus resultados fueron significativos en el nivel de 0.001.

Posteriormente en 1955 Bills investigó también si la mejoría en la lectura se debía a una mejoría en la adaptación personal, para lo cual diseñó un estudio con niños bien adaptados pero retrasados en lectura. El diseño era similar a

la investigación anteriormente descrita, pero con sujetos bien adaptados. Los logros en el aprendizaje de la lectura no fueron significativamente mayores durante el período terapéutico. Es decir que la terapia de juego puede mejorar la lectura, siempre que este retraso vaya acompañado de inadaptación emocional.

En 1947 Fleming y Snyder llevaron a cabo otro estudio sobre el efecto de la terapia lúdica no directiva grupal sobre los resultados de los tests de personalidad. El estudio se realizó con cuatro niños y tres niñas entre ocho y 11 años. Realizaron tres mediciones antes y después de la terapia. Los resultados no fueron concluyentes debido a que el grupo control era por definición menos inadaptado y además, los niños del grupo experimental eran llevados dos veces por semana a terapia a una clínica fuera de la institución, hecho que pudo constituir un agente de cambio. Por lo tanto cuando se notó un aumento en los puntajes de adaptación, este podía deberse a la terapia de juego o a las salidas que realizaron los niños.

Según Dorfman (1977) al revisar las investigaciones hechas se desprende que aún hay mucho por hacer. Menciona ella

diversas áreas en que se hace necesario hacer más investigaciones tales como la evaluación de la adaptación de la personalidad antes y después de la terapia. Investigar el proceso terapéutico en sí, así como probar ciertas hipótesis específicas en estudios que incluyan la conducta en el cuarto de juegos. Menciona además, la importancia de hacer un estudio comparativo de la terapia individual y grupal.

Existen otros estudios acerca de resultados psicoterapéuticos más recientes mencionados por Levitt (1971).

Uno de ellos efectuado por Guernsey (1964) consistió en entrenar a la madre para que desarrollara una relación empática con el niño. Este estudio parece indicar que la técnica es eficaz aunque no se mencionan resultados definitivos.

Levitt también menciona en su artículo otros dos estudios Ginott (1961) y Lebo (1963), estudios que sugieren que existe una considerable variación en la conducta específica de los terapeutas de niños dentro de la situación terapéutica y que estas diferencias pueden no estar relacionadas con la orientación teórica.

Al revisar las revistas periódicas "Journal of Psychology"

"Applied Psychology" y "Psychological Bulletin" de los últimos 10 años, no encontré ninguna investigación realizada sobre terapia de juego, ya sea sobre los resultados obtenidos o del proceso en sí. Esto confirma el hecho de que la investigación en esta área de la psicoterapia presenta una serie de problemas debido a lo cual muy pocos investigadores han emprendido dicha tarea.

En otro artículo de Levitt (1977) sobre investigaciones en psicoterapia infantil, presenta una síntesis de estos problemas:

1. Puesto que el niño es un organismo en desarrollo

a. Las manifestaciones sintomáticas en niños que son básicamente normales tienden a desaparecer con el tiempo como parte del desarrollo.

b. Los síntomas que son patógenos de una enfermedad emocional subyacente pueden también desaparecer, pero entonces pueden ser reemplazados por otros síntomas.

2. Otras personas fuera del paciente niño pueden ser objeto de tratamiento. Por ejemplo, la madre puede

estar bajo tratamiento al mismo tiempo que el niño o incluso la pareja puede estar siendo tratada paralelamente. Esto causa un grave problema para separar los efectos que el tratamiento pueda haber tenido en el niño.

Si existe un cambio positivo en el niño se podría deber a que la actitud de los padres hacia la conducta del niño se ha modificado y no a los efectos del tratamiento.



III. METODOLOGIA

A. Diseño

Para evaluar los resultados obtenidos en psicoterapia se han utilizado diversos medios. Allport en 1962, citado por Kiesler (1971) en Experimental Designs in Psychotherapy, enumeró algunas de las técnicas de evaluación. Una de ellas es la técnica de apareamiento, en que se le pide a jueces imparciales que identifiquen en una recopilación de datos, conductas de una misma persona en diferentes situaciones. Otra, sería una escala de autoevaluación (Kilpatrick, Cantril, 1960) en la que la persona tiene que juzgar ciertas aseveraciones de acuerdo a un rango de sus propios valores. Enumera otras, como escalas de evaluación, Role Construc Repertory Test, Allport Vernon Study of Values y Stephenson's Q-sort, entre otras.

De acuerdo a la opinión de Allport es posible examinar el patrón de estructura interna de la persona sin depender en lo más mínimo de normas de grupo o universales, usando un sólo sujeto.

Siguiendo la línea de Allport, Duker (1965) revisó los estudios basados en $n=1$ efectuados en psicología, encontrando un total de 246. Concluye diciendo que a pesar de ciertas limitaciones, la utilidad de las investigaciones con $n=1$ en psicología parece estar muy bien establecida. Chassan en 1967 también recalca la importancia de los estudios hechos con un sólo caso.

Finalmente Shontz (1965) documenta ampliamente la validez de las investigaciones usando un caso. Según el autor, la ciencia de la modificación de conducta puede derivar considerables beneficios del persistente y novedoso estudio de un caso individual.

Otros estudios de modificación de conducta en que se utiliza $n=1$ son Bellak y Chassan (1964), Di Mascio y Brooks (1961), Murray (1964), Nunnally (1965), Osgood y Luria (1954), Shapiro (1964), Subotrick (1966) y Van Kaam (1959). Todos estos estudios aparecen citados por Kiesler (1971).

Por otra parte Mischel (1973:220) dice textualmente:

"La evaluación de la conducta no denomina al individuo con términos y estereotipos de rasgos generalizados, no lo clasifican en categorías de tipo o

diagnóstico, no fijan su posición promedio sobre dimensiones promedio o modales ni adivinan sus razones y motivos privados. En su lugar, el enfoque es sobre el muestreo de las cogniciones y las conductas pertinentes del individuo.

En este sentido, la evaluación de la conducta implica una exploración de los aspectos singulares o ideográficos del simple caso, talvez, a un grado superior que el de cualquier otro enfoque. La teoría de la conducta social reconoce la individualidad de cada persona y de cada situación única".

Además Gendlin y Richlak (1970) mencionan varios estudios hechos en psicoterapia utilizando solamente un caso. Algunos de ellos son D'Alessio, Levin et.al. (1968), Collingan y Bellamy (1968), Bank, Ritchie (1968), Bernal et.al. (1968 y otros.

Según Castro (1975) existen ciertas investigaciones en las cuales la comparación de los datos de un individuo con otros individuos es especialmente irrelevante, éticamente inapropiada, por ejemplo en el área de modificación de conducta y la psicoterapia, puesto que para tener un grupo control se hace necesario dejar sin tratamiento a otro grupo de sujetos que necesitan el tratamiento. Este autor plantea el concepto de línea base conductual y al sujeto como su propio control. El estudio de un sólo caso, nos lleva a la controversia planteada por Allport sobre la aproximación ideográfica versus nomotética.

También dicha controversia ha sido planteada por Mischel como se aprecia en la cita textual. El énfasis en la unicidad del individuo se ha visto reforzado por la aparición de las corrientes humanísticas en psicoterapia cuyo representante más sobresaliente es Rogers.

Fuera de las razones humanísticas para utilizar en psicoterapia $n=1$, existen razones metodológicas y estadísticas.

El diseño experimental clásico involucra un grupo experimental y un grupo control, midiéndose los efectos de la variable independiente a través de todos los casos del grupo experimental, comparando las medias obtenidas para evaluar los cambios. En psicoterapia esto no funciona así, puesto que algunos sujetos experimentan cambios positivos, otros cambios negativos y otros no experimentan cambio alguno. Cuando se toma el promedio de cambio del grupo experimental, generalmente se encuentra que no hay diferencia significativa con el grupo de control. Esto se debe a que, como sabemos, la media es muy sensible a los valores extremos, de manera que los sujetos que experimentan cambios positivos y los que tienen cambio negativo se neutralizan mutuamente. De donde que este tipo de diseño clásico ha sido considerado por Bergin y Kiesler (1971), como poco recomendable para evaluar cambios psicoterapéuticos.

No hay que confundir el diseño n=1 con un estudio de casos. La diferencia fundamental estriba en que mientras en n=1 existe manipulación experimental de la variable independiente, el estudio de un caso se limita a describir en base a entrevistas clínicas extensas, cualitativa y subjetivamente cambios de personalidad, sin que haya en ningún momento ni medición ni manipulación experimental.

Por lo tanto, en esta investigación los resultados se evaluarán con n=1 utilizando al sujeto como su propio control.

La línea base es la primera medición, luego se vuelve a medir a los seis meses de tratamiento con terapia de juego y finalmente otra medición a los dos meses de haberse interrumpido el tratamiento.

El diseño utilizado es el siguiente:

$$O_1 \quad X \quad O_2 \quad \tilde{X} \quad O_3$$

Este diseño de series cronológicas modificado se asemeja al diseño cuasiexperimental citado por Campbell y Stanley (1970: 76). Según estos autores este diseño es:

"Un proceso periódico de medición sobre algún grupo o individuo y la introducción de una variación experimental en esa serie cronológica de mediciones..."

El diseño de series cronológicas se modificó al introducir un período de no tratamiento.

Según los autores Campbell y Stanley, este diseño se ve afectado en su validez interna por la "historia" que en este caso constituye el factor de maduración. Esta variable interviniente, se controló mediante su medición, aplicando el Test de Desarrollo de Denver. Este test mide el desarrollo en cuatro áreas: social, motor gruesa, motor fina y lenguaje. Este tipo de diseño ya ha sido utilizado en otros estudios sobre psicoterapia (Fleming y Snyder, 1947) y (Bills, 1950) citados en el capítulo II sección F.

B. Hipótesis

Como se mencionó en la página 5, de acuerdo a los principios fundamentales de la terapia centrada en el cliente:

"El sí mismo percibido por el cliente cambiará más durante la terapia que durante cualquiera de los controles posteriores".

Para Moustakas, según lo expresado en la página 19 del segundo capítulo de este estudio:

"Las emociones del niño son difusas e indiferenciadas. Sus sentimientos son generalmente negativos.

Los niños parecen haber perdido el contacto con las personas y las situaciones que originalmente les provocaron frustración, cólera, miedo y culpabilidad. Es decir, que sus sentimientos no tienen ya conexión con la realidad. A medida que progresa la relación entre el terapeuta y el niño, las actitudes de hostilidad se vuelven más agudas y específicas. La cólera se expresa más directamente y a menudo se relaciona con alguna persona en particular o con alguna experiencia. A medida que estas depresiones son aceptadas por el terapeuta, los sentimientos se tornan menos intensos y afectan menos al niño en su experiencia total".

De aquí se deriva la hipótesis principal:

- Mediante terapia de juego centrada en el cliente se producirán cambios conductuales positivos, los cuales aumentarán en frecuencia durante el período de tratamiento y tenderán a disminuir en frecuencia durante la suspensión del mismo.
- Inversamente, las conductas inadecuadas tenderán a disminuir en intensidad y frecuencia durante el período de tratamiento y reaparecerán durante la suspensión del mismo.

Más específicamente, los cambios que nos proponemos evaluar son los siguientes:

1. Sub-hipótesis 1. Las conductas agresivas cambiarán

del tipo físico al verbal, disminuyendo ambas proporcionalmente, después del tratamiento de seis meses y aumentarán después de suspender el tratamiento por dos meses.

2. Sub-hipótesis 2. La personalidad de la niña tendrá una mayor integración después del tratamiento de seis meses pero deberá mostrar una regresión después de suspender el tratamiento por dos meses.

3. Sub-hipótesis 3. La capacidad intelectual de la niña aumentará después del tratamiento de seis meses y disminuirá después de suspender el tratamiento por dos meses.

C. Sujeto

El sujeto de esta investigación es una niña de cuatro años. Hija mayor de un matrimonio estable, clase media alta. Nació el 13 de septiembre de 1975. Es producto de un embarazo deseado, normal a término. No hubo complicaciones en el parto. Su desarrollo fue completamente normal. Tiene una hermana menor de un año de edad. Ingresó al Pre-Kinder a los tres años y medio.

A los dos años tuvo que ser operada de emergencia de peritonitis y estuvo hospitalizada durante 10 días. Después de

la operación la niña se volvió irritable y nerviosa. El nacimiento de la hermana cuando ella tenía tres años, desencadenó las conductas inapropiadas que fueron motivo de la consulta.

Fue llevada a consulta porque presentaba conductas agresivas hacia su hermana. Tenía rabietas al ser contrariada y padecía de enuresis diurna y nocturna.

D. Instrumentos

Para la medición de los cambios conductuales esperados se utilizaron los tests proyectivos siguientes: Test de la Figura Humana y Test de la Familia.

Según Anastasi (1976) las técnicas proyectivas gráficas a las cuales pertenecen estos dos tests son especialmente indicados para utilizarlas con niños pequeños si lo que se quiere es una apreciación global de la personalidad del examinado.

Estos tests gráficos ayudan al niño a comunicarse con el examinador y reduce en ellos la ansiedad y su actitud defensiva.

1. Test de la Figura Humana. Florence Goodenough en 1926

comenzó a utilizar este test con el fin de evaluar la inteligencia de los niños. Según este método se le asigna un punto a la presencia de ciertos ítemes en el dibujo. Ella elaboró un baremo de acuerdo a los años y meses del niño y al número de ítemes presentes en el dibujo de la figura humana.

Según Koppitz (1976), quién ha trabajado con este test realizando numerosas investigaciones tendientes a su evaluación, el valor que tiene el DFH radica en su sensibilidad para detectar los cambios en los niños, los cuales pueden ser evolutivos y/o emocionales. Ella toma el DFH como un retrato interior del niño en un momento dado.

Piensa que el DFH refleja primordialmente las actitudes del niño hacia sí mismo, y hacia las personas significativas en su vida.

Un ítem evolutivo para Koppitz (1976:23) es:

"El ítem que se da solo en relativamente pocos DFH de niños ubicados en un nivel de edad menor y que luego aumenta en frecuencia de ocurrencia a medida que aumenta la edad de los niños, hasta convertirse en una característica regular de muchos o de la mayoría de los DFH de un nivel de edad dado".

Un indicador emocional es un signo en el DFH que puede cumplir con los tres criterios siguientes:

- a. Debe tener validez clínica, es decir, debe poder diferenciar los DFH de niños con problemas emocionales de los que no los tienen.
- b. Debe ser inusual y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no son pacientes psiquiátricos.
- c. No debe estar relacionado con la edad y la maduración o sea que la frecuencia de ocurrencia en los protocolos no debe aumentar solamente sobre la base del crecimiento cronológico del niño.

Este test lo utilicé en los dos aspectos, en cuanto a medición del C.I., es decir suma de los ítemes y en cuanto a técnica proyectiva, habiendo sido interpretado por tres psicólogas ajenas al caso.

2. Test de la familia. Este test ha sido utilizado por diversos terapistas como Minkoska, Porot, Corman, todos ellos pertenecientes a la escuela europea. Según Porot (citado por Corman 1967) el estudio detallado del dibujo de la familia permite conocer sin que el niño lo advierta, los sentimientos que experimenta hacia los miembros de su familia, es decir, cómo percibe él a su familia.

Como Koppitz lo menciona, en una investigación con niños es necesario diferenciar si los cambios observados se deben a la maduración o a la manipulación experimental.

Según Mussen, Conger y Kagan (1976), uno de los rivales de la modificación de la conducta en el niño es la maduración, variable que si no es controlada en una investigación, puede invalidarla. Por lo tanto para controlar el proceso de maduración utilicé el Test de Desarrollo de Denver.

3. Denver Development Screening Test. Este test desarrollado en la Universidad de Colorado, es un método simple y útil para detectar fallas en el desarrollo del niño. El test consta de cuatro áreas de desarrollo: personal-social, adaptación motor fina, lenguaje y motor-gruesa.

Fue estandarizado con una muestra compuesta de blancos, negros y latinos, 1,036 niños de dos semanas a seis años cuatro meses.

Se obtuvo su confiabilidad comparándolo con los tests de Bayley y de Stanford Binet.

Además de los tests ya mencionados elaboré un cuestionario

para que la madre de la niña lo contestara, basado en lo que ella reportó consideraba conductas inadecuadas de la niña; agresividad, rabietas y enuresis.

Para reforzar el concepto de validez que tiene el reporte de la madre como criterio para juzgar las conductas inadecuadas de sus hijos, Hobbs Mougrin Tyroler y Lahey (1980) mencionan varios estudios (Kagan, Pearson, Welch en 1966, Denney en 1972 y Egeland en 1974) en que se clasificó a los niños como hiperactivos y agresivos según el reporte de los padres.

De este modo el criterio de clasificación se basó en otros significantes del ambiente natural y no en patrones de resultados obtenidos mediante tests.

E. Procedimiento

Para la administración de los tests proyectivos se utilizaron las indicaciones que se dan en el test de la figura humana, que dice: "Dibuja una persona lo mejor que tú puedas".

En el test de la familia utilicé la consigna de "Dibuja tu familia".

Al iniciar la investigación sostuve una entrevista primero

con la madre, en el curso de la cual obtuve la historia clínica y completé el cuestionario diseñado para investigar las conductas que según ella debían de modificarse.

Se acordó con la madre en que se le daría a su hija terapia de juego una vez por semana durante 60 minutos. Se le propuso evaluar los resultados después de transcurridos seis meses, habiendo escogido el plazo de seis meses porque se podía volver a aplicar el Denver Development Test y contrastar los cambios debidos a maduración con los cambios que se esperaba encontrar debido a la terapia. El lugar donde se ha llevado a cabo la investigación es una clínica de psicología. Esta clínica funciona en la mañana como clínica médica de consulta externa y en la tarde como consultorio de psicología.

Las condiciones de trabajo no son las más adecuadas debido al ruido constante y al poco espacio existente. Se cuenta con un escritorio grande, dos sillas, dos camillas de examen, un lavamanos y una estantería.

Los juguetes de la clínica consisten en plasticina, crayones, pelota, juego de trozos tipo Lego, cuatro muñecos pequeños, carros, una pistola, trastos de juguete, animalitos,

canastos para meter uno en el otro, payasos para ensamblar, etc.

En la primera sesión se le aplicó a la niña el test de la figura humana y el de la familia.

En la segunda sesión se le aplicó el test de Denver.

El tratamiento continuó por seis meses, una vez por semana; el número de sesiones fue de 20. Luego se le volvieron a hacer los dos tests proyectivos y el test de Denver, en dos sesiones. Se dejó dos meses sin tratamiento y al reiniciar la terapia se le volvieron a aplicar los dos tests proyectivos y el cuestionario a la madre en una segunda sesión aparte. Hubo otra sesión con la madre para volver a repetir el cuestionario. El tratamiento continuaba aún después de haber terminado la investigación.

F. Instrucciones

Para evitar influenciar el resultado de los tests proyectivos, sabiendo de antemano qué se esperaba encontrar, se le solicitó a tres psicólogos calificados, ajenos al caso, que evaluaran por separado los tests proyectivos obtenidos en las tres mediciones. Se les dijo:

"Estos tests corresponden a tres etapas diferentes del tratamiento de terapia de juego centrada en el cliente, de una niña de cuatro años. Los dibujos corresponden al inicio, seis meses después de haber recibido terapia y dos meses después de no haber recibido terapia. Por favor, numérenlos de uno a tres comenzando con el que corresponde al inicio de la terapia y terminando con los que corresponden al período sin tratamiento".

IV. RESULTADOS

Tomando como base la primera sub-hipótesis planteada:

"Las conductas agresivas cambiarán del tipo físico al verbal, disminuyendo ambas proporcionalmente después del tratamiento de seis meses y aumentarán después de suspender el tratamiento por dos meses".

En este caso la hipótesis nula sería que después de un tratamiento de seis meses no habría cambio en la conducta del tipo físico al verbal ni disminución proporcional y que tampoco aumentarían dichas conductas agresivas después de suspender el tratamiento por dos meses.

Sin embargo, en el estudio se encontró que al comienzo del tratamiento, la madre reportó que la niña le pegaba y le gritaba a su hermana diariamente. Después de seis meses de tratamiento, informó que la agresividad física había desaparecido completamente pero subsistía la agresividad verbal, a pesar de que ésta había disminuido a un promedio de cuatro veces por semana.

Al evaluar después de dos meses sin terapia, la madre

reportó que otra vez la niña manifestaba agresividad física, en un promedio de cuatro veces por semana y la agresividad verbal había subido a todos los días de la semana.

Los resultados se aprecian claramente en la Gráfica No.1 que aparece en la siguiente página.

La agresividad de la niña también se puede evaluar mediante el reporte de la madre en cuanto a los berrinches o rabietas que hacía la niña. Esta es una forma de agresividad difusa e indiferenciada y de cierta manera es una forma de auto-agresión, puesto que la niña se tiraba al suelo, pataleando, llorando y escupiendo. Esta conducta se observaba un promedio de cuatro veces por semana al inicio del tratamiento, pero desapareció totalmente después de los seis meses de tratamiento. Véase Gráfica No. 2, página 47.

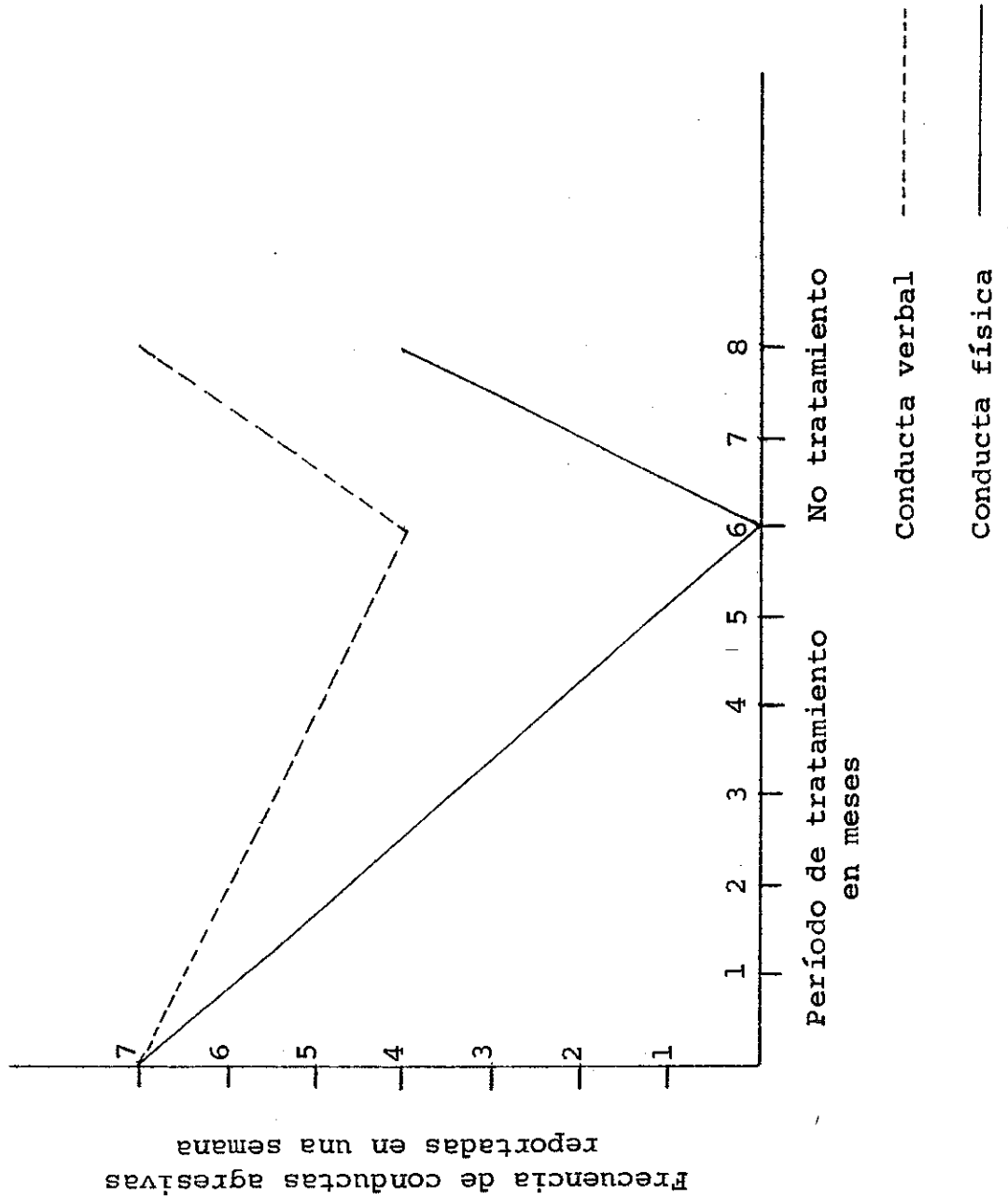
La sub-hipótesis 2 establece que:

"La personalidad de la niña tendrá una mayor integración después del tratamiento de seis meses pero deberá mostrar una regresión después de suspender el tratamiento por 2 meses".

La hipótesis nula en este caso, sería que la niña no presentará cambio en su personalidad como resultado de haber

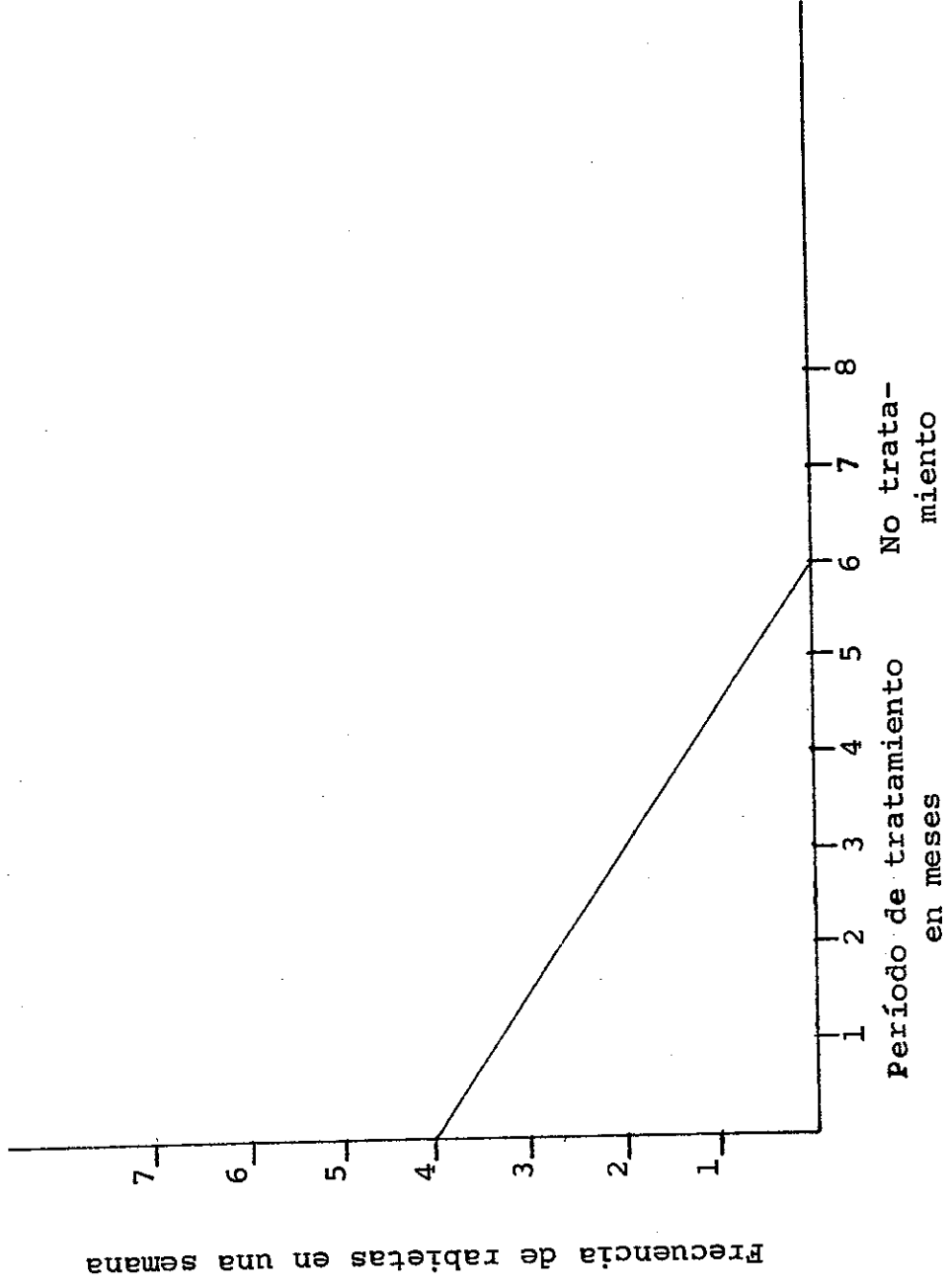
Gráfica No. 1

Cambio de conductas agresivas como resultado del tratamiento



Gráfica No. 2

Rabietas o berrinches



recibido tratamiento durante seis meses, ni mostrará cambio después de haber suspendido el tratamiento por dos meses.

Esta sub-hipótesis se evaluó mediante los tests proyectivos de la Figura Humana (DFH) y del Test de la Familia.

Los tres psicólogos a quienes se les pidió que evaluaran estos tests, coincidieron al determinar qué dibujo correspondía a los tres períodos de la investigación en que se efectuaron las mediciones, es decir, inicio, seis meses de terapia y dos meses de suspensión de terapia, lo cual dá un acuerdo del ciento por ciento. Existe un acuerdo general entre los tres profesionales de que al inicio de la terapia la niña presentaba problemas afectivos y de regresión, como resultado de lo cual sufría un bloqueo de su capacidad intelectual. Esto se evidenció tanto en su Dibujo de la Figura Humana (DFG) como en el dibujo de la familia, puesto que en éste último existe incluso compensación (hermano no existente) mecanismo de defensa que demuestra cuán serios eran sus problemas emocionales al inicio de la terapia (ver Apéndice J).

En cuanto al período posterior a los seis meses de terapia, también estuvieron de acuerdo en que se evidenciaba un

cambio notable tanto en su autoimágen, en su tendencia regresiva, como en la integración total de la personalidad, manifestada a través de la alegría, creatividad y riqueza de elementos en sus dibujos.

En la evaluación del período subsiguiente a los dos meses de suspensión del tratamiento dos psicólogos estuvieron de acuerdo en observar una autoimágen más rígida, con pérdida de la base de sustentación y cierta tendencia regresiva notoria en la disminución de la riqueza de expresión gráfica y un sentimiento de inadecuación. Uno de los profesionales consultados, piensa por el contrario, que el cambio evidenciado no sólo se mantuvo, sino que avanzó en su adaptación y desarrollo.

Es de notar, que en la tarea puramente objetiva de numerar de uno a tres según las diferentes etapas de la terapia, hubo una concordancia general entre los profesionales. Sin embargo, en la parte interpretativa, existen diferencias notorias. Esto confirma lo dicho por Mischel (1973) acerca de que en la interpretación de los tests proyectivos interviene una gran dosis de subjetividad. A pesar de estas limitaciones, en este estudio se consideró oportuna la utilización de los tests proyectivos, debido a que se requería una evaluación

de la personalidad en conjunto de la niña, tanto por la corta edad de la paciente, como debido a su poca escolaridad, factor que permite suponer que su espontaneidad al dibujar no había sido influenciada aún.

Se puede evaluar también la mejoría en la personalidad de la paciente, mediante los datos obtenidos en cuanto a la enuresis diurna y nocturna, puesto que esto constituye un síntoma de regresión.

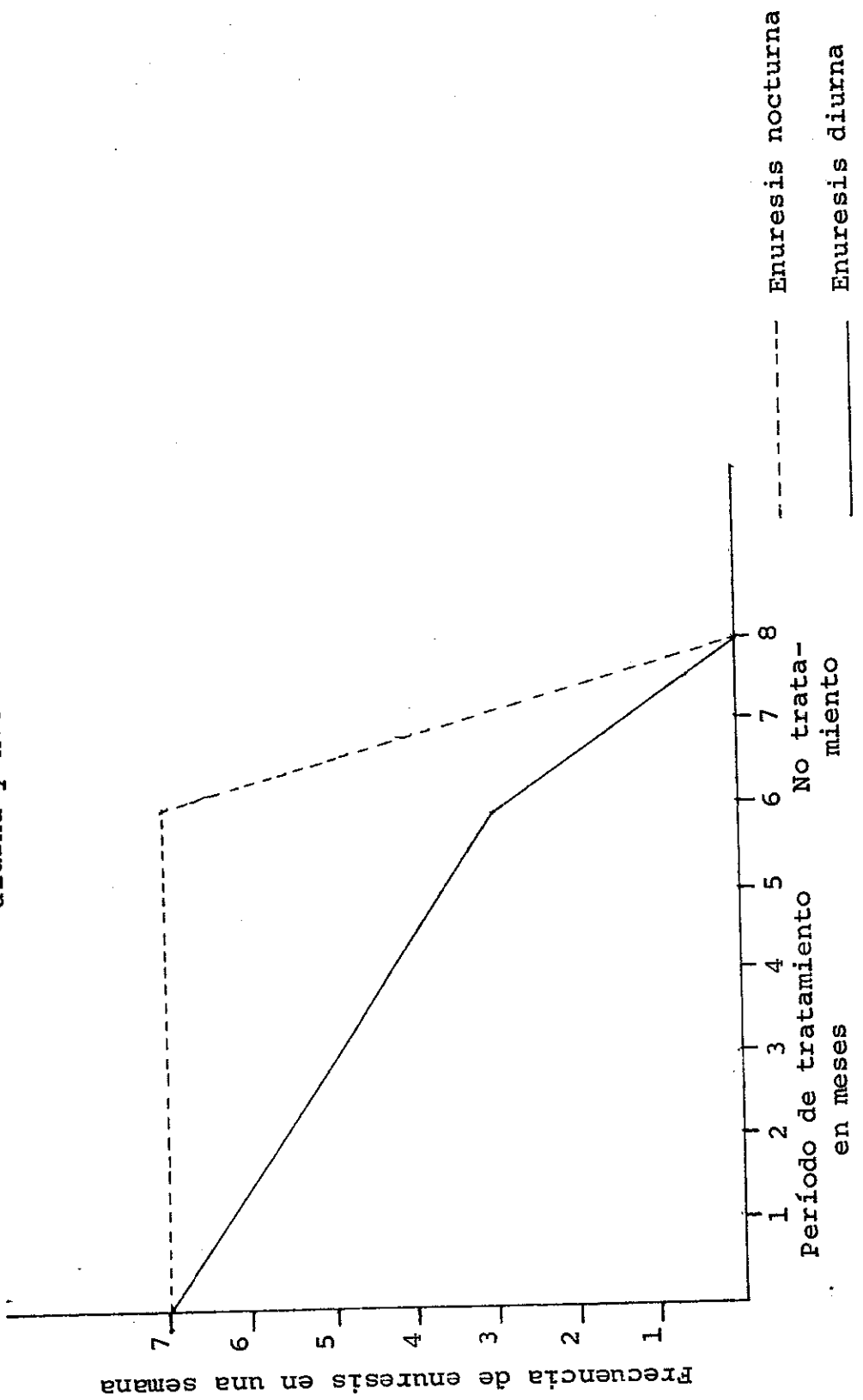
Al comenzar la terapia la niña se mojaba todos los días y todas las noches. Al finalizar los seis meses de tratamiento, la enuresis diurna disminuyó a tres veces por semana y a cero al finalizar los ocho meses que duró la investigación.

Por el contrario, la enuresis nocturna se mantenía en los niveles originales al finalizar los seis meses de tratamiento. Sin embargo, después del período de no tratamiento, esta conducta desapareció por completo. Véase Grafica No. 3 página siguiente.

Al analizar la sub-hipótesis 3 que expresa que:

"La capacidad intelectual de la niña aumentará después del tratamiento de seis meses y disminuirá después de suspender el tratamiento por dos meses".

Gráfica No. 3
Frecuencia de conductas enuréticas
diurna y nocturna



La hipótesis nula establecería que la capacidad intelectual de la paciente no cambiaría después de haber recibido seis meses de tratamiento ni después de habersele suspendido el tratamiento por dos meses. Sin embargo, vemos que en el estudio se confirmó ampliamente la sub-hipótesis planteada, ya que en la primera medición que corresponde al inicio de la terapia se obtuvo un punteo de 12 ítemes, lo que corresponde a una edad mental de seis años. En el dibujo correspondiente al término de los seis meses de tratamiento, el puntaje aumentó a 20 ítemes que corresponde a una niña de ocho años. Al finalizar la suspensión del tratamiento por dos meses, bajó a 17 ítemes. Ver Apéndices G, H e I. El aumento de 12 a 20 ítemes es un aumento realmente notable, ya que indica que el potencial intelectual que la niña poseía se encontraba bloqueado por sus problemas emocionales y nada hacía sospechar que se pudiera obtener un resultado tan sorprendente.

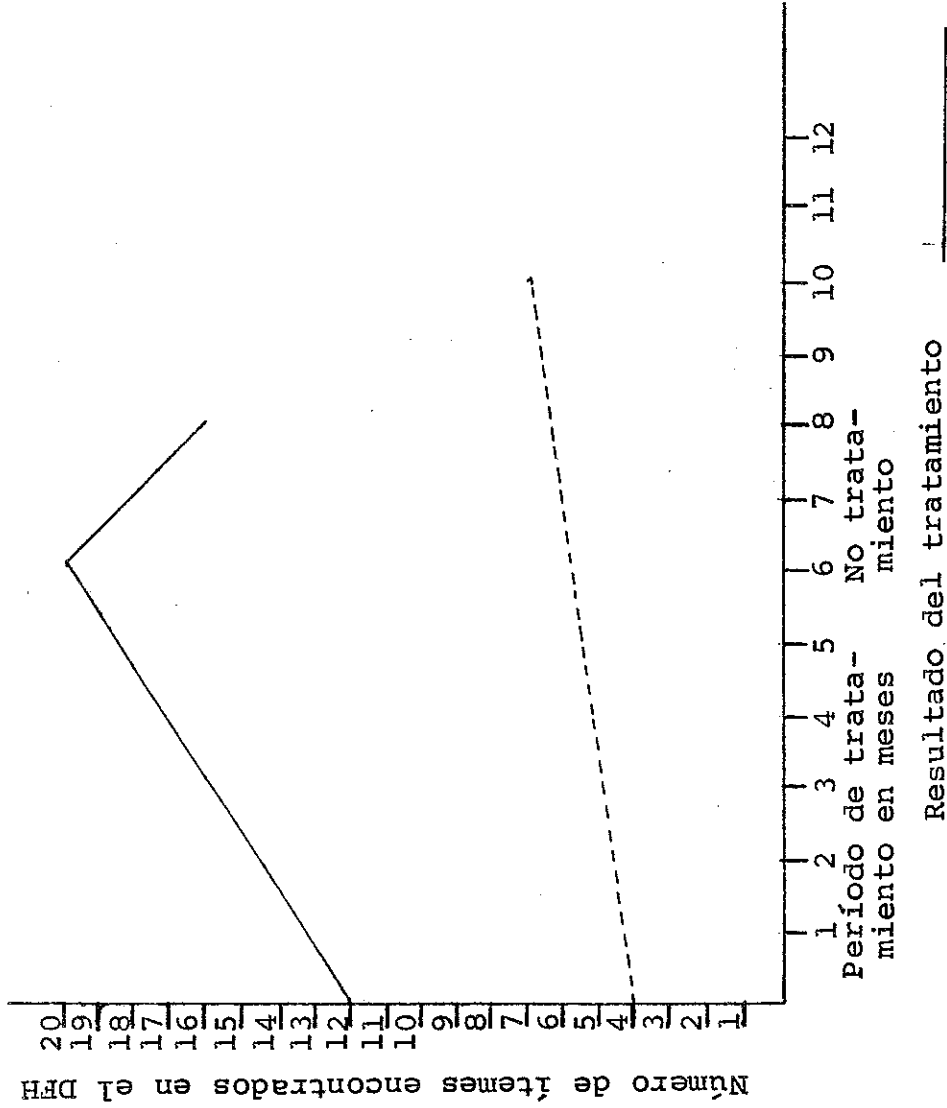
Como se dijo anteriormente en la sección referente al diseño, para controlar el factor de maduración se aplicó el Denver Development Test. En este test el 50 por ciento de los niños a la edad de cuatro años pueden dibujar una Figura

Humana compuesta solamente de tres partes o ítemes y a los cinco años pueden dibujar un hombre con seis partes, es decir que se espera un aumento de tres ítemes en un año debido a la maduración. Sin embargo, el sujeto de la investigación aumentó ocho ítemes, es decir, el 200 por ciento en seis meses, o sea el doble en la mitad del tiempo! Este resultado se percibe claramente en la Gráfica No. 4, siguiente página.

El test de Goodenough también se utilizó para controlar el factor maduración. Según el Baremo de Goodenough lo normal en un niño de cuatro años es encontrar cuatro ítemes presentes en el dibujo de la Figura Humana; en un niño de cuatro años seis meses es considerado normal tener seis ítemes y a los cuatro años nueve meses, lo normal es encontrar siete ítemes presentes. Esto contrasta con lo encontrado en el estudio, cuyos datos nos indican que en la primera medición el sujeto obtuvo un puntaje de 12 ítemes que corresponde según el Baremo de Goodenough a una edad de seis años. En la segunda medición obtuvo un punteo de 20 ítemes que corresponde a una edad de ocho años; esto en un lapso de seis meses, y en la tercera medición su puntaje fue de 17 ítemes que corresponde a una edad de siete años y tres meses.

Gráfica No. 4

Número de ítems encontrados en los tests de la figura humana



Resultado esperado según Baremo Goodenough como C.I. -----

Baremo de Goodenough

(Tomado de los tests de Bela Szekely)

	Años	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	0	-	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
Meses	3	-	5	9	13	17	21	25	29	33	37	41
	6	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	42
	9	3	7	11	15	19	23	27	31	35	39	-

V. DISCUSION

Al hacer un análisis de los resultados se ve que sí se confirmó la hipótesis general planteada. Es evidente que la niña sí experimentó los cambios conductuales.

Lo más importante es que estos cambios fueron positivos para el desarrollo emocional e intelectual de su personalidad.

Tomando como base el planteamiento teórico de Rogers (1977) la autopercepción del sí mismo ideal de la niña cambió. Esto se vé claramente en el DFH y la diferencia notable entre su autoimagen y la del dibujo posterior a los seis meses de terapia. Como Rogers dice, este cambio será mayor durante la terapia que durante un período sin tratamiento. Confirmando la segunda suphipótesis se evidencia una mayor integración de su personalidad. El cambio de la conducta cotidiana se percibe en el reporte de la madre en lo que se refiere a rabietas y a la agresividad tanto física como verbal. También se evidencia esto en el test de la familia, en que sí se observa

el segundo dibujo, correspondiente al final de los seis meses de terapia, su actitud hacia su familia ha cambiado radicalmente, como lo plantea uno de los profesionales consultado. "Todo el ambiente que las rodea es alegre y confiable".

Rogers plantea que el cliente adoptará conductas más maduras y desaparecerán las conductas infantiles. Esto se hace patente tanto en los tests de la Familia como en el test de la Figura Humana.

En ambos dibujos, que corresponden al inicio de la terapia, se percibe una notoria actitud regresiva y por el contrario, en los dibujos que hizo después de seis meses de terapia, se ve una gran madurez, considerando la edad de la niña.

Este proceso regresivo era evidente además en la enuresis que reportó la madre. En el inicio de la terapia la niña se mojaba todos los días y todas las noches. La enuresis diurna disminuyó a tres veces por semana, manteniéndose la nocturna, diariamente.

Lo que se podía esperar es que la enuresis desaparecería como resultado de los seis meses de tratamiento, sin embargo, no sucedió esto. La enuresis diurna disminuyó en frecuencia,

manteniéndose la enuresis nocturna diariamente. Resulta por lo tanto, bastante sorprendente que la enuresis haya desaparecido casi por completo después de los dos meses sin tratamiento.

Una posible explicación a este fenómeno puede ser que en el aprendizaje del control de esfínteres, en el cual la madre está muy involucrada, pueda haber sido ella el principal agente de cambio, logrando una modificación de conducta que, aunque le llevó más tiempo, fue efectiva y duradera. Esto se relaciona con lo dicho anteriormente en la página 26, Capítulo II, de que muchas veces pueden existir en la vida de un niño otros agentes de cambio además del terapeuta.

Según Moustakas al comenzar la terapia los sentimientos del niño son difusos e indiferenciados, es decir, que el niño tiene una serie de emociones provenientes de situaciones anteriores que lo hicieron sentirse enojado, frustrado o culpable, pero se ha perdido el contacto con dicha situación. El niño se siente mal o está enojado sin saber exactamente por qué. Esto se aprecia muy bien en la paciente del estudio. Ella manifestaba agresividad generalizada, aunque en mayor grado con su hermana, quién le había quitado su lugar en el

hogar en un momento traumático para ella. A través del proceso terapéutico esa agresividad se fue canalizando y expresando abiertamente durante la hora de juego. Al sentirse aceptada aún con esa agresividad, poco a poco, estos sentimientos fueron disminuyendo hasta que ella misma los aceptó.

Como se mencionó antes, la evaluación de resultados en psicoterapia presenta numerosas dificultades. Tal vez la más seria es el tipo de instrumentos de medición que se pueden utilizar. Para evaluar personalidad no existen a la fecha instrumentos precisos, válidos y confiables, con los que se obtenga un puntaje comparable con otros sujetos. Estas técnicas presentan numerosos problemas para su validación y para establecer su confiabilidad.

Mischel (1973:132) dice que en los tests de tipo proyectivo:

"Existe una subjetividad interpretativa doble, puesto que el examinado debe interpretar un conjunto ambiguo de estímulos y además el examinador debe interpretar un conjunto ambiguo de respuestas resultantes".

Otro problema que plantea el uso de las técnicas proyectivas es que cada persona interpretará el test de acuerdo a su

formación teórica, además que su propia subjetividad lo forzará a poner más atención en interpretar detalles que para otro examinador pasarán desapercibidos, obteniéndose así, a veces, resultados contradictorios.

En realidad, como lo expresa Anastasi (1976) las técnicas proyectivas no son verdaderos tests, sino que deben ser consideradas como instrumentos clínicos. Le sirven al clínico para plantearse hipótesis sobre el sujeto y en base a la observación clínica y a otras técnicas poder ir aceptando o rechazando dichas hipótesis. No se considera apropiado pedir una calificación a ciegas de los tests proyectivos, como se hizo en este estudio, por lo dicho anteriormente; sin embargo, esto se hizo necesario puesto que el estudio hubiera podido ser invalidado al utilizar mi propia interpretación como medio de evaluar los resultados de la terapia de juego. Debido a esto, se pidió a los tres psicólogos que numeraran los tests según las tres etapas o mediciones del diseño, ya que esta tarea es más objetiva que pedir una interpretación.

En el tratamiento terapéutico, se tomaron los tests proyectivos como un indicio para explorar ciertas áreas de la personalidad de la niña y para determinar los mecanismos de defensa que ella utilizaba de preferencia.

Un aspecto muy interesante de esta investigación es el que se relaciona con lo propuesto en la tercera sub-hipótesis, acerca de la capacidad intelectual de la paciente.

Al iniciar el tratamiento nada hacía pensar que la capacidad intelectual de la niña aumentaría de una manera tan significativa, aunque si consideramos el caso de Dibs, descrito por Axline (1974), no resulta del todo sorprendente el resultado de este estudio. Sin embargo, al finalizar los seis meses de terapia se puso de manifiesto todo su potencial intelectual, que obviamente se encontraba bloqueado por sus problemas emocionales. Lo que es aún más interesante, es que haya habido una ligera disminución de su capacidad intelectual al suspenderse la terapia.

Por otra parte, los únicos ítemes del Test de Desarrollo de Denver que la niña no pasó fueron los correspondientes al lenguaje, comprensión y analogías. Resulta interesante notar que después de haber recibido terapia de juego, pasó con gran facilidad estos ítemes. Conviene recordar que la niña presentaba dificultad de comunicación y problemas de regresión al inicio del tratamiento y que el lenguaje es uno de los medios de comunicación más utilizado por el ser humano y que

además, gran parte del desarrollo de un niño depende justamente del lenguaje. Es decir, que un mecanismo inconsciente de regresión se evidenció claramente en el área del lenguaje.

Se hace evidente por lo tanto, que la niña para poder desenvolverse con toda su potencialidad, necesitaba un clima emocional adecuado y sentirse ella aceptada, segura y protegida como en el ambiente que se le proporcionó en la terapia de juego.

En general, en la presente investigación se obtuvo un resultado altamente satisfactorio. En el caso de ciertas conductas que se querían modificar como rabietas o berrinches, desaparecieron totalmente después de seis meses de tratamiento y no volvieron a aparecer. En cuanto a la agresividad física, desapareció después del período de terapia, reapareciendo con una frecuencia de cuatro días por semana después del período de no tratamiento. La enuresis diurna disminuyó en frecuencia después de los seis meses de tratamiento, desapareciendo por completo después de los dos meses de suspensión de la terapia.

Las sub-hipótesis planteaban que las conductas inadecuadas

desaparecerían o disminuirían a los seis meses de terapia y que reaparecerían aunque con menor frecuencia después del período de no tratamiento, es decir que era necesario continuar la terapia de juego para mantener los cambios logrados durante la investigación.

La agresividad verbal se mantuvo después del tratamiento, aunque con una menor frecuencia y aumentó después del período de no tratamiento. En cuanto a la conducta de enuresis nocturna se mantuvo igual que al inicio de la terapia, desapareciendo por completo durante el período de no tratamiento. Este fenómeno se discutió anteriormente.

A la niña se le siguió tratando después de los dos meses en que se suspendió la terapia, pues era evidente que no se había logrado un máximo de cambio conductual y que aún era necesario trabajar con la paciente.

El caso que presenta Axline (1974) en Dibs in Search of Self se asemeja en cierta medida al sujeto de este estudio, puesto que el niño de ese caso tenía un bloqueo emocional de tal magnitud que se le había considerado retrasado mental. La niña estudiada en esta investigación presentaba también un

bloqueo emocional que no le permitía desarrollar todo su potencial intelectual, sin embargo, al finalizar la terapia su rendimiento intraindividual fue notable (Apéndices G y H).

El caso de Dibs y el de esta investigación difieren sin embargo, en la gravedad de los síntomas presentados por ambos sujetos. Dibs era un niño profundamente afectado en su funcionamiento como persona y el sujeto de este estudio sólo presentaba trastornos en su conducta diaria.

Por lo tanto, como conclusión se puede decir que en este estudio se logró comprobar que la terapia de juego produce cambios conductuales positivos.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, Arminda. Aportaciones al psicoanálisis de niños. Buenos Aires, Edit. Paidós, 1971.
- Aberastury, Arminda. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Buenos Aires, Edit. Paidós, 1978.
- Aberastury, Arminda. Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Buenos Aires, Edit. Paidós, 1962.
- Allport, Gordon. Psicología de la personalidad. 4a. ed. Buenos Aires, Edit. Paidós. 1974.
- Anastasi, Anne. Tests psicológicos. Madrid, Edit. Aguilar, S.A., 1976.
- Arnstein, Helena. The Roots of Love. New York, Bantan Book, 1977.
- Axline, Virginia. Dibs in Search of Self. New York, Ballantine Books, 1974.
- Axline, Virginia. Terapia de juego. México, Editorial Diana, S.A., 1974.
- Bandura, A. Principles of Behavior Modifi acion. New York, Holt Reinhart and Winston, 1962.
- Bergin, A.E., Garfiel y (ends). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York, John Wiley, 1971.
- Campbell, D., Stanley, J. Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social. Buenos Aires, Amorrortú Editores, 1970.
- Castro, L. Diseño experimental sin estadística. México, 1975.

- Corman, Luis. Test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Buenos Aires, Editorial Kapelusz, 1967.
- Erikson, Erik. Infancia y sociedad. Ediciones Hornie, S.A, 1970, Buenos Aires.
- Ford, Donald and Urban, Hugh. Psychotherapy. "Annual Review of Psychology". Palo Alto Ca. 1967.
- Ford, Donald and Urban, Hugh. Systems of Psychotherapy. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1963.
- Freud, Anna. The ego and the Mechanisms of Defense. New York, International Universities Press, 1946.
- Freud, Anna. El psicoanálisis infantil y la clínica. Biblioteca de Psicología profunda. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1977.
- Geudalin, Eugene, and Rychlak, Joseph. Psychotherapeutic Processes. Palo Alto, Ca., "Annual Review of Psychology, 1970.
- Handworth, M.R. Child Psychotherapy. New York, Basic Book, 1954.
- Hobbs, et.al. Alteration of cognitive processes to modify infantile behaviors clinically relevant. "Psychological Bulletin", V. 87, No. 1. pp. 147-165, 1980.
- Klein, Melanie. Narrative of a child analysis. New York, Delta, 1976.
- Langer, Marie. Aporte kleiano a la evolución instintiva. Buenos Aires, Edit. Paidós, 1974.
- Lippman, S. Hyman, M.D. El tratamiento de los niños con conflictos emocionales "Sección Primaria". Iniciación a la terapia. Madrid, Edit. Paz Montalvo, 1960.
- Mischel, W. Personalidad y evaluación. México, Trillas, 1973.

- Montenegro, Herman. Severe Separation Anxiety in Two Pre-school Children. Successfully Treated by Reciprocal Inhibition. Great Britain, Pergamon Press, 1968.
- Morgenstern, Sophie. Un caso de mutismo psicógeno. París Revue Francaise de Psychanalyse, 1927.
- Moustakas, Clark. Children in Play Therapy. New York, Random House, Inc., 1953.
- Moustakas, Clark. Psychotherapy with Children. The Living Relationship. New York, Ballantine Books, 1974.
- Mussen, Conger y Kagan. Desarrollo de la personalidad en el niño. México, Trillas, 1976.
- Pérez, Aurora. Relaciones objetales y etapas evolutivas. Buenos Aires, Edit. Orientación Médica, 1969.
- Pérez, Aurora. Abordaje psicoanalítico del mundo externo en relación con la estructuración psicológica, presentada a la "Asamblea 'Analítica Conferencia'", Argentina. 1973.
- Piaget, Jean. La Formation du Symbole Chez l'enfant. París, Delachanz et Niestle, 1945.
- Piaget, Jean. Play, Dreams and Imitation in Childhood. New York, W.W. Morton and Company, Suc., 1962.
- Piaget, Jean, Inhelder, B. Psicología del niño. Madrid, Edic. Morata, 1975.
- Plutchik, Robert. Fundamentos de investigación experimental. México, Haria, 1974.
- Recinos, Luis. Revue Critiques des Travaux sur l'evaluation des Resultants d'une Psychotherapie, Tesis doctoral no publicada, París, Sorbonne, 1975.
- Reisman, John. Toward the Integration of Psychotherapy. A revision of John Wiley and Sons, New York, 1971.
- Rogers, Carl, et.al. Person to Person: The Problem of Being Human. California, Peninsula Lithograph, 1967.

- Rogers, Carl and Kinget, M. Psychotherapie et Relations humaines. 6a. ed. VI y II. Edition Beatrice-Nauwelaerts, 1973.
- Rogers, Carl. El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires, Edit. Paidós, 1977.
- Rogers, Carl. Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1977.
- Shaw, Charles. Psiquiatría infantil. México, Edit. Interamericana, S. A., 1966.
- Spencer, et.al. Understanding Piaget. New York, Harper and Row, 1977.
- Sterba, Richard. Teoría psicoanalítica de la libido. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1974.
- Volpicelli, Luigi. La vida del juego. Buenos Aires, Angel Estrada y Cía., S.A., 1969.
- Wickes, F. The Inner World of Childhood. The New American Library, Luc., 1968.
- Wohnnan and Egan, Ross Editors. Handbook of Treatment of Mental Disorders in Childhood and Adolescence. New Jersey, Prentice Hall Inc., 1978.
- Wyss, Duber. Las escuelas de psicología profunda. Madrid, Edit. Gredos, 1975.
- Yates, J. Aubrey. Terapia del comportamiento. México, Trillas, 1976.
- Zulliger, Hans. Psicoterapia infantil por el juego. Salamanca, Ediciones Sigueme, 1968.

APENDICE A

Reporte del Psicólogo A

DFH

- N.1 Dibujo que corresponde al inicio de la terapia. A pesar de que hay muchos elementos, hay una pobre integración, ausencia de movimiento y expresión vacía.
- N.2 Dibujo que corresponde al período posterior a la terapia. Hay una mayor integración de las partes y la figura es alegre; da la impresión de estar bien gratificada. Tiene movimiento y éste da la impresión de dirigirse hacia adelante. La inclinación parece obedecer más bien al movimiento a la postura expresiva de la figura que a una inseguridad básica. Es una figura armónica, agradable.
- N.3 Dibujo que corresponde al período de suspensión de la terapia. Se trata de una figura más bien grotesca. Se ha perdido la gracia y la armonía de la anterior. Da la impresión de haber perdido también la base de sustentación y se percibe como cayendo hacia atrás. Hay pobreza de expresión.

En general se perciben sentimientos de inadecuación y fuertes necesidades de afecto.

Test de la familia

N.1 Corresponde al inicio de la terapia. Las figuras presentan pobre integración y expresión vacía. Todas las figuras se parecen, exceptuando la que corresponde, que está como encapsulada o mutilada. Se percibe que la figura materna tiene preponderancia. Todos están con los brazos abiertos, como pidiendo afecto.

N.2 Corresponde al período posterior a la terapia. A pesar de que las figuras paternas no están dibujadas, se puede sentir su presencia en el árbol de navidad y el sol (figuras que simbolizan protección y calor). Las niñas son gráciles y están como danzando. Tienen expresión alegre. Todo el ambiente que las rodea es alegre y confiable.

N.3 Corresponde al período de suspensión de la terapia. Las figuras han perdido su gracia y se percibe el gran dominio de la madre. Las niñas no están dibujadas, pero están representadas por figuras completamente inadecuadas (los conejitos). La figura paterna tiene una expresión grotesca.

APENDICE B

Reporte del Psicólogo B

Reporte correspondiente al DFH:

1. DFH numerado como 1 se ven:

Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente.

Inestabilidad emocional

El dibujo es esquemático, pobre en detalles. Comparándolo con los posteriores, puede inferirse que se trataba de una niña que tenía poca estimulación ambiental y/o que presentaba regresión debido a problemas emocionales, pues la figura pobre no evidenciaba su capacidad intelectual, como se puso de manifiesto en las próximas figuras.

2. Figura numerada como 2:

Inestabilidad emocional

Nivel de capacidad probablemente normal alto o superior.

Su dibujo tiene muchos detalles.

La niña pareciera reflejar que se siente sola e insegura, sin una base firme, como con una fragilidad.

3. Figura numerada como 3:

El segundo dibujo denota mayor estabilidad y la figura refleja sentimientos de seguridad y de mayor firmeza. Refleja una autoimagen con un ego más crecido.

Test de la familia

1. Dibujo numerado como 1

Denota marcada inestabilidad emocional. Las figuras están esparcidas por la página, todas inclinadas.

Ella y su hermana están colocadas en medio de los padres, pareciera buscar mayor protección de ellos.

Ella se dibuja como un bebé, lo cual podría interpretarse como características regresivas.

Se dibuja cerca del papá y éste es el único que está dibujado sin inclinación, como si en él ella sintiera más apoyo o bien podría indicar un deseo de aproximarse más a él, lo cual también podría ser, dado que por su edad podría estar en el inicio de la fase edípica. Hace un hermano que no tiene, desearía tener uno?

2. Dibujo numerado como 2

Lo más evidente es que la niña está liberando agresividad, probablemente favorecida por catarsis a través del proceso terapéutico. Ella se une más a su hermana.

La madre está tachada con sombreado, como si quisiera suprimirla, pero a la vez estos sentimientos le causan ansiedad. El papá está ausente (siente menos necesidad de él?). Al menos parece ya no estar usando la regresión como principal mecanismo defensivo, sino que está liberando agresión, esto puede que sea la causa por la que busca menos al papá?

Dibuja un sol, talvez se siente temerosa de descubrir su propio potencial agresivo y busca controles externos que le pongan un límite que la haga sentir segura.

3. Dibujo numerado como 3

En este dibujo ella parece ser la figura principal dibujada muy grande en un primer plano, pero la niña dice que es la madre, después de haber comentado que los padres están en una fiesta. Refleja un ego más crecido probablemente como una compensación a sus anteriores sentimientos de inseguridad. Parece sentirse más segura y autosuficiente.

El papá aparece atrás, más contento, como brindándole una protección a distancia. Dibuja dos conejitos (objetos transferenciales?). La mamá y la hermana fueron omitidas. Tal vez sus sentimientos hacia ellas sean aún ambivalentes o podría ser que ahora ella se siente tan segura de sí que las elimina porque siente que ya no las necesita tanto.

Comenta que los papás están en una fiesta y los niños están con la muchacha, pero ella no parece sentirse muy insegura por ello o talvez los conejitos tengan el valor de objetos transferenciales.

APENDICE C

Reporte del Psicólogo C

1. DFG y Familia numeradas como 1 aparecen muy empobrecidas afectivamente.
2. Las figuras del DFH y Familia numeradas como 2: se ven alegres, se ha enriquecido la imaginación y la creatividad.
3. Las dos figuras numeradas como 3 se perciben en cierto desequilibrio, sobre todo en el DFH y una distorsión o inadecuación en la figura de los conejitos.



APENDICE D

Historia clínica del sujeto

La menor vino a la clínica traída por su madre. Es una niña de cuatro años, nació el 13 de septiembre de 1975. Vive con sus padres y una hermana menor de un año de edad.

Se ve una niña sana aunque un poco pálida, bien cuidada, limpia y bien vestida. Asiste a prekinder desde enero de 1979. La familia pertenece a clase media alta.

Al entrevistar a la madre reportó que Ana es producto de un embarazo deseado, sin ninguna complicación. La madre dijo tener muy buena relación con su esposo y demostró afecto y preocupación por la niña. Todo el desarrollo de la niña es normal. Se sentó a los seis meses, caminó a los 13 meses, habló a los dos años y su dentición fue normal. Sin embargo, a los dos años fue operada de emergencia de peritonitis, tuvo que permanecer hospitalizada durante 10 días y según dijo la madre, a continuación de este incidente la niña se volvió irritable y difícil. El motivo de consulta es que la madre desearía cambiar ciertas conductas inadecuadas de la hija.

Tiene rabietas o berrinches frecuentemente, en que se tira al suelo, llora, pateo y escupe.

Le pega constantemente a su hermana y en ocasiones también a otros niños. Reporta la madre que la niña padece de enuresis tanto diurna como nocturna. Lo que más le causa conflicto es la enuresis diurna. Se le comenzó a dar terapia de juego centrada en el cliente, utilizando los juguetes que existían en la clínica. La menor presentaba rasgos neuróticos con fuertes componentes regresivos y compulsivos. Al inicio de la terapia la niña jugaba de manera bastante compulsiva apareando tanto figuras como colores, siempre de la misma manera y con los mismos juguetes, verbalizando muy poco.

Fue modificando en forma paulatina su manera de jugar, su juego se hizo más variado y espontáneo. Cambió su uso del espacio y progresivamente utilizó más y más espacio de la clínica. Además, hubo un notable incremento de su capacidad de comunicación verbal.

Después de la evaluación que se le hizo tras dos meses de suspensión del tratamiento se le siguió viendo tres meses más. Se le suspendió el tratamiento de mutuo acuerdo con la madre,

pues la niña había experimentado un cambio notable tanto en su propia personalidad como en sus relaciones con los demás. Es decir que se trabajó con la paciente durante un período de 11 meses.

APENDICE E

Cuestionario de conductas desadaptadas

4 años 4 años 6 meses 4 años 8 meses

Conductas agresivas:

Frecuencia en días de la semana
Tipo: verbal y/o físico

diaria verbal
y física

verbal
física no hay

verbal 5 días
física 4 días

Rabietas o berrinches:

Frecuencia en días de la semana
Tipo

diaria
llorar, patear
escupir

Eneuresis:

Diurna:
Nocturna:

diaria
diaria

3 días
diaria

STO. = STOMACH

SIT = SITTING

PERCENT OF CHILDREN PASSING

25 50 75 90

May pass by report

Footnote No. see back of form

Test from

Name

Birthdate

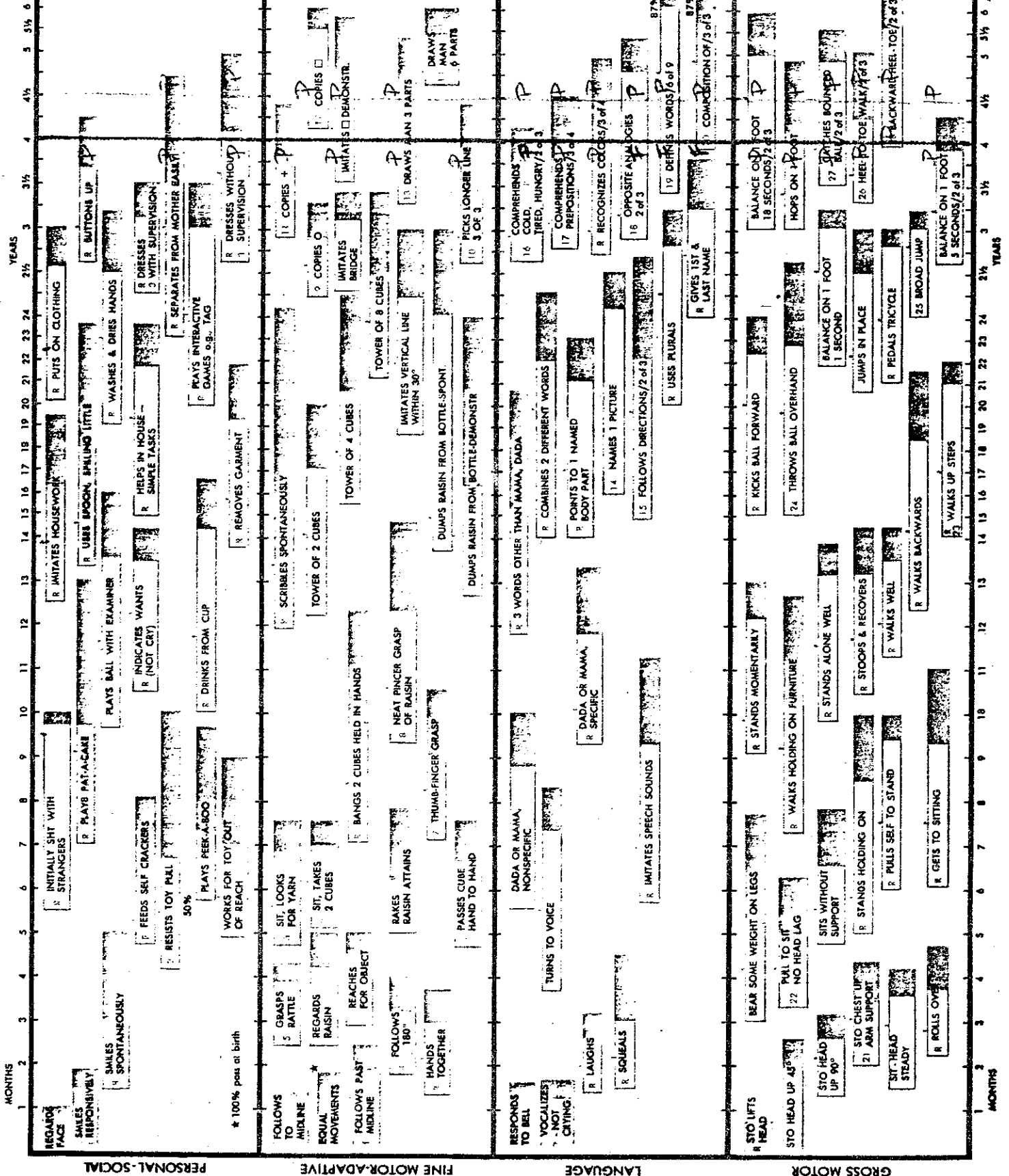
Hosp. No.

PERSONAL-SOCIAL

FINE MOTOR-ADAPTIVE

LANGUAGE

GROSS MOTOR



DIRECTIONS

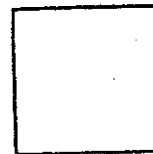
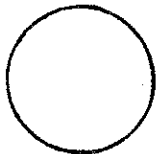
DATE

NAME

BIRTHDATE

HOSP. NO.

1. Try to get child to smile by smiling, talking or waving to him. Do not touch him.
2. When child is playing with toy, pull it away from him. Pass if he resists.
3. Child does not have to be able to tie shoes or button in the back.
4. Move yarn slowly in an arc from one side to the other, about 6" above child's face. Pass if eyes follow 90° to midline. (Past midline; 180°)
5. Pass if child grasps rattle when it is touched to the backs or tips of fingers.
6. Pass if child continues to look where yarn disappeared or tries to see where it went. Yarn should be dropped quickly from sight from tester's hand without arm movement.
7. Pass if child picks up raisin with any part of thumb and a finger.
8. Pass if child picks up raisin with the ends of thumb and index finger using an over hand approach.

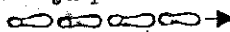



9. Pass any enclosed form. Fail continuous round motions.
10. Which line is longer? (Not bigger.) Turn paper upside down and repeat. (3/3 or 5/6)
11. Pass any crossing lines.
12. Have child copy first. If failed, demonstrate

When giving items 9, 11 and 12, do not name the forms. Do not demonstrate 9 and 11.

13. When scoring, each pair (2 arms, 2 legs, etc.) counts as one part.
14. Point to picture and have child name it. (No credit is given for sounds only.)

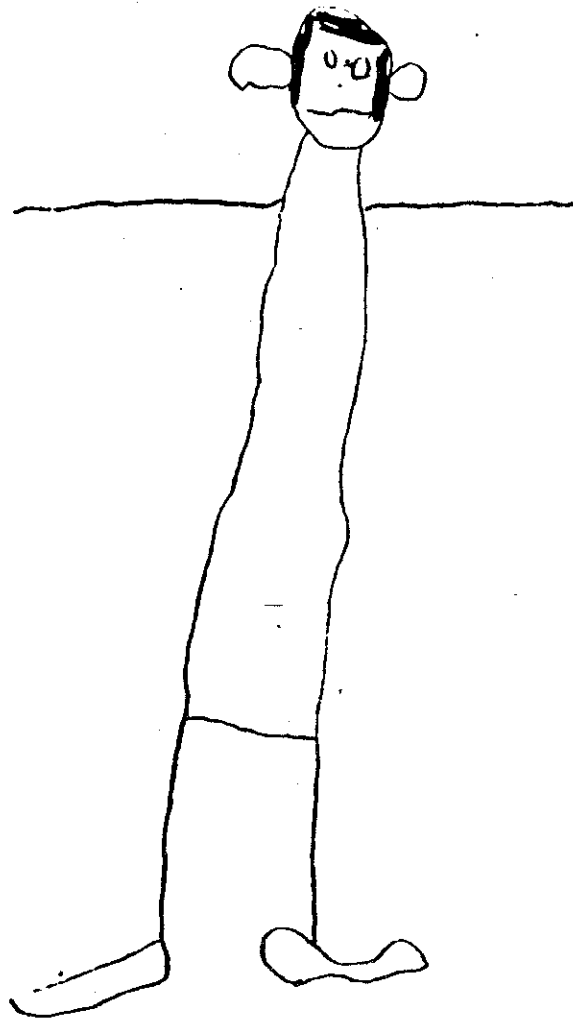


15. Tell child to: Give block to Mommie; put block on table; put block on floor. Pass 2 of 3. (Do not help child by pointing, moving head or eyes.)
16. Ask child: What do you do when you are cold? ..hungry? ..tired? Pass 2 of 3.
17. Tell child to: Put block on table; under table; in front of chair, behind chair. Pass 3 of 4. (Do not help child by pointing, moving head or eyes.)
18. Ask child: If fire is hot, ice is ?; Mother is a woman, Dad is a ?; a horse is big, a mouse is ?. Pass 2 of 3.
19. Ask child: What is a ball? ..lake? ..desk? ..house? ..banana? ..curtain? ..ceiling? ..hedge? ..pavement? Pass if defined in terms of use, shape, what it is made of or general category (such as banana is fruit, not just yellow). Pass 6 of 9.
20. Ask child: What is a spoon made of? ..a shoe made of? ..a door made of? (No other objects may be substituted.) Pass 3 of 3.
21. When placed on stomach, child lifts chest off table with support of forearms and/or hands.
22. When child is on back, grasp his hands and pull him to sitting. Pass if head does not hang back.
23. Child may use wall or rail only, not person. May not crawl.
24. Child must throw ball overhand 3 feet to within arm's reach of tester.
25. Child must perform standing broad jump over width of test sheet. (8-1/2 inches)
26. Tell child to walk forward,  heel within 1 inch of toe. Tester may demonstrate. Child must walk 4 consecutive steps, 2 out of 3 trials.
27. Bounce ball to child who should stand 3 feet away from tester. Child must catch ball with hands, not arms, 2 out of 3 trials.
28. Tell child to walk backward,  toe within 1 inch of heel. Tester may demonstrate. Child must walk 4 consecutive steps, 2 out of 3 trials.

DATE AND BEHAVIORAL OBSERVATIONS (how child feels at time of test, relation to tester, attention span, verbal behavior, self-confidence, etc.):

APENDICE G

Test DFH inicio de la terapia





APENDICE H

Test DFH después de seis meses
de tratamiento

ANA LUCIA

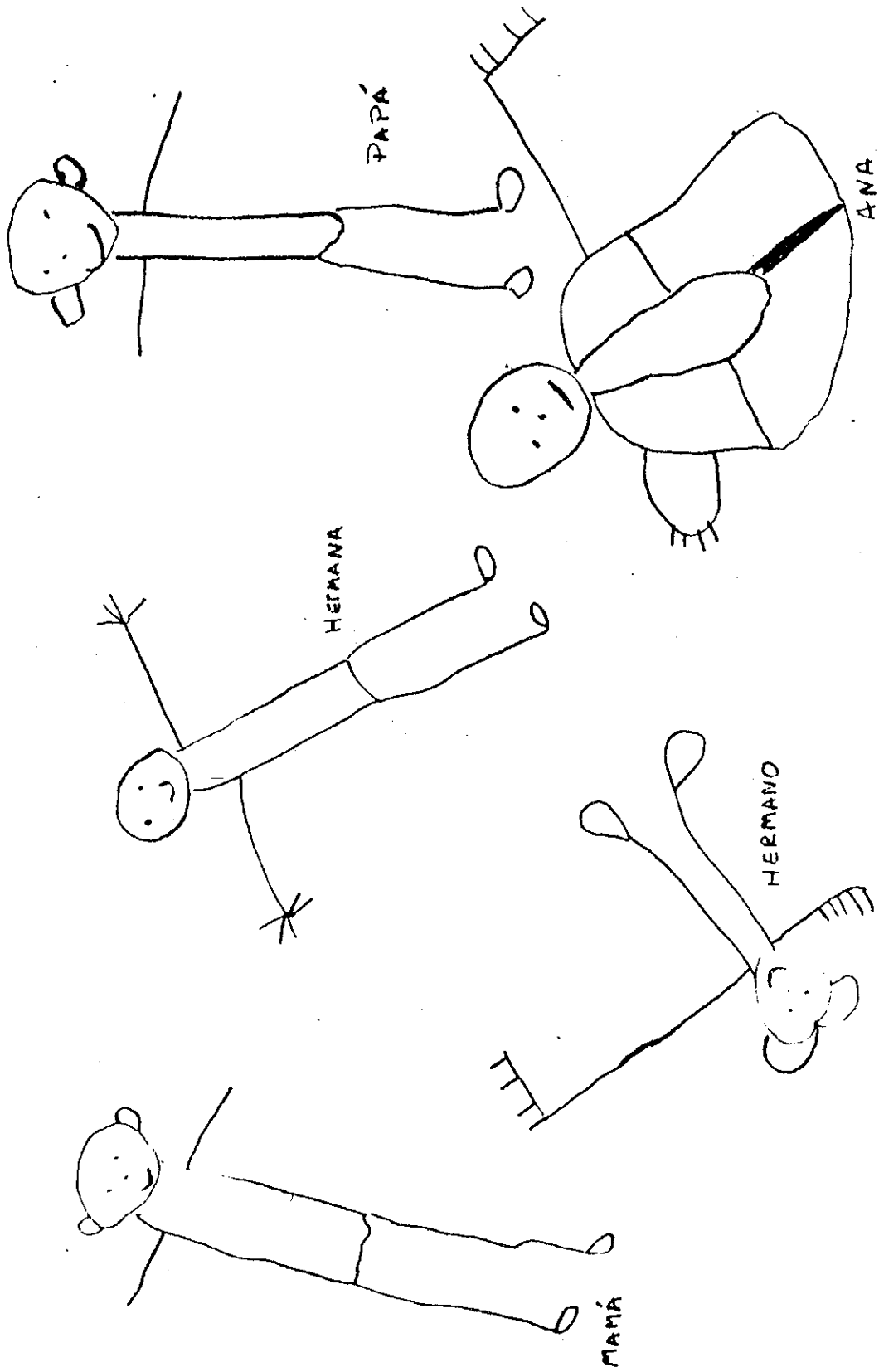


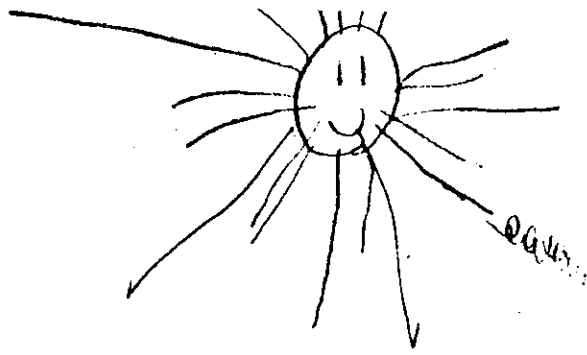
APENDICE I

Test DFH después de suspensión
de tratamiento

APENDICE J

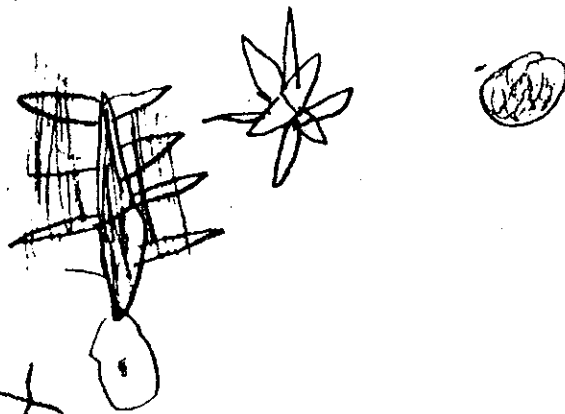
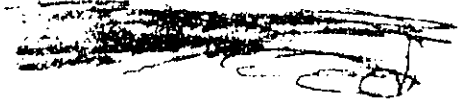
Test de la familia inicio de tratamiento

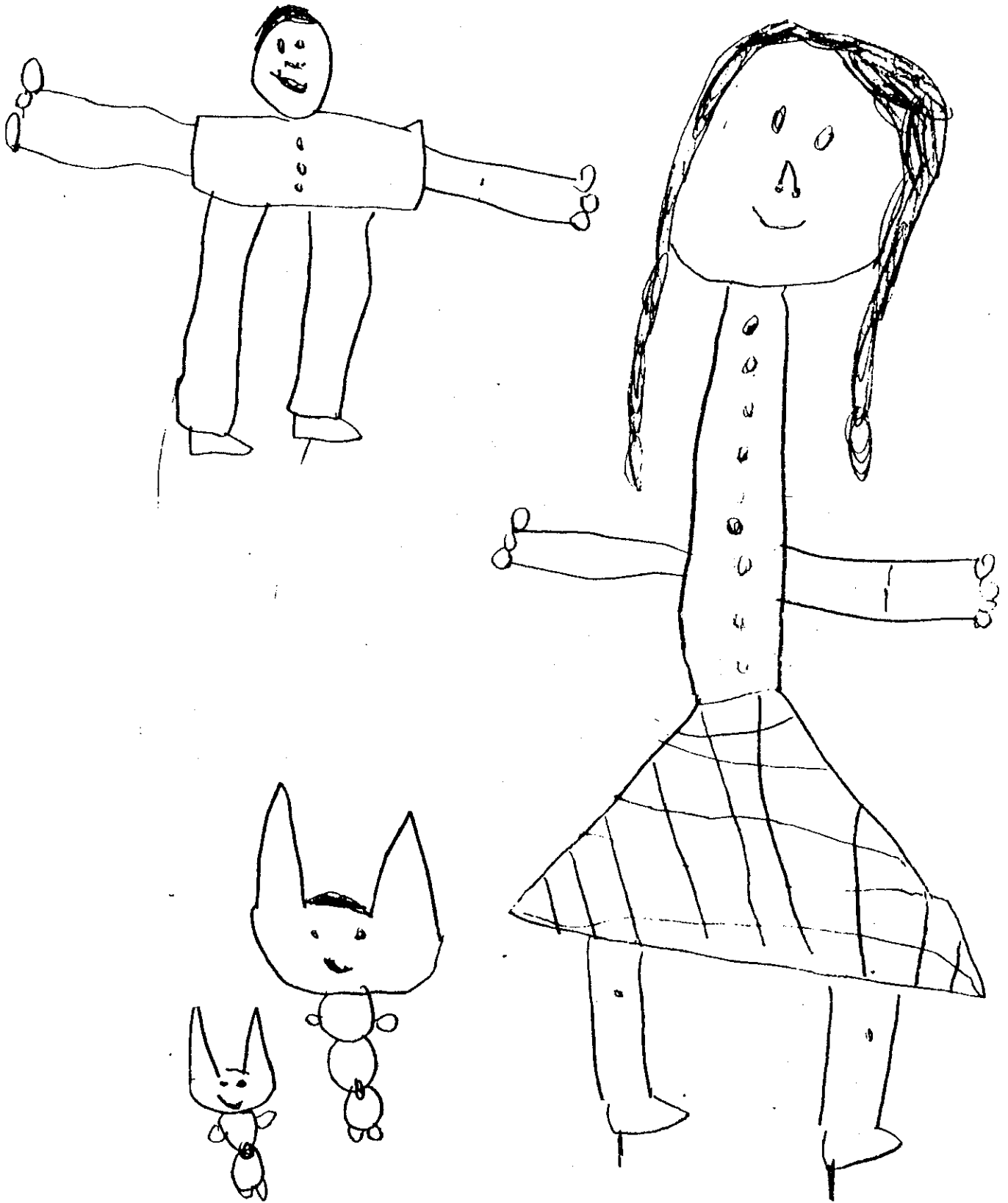




APENDICE K

Test de la familia después de
seis meses de tratamiento





APENDICE L

Test de la familia después de
suspensión de tratamiento