



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Escuela de Psicología Educativa Terapéutica

Plan de Recuperación para trabajar el duelo por muerte y separación de la niña María Alejandra (nombre ficticio), alumna del Segundo Año de Educación Básica, de la Unidad Educativa Bilingüe: "Arco Iris", año lectivo 2006 - 2007, utilizando la Terapia de Juego.

Trabajo de Graduación previo a la obtención del título de:
Licenciado en Ciencias de la Educación, mención Psicólogo Educativo Terapeuta

Autor:

Adrián Felipe Vázquez

Directora:

Dra. Emperatriz Medina Cueva

Cuenca, Ecuador

2007

Dedicatoria

A mis padres que con amor, respeto y tolerancia me han enseñado que la misión de todo individuo es llegar a ser más y mejor ser humano.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios, uno y trino, por haberme bendecido con la oportunidad de acceder, formarme y concluir la carrera universitaria.

Quiero agradecer a mis padres y hermanos por el apoyo constante que me han brindado en el proceso de educación superior.

Quiero agradecer a la Sra. María Mercedes Maldonado por su incondicional ayuda y sabios consejos.

Quiero agradecer a la Universidad del Azuay, a la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, a la Escuela de Psicología Educativa Terapéutica por la instrumentación que me han brindado para poder servir como psicólogo en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas del aprendizaje y conductuales.

Quiero agradecer a mis formadores, a todos y cada uno de ellos, por haber compartido conmigo su experiencia y conocimientos.

Quiero agradecer, de manera especial, a mi directora del trabajo de grado, Dra. Emperatriz Medina Cueva, por su amable colaboración.

Finalmente, quiero agradecer a la niña María Alejandra (nombre ficticio) y a su distinguida familia por haberse ofrecido como caso específico para el diseño y elaboración del trabajo de graduación.

El autor.

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de Anexos.....	vi
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	1
Capítulo Primero – Marco Metodológico.....	2
Introducción.....	2
1. Marco Terapéutico del Juego.....	2
1.1. El juego.....	2
1.2. La Terapia de Juego.....	3
1.3. Terapia de Juego Psicoanalítica.....	4
1.4. Terapia de Juego Familiar.....	6
1.5. Terapia de Juego Razonable.....	8
1.6. Terapia de Juego no Directiva o Centrada en el Cliente.....	10
1.7. Terapia de Juego Cognitivo Conductual.....	13
2. Estrategias Terapéuticas del Juego.....	16
2.1 La hora de juego.....	16
2.2 La primera hora de juego.....	17
2.3 Las sesiones de juego.....	17
2.4 Las etapas en el juego.....	18
2.5 El encuadre.....	19
2.6 Los problemas técnicos.....	19
3. Recursos Terapéuticos del Juego.....	20
3.1. El salón de juego.....	20
3.2. El ambiente de juego.....	20
3.3. La caja de juego.....	20
3.4. La maleta de juego.....	21
3.5. Los materiales de juego.....	21
3.6. El terapeuta y su función a la hora de juego.....	22
4. El duelo por Muerte o Separación.....	23
4.1. El duelo.....	23
4.2. El proceso de duelo.....	24

4.3. El duelo complicado.....	26
4.4. El proceso terapéutico del duelo complicado.....	28
Conclusiones.....	29
Capítulo Segundo – Psicodiagnóstico.....	30
Introducción.....	30
1. Informe Psicopedagógico.....	30
1.1. Datos de identificación.....	30
1.2. Composición familiar.....	30
1.3. Realidad familiar.....	31
1.4. Motivo de remisión.....	31
1.5. Evaluación del desarrollo.....	31
1.6. Resultados de la valoración psicológica.....	32
1.7. Resultados de la valoración pedagógica.....	40
1.8. Resultados de la valoración del duelo.....	41
1.9. Observaciones generales.....	42
1.10. Recomendaciones para el equipo.....	42
1.11. Recomendaciones para la maestra.....	42
1.12. Recomendaciones para los padres.....	43
Conclusiones.....	43
Capítulo Tercero – Plan de Intervención.....	44
Introducción.....	44
1. Las Sesiones y Actividades Terapéuticas.....	44
1.1. Antes de intervenir.....	44
1.2. Para intervenir.....	45
1.3. Fichas de trabajo.....	45
2. El Cronograma de Aplicación de las Sesiones y Actividades Terapéuticas.....	76
3. La Ficha de Registro, Seguimiento y Evaluación.....	78
Conclusiones.....	80
Conclusiones.....	81
Referencias.....	82
1. Bibliografía (libros y textos).....	82
2. Bibliografía (manuales reactivos).....	83

Índice de Anexos en Formato Digital

1. Reactivos aplicados	
1.1 Entrevista Psicológica.....	1
1.2 Hoja de Remisión.....	11
1.3 Test ABC de Lorenzo Filho.....	13
1.4 Método de Evaluación de la Percepción Visual Frostig.....	17
1.5 WIPPSI (Español). Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar.....	18
1.6 Test Goodenough de la Figura Humana.....	24
1.7 Valoración del ADHD con el DSM-IV.....	26
1.8 Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH).....	32
1.9 Test de Apreciación Infantil (CAT-A) de Leopold Bellak y Sonya Sorel Bellak.....	37
1.10 Test de Roberto.....	45
1.11 Test de Sacks de las Frases Incompletas para Niños.....	49
1.12 Home – Tree – People.....	56
1.13 Test de la Familia de Louis Corman.....	60
1.14 Test de Bender.....	64
1.15 Breve Inventario del Duelo (BID).....	67
1.16 Cuestionario de Aproximación al Concepto de Muerte (CACMUN).....	70
1.17 Inventario de Duelo Complicado para Niños (IDCN).....	77
1.18 Historia Clínica sobre el Duelo para Niños.....	82
2. Intervenciones realizadas	
2.1 Diapositivas: Carta al ser querido.....	1 – 28
2.2 Diapositivas: Dibujo antes, recordando y después de la pérdida.....	1 – 14
2.3 Diapositivas: Garabateo sobre papel.....	1 – 35
2.4 Diapositivas: Inflado y reventado de globos.....	1 – 58
2.5 Diapositivas: Rasgado de papel.....	1 – 38
2.6 Diapositivas: Sesión de juego no Directiva.....	1 – 31
2.7 Diapositivas: Visita al cementerio.....	1 – 27
3. Fichas de registro, seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas	
3.1 Ficha de registro, seguimiento y evaluación: Informe y contrato terapéutico.....	92
3.2 Ficha de registro, seguimiento y evaluación: Carta al ser	

querido.....	93
3.3 Ficha de registro, seguimiento y evaluación: Dibujo antes, recordando y después de la pérdida.....	94
3.4 Ficha de registro, seguimiento y evaluación: Garabateo sobre papel.....	95
3.5 Ficha de registro, seguimiento y evaluación: Rasgado de papel.....	96
3.6 Ficha de registro, seguimiento y evaluación: Inflado y reventado de globos.....	97
3.7 Ficha de registro, seguimiento y evaluación: Sesión de juego no Directiva.....	98
3.8 Ficha de registro, seguimiento y evaluación: Visita al cementerio.....	99
4. Contrato Terapéutico.....	100
5. Informe de las Intervenciones realizadas.....	102
6. Reactivos para evaluar el proceso del duelo	
6.1 Breve Inventario del Duelo (BID).....	104
6.2 Cuestionario de Aproximación al Concepto de Muerte en el Niño (CACMUN).....	105
6.3 Inventario del Duelo Complicado para Niños (IDCN).....	112
6.4 Historia Clínica sobre el Duelo para Niños.....	115

Resumen

Plan de Recuperación para Trabajar el Duelo Complicado compuesto por tres partes que constituyen a la vez los capítulos y los objetivos específicos del Trabajo de Grado: 1. Marco Metodológico sobre el Juego, la Terapia de Juego y el Duelo; 2. Informe Psicopedagógico del estado actual de la paciente a la fecha de elaboración del mismo; y, 3. Plan de Intervención para Trabajar el Duelo Complicado utilizando la Terapia de Juego.

Investigación con la que hemos evidenciado la plasticidad y efectividad del uso terapéutico del juego para tratar las problemáticas infantiles, llegando a la conclusión de que se hace necesario profundizar en las intervenciones de este tipo como en la posibilidad de crear una terapia de juego específica para abordar esta dificultad.

Abstract

Recovery Plan to work with children suffering from complicated bereavements. The plan is composed of three chapters including the specific objectives of the graduation work. Chapter 1 comprises the Methodological Frame about Game, Game Therapy and Bereavement. Chapter 2 is a Psychopedagogical Report about the patient's condition. Finally, Chapter III is the Intervention Plan to Work with Complicated Bereavement by using Game Therapy.

With this research, we have demonstrated the versatility and efficiency of the therapeutic use of games to treat infantile problems, and we have arrived to the conclusion that it necessary to go deeper into this type of interventions as well as into the possibility of creating a specific Game Therapy to tackle this difficulty.

INTRODUCCIÓN

El tema del Duelo Complicado en Niños ha sido abordado con el objeto de profundizar los conocimientos teórico – prácticos sobre ésta problemática y su posible intervención terapéutica.

Al ser un estudio específico consideramos que su abordaje constituirá una valiosa experiencia que nos permitirá adquirir algunas herramientas claves para el tratamiento del caso específico tomado para el análisis y creación de este documento como para casos similares.

Nos hemos propuesto diseñar un Plan de Recuperación para Trabajar el Duelo Complicado por el cual está atravesando la paciente. Para lograr este objetivo hemos dividido la propuesta en tres partes que constituyen a la vez los capítulos y los objetivos específicos que componen el Trabajo de Grado:

- Marco Teórico en que se respalda la investigación donde se aborda el método, las estrategias y los recursos del Juego y la Terapia de Juego. Igualmente se brinda una síntesis que hace alusión al duelo, al proceso del duelo, al duelo complicado y al proceso terapéutico del duelo complicado.
- Psicodiagnóstico donde se da a conocer las principales circunstancias y dificultades manifestadas por la paciente a la fecha de elaboración del mismo. A lo que se suma como anexo, en formato digital, las hojas de prueba de los diferentes reactivos y otros instrumentos aplicados.
- Plan de Intervención basado en la Terapia de Juego compuesto por las sesiones y actividades terapéuticas, el cronograma de aplicación y la ficha de registro, seguimiento y evaluación. Además se incluye como anexo, en formato digital, los reactivos utilizados para evaluar el proceso del duelo.

Proceso investigativo cuya modalidad se orientará al análisis de la dificultad específica utilizando el modelo terapéutico del juego y el método inductivo. Además de algunas técnicas e instrumentos de recolección de datos, principalmente: la observación, la entrevista, el estudio del caso y la investigación bibliográfica.

CAPITULO PRIMERO - MARCO METODOLÓGICO

Introducción

El primer capítulo del presente trabajo de grado hace referencia al marco teórico en que se respalda la investigación. Primero abordaremos el Método Terapéutico del Juego explicando qué es el juego, qué es la terapia de juego y cuáles son sus principales enfoques: terapia de juego psicoanalítica, terapia de juego familiar, terapia de juego razonable, terapia de juego no directiva o centrada en el cliente y terapia de juego cognitivo – conductual. Seguido haremos referencia a las Estrategias Terapéuticas del Juego haciendo hincapié en la hora de juego, la primera hora de juego, las sesiones de juego, las etapas en el juego, el encuadre y los problemas técnicos. Luego especificaremos los Recursos Terapéuticos del Juego en el que se incluyen el salón de juego, el ambiente de juego, la caja de juego, la maleta de juego, los materiales de juego y el terapeuta y su función a la hora de juego. Y finalmente nos referiremos al Duelo por Muerte o Separación indicando sus aspectos más importantes que son: qué es el duelo, cuál es el proceso del duelo, el duelo complicado y el proceso terapéutico del duelo complicado.

Método Terapéutico del Juego

El juego

El juego es la actividad natural por medio de la cual el niño se expresa y que ha sido considerada dentro del ambiente terapéutico como una manera de conocer su mundo interno haciendo evidentes sus dificultades que difícilmente pueden ser dadas a conocer o indagarse con el discurso puramente verbal.

Las investigaciones en el campo del juego han dado a conocer sus múltiples beneficios y han permitido descartar la errada concepción de que es una acción frívola cuyo único objeto es producir placer (satisfacción) en el niño con relación al sujeto o al objeto. El juego va mucho más allá pues constituye un instrumento esencial para el desarrollo mental, físico y social saludable como una forma de autoterapia mediante la cual se llega al centro de las confusiones, ansiedades y conflictos.

A más de lo anterior el juego es considerado como un espacio vital por medio del cual el niño pone a prueba su ambiente y aprende habilidades que le generan un sentido de seguridad que le permitirá ir reestructurando su forma de ser.

Ahora bien, la conducta del juego tiene ciertos elementos típicos, “el juego es: placentero, intrínsecamente completo, persona no objeto, variable frente a situaciones y a los niños, sin metas o propósitos u orientación de tareas e irrealizable en situaciones nuevas o de temor” (Schaefer & O’Connor, *Manual de Terapia de Juego, volumen 1* 2 – 3).

Y las funciones del juego, las mismas que han sido estudiadas por Slobin son las siguientes: biológicas: aprender habilidades básicas, relajarse o liberar energía excesiva y estimulación cinestésica; intrapersonales: deseo de funcionar, dominio de situaciones, exploración, desarrollo cognoscitivo, dominio de conflictos y satisfacción de deseos; interpersonales: desarrollo de habilidades sociales, controlar la ansiedad causada por la separación y puede usar objetos para reemplazar a personas ausentes; y, socioculturales: imitar papeles deseados (Schaefer & O’Connor, *Manual de Terapia de Juego, volumen 1* 4).

La Terapia de Juego

La terapia del juego “es un método que ayuda al niño problema a ayudarse a sí mismo como es una oportunidad vital que se ofrece para que este pueda expresar sus sentimientos y problemas por medio del juego” (Axline, *Terapia de Juego* 18).

El modelo directivo o en el que el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar y el modelo no directivo o en el que el terapeuta deja que sea el niño el responsable e indique el camino a seguir son las dos maneras de hacer terapia de juego.

El terapeuta que utilice este abordaje, según Arnold Lázarus, debe manejar las siguientes modalidades que afectan al paciente: conducta, afecto, sensación, imaginación, cognición, socialización y aspecto somático o médico. Además debe conocer la terapia en sí, el cambio de conducta de juego que se da en el curso de desarrollo del niño, los materiales y técnicas disponibles para tratar problemas de la

infancia y la forma en que éstos pueden ser modificados para tratar problemas específicos.

Y el uso de la terapia del juego involucra diversos ambientes terapéuticos, materiales y enfoques. Dentro de los principales enfoques psicoterapéuticos podemos anotar: terapia de juego psicoanalítica, terapia de juego familiar, terapia de juego razonable, terapia de juego no directiva o centrada en el cliente y terapia de juego cognitivo – conductual.

Terapia de Juego Psicoanalítica

La terapia de juego psicoanalítica se basa en el análisis de la resistencia o transferencia y en el fondo todas las intervenciones se adaptan a estos tres fines fundamentales: el juego no se utiliza como medio para lograr abreacción o liberación afectiva, el juego no se utiliza para proporcionar al niño recreación y el juego no se utiliza como medio para educar al niño. Entonces, ¿cómo se utiliza el juego en la terapia psicoanalítica? El juego se utiliza en la terapia psicoanalítica como un recurso para establecer contacto con el niño, como medio de observación y fuente de información y como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa.

Los materiales de juego necesarios se elegirán tomando en cuenta la edad, sexo y las circunstancias específicas del paciente o la intervención. En el salón de juegos deberá ser lo suficientemente amplio, cómodo, acogedor, fácil de ordenar y limpiar. Los materiales que se incluyan deberán ser simples y durables considerándose como adecuados: útiles para dibujar o pintar; arcilla o plastilina para moldear; cubos y otras fichas para armar o ensamblar; muñecos articulados con implementos para el juego de roles; títeres y vestuario para el juego dramático; muñeca con biberón que pueda vestirse y desvestirse o maletín de trabajo (portafolios) para la representación de papeles; y, otros juguetes como aviones, carros, barcos, edificaciones a escala, armas, casa de muñecas con mobiliario, pelotas, etc. para la escenificación de eventos cotidianos. Es útil incorporar para los niños en la etapa de latencia juegos de mesa, un juego de policías y ladrones o un juego de indios y vaqueros como para los niños mayores de la etapa de latencia los modelos a escala de aviones, autos y barcos. Vale la pena indicar que se deben evitar los juegos de tablero complejos como los juegos de azar. En definitiva los materiales deben alentar el juego y la expresión libre de la imaginación del niño con el objeto

de promover la verbalización de fantasías, la expresión del afecto o vinculaciones y la revelación de los mecanismos de defensa.

En el proceso terapéutico debemos tomar en cuenta algunos aspectos estudiados por Erickson que nos facilitaran el análisis, la interpretación y la intervención adecuados y son:

- Las tres esferas en las que se desenvuelve el juego y la fantasía: autósfera o la relacionada con el cuerpo y funciones corporales del niño, micrósfere o la relacionada con el mundo de los objetos y materiales de juego y macrósfere o la relacionada con mundo de la situación terapéutica.
- Principio de la interrupción del juego: ruptura en la secuencia y continuidad del juego como indicador de ansiedad que alerta al terapeuta para que examine el contenido latente y manifiesto de las fantasías que pueden señalar un conflicto de alta significación.
- El juego por edades: el juego dramático es característico de preescolares y niños en edad edípica; el dibujo, el relato de aventuras complicadas y los juegos competitivos es característico en la etapa de latencia; y, el uso del juego, por lo general, disminuirá hasta desaparecer en la preadolescencia al ser reemplazado por la comunicación verbal siendo necesario incluir otros recursos terapéuticos de exploración como la interpretación de los sueños, sin embargo, esto no descarta que quizás el preadolescente necesiten regresar a actividades de juego anteriores y el terapeuta debe permitirselo con la finalidad de interpretar y resolver los conflictos que generaron tal regresión.

Y los requisitos que debe reunir el terapeuta de juego psicoanalítico son: un amplio conocimiento de psicoanálisis y del desarrollo infantil, entrenamiento en el uso del juego como instrumento terapéutico y experiencia en el tratamiento a niños en el escenario clínico. A lo que debe agregarse un conjunto de rasgos de la personalidad como: ser lo suficientemente maduro para evitar la sobreidentificación, permitirse una regresión controlada sin perder su capacidad de análisis e interpretación, tolerar las presiones afectivas, sobrellevar la provocación o la seducción, soportar el surgimiento de problemas infantiles y poseer interés, curiosidad, plasticidad, honestidad, paciencia y sensibilidad a lo que ocurre en la sesión de juego.

Terapia de Juego Familiar

La terapia de juego familiar es una técnica que combina los elementos de las terapias de juego y familiar con los métodos de educación para adultos que incluye en una situación de juego preplaneada a padre(s), niño(s) y terapeuta. Aquí el terapeuta juega un rol activo y directivo; las técnicas de tratamiento más importantes son la demostración, la educación y la interpretación; y, las sesiones de juego se pueden llevar a cabo en diferentes escenarios. Se trata de una técnica a corto plazo que debe utilizarse a criterio del terapeuta en forma adicional a otras técnicas de intervención.

El aspecto nuclear de este enfoque es la andragogía o reeducación para adultos que tiene por objeto el instrumentarles en técnicas para recibir y asimilar información nueva que reestructure y mejore sus habilidades parentales como la dinámica familiar (normas, reglas, límites) en un medio agradable para sus hijos como es la situación del juego. Ésta técnica permite al terapeuta servir de modelo a seguir por aquellos padres cuyo estilo de crianza es inadecuado o deficiente. También brinda un ambiente controlado y libre de amenazas en el que puedan experimentar el cambio.

Al implementar esta técnica se debe aprovechar su flexibilidad e incorporarla en el momento más adecuado de la intervención en marcha. Su efectividad depende del grado de confianza mutua entre la familia y el terapeuta como del compromiso de dejarse educar, orientar, moldear por él. Pacto establecido al seleccionar los objetivos de la sesión, planear las actividades y aprobar el contrato conjuntamente con la familia. El éxito terapéutico está en la cooperación de los padres “para jugar”.

Todo contrato terapéutico de este tipo incluye un objetivo general y dos o más objetivos específicos a lograrse en ocho o diez sesiones de juego. Al final de este periodo se puede establecer un nuevo contrato para iniciar un nuevo periodo que cubra otras necesidades latentes o manifiestas del grupo familiar. En algunas ocasiones, muy especiales por cierto, el contrato terapéutico puede ser modificado en el transcurso de la primeras sesiones. Las modificaciones deben hacerse teniendo en cuenta los lineamientos generales para no interrumpir el proceso de tratamiento. Ahora bien, el terapeuta es quien decidirá, en base a los objetivos, a qué miembros de la familia debe incluir.

La planeación de actividades es un proceso complejo pero útil. A menudo se solicita a los miembros de la familia pero en especial a los padres que hagan una listado de sus juegos favoritos con el fin de conocer el estilo y tipo de juegos que prefieren. Esto permite al terapeuta seleccionar las actividades que los miembros de la familia disfrutan, programación que revisa utilizando el método de análisis de la actividad de VanderVen para evitar el fracaso en su aplicabilidad.

Las posibilidades de escoger un lugar para aplicar las sesiones son infinitas debido a la flexibilidad del método que incluye desde el cuarto de terapia de juego hasta una casa familiar. Lo importante es el control ambiental evitando, en la medida de lo posible, las interrupciones. Esto se logra teniendo precaución de algunos detalles como la reserva del escenario, la desconexiones o oclusión de posibles distractores (celulares, paneles, cuadros, fotografías, adornos...), la explicación de lo que se va a hacer incluyendo algunas reglas necesarias de ser tomadas en cuenta por los participantes, la colocación de un letrero de “no molestar”, la elección de un lugar amplio y cómodo, entre otros según el tipo de actividades a realizar y materiales de juego a utilizar.

El rol del terapeuta de juego familiar es multifacético pues se desenvuelve como educador, facilitador, modelo y compañero de juego. El mismo que lo desempeña en base a la preparación y experiencia en el uso terapéutico del juego, la seguridad al jugar y contar con el conocimiento de trabajo para utilizar el ambiente como parte del tratamiento, la familiarización con el papel terapéutico que debe desempeñar al exponerse en las sesiones y la inclusión activa y directiva en la terapia.

Y el tratamiento se llevará a cabo en tres etapas principales donde el papel del terapeuta cambiará durante el transcurso de cada una de ellas:

- Primera etapa, en las dos primeras secciones, el terapeuta introduce y dirige las actividades como observa y evalúa una vez más los patrones individuales y familiares y al mismo tiempo sirve como un apoyo para un comienzo que no resulta tan sencillo.
- Segunda etapa, en las siguientes tres secciones, su papel es más activo y directo, moldeando nuevas habilidades como auxiliando a los padres en sus primeros intentos de “probar” estos patrones, es decir, el terapeuta actúa como educador del adulto aprendiz en una forma práctica.

- Tercera etapa, en las tres últimas sesiones, alienta a los padres y/o niños a iniciar e implementar autónomamente sus nuevas habilidades, es decir, el terapeuta actúa como facilitador brindando apoyo, retroalimentación y reforzamiento directos e inmediatos frente a los esfuerzos realizados por la familia para alcanzar cambios que eviten o superen los fracasos anteriores.

Terapia de Juego Razonable

La terapia de juego razonable se basa en la necesidad de trabajar con igualdad a los niños y es posible que aquellos con dificultades no hallan tenido este tipo de oportunidad o experiencia. Por lo tanto, el objetivo de este enfoque es elaborar las condiciones necesarias en las que tales niños puedan aprender formas adecuadas de resolver necesidades o conflictos y establecer relaciones interpersonales. Para ello el terapeuta participa en el juego ya sea conduciéndolo o siguiéndolo a través de la observación o la interpretación.

El escenario y los materiales de juego no son únicos de este enfoque. Una habitación de juego, diseñada y equipada para este fin, es lo más aconsejable aunque la terapia se puede realizar en otro tipo de escenarios menos especializados. Se utiliza materiales comunes de juego mientras más versátiles o utilizables para varios propósitos mucho mejor. Es aconsejable aunque no esencial que se incluya un arenero y un lavadero. Además se sugiere contar con un lugar para almacenar los materiales de juego, disponer paredes como pisos fáciles de lavar y tener a mano el equipo necesario para la limpieza con el fin de conservar el orden y el aseo.

Este tipo de terapia de juego está especialmente dirigida a niños con problemas conductuales en su amplia gama de dificultades, tales como: hostilidad, aislamiento, manipulación, ansiedad, fobias, etc. pero que puedan someterse a los estímulos sociales y a los controladores.

El terapeuta una vez analizado el caso debe tomar la decisión de si se ve únicamente al niño, o junto con la familia, uno o ambos padres, y quizá, también, otro terapeuta incluyéndolos en la intervención y debe hacerse siempre que estén dispuestos. No es recomendable trabajar únicamente con el niño. Cuando se trabaja con los padres es mejor verlos por separado y centrar las sesiones en

instrumentarles en formas más adecuadas para relacionarse y ayudar a su hijo. Y cuando se trabaja con otro terapeuta lo importante es el formar un equipo que propenda alcanzar el mayor grado de mejoría y bienestar en el niño. Además se debe convenir el carácter privado y confidencial de las sesiones con el niño y sus representantes bajo ciertas excepciones tales como el uso del espejo unidireccional, grabaciones, filmaciones, etc. necesarias para el estudio y utilizadas sólo para este fin.

Las características y variables del terapeuta de juego razonable son las siguientes: usará una vestimenta adecuada que le permitan estar preparado para participar sin ningún problema y deberá poseer: una actitud de cariño y afinidad con los niños que respalden su deseos de ayuda genuina, capacidad para plastificarse en asumir un rol en base a la flexibilidad cognoscitiva y conductual con el fin de establecer una atmósfera terapéutica eficaz, responsabilidad para dirigir la sesión de juego, confianza en sus habilidades y su juicio crítico, libertad para ocupar al niño en forma proactiva, compromiso para planificar oportunamente las estrategias y tácticas más apropiadas, un buen nivel de formación teórico – práctico como de autoconfianza y de decisión razonable y, esencialmente, ser creativo, audaz e innovador en el manejo de la técnica.

Los objetivos básicos que persigue esta corriente son cuatro:

- Primero, establecer las condiciones necesarias para la psicoterapia, es decir, responder y tratar con el juego del niño creando una situación en la que aprenda a sentir que se interesan en él y lo aprueban previo a la satisfacción de ciertas condiciones previamente fijadas.
- Segundo, establecer límites, es decir, que el terapeuta no sólo debe fijar el tipo de límites que serán necesarios sino también idear métodos para su implementación sin que esto obstaculice los objetivos de la psicoterapia.
- Tercero, prever, es decir, que el terapeuta estará preparado para sugerir una actividad alternativa frente a una dificultad en la aplicabilidad como es el caso del niño que pone a prueba los límites establecidos o del niño que no encuentran atractivo el salón de juego.

- Cuarto, aplicar, es decir, poner en marcha lo planificado teniendo en cuenta que el terapeuta debe anticiparse a cualquier desafío y estar preparado para tratar con él.

Y el proceso de intervención básico es el siguiente: En la primera sesión el terapeuta debe familiarizarse con el niño, intentar la comprensión de los problemas que requieren atención y establecer credibilidad, valor de reforzamiento y otras condiciones necesarias para la interacción terapéutica. A medida que se produce la comprensión del desarrollo del niño y se valora la importancia de la aceptación del terapeuta, éste puede iniciar un papel más activo en la terapia, es decir, el terapeuta comienza a entender qué sentimientos necesita aprender a manejar el niño más adecuadamente, qué situaciones le provocan problemas particulares y otros e instruir eficiente y directamente acerca de conductas adaptativas a través del modelamiento. Y en la parte final se ayuda a que el niño consolide los logros adquiridos utilizando ensayos explícitos de la conducta deseada acompañados de descripciones verbales, justificaciones y explicaciones de estas conductas como apropiadas a un nivel que él entienda.

Terapia de Juego no Directiva o Centrada en el Cliente

La terapia del juego no directiva o centrada en el cliente debe entenderse como la oportunidad que se le ofrece al niño para que pueda experimentar su crecimiento (madurez psicológica) bajo las condiciones más favorables utilizando el juego como un vehículo que le permitirá reconocer sus dificultades y trabajar en ellas a través de actuar sobre los sentimientos que las generan enfrentándolos, controlándolos o rechazándolos.

El juego del niño expresa lo que él quisiera decir o hacer y le permite ordenar su mundo a su entera satisfacción. Es por esto que el terapeuta no directivo no dirige el juego en ningún momento tan solo le concede el espacio, los juguetes y su libre manejo. Cuando el niño juega libre e independientemente está expresando su forma de sentir, pensar y actuar (ser) de forma natural y espontánea la misma que es observada, reconocida y reflejada por el terapeuta.

Las sesiones de juego pueden llevarse a cabo de forma individual o grupal. La terapia de grupo puede ser más apropiada que la terapia individual en casos donde los problemas están centrados en dificultades de adaptación social y en casos

donde los problemas están centrados en dificultades emocionales la terapia individual puede ser más apropiada que la terapia de grupo. Pero como es imposible determinar cuál es la base de los problemas del niño quizá lo mejor sea ofrecerle tanto contactos individuales como de grupo en la medida que este tipo de arreglo sea posible.

Los materiales fundamentales para llevar a cabo una sesión de terapia de juego no directiva son los siguientes: casa de muñecas con mobiliario, familia de muñecos, juguetes temáticos (por ejemplo: para jugar al policía y a los ladrones), muñecas con sus accesorios, plastilina o arcilla, cajas de pintura o pintura de agua, papel para dibujar, tizas de colores, lápices, armas de juguete, soldados de juguete, vehículos de juguete, títeres, una muñeca de trapo con su biberón y un teléfono. Estos materiales pueden colocarse en una maleta y ser transportados por el terapeuta.

La salón de juegos puede estructurarse utilizando cualquier escenario aunque es deseable y no absolutamente necesario disponer de una habitación, en la medida de lo posible, separada del consultorio y amueblada, adaptada contra ruidos, con un fregadero de agua caliente y fría, con un arenero, con protecciones y/o cortinas en las ventanas, con paredes y pisos resistentes y fáciles de limpiar y acondicionada para realizar grabaciones, filmaciones u observaciones.

Este tipo de terapia de juego es aplicable a cualquier tipo de niños con cualquier tipo de problema pues es una técnica que permite comprender y ayudar a los niños incluyendo a aquellos con dificultades de comportamiento, aprendizaje, lenguaje, somáticas, etc. Además parece ser que existe un elemento de higiene mental preventiva en su aplicación por lo que no hay que esperar que el niño se encuentre seriamente afectado para intentar brindarle este espacio de ayuda, apoyo o acompañamiento.

Las cualidades que debe reunir un terapeuta no directivo son: no actuar como supervisor, maestro o padre sustituto; su labor requiere de toda su atención, sensibilidad y apreciación de lo que el niño está haciendo o diciendo; es necesario el entendimiento y un genuino interés por el niño; ser maduro, sincero, permisivo y accesible, responsable y respetuoso en todo momento; su postura debe ser recta y su presencia tranquila; poseer una bondadosa paciencia y sentido del humor que relaje al niño, lo tranquilice y lo aliente a compartir con él su mundo interior;

conservar una actitud profesional en relación a su trabajo y no traicionar la confianza que le ha sido depositada; gustar de los niños y conocerlos a fondo; conocer en teoría y práctica la terapia y las técnicas no directivas; y, practicar los ocho principios básicos que rigen el proceder terapéutico según este modelo.

En lo referente a un participante directo (padre o padre sustituto) en el curso del proceso terapéutico podemos decir que con frecuencia son considerados un factor agravante en el caso del niño y que podría realizarse más ágilmente si los adultos estuvieran a su vez recibiendo terapia o asesoría por separado. Por lo tanto, no es necesario que los adultos sean atendidos para asegurar el resultado exitoso de la terapia de juego no directiva.

Y el proceso terapéutico se produce al aplicar los ocho principios básicos que guían la intervención de juego no directiva:

- Primero, el terapeuta debe establecer una relación interna y amigable con el niño mediante la cual establece una armonía lo antes posible.
- Segundo, el terapeuta acepta al niño tal como es.
- Tercero, el terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
- Cuarto, el terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.
- Quinto, el terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad de hacerlo (es responsabilidad del niño decidir como realizar cambios).
- Sexto, el terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna (el niño guía el camino y el terapeuta lo sigue).
- Séptimo, el terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia (este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta).

- Octavo, el terapeuta establece sólo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad.

(Axline, *Terapia de Juego* 81)

Terapia de Juego Cognitivo – Conductual

La terapia de juego cognitivo – conductual se basa en teorías cognitivas y conductuales del desarrollo y la psicopatología emocionales como en las intervenciones que se derivan de estas teorías dentro de un modelo de terapia de juego. Es un método poderoso para que los niños aprendan a cambiar su conducta y se vuelvan participes activos del tratamiento logrando niveles crecientes de control sobre ella y manejo del ambiente para lo que se utiliza actividades de juego, comunicación verbal y comunicación no verbal.

Los atributos de este enfoque se podrían resumir en que: integra al niño al tratamiento por medio del juego; se enfoca sobre pensamientos sentimientos, fantasías y ambiente del niño; proporciona una estrategia para el desarrollo del pensamiento y conductas más adaptativas; es estructurada, directiva y orientada a la consecución de objetivos; incorpora técnicas demostradas de modo empírico; y, permite el análisis empírico del tratamiento (Schaefer & O'Connor, *Manual de Terapia de Juego, volumen 2* 142 - 143).

Al comparar esta corriente con las corrientes tradicionales, especialmente con la terapia de juego psicoanalítica y la terapia de juego axliniana, podemos inferir algunas semejanza y algunas diferencias que detallamos a continuación.

Semejanzas:

- La relación terapéutica: contacto positivo con el niño por medio del juego haciéndole participe en el tratamiento y generándole confianza.
- El juego como medio: modalidad de tratamiento y comunicación entre el terapeuta y el niño que posibilita el cambio.

- La terapia como un lugar seguro: espacio que brinda al niño una sensación de seguridad y protección.

Diferencias:

- La dirección y objetivos: fines terapéuticos y medios para su consecución ya sea basándose en el liderazgo del niño o en el conocimiento de la situación de éste recopilado a partir de una fuente exterior.
- Los materiales y actividades de juego: aspecto de la programación donde participa tanto el niño como el terapeuta.
- El juego como educación: instrumento que se utiliza para enseñar al niño habilidades y conductas adecuadas utilizando generalmente un modelo.
- Las interpretaciones y/o las conexiones: intervenciones del terapeuta que tienen por objeto convertir el conflicto en expresiones verbales para el niño.
- El elogio: recurso técnico y de reforzamiento utilizado para mejorar la autoestima, la autovaloración y la comunicación de conductas apropiadas.

Los métodos de intervención específica que se utilizan en este enfoque son:

- El modelamiento: método eficaz para adquirir y fortalecer conductas, así como, para debilitarlas a través de exponer al niño ante alguien o algo que muestra la conducta que se quiere establecer.
- El desempeño de roles: método que permite al niño practicar con el terapeuta sus habilidades y recibir retroalimentación directa e inmediata.

En niños pequeños se debe usar una técnica de modelamiento en la que son los modelos (títeres) quienes realizan la representación y es el niño quien observa y aprende de ellos cuando practican algunas habilidades y reciben retroalimentación por parte del terapeuta.

- Las contingencias conductuales: método que se realiza mediante refuerzos o gratificaciones por la adquisición de nuevas habilidades que pueden ser aplicadas en el consultorio, en el hogar y otros ambientes como ser autoaplicadas.

A lo anterior se suman un amplio conjunto de técnicas conductuales como la desensibilización sistemática, el manejo de contingencias, el automonitoreo, la programación de actividades, etc. Y un amplio conjunto de técnicas cognitivas como el registro de pensamientos disfuncionales, las estrategias de cambio cognoscitivo, las autoafirmaciones de enfrentamiento, la biblioterapia, etc.

Los requerimientos y características del terapeuta las podríamos resumir en las siguientes: preparación profesional teórico – práctica adecuada, experiencia supervisada en el campo clínico, conocimiento y entrenamiento utilizando el enfoque de la terapia de juego cognitiva – conductual y constante actualización.

Los materiales que se utilizan son similares a los de cualquier otra terapia y deben ser planificados, premeditados, adaptables y flexibles permitiendo y motivando la creatividad del niño.

Y las etapas del tratamiento son cuatro:

- Primero, la etapa de evaluación que se da a través de pruebas formales e informales donde participan el niño como sus cuidadores y para lo cual se puede utilizar los inventarios de información de los padres, la entrevista clínica, las medidas de evaluación del juego, las pruebas cognoscitivas del desarrollo, las pruebas proyectivas de la personalidad, las mediciones creadas por el terapeuta, etc.
- Segundo, la etapa de introducción u orientación de la terapia que es la preparación del niño para las sesiones de juego y el establecimiento de la participación o no de adultos significativos en el tratamiento.
- Tercero, las etapas intermedias que son espacios que brindan al niño respuestas adaptativas para manejar diversos problemas, favorecer generalizaciones de conductas adecuadas y prevenir recaídas.

- Cuatro, la etapa de terminación que se da a través de varias sesiones donde se conversa el final de la terapia o se produce el cierre de la intervención terapéutica.

Estrategias Terapéuticas del Juego

La hora de juego

La hora de juego constituye un espacio de alta significación terapéutica donde el niño se expresa y el terapeuta modifica o ayuda a modificar aquellos aspectos considerados inadecuados en su psiquismo y manifestados en su conducta como lo instrumenta o le ayuda a instrumentarse para adquirir las herramientas necesarias para hacerle frente a algún problema o conflicto y encontrarle la solución más madura.

El espacio en donde se lleva a cabo varia, como lo habíamos visto, de acuerdo con el enfoque y las posibilidades del terapeuta pudiendo ser un lugar especialmente diseñado y equipado para este fin o un lugar flexiblemente adaptado. Lo importante es que permita la libre y dinámica expresión del mundo interno del niño.

En cuanto al tiempo tiene una duración que oscila de acuerdo a lo pactado en el contrato terapéutico y las circunstancias especiales que pueden darse durante su transcurso pudiendo extenderse o restringirse pero generalmente una sesión debe durar entre cuarenta a sesenta minutos como máximo.

Es recomendable que durante su transcurso el terapeuta fije ciertas reglas o límites que permitan llevarla a cabo sin mayores contratiempos. Estas especificaciones deben darse a conocer o recordárselas al niño o al grupo de participantes previo a la sesión terapéutica o en el lapso de la misma según se hagan necesarias este tipo de aclaraciones.

Los participantes son el terapeuta y el niño aunque puede darse el caso de que el terapeuta trabaje con un grupo y reciba asistencia de otro terapeuta o equipo terapéutico quienes observan, analizan e infieren algunos detalles en el espacio o luego de finalizada la sesión. Además según el enfoque se hace o no necesaria la participación o inclusión de otros miembros de la familia o figuras de directa relación en el bienestar del niño.

Y puede ser que durante su aplicación el niño se muestre naturalmente algo receloso, confundido o inquieto. Estos estados generalmente disminuyen poco a poco durante en la primera sesión o las venideras. Otra actitud a tomar en consideración es que el niño no quiera jugar aunque esto sea algo nada probable o juegue sin dedicarse a una actividad específica o se dedique a una única actividad.

La primera hora de juego

La primera hora de juego es de vital importancia para el terapeuta y el quehacer terapéutico que se pretende ejecutar. Mientras se la lleva a cabo deben tomarse en cuenta algunos detalles y su significación, siendo los más importantes los siguientes: el tiempo que transcurre hasta que el niño empieza a jugar nos indica su actitud frente al mundo, la relación con la maleta o los materiales de juego nos indica la representación de su mundo interno, la dificultad para jugar nos indica la inhibición frente a situaciones nuevas, el rol que nos asigna y como se comporta con el terapeuta nos indica con que figura nos identifica, el juego que desarrolla (como es su inicio, desarrollo y desenlace) nos indica sus fantasías de enfermedad y de curación, la modalidad del juego que lleva a cabo nos indica su plasticidad o rigidez, la aceptación de la consiga como las formas de enfrentar las dificultades inherentes nos indica la tolerancia o no a la frustración, la posibilidad creativa nos indica su capacidad de sublimar y la aceptación o participación en el encuadre nos indica su adecuación a la realidad.

Las sesiones de juego

Las sesiones de juego permiten al niño expresar su vida interna, aliviar ansiedades, modificar formas de relación perturbadas, reparar situaciones traumáticas, comunicarse o incomunicarse, moldear experiencias, favorecer su crecimiento, equilibrar sus emociones, manifestar y utilizar adecuadamente sus defensas, sublimar mediante la expresión creativa, romper con estereotipias o bloqueos, aprender habilidades básicas y sociales, desenvolver algún rol, etc. Por lo que constituyen una de las manifestaciones más ricas en cuanto a significación que exige del terapeuta para su comprensión considerar aspectos como: la historia vital, la edad, los síntomas más significativos y el momento en que se producen, la preferencia a ciertos objetos, etc.

Las etapas en el juego

El juego al igual que el desarrollo está dividido en etapas que poseen particularidades propias que permiten estructurar adecuadamente la estrategia a implementar con los niños de acuerdo a su edad.

En los niños de cinco a seis años de edad los materiales preferidos son: los cubos y fichas para armar, soldados, casa de muñecas con sus implementos, plastilina o arcilla, muñecos articulables e implementos para dibujar o pintar. Lo importante es la utilización expresiva del juego y de los materiales que va acompañada de una amplia demostración de sus habilidades en la movilidad física y de la espontaneidad en la verbalización. La dificultad más común a las que el terapeuta debe hacer frente es al uso de las fantasías, defensas y maneras de vincularse en la terapia individual y a la fantasía global y al hacerse escuchar en la terapia grupal.

En los niños de siete a ocho años de edad los materiales preferidos son: los implementos para dibujar o pintar como organizan juegos más competitivos aunque les cuesta establecer las reglas y mantenerlas. Lo importante es la utilización del juego y de los materiales más defensivamente. La dificultad más común a la que el terapeuta debe hacer frente tanto en la terapia individual pero de manera especial en la terapia grupal es captar el significado pues riñen frecuentemente, abandona rápidamente una actividad e inician otra y casi no lo escuchan.

En los niños de nueve, diez y once años de edad los materiales preferidos son: los implementos para dibujar o pintar, los juegos de mesa, los juegos de pelota y los juegos competitivos pero reglados. Lo importante es la utilización del juego y de los materiales para representar la organización del niño en base a reglas que va acompañada de la elección de actividades que requieren destreza cognitiva y motriz y de la repetición de las mismas por un cierto tiempo lo que implica aprendizaje como enriquecimiento en la forma de interrelacionarse e interactuar con otros. La dificultad más común a la que el terapeuta debe hacer frente tanto en la terapia individual pero de manera especial en la terapia grupal es cuando realizan juegos que sólo permiten la descarga de energía y no la elaboración de conflictos que se puede interpretar en función de los roles, modalidades de expresión, actitudes competitivas, fantasías omnipotentes, tendencias masoquistas o narcisistas, etc.

En los niños de doce años de edad los materiales preferidos son: los títeres, los implementos de plástica, los objetos para dramatizar, los juegos de mesa, los juegos de habilidad verbal y los juegos reglados que son asumidos con seriedad pues acatan mejor las normas porque prevalece la necesidad de pertenecer al grupo y siguen con entusiasmo a los líderes con iniciativa. Lo importante es la utilización del juego y de los materiales para señalar conductas referentes a la rigidez, flexibilidad, deseos de cooperar, actividades competitivas, roles, etc. La dificultad más común a la que el terapeuta debe hacer frente tanto en la terapia individual pero de manera especial en la terapia grupal es a la aceptación de interpretaciones o reflejos que puede ser considerada, si no se tiene cuidado, como una actitud intrusiva pudiendo quedar o sentirse excluido.

Con respecto al juego reglado es conveniente que el terapeuta lo acepte sin sentirse excluido, no interprete o refleje fantasías o defensas si no son claramente evidentes, participe activamente y ejerza el rol solicitado, señale conductas y roles dentro del juego y una vez instaurado un clima que evidencie compartir preferencias e intereses exprese preguntas o comentarios que si son adecuados iniciará el diálogo y con él la clarificación del material latente.

El encuadre

El encuadre es un requisito básico y común a todo tipo de intervención que tiene por objeto establecer las directrices que orientaran el proceso terapéutico. Aquí se fija el tiempo aproximado que tomará la terapia para lo cual se conviene el número de sesiones, el día y la hora de consulta y los aspectos de puntualidad o comunicación de inasistencia frente a alguna eventualidad. También se precisa el lugar y el ambiente más adecuado para llevar a cabo las sesiones. Y finalmente se determina el rol del terapeuta y lo que se espera del niño explicitado en la consigna. A lo que adicionamos se debe mantener estabilidad con lo pactado y cumplir lo ofrecido. Conjuntamente se deben fijar las limitaciones y establecer un buen rapport o buena alianza terapéutica que permite crear un clima de confianza, seguridad y comprensión mutua.

Los problemas técnicos

Los problemas técnicos hacen alusión a las diversas dificultades que pueden presentarse en la aplicación de este tipo de intervenciones para lo que se sugiere

tener en cuenta lo siguiente: que material usar o evitar, que material reponer cómo y cuando y qué hacer cuando se rompe o el niño presenta resistencia a guardarlo o tiende a llevárselo a casa; cómo reaccionar o actuar cuando el niño nos pide ser participes de su juego; que consigna dar respecto a la caja o materiales de juego cuando comienza o termina la sesión; que límites fijar y cómo, cuando y por qué imponerlos o recordarlos; que hacer cuando el niño trae juguetes de su casa o quiere que se exhiban sus producciones; y, otros aspectos más que considere necesarios de prever el terapeuta.

Recursos Terapéuticos del Juego

El salón de juego

El salón de juego es el espacio físico en el que se va a llevar a cabo la sesión terapéutica. Este ambiente posee algunas características comunes a todos los enfoques terapéuticos del juego por lo que especificaremos a continuación los elementos básicos que debe contener: paredes y pisos resistentes y fáciles de limpiar, buena iluminación y ventilación, cuarto de baño, instalaciones adecuadas para grabación, filmación u observación (estos tres últimos aspectos son opcionales).

El ambiente de juego

El ambiente de juego es el contexto en el que se produce la terapia y del cual el terapeuta debe prever se produzcan un clima de confianza, seguridad, libertad respeto y bienestar con el mínimo estímulos distractores como de interrupciones posibles. Este está íntimamente ligado al salón o al lugar donde se trabaja la sesión de juego el mismo que debe ser limpio, amplio, ordenado y armónicamente decorado.

La caja de juego

La caja de juego es el lugar donde se guarda todas las cosas que realiza el niño en la hora de juego, es decir, sus producciones tales como: dibujos, pinturas, moldes o figuras, carteleras, tarjetas, etc. Aquí también se pueden incluir las fichas de observación y seguimiento como otras anotaciones hechas por el terapeuta con el

objeto de crear un registro personalizado que reúna la información más relevante de cada sesión de trabajo.

La maleta de juego

La maleta de juego es un instrumento que permite reunir y transportar los materiales de juego necesarios para llevar a cabo una sesión terapéutica en un ambiente ajeno al salón de juego como cuando se traslada la terapia a la casa del niño, a la clínica o el hospital, a la escuela, etc. Esta debe ser fácil de manejar y lo suficientemente amplia para incluir todos los elementos necesarios.

Los materiales de juego

Los materiales de juego son todos los juguetes y otros implementos que se consideran útiles a los fines proyectivos según el enfoque que se utilice. Básicamente lo componen:

- Objetos que representan personas y animales significativos como muñecos que representan a una familia, familia de animales (domésticos y salvajes), títeres y muñecos articulados (personajes de la televisión o que representan un rol: soldados, doctores, profesores...).
- Objetos que pueden identificarse con las actividades de las figuras relevantes de relación (padres u otros familiares, maestros, amigos) como autos, camiones, aviones, helicópteros, celulares, bloques y fichas para construcciones, pelotas, pistolas, ropa para dramatizar y casa de muñecos con sus accesorios (muebles, utensilios de cocina, adornos...).
- Objetos de arte y plástica o para dibujar, pintar, recortar, plegar, pegar, calcar, moldear, armar u otra actividad creativa como plastilina, témperas o acuarelas, pinceles, lápices, pinturas, marcadores, crayones, papel o cartulina de diferentes tamaños y colores, tijeras, hilo, goma, cinta adhesiva, etc.
- Juguetes (de acuerdo a la edad), juegos de mesa, juegos de azar y juegos de pelota como muñecas o muñecos, carros de juguete, dominó, naipes, damas, ajedrez, pelotas...

Estos materiales debe usarse de acuerdo a la evolución del tratamiento y sus fines tomando en cuenta la etapa de descubrimiento, la etapa de servicio al juego y las fantasías y la etapa de transferencia en la que el niño va dejando paulatinamente el juguete y dando paso a la palabra como a la relación con el terapeuta o los compañeros de juego.

El terapeuta y su función en la hora de juego

El terapeuta es el profesional de la salud mental (psiquiatra, psicoterapeuta, psicólogo) u otra rama anexa (educador, educador especial, estimulador temprano) quien se ha preparado en forma teórica y práctica en un centro de estudios superior para dirigir u orientar la terapia de juego para niños con diferentes problemáticas.

Las condiciones necesarias que debe reunir un terapeuta de juego para trabajar con niños son las siguientes: sentir placer al jugar y plastificarse al hacerlo; tener algo de ingenuidad, fantasía, imaginación y capacidad de asombro; poder identificarse y comprender el juego y por medio de este al niño; modificar u orientar la solución de la dificultad previo la comprensión y el análisis de las ansiedades, defensas y conflictos; ser lo suficientemente permisivo y paciente como para permitir la libre expresión y lo suficientemente receptivo como para poder captar el pensar, sentir y actuar del niño; evitar se produzca el fenómeno de la transferencia o contratransferencia afectiva en la terapia como el mecanismo defensivo de la resistencia; trabajar el insight del niño o comprensión profunda afectivo – intelectual de las propias motivaciones inconscientes que mantienen la dificultad; mantenerse estable y regular para evitar que en el niño se incremente la culpa persecutoria; saber tratar al niño y tener la capacidad para comunicarse con él utilizando un lenguaje natural y espontáneo (a su nivel); capaz de fijar límites sin perjudicar el proceso terapéutico ni a sus participantes; y, contar con una gran tolerancia como para admitir la manifestación de los aspectos más intensos del niño como el desorden, la indisciplina y la suciedad.

Y las intervenciones que realiza durante la hora de juego esencialmente son tres:

- Señalar o relatar en términos claros, precisos y directos lo que observa en la conducta del niño esperando pacientemente hasta ser capaz de ver con claridad lo que está ocurriendo para favorecer la autoobservación de la misma y sus manifestaciones en relación con los demás.

- Interpretar o descifrar un conflicto inconsciente de manera breve, sencilla, oportuna y adaptada al lenguaje infantil para favorecer la movilización de ansiedades y el reconocimiento de los aspectos profundos que explican su dificultad revirtiendo sus manifestaciones sintomáticas.
- Explicar o ilustrar psicológicamente a los padres usando respuestas científicas acerca de la conducta del niño en un lenguaje llano y comprensible que también puede ofrecérsela a los púberes o adolescentes ante interpretaciones o señalamientos que no entienden u otras inquietudes que tengan sobre su desarrollo para favorecer la comprensión de aspectos evolutivos y conductas adecuadas para facilitarlos.

El duelo por Muerte o Separación

El duelo

El duelo como menciona Jorge Fernández Moya en su libro *Después de la Pérdida* es un proceso inevitable e impostergable por el cual atraviesa el ser humano vivenciado el dolor que le causa la pérdida de lo significativo.

La pérdida puede ser principalmente de dos tipos: por muerte o separación y no es más que la ruptura de un vínculo afectivo entre un ser humano y otro o entre un ser humano y una situación, estado u objeto que antes eran parte importante y, hasta necesarios, en su vida.

Vinculaciones que como indica J. William Bowlby en su *Teoría del Apego* provienen de las necesidades de seguridad y pertenencia que generan los lazos emocionales con aquellas personas con las cuales se crece, se trabaja, se planea o proyecta y que la amenaza o la pérdida concreta genera sufrimiento.

Ahora bien, todo proceso de duelo tiene algunas etapas con las cuales se hace efectivo y que todo ser humano debería atravesar evitando prolongarlo, dejarlo inconcluso o negarlo y cuyo sustento se explica en una variedad de investigaciones antropológicas que rescatan como culturalmente y de forma universal las reacciones ante la pérdida se asientan en el deseo de recuperar lo perdido como en la creencia de que existe un “algo más” por hacer o que vivir. Reacciones que se

manifiestan a través de las celebraciones o rituales históricamente concedidos con el paso del tiempo y la evolución de la especie.

El proceso de duelo

Ante un pérdida, especialmente la muerte de un ser querido o la separación de este, el psiquismo de todo ser humano manifiesta algunas reacciones que son consideradas normales y predecibles y que constituyen parte del proceso de recuperación. Este proceso transcurre por etapas que son comunes a todos aquellos que se encuentran en estado de duelo pudiéndose presentar de forma simultánea y sólo alguna de ellas a la vez o con el predominio de una sobre otra o con la persistencia de alguna por un tiempo más prolongado continuando inclusive en las fases subsiguientes.

Las etapas del duelo según J. Montoya Carrasquilla son cinco:

- La primera etapa es la aflicción aguda que se inicia en el momento mismo de la separación, agonía o fallecimiento y que tiene prácticamente todos los elementos de un estado de shock emocional cuya intensidad varia en cada persona y de acuerdo con los antecedentes que precedieron al desenlace teniendo una duración aproximada de uno a tres meses. Las características más sobresalientes de esta fase son: la incredulidad, la anulación psíquica, la confusión e inquietud, las oleadas de angustia aguda, los pensamientos obsesivos, las somatizaciones y otras reacciones asociadas como los pensamientos negativos sobre el futuro, desesperanza, revisión pesimista de la vida, fantasías de suicidio, sensación subjetiva de tensión, respuestas explosivas como pérdida de control, dificultades de concentración, incapacidad transitoria para el mantenimiento de actividades de la vida diaria, imposibilidad para descansar y disforia.
- La segunda etapa es la conciencia de la pérdida que se presenta a medida que los síntomas y reacciones iniciales disminuyen su intensidad y la persona acepta intelectualmente la situación reconociéndola fuera del estado analgésico anterior, lo que muestra el verdadero significado de la pérdida que golpea fuertemente al sobreviviente produciéndole una importante desorganización emocional que agudiza el dolor haciendo que se sienta peor. Las características más sobresalientes de esta fase son: la ansiedad por separación, el estrés

prolongado, la culpa racional e irracional, la rabia o la agresividad o la intolerancia, el comportamiento de búsqueda, la sensación de presencia del que está lejos o muerto, la ensoñación y otras reacciones asociadas, aunque ya no son tan persistentes, como la incredulidad, la negación, la frustración, los trastornos del sueño, la sensación de alivio frente a una situación conflictiva o de difícil término (enfermedad terminal, enfermedad incurable, estado de coma), el miedo a la muerte, la añoranza y el llanto recurrente.

- La tercera etapa es la conservación – aislamiento que es considerada por muchos como el peor y más complejo período del proceso de duelo pues es durante ésta que la aflicción se parece más a una depresión. Aparece a los ocho o diez meses aproximadamente. Las características más sobresalientes de esta fase son: el aislamiento, la impaciencia, la intolerancia, el repaso obsesivo de los hechos, el apoyo social disminuido, la necesidad de sueño y otras reacciones asociadas como la desesperación, el desamparo, la impotencia y la irritabilidad.
- La cuarta etapa es la cicatrización que significa la aceptación intelectual y emocional de la pérdida que se manifiesta a través de un cambio en la visión del mundo compatible con la nueva realidad que permite a la persona desarrollar nuevas actividades y madurar. Lo anterior no significa que no vuelva a sentir dolor sino que lo vivirá en forma diferente sin tanta angustia como al principio aunque a veces pase por períodos de agudización que le recordarán etapas anteriores. Las características más sobresalientes de esta fase son: el reconstruir la forma de ser, el retomar el control de la propia vida, el abandono de los roles anteriores, la búsqueda de significado a lo sucedido, el cierre del círculo de dolor, el perdón o el olvido como proceso de aceptación adaptativa y otras reacciones asociadas como la disminución gradual de los efectos del estrés prolongado, el aumento de la energía física y emocional y la reestructuración del patrón de sueño normal.
- La quinta etapa y última etapa es la renovación que se produce una vez que el deudo ha realizado los cambios necesarios en su realidad, sentido y estilo de vida y ha recuperado la forma positiva de verse a sí misma y a su mundo como ha encontrado los “sustitutos” o “reemplazos” para la persona u objeto perdido permitiéndole llegar a el final del proceso de duelo. Las características más sobresalientes de esta fase son: la concepción de vivir para sí mismo, el

propósito de aprender a vivir sin la pérdida y la experiencia de las reacciones de aniversario.

El duelo complicado

Distinguir entre el proceso de duelo normal y el proceso de duelo complicado no es difícil pues las respuestas anormales reflejan variaciones en el curso, la intensidad y la durabilidad bien sea por exceso o bien sea por defecto cuya incidencia en el cuadro clínico oscila, según diferentes entendidos, entre un cinco y un veinte por ciento.

Los factores de riesgo del duelo complicado son: edades extremas (muy viejo o muy joven), igual edad del difunto a la de otra persona significativa muerta en el pasado, pérdidas múltiples o acumuladas, crisis concurrentes, enfermedad física o psíquica previa o actual, duelo no resultado de pérdida previa, pobres o ausentes sistemas de apoyo emocional y social, relación altamente ambivalente o dependiente con el difunto, muerte repentina e imprevista incluyendo suicidio, incapacidad para expresar su congoja o no tienen la oportunidad de hacerlo, aflicción aguda intensa, reacción grave con ataques de pánico, incierta o no visualización de la pérdida, pérdida social inaceptable o socialmente negada, situación económica conflictiva, negación intelectual y emocional de la pérdida, obligaciones múltiples, síntomas depresivos desde el inicio del duelo y personalidad premórbida.

Diversos estudios arrojan que:

- La tercera parte de todos quienes han sufrido una pérdida significativa en sus vidas tendrán problemas en la resolución del duelo y por lo tanto requerirán ayuda profesional.
- Ciertas condiciones especiales como la pérdida de un hijo o de una persona clave en el propio sistema de interacción social produce complicaciones que no dependen necesariamente de una historia psicopatológica previa.
- La más frecuente y notable de las reacciones de congoja anormales es el retardo o aplazamiento para reconocer y expresar la pérdida.

- La intensa ansiedad de separación e inhibición son las dos causas más evidentes del duelo complicado expresándose más frecuentemente en la culpa grave o los síntomas de identificación con el objeto o la persona perdidos.
- Los principales tipos de duelo complicado, algunos de los cuales se superponen entre sí y los mismos que detallamos a continuación son: duelo ausente o retardado, duelo inhibido, duelo prolongado o crónico, duelo no resuelto, duelo intensificado, duelo enmascarado, las reacciones de aniversario y duelo psiquiátrico con sus variantes (histérico, obsesivo, melancólico, maniaco y delirante).

El duelo ausente o retardado se produce por una negación de la pérdida con la esperanza infundamentada de recuperar el objeto o la persona lo que produce un cuadro intenso de ansiedad y el bloqueo del proceso de duelo en su fase de impacto.

El duelo inhibido se produce por una “adormecimiento emocional” con la imposibilidad de expresar las reacciones naturales frente a una pérdida.

El duelo prolongado o crónico se produce por una persistencia en la sintomatología depresiva que va más allá de los seis a doce meses e inicia desde la primera etapa con el estancamiento del proceso de duelo en su fase de depresión.

El duelo no resuelto se produce de manera similar al duelo prolongado o crónico permaneciendo el paciente fijado en la pérdida y las circunstancias que la rodearon sin volver a su vida habitual quedando detenido en el proceso de duelo entre la fase de depresión y la fase de recuperación.

El duelo intensificado se produce por una aguda reacción intelectual y emocional con la característica de ser precoz y mantenida en el tiempo.

El duelo enmascarado se produce por una represión de las reacciones naturales del proceso de duelo con la aparición clínica de síntomas psicósomáticos.

Las reacciones de aniversario que son lógicamente dolorosas y que se presume no deben conllevar un serio recrudecimiento de las emociones más allá del primer año se producen con notoria intensificación.

Y, el duelo psiquiátrico con sus variantes que se produce por una complicación de orden médico con la aparición de un verdadero trastorno en la salud mental cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico especificados en el DSM-IV y el CIE-10.

El duelo histérico se produce por una sobreidentificación con la pérdida presentando el mismo cuadro que motivó el desenlace (muerte o separación).

El duelo obsesivo se produce por la ambivalencia de pensamientos y emociones a la que normalmente se enfrenta la persona obsesiva creando en él fuertes sentimientos de culpa que suelen conducir a una depresión grave y prolongada.

El duelo melancólico se produce por la incapacidad de manejar el dolor produciendo un cuadro clínico en el que se destaca la pérdida de la autoestima y la ideación suicida.

El duelo maníaco se produce por la excitación psicomotriz y el humor expansivo del maniaco que posteriormente evoluciona en un cuadro depresivo.

El duelo delirante se produce por el desvarío de la persona que atraviesa la pérdida que generalmente se manifiesta en un cuadro de confusión mental caracterizada por alucinaciones, reiteración de pensamientos absurdos o incoherencias en relación al objeto o persona ausente.

El proceso terapéutico del duelo complicado

El proceso terapéutico del duelo complicado inicia con la evaluación clínica donde se valora el proceso de duelo, la gravedad del cuadro depresivo, la presencia de un trastorno psicótico, la posibilidad de un trastorno de estrés postraumático, la existencia de alcoholismo u otra drogodependencia y el riesgo suicida. Luego el profesional de la salud mental establecerá el plan de recuperación pudiendo intervenir utilizando psicoterapia o medicación o grupos de apoyo mutuo o las tres estrategias a la vez dependiendo de la gravedad del cuadro clínico.

Las sesiones de psicoterapia, en cualquiera de sus enfoques, tienen por objeto brindarle a la víctima un espacio para que expresen sus pensamientos y

sentimientos frente a la pérdida como aprenda formas de afrontar las emociones relacionadas a la misma.

La medicación está dirigida al tratamiento de los problemas asociados como la ansiedad, la depresión, el insomnio, etc. El medicamento, las dosis y la duración del tratamiento farmacológico lo establecerá únicamente el médico psiquiatra en base al estudio o las referencias específicas de cada paciente.

Los grupos de apoyo mutuo son vistos como una alternativa que favorece la disminución del dolor a través de compartir la experiencia de la pérdida entre personas que están atravesando situaciones similares.

Entonces, la actuación terapéutica deberá buscar dos objetivos principalmente: facilitar el normal proceso del duelo y tratar los trastornos asociados.

Conclusiones

Hemos intentado al escribir este artículo dar una visión general de la Terapia de Juego al mencionar el marco metodológico, las estrategias terapéuticas y los recursos terapéuticos que básicamente la componen. Además hemos hablado del Duelo por Muerte o Separación que constituye la dificultad nuclear por la cual atraviesa la paciente y la que queremos disminuir o eliminar a través del plan de intervención detallado en el tercer capítulo.

CAPITULO SEGUNDO - PSICODIAGNÓSTICO

Introducción:

El segundo capítulo del presente trabajo de grado corresponde al Psicodiagnóstico contenido en el Informe Psicopedagógico constituido por los datos de identificación, composición familiar, realidad familiar, motivo de remisión, evaluación del desarrollo, resultados de la valoración psicológica, resultados de la valoración pedagógica, resultados de la valoración del duelo, observaciones generales, recomendaciones para el equipo, recomendaciones para la maestra y recomendaciones para los padres. Además se incluyen como anexo, en formato digital, las hojas de prueba de los diferentes reactivos y otros instrumentos aplicados.

Informe Psicopedagógico

Datos de identificación:

Paciente:	María Alejandra (nombre ficticio).
Fecha de nacimiento:	Cuenca, 26 de octubre de 2000.
Fecha del informe:	Cuenca, 21 de febrero de 2007.
Edad cronológica:	6 años, 3 meses, 25 días.
Nivel de escolaridad:	Segundo Año de Educación Básica.
Establecimiento de procedencia:	Unidad Educativa Bilingüe: "Arco Iris".
Nombre del padre:	José M. Cordero Icaza (nombre ficticio).
Profesión:	Electricista.
Nombre de la madre:	María A. Pesantez Solís (nombre ficticio).
Profesión:	Estudiante de medicina.
Dirección domiciliaria:	Av. Abelardo J. Andrade y Francisco Tamariz
Teléfono:	(07) 2 82 – 25 – 74.

Composición familiar:

La niña se debe a un hogar de cuatro miembros: papá (José Marcelo, 30 años), mamá (María Alejandra, 28 años), hermana menor (Verónica Michelle, 3.6 años) y la paciente (María Alejandra, 6.3 años).

Realidad familiar:

El padre de María Alejandra trabaja independientemente como electricista, la madre estudia medicina por las mañanas, la hermana menor no asiste a ningún centro de cuidado diario quedando a cargo de familiares cercanos y la paciente asiste a la escuela por las mañanas.

La mayor parte del tiempo es la madre la encargada de las niñas, el padre por razones de trabajo comparte la convivencia solamente a la hora de las comidas y en la noche.

Fueron parte de la crianza los abuelos maternos hasta hace unos seis meses atrás pero luego del fallecimiento del abuelo, la abuela fue a vivir a las pocas semanas a Quito regresando hace poco (dos meses aproximadamente) y retomando esa función.

Motivo de remisión:

La niña fue remitida al Departamento Psicopedagógico de su Escuela por presentar dificultades en el rendimiento académico, malas relaciones con sus pares y notable distraibilidad.

Evolución del desarrollo:

A continuación detallamos los rasgos más sobresalientes del desarrollo evolutivo desde el momento de la gestación hasta la fecha:

- Embarazo: planificado y a término.
- Parto: vía normal y sin complicaciones.
- Desarrollo motor: normal.
- Desarrollo del lenguaje: normal.

- Comportamiento psicosocial: tomando en cuenta las conductas de tipo emocional y social, registradas en las fichas de observación e historia clínica, podemos deducir que la niña es algo intranquila, ansiosa, emotiva, insegura, de llanto fácil, desconfiada, dependiente, poco comunicativa con sus padres y agresiva con sus compañeros.
- Escolaridad: ingresó directamente al primero de educación básica entre los cuatro a cinco años adaptándose fácilmente al sistema de escolarización y sin presentar dificultades sino ahora en el presente año lectivo tal y como lo detalla su maestra en la hoja de remisión.
- Examen Auditivo: normal.
- Examen Visual: normal.
- Examen médico general: normal.

Resultados de la valoración psicológica:

A continuación detallamos los resultados de la valoración psicológica para lo cual se aplicaron los siguientes reactivos:

- Test de Inteligencia WIPPSI (Español): Reactivo psicológico que mide el coeficiente intelectual en base a dos escalas: información y ejecución. Además nos permite realizar un despistaje para inferir la ayuda más adecuada frente a alguna deficiencia o inmadurez.
 - Dx.:
 - Inteligencia Verbal Superior.
 - Inteligencia de Ejecución Superior.
 - Inteligencia General Superior.
 - Recomendaciones:
 - Se sugiere trabajar en percepción visomanual (casa de animales) y aritmética.

- Test Goodenough de la Figura Humana: Reactivo psicológico proyectivo que a través de la representación del esquema corporal mide capacidad e inteligencia en aspectos tales como: funciones de asociación, observación analítica, discriminación, memoria de detalles, sentido espacial, juicios, abstracción, coordinación visomanual y adaptabilidad.
 - Dx.:
 - Inteligencia proyectiva muy superior.
 - Recomendaciones:
 - Reaplicar reactivos psicológicos que midan el coeficiente intelectual, luego de seis meses contado desde la fecha de elaboración del informe, para confirmar o refutar este resultado.

- Valoración del ADHD con el DSM-IV (cuestionario para padres y maestros): Reactivo psicológico que a través de un cuestionario que contiene los criterios diagnósticos del Manual Estadísticos de los Trastornos y Enfermedades Mentales creado por la Sociedad Americana de Psiquiatría, en su cuarta edición, 1994 (DSM-IV) identifica y establece un diagnóstico presuntivo del Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (ADHD).
 - Dx. presuntivo:
 - Se sospecha de desatención.
 - Recomendaciones:
 - Se sugiere que esta inferencia diagnóstica sea confirmada o refutada por un especialista, de preferencia un neuropediatra.

- Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH): Reactivo psicológico que a través de una escala que contiene los criterios etiológicos del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), identifica y establece un diagnóstico presuntivo.

- Dx. presuntivo:
 - Manifiesta un riesgo moderado de TDAH con predominio hiperactivo impulsivo y con trastornos conductuales de base.

- Recomendaciones:
 - Se sugiere que esta inferencia diagnóstica sea confirmada o refutada por un especialista, de preferencia un neuropediatra.

- Test de Apreciación Infantil (CAT-A) de Leopold Bellak y Sonya Sorel Bellak: Reactivo psicológico proyectivo que a través de diez láminas, las historias elaboradas de cada una y la entrevista psicológica previa explora la estructura de la personalidad y el método dinámico de accionar y de manejarse frente a los problemas del crecimiento.

- Dx.:
 - La niña hace evidentes los problemas en la dinámica familiar (roles, reglas, límites), la relación de la pareja y el proceso de duelo por la muerte de su abuelo materno y la separación de su abuela materna, ambas figuras relevantes de su crianza. Estas dificultades hacen síntoma en lo académico pues presenta bajo rendimiento y en lo emocional pues presenta inestabilidad, agresividad, conducta infantilizada y refugio en la fantasía.

- Recomendaciones:
 - Se sugiere trabajar en asesoría familiar con los padres.
 - Se hace necesaria la asistencia psicológica y psicopedagógica como el trabajo psicoterapéutico en el proceso de duelo por muerte y separación con la niña.

- Test de Roberto: Reactivo psicológico proyectivo que a través de un cuestionario de completación de comportamientos pretende establecer una

apreciación psicológica para conocer rasgos de la personalidad, la forma de reaccionar frente a los problemas del crecimiento y las dificultades de relación con figuras relevantes.

- **Apreciación Psicológica:**

- La niña hace evidentes sus necesidades de protección, seguridad, pertenencia, comunicación y afecto. Nos hace sospechar de maltrato tanto en casa como en la escuela. Manifiesta una conducta acting out que utiliza con el objeto de llamar la atención y ser tomada en cuenta pero de forma positivamente recompensante. Se refugia en la fantasía para escapar de una realidad que le es aversiva.

- **Recomendaciones:**

- Parece ser que el sistema de crianza y castigos no es el adecuado por lo que se hace necesario reestructurar la dinámica familiar (normas, reglas, límites).
- Se sugiere trabajar en control de emociones, interacción social, autoestima, tolerancia a la frustración, manejo de la ansiedad y agresividad, temores nocturnos.

- **Test de Sacks de las frases incompletas para Niños:** Reactivo psicológico proyectivo que a través de un cuestionario de frases incompletas tiene por finalidad explorar en forma indirecta dificultades y conflictos en las siguientes áreas: área familiar, área de relaciones heterosexuales, área de relaciones interpersonales y área del concepto de sí mismo. Permite una valoración cualitativa como cuantitativa de la personalidad.

- **Dx., valoración cuantitativa:**

- Adaptación en el área familiar moderada.
- Adaptación en el área de relaciones heterosexuales normal.
- Adaptación en el área de relaciones interpersonales moderada.
- Adaptación en el área del concepto de sí mismo moderada.

- Recomendaciones:
 - Se sugiere que la niña reciba la orientación adecuada para mejorar su proceso de adaptación en el área familiar, en el área de las relaciones interpersonales y en el área del concepto de sí mismo.

- Dx., valoración cualitativa:
 - Es notoria su preocupación por las dificultades de sus padres y su rendimiento académico. Manifiesta cierto tipo de agresiones (maltrato) por parte de sus padres y sus necesidades protección, seguridad, pertenencia, comunicación y afecto.

- Recomendaciones:
 - Se sugiere a los padres evitar, en la medida de sus posibilidades, discutir frente a la niña. Si la niña pregunta las razones de las disputas de sus padres tratarle de explicar de forma clara, sin rodeos y utilizando un lenguaje que ella pueda comprender.
 - Ante las dificultades académicas se pide comprensión y apoyo.
 - Los castigos frente a una falta cometida deben ser lo menos físicos más bien se debe intentar hacer comprender a la niña su error y como consecuencia de sus actos privarle de algún privilegio o enviarle a reflexionar del por qué sus padres están enojados o molestos con ella.
 - Prestar la atención que ameritan las necesidades de la niña antes anotadas.

- Home – Tree – People (HTP): Reactivo psicológico proyectivo que a través de tres dibujos (casa, árbol, figura humana) y la entrevista psicológica previa revela los rasgos más sobresalientes de la personalidad, tales como: imaginación, fantasía, tipo de resonancia íntima, tendencias instintivas, agresividad, conducta social, relaciones con el mundo circundante, autoconfianza, vivencias y traumas ocurridos, etc.

- Dx., rasgos de personalidad:
 - Malas relaciones con los padres. Muerte física. Excesiva dependencia de los demás. Fantasía. Inseguridad. Impaciencia, prisa. Orgullo, vanidad o deseo de superación del sentimiento de inferioridad. Inseguridad personal, fluctuación, falta de apoyo o de estabilidad. Fuerza, autoafirmación adquirida por compensación del sentido de impotencia, tendencia a la brutalidad, violencia. Razonamiento, claridad, capacidad de abstracción. Infantilidad, porfía, terquedad. Entusiasmo, exhibición. Amabilidad, imaginación, comprensión afectiva. Realismo estrecho. Comunicabilidad, fuga de la realidad. Conciencia de su yo, de su sexo, del rol que le corresponde desempeñar. Agresividad, aspiraciones intelectuales o bien alteraciones intracraneales (lesión cerebral), alguna incapacidad o dificultad (ejemplo: lectoescritura). Concesión de mayor autoridad, dominio e intelectualidad a la figura del sexo complementario. Capacidad de observación, curiosidad, satisfacción sexual a través de la mirada. Mal humor, dificultad para controlar los impulsos sobre la función intelectual. Buen concepto de sí mismo y de sus relaciones con el mundo circundante.

- Recomendaciones:
 - Se sugiere tomar en cuenta los resultados sin tomarlos como definitivos pero sí como una exhortación a mantener los rasgos positivos como tomar en cuenta y trabajar en los rasgos negativos de su personalidad.

- Test de la Familia de Louis Corman: Reactivo psicológico proyectivo que a través del dibujo de una familia hace conscientes las tendencias reprimidas en el inconciente (conflictos) para de esta manera dar a conocer los verdaderos sentimientos dirigidos hacia sí mismo y sus familiares.

- Interpretación Psicológica:
 - Gran expansión vital y una fácil extraversión de las tendencias. Fuertes pulsiones, audacia, violencia o liberación instintiva. Pulsiones brutales como una reacción de temor o de impotencia. Neurosis o al menos que

la niña está poseída de una obsesión (ideas, palabras o imágenes que ocupan la conciencia del individuo y que no pueden ser expulsados). Regresión al pasado, es decir, tiende a volver a estadios del desarrollo ya superados (regresa a su infancia); siente que se le ha cerrado las puertas del porvenir y por esto ha tenido que retroceder. Demuestra que se ha perdido o se halla inhibida la espontaneidad (generalmente por censuras), es notorio que vive o actúa sometida a reglas casi rígidas. Utiliza los mecanismos de defensa de la negación, inversión de papeles, regresión, desplazamiento. Valoriza a su madre sobre los demás miembros de su familia, es decir, es la persona con la cual la niña guarda relaciones muy significativas; es la figura que considera más importante o a la que tiene envidia o admira o aquella con quien se identifica. Desvaloriza a su propia persona porque se suprime del dibujo siendo una manifestación de que la niña no puede adaptarse a ellos (demás miembros de la familia) o que no está a gusto con su actual situación y desearía ser otra persona. No hay indicios de rivalidad fraterna ni conflictos aparentes con las figuras parentales.

- Recomendaciones:
 - Se sugiere tomar en cuenta los resultados sin tomarlos como definitivos pero si como una exhortación a mantener los rasgos positivos como tomar en cuenta y trabajar en los rasgos negativos de su personalidad.
- Test de Bender: Reactivo psicológico que a través de la reproducción de nueve láminas examina la función gestáltica visomotora, su desarrollo y regresiones. Permite la exploración del retardo, la regresión, la pérdida de función y defectos cerebrales orgánicos, en adultos y niños. Así como de las desviaciones de la personalidad, en especial cuando se manifiestan fenómenos de regresión.
- Interpretación general:
 - Trastornos de organización y/o dificultades motoras.
 - Trastornos de deterioro orgánico y/o en procesos esquizofrénicos.

- Trastornos de orientación espacial (es bastante corriente en niños pequeños, en niños zurdos y en niños que presentan dificultades de lectura).
- Dx. del C.I.:
 - Inteligencia visomotora superior.
- Dx. de escolaridad:
 - Tercero de Educación Básica.
- Dx. del tiempo:
 - Dentro de los límites críticos de su intervalo de edad.
- Dx. de indicadores emocionales:
 - Planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material, confusión mental. Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad (inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta la niña con perturbaciones emocionales). Baja tolerancia a la frustración y explosividad. Conducta acting out (llamar la atención de los demás). Impulsividad y agresividad.

Dx. de indicadores de lesión cerebral:

- Posible lesión cerebral.
- Recomendaciones:
 - Se sugiere que esta inferencia diagnóstica sea confirmada o refutada por un especialista, de preferencia un neuropediatra.

Resultados de la valoración pedagógica:

A continuación detallamos los resultados de la valoración pedagógica para lo cual se aplicaron los siguientes reactivos:

- Test ABC de Lorenzo Filho: Reactivo psicológico que permite detectar la madurez para el aprendizaje de lectura y escritura entregando un pronóstico del tiempo que demorará el aprendizaje de esta destreza básica.
 - Dx. de la madurez:
 - Superior.
 - Pronóstico del Aprendizaje:
 - Aprenderá lectura y escritura en seis meses sin dificultad ni cansancio.

- Método de Evaluación de la Percepción Visual – Frostig: Reactivo psicológico que evalúa cinco habilidades perceptivas: coordinación motora de los ojos (I), discernimiento de figuras (II), constancia de forma (III), posición en el espacio (IV) y relaciones espaciales (V); áreas que no son las únicas involucradas en el proceso total de la percepción visual, pero se las consideró como partes muy importantes de dicho proceso y de predominio particular en el desenvolvimiento escolar.
 - Dx.:
 - Prueba I. Coordinación Motora de los Ojos: tiene un adelanto de tres años, diez meses.
 - Prueba II. Discriminación de Figuras: tiene un adelanto de dos años, un mes.
 - Prueba III. Constancia de Forma: tiene un adelanto de dos años, diez meses.
 - Prueba IV. Posición en el Espacio: tiene un adelanto de diez meses.
 - Prueba V. Relaciones Espaciales: tiene un retroceso de ocho meses.

- Recomendaciones:
 - Según el cociente de percepción su actuación global se sitúa en el cuartil superior pero necesita entrenamiento perceptivo en relaciones espaciales.

Resultados de la valoración del duelo:

A continuación detallamos los resultados de la valoración del duelo para lo cual se aplicaron los siguientes reactivos:

- Breve Inventario del Duelo (BID): Esta escala es un diseño personal del autor: Dr. J. Montoya Carrasquilla, MD, MSc., director Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia, www.homestead.com.cl. No ha sido validada ni homologada. Su aplicación es útil para evaluar la fase predominante del duelo en la que la persona se encuentra en el momento de la evaluación así como para el seguimiento del proceso del duelo hasta su resolución. La puntuación mayor obtenida orienta sobre la fase del duelo respectiva predominante.
 - Dx.
 - Se debe trabajar en el proceso de duelo poniendo énfasis en la resolución de la primera, tercera y quinta etapa.
- Cuestionario de Aproximación al Concepto de Muerte en el Niño (CACMUN): Este cuestionario es un diseño personal del autor: Dr. J. Montoya Carrasquilla, MD, MSc, director Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia, www.homestead.com.cl. No ha sido validado ni homologado. Su única utilidad es aproximarse al concepto de muerte del paciente en particular.
 - Dx.
 - La niña tiene una concepción muy clara y madura de la muerte, parece ser que sus padres y familiares la han psicoeducado al respecto.
- Inventario de Duelo Complicado para Niños (IDCN): Este inventario es un diseño personal del autor: The Complicated Grief Website. Prigerson H. G.,

Shear M. K., Jacobs S. C., Reynolds C. F. 3rd, Maciejewski P. K., Davidson J. R., Rosenheck R., Pilkonis P. A., Wortman C. B., Williams J. B., Widiger T. A., Frank E., Kupfer D. J., Zisook S.: Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test., Br. J. Psychiatry, 174: pages 67-73, January, 1999. El mismo que ha sido modificado por el Dr. J. Montoya Carrasquilla, MD, MSc., director Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia, www.homestead.com.cl. No ha sido validado ni homologado. Su única utilidad es establecer sospecha sobre si la paciente está o no atravesando un duelo complicado.

- Dx.
 - Se sospecha de un duelo prolongado y no elaborado en el que se debe trabajar para producir su proceso normal.

Observaciones generales:

- En las evaluaciones la niña se mostró dispuesta y colaboradora aunque fue notable su inquietud y distraibilidad.

Recomendaciones para el equipo:

- Se sugiere trabajar en la reestructuración de la dinámica familiar (roles, reglas, límites) a través de una asesoría con los padres.
- Se hace necesaria la asistencia psicológica y psicopedagógica como el trabajo psicoterapéutico en el proceso de duelo por muerte y separación con la niña.

Recomendaciones para la maestra:

- Se sugiere trabajar con economía de fichas, en entrenamiento perceptivo de relaciones espaciales y evitar la sobreestimulación sensorial como que la alumna esté cerca de la puerta o las ventanas.

Recomendaciones para los padres:

- Se sugiere que los diagnósticos presuntivos arrojados por las pruebas sean confirmados o refutados por un especialista, de preferencia un neuropediatra.
- Se hace necesario que asistan a asesoría familiar y envíen a la niña a que reciba la asistencia psicológica y psicopedagógica como el trabajo psicoterapéutico en el proceso de duelo por muerte y separación.

Conclusiones:

Como se puede constatar la creación del Informe Psicopedagógico ha querido dar a conocer el estado actual de la paciente a la fecha de aplicación de los distintos reactivos en el área psicológica, pedagógica y del duelo. A los que se suman la entrevista clínica, hoja de remisión y entrevista clínica sobre el duelo para niños. Dando como resultado el conocimiento integral de las dificultades presentadas frente a la problemática en estudio.

CAPITULO TERCERO - PLAN DE INTERVENCIÓN

Introducción

El tercer y último capítulo del presente trabajo de grado lo constituye el Plan de Intervención compuesto por las sesiones y actividades terapéuticas, el cronograma de aplicación de las sesiones y actividades terapéuticas y la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

En las sesiones y actividades terapéuticas señalamos tres momentos: antes de intervenir, para intervenir y las fichas de trabajo. Además como anexos, en formato digital, incluiremos los reactivos utilizados para evaluar el proceso del duelo y sus manifestaciones.

Las Sesiones y Actividades Terapéuticas

Antes de intervenir

Antes de intervenir en las dificultades emocionales por muerte y separación de figuras relevantes de la crianza (duelo complicado) quisiéramos dar a conocer qué es un plan de intervención, cuál es la composición del plan de intervención, qué son las fichas de trabajo y cómo utilizar las fichas de trabajo de esta propuesta.

¿Qué es un plan de intervención? Un plan de intervención es el conjunto de estrategias que el terapeuta pone en marcha en base a uno o más enfoques terapéuticos con la finalidad de disminuir o eliminar una o más dificultades latentes o manifiestas en el/la paciente.

En nuestro caso particular intentaremos disminuir o eliminar las dificultades del duelo complicado por el cual está atravesando María Alejandra (nombre ficticio) a través de un conjunto de estrategias utilizando la terapia de juego.

¿Cuál es la composición del plan de intervención? El plan de intervención está compuesto por un conjunto de fichas de trabajo que incluyen el objetivo, los materiales, los recursos y la guía para el terapeuta de cada una de las sesiones de juego.

¿Qué son las fichas de trabajo? Las fichas de trabajo son el conjunto de pasos ordenados y lógicos sobre cómo llevar a cabo una sesión de juego en base a una actividad terapéutica específica.

¿Cómo utilizar las fichas de trabajo? Las fichas de trabajo se usan siguiendo o no el orden presentado y tan solo como una orientación a ser considerada de acuerdo a lo programado específicamente por cada terapeuta frente a cada caso particular.

Para intervenir

Para intervenir utilizando las fichas de trabajo que se presentan a continuación se recomienda al terapeuta preparar la sesión de juego tenida, con anterioridad, todo hábilmente planificado y preparado, para lo que se aconseja:

- Fijarse en el objetivo específico a conseguir con la aplicación de la actividad terapéutica citada en cada ficha de trabajo.
- Contar con los materiales sugeridos e incorporar si se desea algún otro sin que este coarte o sature la actividad.
- Utilizar adecuadamente los recursos terapéuticos en la hora de juego y aprovecharlos al máximo.
- Seguir la guía puesta a consideración y si desea modificarla o mejorarla usted tiene la libertad para hacerlo.

Fichas de trabajo

A continuación se incluyen un conjunto de fichas de trabajo para facilitar el normal proceso del duelo y tratar los trastornos asociados.

Consideramos que puede ser aplicable en un periodo no mayor a los tres y medio meses si el terapeuta conviene trabajar con el/la paciente una sesión de juego dos veces por semana.

Es importante recordar que el terapeuta debe en el transcurso de cada aplicación buscar el momento propicio para desenvolverse en su función ya sea señalando,

interpretando o explicando psicológicamente alguna conducta o circunstancia que se presente e incorporando luego estos aspectos en la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

La ficha de registro seguimiento y evaluación permitirá al terapeuta tener una clara referencia, conocer los avances y valorar el proceso de intervención.

Hemos planificado la intervención con una sesión inicial de informe y contrato, las sesiones de trabajo y una sesión final de cierre terapéutico.

La sesión inicial es clave pues en ella se darán a conocer las dificultades identificadas en el/la paciente a través de la lectura y explicación del informe psicopedagógico a sus representantes. Luego se establecerá el contrato terapéutico en el que se tiene que tener especial cuidado para convenir la propuesta de intervención y sus aspectos técnicos, siendo mejor sentarlo por escrito avalizado con las firmas de las partes.

En nuestra propuesta de trabajo pretendemos sostener seis sesiones de juego seguidas con el/la paciente aplicando una técnica específica de intervención y luego una sesión de trabajo con los padres para informar lo realizado o conseguido hasta la fecha y comprometerles con el trabajo terapéutico a través de alguna tarea específica de intervención.

La tarea específica de intervención en la que son instrumentados los padres debe ser aplicada en el espacio de tiempo desde que esta fue aprendida hasta la siguiente sesión de trabajo donde se evaluará la misma. Lo anterior no significa que la técnica debe dejarse de usar, por el contrario, a esta se adicionará la siguiente actividad a poner en practica.

Las sesiones de trabajo con el/la paciente como con sus padres se llevarán a cabo siguiendo el modelo directivo y no directivo.

Y la sesión final de cierre terapéutico no es la única en la que se trabaja la desligazón del vínculo paciente – terapeuta sino a esta le antecede una preparación previa donde se conversa y anticipa el final de la terapia.

Ficha de trabajo 1

Actividad terapéutica:

- Informe y contrato terapéutico.

Objetivo:

- Convenir con los padres la ejecución del plan de intervención.

Materiales:

- Copia del informe psicopedagógico y de la propuesta de intervención.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se entrega y explica el informe psicopedagógico a los padres.
2. Se aclara alguna duda.
3. Se da a conocer la propuesta de intervención.
4. Se recibe algún comentario o sugerencia.
5. Se sienta el contrato terapéutico.
6. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 2

Actividad terapéutica:

- Inflado y reventado de globos.

Objetivo:

- Posibilitar la descarga de energía reprimida.

Materiales:

- 100 globos de diferentes colores y tamaños.
- Un contenedor de basura.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se entrega a el/la paciente la bolsa con los globos y se explica: “Vamos a inflar la mayor cantidad que podamos de estos globos, no importa si se nos revientan algunos”.
2. Cuando se tenga una cantidad considerable de globos inflados se le brinda a el/la paciente la consigna a seguir: “Vas a reventar estos globos cómo tu desees, puedes utilizar todo tu cuerpo y el tiempo que sea necesario hasta que no que uno ileso”.

3. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te ha parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.
4. Se le pide a el/la paciente que nos ayude a recoger los restos que han quedado del material de trabajo y colocarlos en el contenedor de basura.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 3

Actividad terapéutica:

- Garabateo sobre papel.

Objetivo:

- Proyectar a través del trazo su estado psicoemocional.

Materiales:

- Útiles para escribir, dibujar y pintar.
- Papel de diferente tamaño (papelógrafo, A3, legal, A4).
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se tiende sobre el suelo un papelógrafo y se coloca cerca los útiles para escribir, dibujar y pintar como los otros tipos de papel.
2. Se indica a el/la paciente el papelógrafo, los materiales de trabajo y se explica la consigna a seguir: "En esos papeles y con estos materiales de trabajo vas a garabatear o rayar como tu desees y con los colores que más te gusten, tómate el tiempo que sea necesario".
3. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.
4. Se le pide a el/la paciente nos permita guardar sus creaciones en la caja de juegos que le pertenece.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 4

Actividad terapéutica:

- Rasgado de papel.

Objetivo:

- Bajar los niveles de estrés.

Materiales:

- Papel de diferente tamaño, revistas o periódicos viejos.
- Un contenedor de basura.

- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se coloca sobre el piso el papel de diferente tamaño, las revistas y los periódicos viejos.
2. Se indica a el/la paciente los materiales de trabajo y se explica la consigna a seguir: “Vas a rasgar este material cómo tu desees, puedes utilizar todo tu cuerpo y el tiempo que sea necesario hasta que todo quede hecho pedacitos”.
3. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.
4. Se le pide a el/la paciente que nos ayude a recoger los restos que han quedado del material de trabajo y colocarlos en el contenedor de basura.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 5

Actividad terapéutica:

- Dibujo antes, recordando y después de la pérdida.

Objetivo:

- Conocer la noción actual de pérdida.

Materiales:

- Útiles para escribir, dibujar y pintar.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se entrega a el/la paciente los materiales de trabajo y se explica la primera consigna a seguir: “Recuerdas a aquella persona (u objeto) que perdiste. De seguro hay muchos momentos especiales que compartiste con el mientras lo tenías a tu lado, dibuja aquel momento más bonito”.
2. Una vez que el/la paciente termina de hacer el primer dibujo se explica la segunda consigna a seguir: “Ahora recuerda que cuando perdiste a aquella persona (u objeto) te pusiste muy triste, te sentías solo, te dolió mucho porque lo querrías a tu lado. Dibuja lo que recuerdas de ese día”.
3. Una vez que el/la paciente termina de hacer el segundo dibujo se explica la tercera y última consigna a seguir: “Estoy seguro que muchas veces piensas en aquella persona (u objeto) que perdiste. Dibuja cómo, dónde y que crees que está pasando con el ahora en este momento”.
4. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no

lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.

5. Se le pide a el/la paciente que nos permita guardar sus creaciones en la caja de juegos que le pertenece.
6. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 6

Actividad terapéutica:

- Carta al ser querido.

Objetivo:

- Posibilitar la expresión de pensamientos y sentimientos frente a la pérdida.

Materiales:

- Hojas de papel carta.
- Lápiz, borrador y sacapuntas.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se entrega a el/la paciente los materiales de trabajo y se explica la consigna a seguir: "Vas a escribir una carta sobre la pérdida de aquella persona (u objeto) que tu aprecias mucho y que ahora ya no está a tu lado. Escribe todo aquello que piensas o sientes".
2. Se pide al niño leer la carta que escribió sobre la pérdida y se comparte alguna reflexión que haga alusión al contenido de la misma.
3. Se le pide a el/la paciente que nos permita guardar sus creaciones en la caja de juegos que le pertenece.
4. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 7**Actividad terapéutica:**

- Biblioterapia.

Objetivo:

- Capacitar a los padres para que utilicen la psicoeducación.

Materiales:

- Hoja de respaldo (escuela para padres).
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se dan a conocer el trabajo realizado y los avances hasta la fecha.
2. Se explica en qué consiste la psicoeducación.
3. Se hace una demostración y una practica con los padres.
4. Se aclara alguna duda.
5. Se entrega el material de respaldo.
6. Se pacta el compromiso con los padres de aplicar la estrategia aprendida.
7. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 8**Actividad terapéutica:**

- Visita al cementerio.

Objetivo:

- Brindar un tributo al ser querido en el lugar donde están depositados sus restos mortales.

Materiales:

- Carta al ser querido.
- Ofrenda florar u otro objeto que el/la paciente considere llevar para expresar su afecto.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El cementerio o campo santo.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se llega con la familia al lugar donde están depositados los restos mortales del difunto.
2. Se ofrece una oración o pensamiento introductorio de acuerdo con el credo de la familia.
3. Se pide a el/la paciente y luego a su familia que exprese lo que piensan o sienten después de la pérdida a manera de un tributo al ser querido. Aquí el/la paciente puede leer la carta que escribió a su ser querido.
4. Se deposita la ofrenda u otro objeto que el/la paciente ha traído al lugar para expresar su afecto.
5. Se ofrece un pensamiento final que cierre el tributo.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 9**Actividad terapéutica:**

- Diario o bitácora.

Objetivo:

- Animar a el/la paciente la creación de un diario o bitácora de sentimientos.

Materiales:

- Un diario o una agenda.
- Útiles para escribir, dibujar y pintar.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se explica a el/la paciente qué es un diario o bitácora de sentimientos.
2. Se entrega a el/la paciente los materiales de trabajo y se le pide escribir, dibujar, pintar o las tres cosas a la vez sobre lo que le ha ocurrido en el día de hoy y cómo se siente.
3. Se pide leer lo que escribió y se comparte alguna reflexión que haga alusión a que aquí podrá anotar todos aquellos pensamientos o sentimientos que quisiera registrar referentes a su vida después de la pérdida.
4. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 10**Actividad terapéutica:**

- Colage: “después de la pérdida”.

Objetivo:

- Provocar la expresión indirecta de estados o circunstancias después de la pérdida.

Materiales:

- Revistas o periódicos viejos.
- Gomero y tijeras.
- Útiles para escribir, dibujar y pintar.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se entrega a el/la paciente los materiales de trabajo y se explica la consigna a seguir: "Recuerdas a aquella persona (u objeto) que perdiste, de seguro han ocurrido muchas cosas desde ese entonces. Busca, recorta y arma un colage o composición de lo que está ocurriendo ahora después de la pérdida".
2. Se observa el resultado final y se hace algún comentario.
3. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.

4. Se pide a el/la paciente que nos permita guardar sus creaciones en la caja de juegos que le pertenece.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 11

Actividad terapéutica:

- Salida a un parque infantil para hablar sobre la muerte utilizando elementos de la naturaleza.

Objetivo:

- Psicoeducar a el/la paciente.

Materiales:

- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El parque infantil.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se lleva a el/la paciente a un parque infantil cercano al sitio de consulta.
2. Se utiliza el ambiente para hablar sobre la muerte utilizando elementos de la naturaleza.

3. Se refuerza la idea del ciclo vital y se enfatiza en la muerte como un proceso natural.
4. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 12

Actividad terapéutica:

- Álbum, cartelera o caja de recuerdos sobre la pérdida.

Objetivo:

- Crear con el/la paciente un álbum, cartelera o caja de recuerdos sobre la pérdida.

Materiales:

- Fotos, recortes, dibujos, tarjetas, etc. sobre la pérdida.
- Gomero y tijeras.
- Útiles para escribir, dibujar y pintar.
- Álbum de fotos, cartulina o caja de cartón u otro material.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se reúne o crea con el/la paciente algunos recuerdos que hagan referencia a la pérdida.
2. Se arma un álbum, cartelera o caja de recuerdos sobre la pérdida utilizando los materiales y objetos que se tienen o se han creado sobre ella.
3. Se observa el resultado final y se comparte alguna reflexión que haga alusión a que aquí se almacenarán todos aquellos recuerdos que quisiéramos guardar referentes a la pérdida.
4. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 13**Actividad terapéutica:**

- Función de títeres: “Si quieres llorar llora, ¿¡por qué ocultarlo!?”.

Objetivo:

- Exhortar a la libre expresión de sentimientos.

Materiales:

- Títeres y titiritero.
- Guión de la obra.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se invita a el/la paciente a ver la función de títeres y a que preste mucha atención a lo que va a ocurrir.
2. Se realiza la función de títeres siguiendo el guión.
3. Se refuerza la idea nuclear (expresión de sentimientos) a través de un diálogo interactivo entre el/la paciente y los títeres.
4. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.

5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 14

Actividad terapéutica:

- Terapia del abrazo.

Objetivo:

- Animar a los padres a la expresión real y continua de los signos del afecto, en especial del abrazo.

Materiales:

- Hoja de respaldo (escuela para padres).
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se dan a conocer el trabajo realizado y los avances hasta la fecha.
2. Se explica en qué consiste la terapia del abrazo.
3. Se hace una demostración y una practica con los padres.
4. Se aclara alguna duda.
5. Se entrega el material de respaldo.

6. Se pacta el compromiso con los padres de aplicar la estrategia aprendida.
7. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 15

Actividad terapéutica:

- Cuéntame un cuento: ¿a qué le tienes miedo o qué es lo que te causa angustia?

Objetivo:

- Hablar con el/la paciente acerca de sus temores y angustias.

Materiales:

- Útiles para escribir, dibujar y pintar.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se explica a el/la paciente que ahora vamos a contar un cuento sobre aquello a lo que le tenemos miedo o lo que nos causa angustia.
2. Se hace un ejemplo y se indica que el cuento puede ser escrito, dibujado, contado directamente o las tres cosas a la vez.

3. Se concede el tiempo necesario para la creación del cuento.
4. Se escucha con atención el cuento que haga el/la paciente y se hace algún comentario.
5. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su estado frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.
6. Se le pide a el/la paciente que nos permita guardar sus creaciones en la caja de juegos que le pertenece.
7. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 16

Actividad terapéutica:

- Homenaje personalizado.

Objetivo:

- Crear conjuntamente con el/la paciente un homenaje personalizado de tributo a la pérdida.

Materiales:

- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.

- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se explica a el/la paciente qué es un homenaje personalizado.
2. Se pide a el/la paciente piensen en que le gustaría hacer para crear un homenaje personalizado.
3. Se receptan ideas, decide lo que se va a llevar a cabo, planea, crea y ensaya el homenaje personalizado.
4. Se observa el resultado final y se comparte alguna reflexión que haga alusión a que de esta manera podrá rendir tributo a su pérdida cuando lo desee.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 17

Actividad terapéutica:

- Terapia de gritos.

Objetivo:

- Desfogar mediante el grito frustraciones, ansiedades o conflictos.

Materiales:

- Hojas de líneas tamaño A4.
- Lápiz, borrador y sacapuntas.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se explica a el/la paciente en qué consiste la terapia de gritos.
2. Se entrega a el/la paciente los materiales de trabajo y se indica la consigna a seguir: “En esta hoja de papel vas a escribir todas las frases que te nazcan relacionadas a cómo te sientes después de la pérdida”.
3. Se pide a el/la paciente gritar las frases que acaba de escribir con todas sus fuerzas sintiendo lo que va diciendo y si se hace necesario repetir las debe exhortarse a hacerlo.
4. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 18**Actividad terapéutica:**

- Trabajo con arcilla, plastilina o masa.

Objetivo:

- Incentivar la proyección creativa de el/la paciente.

Materiales:

- Arcilla, plastilina o masa.
- Útiles de arte.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se entrega a el/la paciente los materiales de trabajo y se indica la consigna a seguir: "Con estos materiales vas a crear algo inspirado en la persona (u objeto) que perdiste".
2. Se concede el tiempo necesario para que el/la paciente libremente plasme su creación ofreciéndole ayuda sí es que es necesario.
3. Se hace a el/la paciente algunas preguntas para conocer su reacción frente a la experiencia que acaba de tener, por ejemplo: ¿cómo te sientes?, ¿te gustó o no lo que acabas de hacer?, ¿te a parecido o no interesante?... Lo importante es tratar de lograr la verbalización o aclaración de estados y sentimientos. Se debe evitar respuestas cortas de sí o no, bien o mal, bonito o feo, etc.
4. Se le pide a el/la paciente que nos permita guardar sus creaciones en la caja de juegos que le pertenece.

5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 19

Actividad terapéutica:

- Biografía o referencia sobre la pérdida.

Objetivo:

- Profundizar el conocimiento del sujeto (u objeto) de pérdida.

Materiales:

- Dibujos, fotografías, recortes, etc. sobre la pérdida.
- Hojas de líneas tamaño A4.
- Lápiz, borrador y sacapuntas.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El ambiente de juego.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se explica a el/la paciente qué es una bibliografía.

2. Se entrega a el/la paciente los materiales de trabajo y se indica la consigna a seguir: “Hemos hablado y reunido durante estas semanas información sobre la persona (u objeto) que perdiste. Ahora vamos a crear una bibliografía o referencia ordenando los datos que tu conoces como aquellos que nos han proporcionado amigos y familiares”.
3. Se crea la bibliografía o referencia conjuntamente con el/la paciente y se incluye si se desea dibujos, fotografías, cuadros (árbol genealógico), etc.
4. Se observa el resultado final y se comparte alguna reflexión que haga alusión a que aquí se hallan resumidos los datos más significativos sobre el sujeto (u objeto) que constituye la pérdida pudiendo el/la paciente releer, ampliar o modificar este tributo.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 20

Actividad terapéutica:

- Sesión de juego psicomotriz.

Objetivo:

- Relajar al niño utilizando la actividad de su mente y su cuerpo.

Materiales:

- Objetos diversos de diferentes materiales, tamaños y colores, tales como: pelotas, cintas, fichas, telas, hilo o cuerda, etc.
- Útiles para crear un circuito de obstáculos, tales como: barras de equilibrio, cinta de seguridad, cuerda, neumáticos viejos, tiras de madera, etc.
- Radiograbadora y discos compactos de música para el momento del calentamiento, la sesión propiamente dicha y la relajación.

- Ficha de la sesión psicomotriz.
- Ficha de la sesión de relajación.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El parque infantil.
- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Música: Se debe tener preparadas y colocarse las pistas musicales para los momentos del calentamiento, la sesión de juego psicomotriz propiamente dicha y la relajación.

La música del calentamiento y de la sesión de juego psicomotriz propiamente dicha debe estimular la actividad mientras que la música de la relajación debe favorecer a este fin.

2. Calentamiento: Se pide al niño ponerse descalzo y caminar alrededor del espacio físico seleccionado del parque infantil, desplazándose por todas direcciones. Luego se solicita realizar los mismos ejercicios que ejecuta o pide el terapeuta, tales como: movilizar de un lado hacia otro, de arriba hacia abajo, de adentro hacia fuera y en forma circular las distintas partes del cuerpo (manos, codos, hombros, brazos, pies, rodillas, cadera, piernas, cabeza, etc.).
3. Sesión de juego psicomotriz propiamente dicha (carrera de obstáculos): Se explica a el/la paciente que va a recorrer el circuito de obstáculos en el menor tiempo posible y cumpliendo con las distintas actividades propuestas para pasar de una estación a otra, tales como: inflar y reventar globos, buscar la ficha en la piscina de pelotas de goma, armar un rompecabezas, juntar las cintas del mismo color, unir las telas alternando sus colores, etc.

El circuito debe estar previamente creado en el espacio físico seleccionado del parque infantil, utilizando los materiales que se disponen para este fin.

4. Sesión de relajación: Se inicia logrando que el/la paciente hagan conciencia de su respiración y de su cuerpo a través inhalar - exhalar profundamente y elaborar un conjunto de ejercicios de tensión - distensión muscular de las diferentes segmentos y elementos corporales. Y finaliza con la imaginación de una situación placentera utilizando un relato previamente elaborado por el terapeuta, tal como: la vista a una isla paradisíaca.

Puede ayudar a la relajación el acompañamiento de música instrumental y la emanación de esencias aromáticas naturales o incienso.

5. Verbalización: Se exhorta a el/la paciente a que exprese abiertamente lo que vivió, lo que experimentó y se haga un juicio de lo mismo: si fue placentero o no y sus razones. Se pretende la exteriorización de estados y sentimientos.
6. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 21

Actividad terapéutica:

- Cursos extracurriculares.

Objetivo:

- Resaltar los beneficios de los cursos extracurriculares.

Materiales:

- Hoja de respaldo (escuela para padres).
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se dan a conocer el trabajo realizado y los avances hasta la fecha.
2. Se explica los beneficios de los cursos extracurriculares como una estrategia de intervención.
3. Se aclara alguna duda.
4. Se entrega el material de respaldo.
5. Se pacta el compromiso con los padres de aplicar la estrategia aprendida.
6. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 22**Actividad terapéutica:**

- Ocho sesiones de juego no directivas o centradas en el cliente.

Objetivo:

- Ofrecer a el/la paciente la oportunidad de que experimente su crecimiento bajo las condiciones más favorables utilizando el juego como un vehículo de reconocimiento de sus dificultades y como un medio de actuación sobre los sentimientos que las generan enfrentándolos, confrontándolos o rechazándolos.

Materiales:

- Juguetes: casa de muñecas con mobiliario, familia de muñecos, juguetes temáticos (por ejemplo: para jugar al policía y a los ladrones), muñecas con sus accesorios, plastilina o arcilla, cajas de pintura o pintura de agua, papel para dibujar, tizas de colores, lápices, armas de juguete, soldados de juguete, vehículos de juguete, títeres, una muñeca de trapo con su biberón y un teléfono.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El salón de juegos.
- La caja de juego.
- La maleta de juego.
- Los materiales de juego.
- El terapeuta.

Guía para el terapeuta:

1. Se conduce a el/la paciente al salón de juegos y se le explica la consigna a seguir:
 - Primera sesión: “Este es un salón de juegos y ésta es la maleta de juegos donde encontrarás algunos juguetes y otros materiales con los que podrás jugar a lo que desees durante el tiempo que dura la hora de trabajo”.
 - Sigüientes sesiones: “Como en la sesión anterior podrás jugar con la maleta de juegos a lo que desees durante el tiempo que dura la hora de trabajo”.
 - Última sesión: “Hemos jugado aquí durante algún tiempo, nos hemos divertido mucho y nos hemos dado cuenta de algunas cosas sobre las cuales trabajamos para sentirnos mejor. Te gustaría hablar sobre ello”.

2. Se concede a el/la paciente el espacio, los juguetes y su libre manejo con el objeto de que exprese su forma de sentir, pensar y actuar (ser) de forma natural y espontánea la misma que es observada, reconocida y reflejada.
3. Se permite a el/la paciente la libre y dinámica expresión de su mundo interno por medio del juego sin dirigirlo y aplicado los ocho principios básicos que guían toda intervención de juego centrada en el cliente.
4. Se dan a conocer o se recuerdan ciertas reglas o límites a el/la paciente previo a la sesión de trabajo o en el lapso de la misma según se hagan necesarias este tipo de aclaraciones.
5. Se establece la próxima cita y luego finalizada la sesión se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Ficha de trabajo 23

Actividad terapéutica:

- Informe final y cierre terapéutico.

Objetivo:

- Cerrar la intervención terapéutica y entregar el informe final correspondiente.

Materiales:

- Copia del informe final de intervención.
- Ficha de registro, seguimiento y evaluación.

Recursos:

- El terapeuta.
- La caja de juego.

Guía para el terapeuta:

1. Se entrega y explica el informe final sobre la intervención terapéutica.
2. Se aclara alguna duda.
3. Se recibe algún comentario o sugerencia.
4. Se efectúa el cierre terapéutico a través de algún tipo de actividad especial, tal como: la entrega de un recuerdo, el compartir anécdotas, un homenaje de despedida, etc.
5. Se refuerza la idea de que el/la paciente puede contar con nosotros y que nosotros estaremos allí siempre dispuestos.
6. Se escribe la ficha de registro, seguimiento y evaluación y se cierra el expediente de el/la paciente.

El Cronograma de Aplicación de las Sesiones y Actividades Terapéuticas

El cronograma de aplicación de las sesiones y actividades terapéuticas es una propuesta tentativa a ser utilizada con el caso práctico tomado para análisis y creación del trabajo de graduación.

La propuesta sigue el orden sugerido en las fichas de trabajo que constituyen el plan de intervención terapéutica. Aquí se indicará la actividad a realizar, el objetivo a cumplir y la fecha tentativa de aplicación.

Ha sido elaborado con el objeto de ser una guía de fácil uso e identificación para el terapeuta cuando este tenga que presentar la propuesta y/o ejecutar la misma.

Se presenta desde el mes de abril pues se considera que a esa fecha contaremos con la licencia que nos permitirá ofrecer nuestros servicios y poder ejercer nuestra función como profesionales de la salud mental.

Y como puede apreciarse a continuación y ya se mencionó anteriormente cada semana proponemos aplicar dos sesiones terapéuticas.

Cronograma de Aplicación de las Sesiones y Actividades Terapéuticas		
Actividad a realizar	Objetivo a cumplir	Fecha de aplicación tentativa
1. Informe y contrato terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Convenir con los padres la ejecución del plan de intervención. 	03/04/07
2. Inflado y reventado de globos	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilitar la descarga de energía reprimida. 	05/04/07
3. Garabateo sobre papel	<ul style="list-style-type: none"> • Proyectar a través del trazo su estado psicoemocional. 	10/04/07
4. Rasgado de papel	<ul style="list-style-type: none"> • Bajar los niveles de estrés. 	12/04/07
5. Dibujo antes, recordando y después de la pérdida.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la noción actual de pérdida. 	17/04/07
6. Carta al ser querido.	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilitar la expresión de pensamientos y sentimientos frente a la pérdida. 	19/04/07
7. Biblioterapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los padres para que utilicen la psicoeducación. 	24/04/07
8. Visita al cementerio.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un tributo al ser querido en el lugar donde están depositados sus restos mortales. 	26/04/07
9. Diario o bitácora.	<ul style="list-style-type: none"> • Animar a el/la paciente la creación de un diario o bitácora de sentimientos. 	01/05/07
10. Colage: "después de la pérdida".	<ul style="list-style-type: none"> • Provocar la expresión indirecta de estados o circunstancias después de la pérdida. 	03/05/07
11. Salida a un parque infantil para hablar sobre la muerte utilizando elementos de la naturaleza.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducar a el/la paciente. 	08/05/07
12. Álbum, cartelera o caja de recuerdos sobre la pérdida.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear con el/la paciente un álbum, cartelera o caja de recuerdos sobre la pérdida. 	10/05/07
13. Función de títeres: "Si quieres llorar llora, ¿por qué ocultarlo!?".	<ul style="list-style-type: none"> • Exhortar a la libre expresión de sentimientos. 	15/05/07
14. Terapia del abrazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Animar a los padres a la expresión real y continua de los signos del afecto, en especial del abrazo. 	17/05/06
15. Cuéntame un cuento: ¿a qué le tienes miedo o qué es lo que te causa angustia?	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con el/la paciente acerca de sus temores y angustias. 	22/05/07
16. Homenaje personalizado.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear conjuntamente con el/la paciente un homenaje personalizado. 	24/05/07
17. Terapia de gritos.	<ul style="list-style-type: none"> • Desfogar mediante el grito frustraciones, ansiedades o 	29/05/07

	conflictos.	
18. Trabajo con arcilla, plastilina o masa.	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar la proyección creativa de el/la paciente. 	05/06/07
19. Biografía o referencia sobre la pérdida.	<ul style="list-style-type: none"> Profundizar el conocimiento del sujeto (u objeto) de pérdida. 	07/06/07
20. Sesión de juego psicomotriz.	<ul style="list-style-type: none"> Relajar al niño utilizando la actividad de su mente y su cuerpo. 	12/06/07
21. Cursos extracurriculares.	<ul style="list-style-type: none"> Resaltar los beneficios de los cursos extracurriculares. 	14/06/07
22. Ocho sesiones de juego no directivas o centradas en el cliente.	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer a el/la paciente la oportunidad de que experimente su crecimiento bajo las condiciones más favorables utilizando el juego como un vehículo de reconocimiento de sus dificultades y como un medio de actuación sobre los sentimientos que las generan enfrentándolos, confrontándolos o rechazándolos. 	19/06/07 al 12/06/07
23. Informe final y cierre terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> Cerrar la intervención terapéutica y entregar el informe final correspondiente. 	17/07/07

La Ficha de Registro, Seguimiento y Evaluación

La ficha de registro, seguimiento y evaluación es un versátil instrumento que incluye un espacio para anotar datos de identificación; crear una breve descripción de la sesión de trabajo; resaltar los señalamientos, interpretaciones o explicaciones psicológicas que se realizaron; e, incluir algunas observaciones generales y recomendaciones a ser consideradas en la próxima intervención.

Su utilidad como su nombre lo indica versa en que permitirá al terapeuta tener una clara referencia, conocer los avances y valorar el proceso de intervención. Asimismo constituye una pauta para elaborar los informes parciales como el informe final del trabajo terapéutico.

Y consideramos que si el terapeuta se disciplina en su uso como en su manejo es posible que adquiera mayor claridad del proceso, de los resultados alcanzados y de las dificultades que se irán presentando pudiendo afinar algún detalle a tiempo.

Conclusiones:

El plan de intervención constituye la parte práctica del plan de recuperación para trabajar el duelo complicado en niños y se basa en el marco teórico como en las inferencias diagnósticas resultantes del proceso de investigación.

Como puede evidenciarse lo hemos estructurado para el caso específico de estudio pero lo hemos diseñado en términos generales con el objeto de que sirva a otros pacientes con igual problemática previas ciertas modificaciones por parte del terapeuta.

El diseño está pensado como una guía de intervención para el terapeuta donde se detallan algunos aspectos técnicos previos, el plan de trabajo terapéutico específico, la idea de cómo establecer un cronograma de intervención y la propuesta de una ficha de registro, seguimiento y evaluación.

CONCLUSIONES

El plan de recuperación para trabajar el duelo complicado constituye una herramienta que se pone a consideración de los terapeutas que trabajan con niños o niñas cuya dificultad versa en el duelo y la pérdida.

El duelo y la pérdida constituyen una dificultad poco trabajada es por ello que nuestros esfuerzos se han dirigido a crear un marco metodológico y práctico para poder intervenir al respecto.

La intervención propuesta no constituye un programa rígido sino una exhortación a mejorarla con vías a efectivizar el normal proceso del duelo y tratar los trastornos asociados.

A lo anterior sumamos nuestro llamado a que los profesionales de la salud mental se formen en la creación de grupos de ayuda mutua sobre el duelo y la pérdida y formen una red de centros que presten este servicio a la comunidad con el objeto de preparar a los individuos para afrontar esta dificultad de forma más adaptativa a través de la psicoeducación y la intervención temprana.

También se hace necesario crear reactivos psicológicos estandarizados de acuerdo a nuestra realidad local con el objeto de identificar más fácilmente las manifestaciones asociadas a procesos complicados o patológicos.

Y consideramos también es importante dirigir las investigaciones y los estudios sobre el juego y la terapia de juego hacia la dificultad en mención con el objeto de crear una terapia de juego para niños en proceso de duelo.

REFERENCIAS

Bibliografía (libros y textos)

- ABERASTURY, Arminda. *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños*. Editorial Paidós, Buenos Aires – Argentina, 2000.
- AXLINE, Virginia M. *Terapia de Juego*. Editorial Diana. México, 1989.
- BERITMEIR, Ilonka. *Cuentos que Ayudan a los Niños a superar sus Miedos*. Ediciones Oniro S.A., Madrid - España, 2003.
- FERNÁNDEZ, Moya Jorge. *Después de la Pérdida*. Universidad del Aconcagua, Catamarca129 (5500) Mza. Rca. Argentina, 2006.
- KLAUS, D. Heil & GERD, Hennenhofer. *Vencer el Miedo. Entrenamiento para librarse de complejos*. Ediciones Mensajero, Bogotá – Colombia, 2000.
- LABBÉ, B. *Piruetas de Filosofía*. Ediciones S.M., Madrid, España, 2002.
- SCHAEFER, Charles & O'CONNOR, Kevin J. *Manual de Terapia de Juego, volumen 1*. Ediciones El Manual Moderno, México D.F. - Santa Fe de Bogotá, 2000 a.
- SCHAEFER, Charles & O'CONNOR, Kevin J. *Manual de Terapia de Juego, volumen 2*. Ediciones El Manual Moderno, México D.F. – Santa Fe de Bogotá, 2000 b.
- SIMON, Fred B., STIERLIN Helm & WYNNE, Lyman C. *Vocabulario de Terapia Familiar*. Editorial Gesida S.A., Barcelona – España, 1993. 460 páginas.
- WEST, Janeth. *Terapia de Juego Centrada en el Niño*. Editorial Manual Moderno, México D.F. – Santa Fe de Bogotá, 2000.

Bibliografía (manuales reactivos)

- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA). *Cuestionarios del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos y Enfermedades Mentales, edición 1994, para valorar el Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Editorial Paidos, Biblioteca de Psicometría, Buenos Aires – Argentina, 2000.
- BELLAK Leopold & BELLAK Sorel Sonya. *Test de Apreciación Infantil con Figuras Animales (CAT-A)*. Editorial Paidos, Buenos Aires – Barcelona – México, 2000.
- BENDER, Laretta. *Test Gestáltico Visomotor de Bender (BG)*. Editorial Paidos, Biblioteca de Psicometría, Buenos Aires – Argentina, 2000.
- CARRASQUILLA, Montoya J. *Breve Inventario del Duelo (BID)*. Editorial Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia, [200- a].
- CARRASQUILLA, Montoya J. *Cuestionario de Aproximación al Concepto de Muerte en el Niño (CACMUN)*. Editorial Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia, [200- b].
- CARRASQUILLA, Montoya J. *Inventario del Duelo Complicado para Niños (IDCN)*. Editorial Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia, [200- c].
- CORMAN, Louis. *Test Proyectivo Infantil de la Familia*. Editorial Paidos, Buenos Aires – Barcelona – México, 2000.
- COTTE, ROUX, KOCH & MACHOVER. *Home, Tree, People. Test Proyectivo de la Casa, el Árbol y la Figura Humana (THTP)*. Editorial Paidos, Biblioteca de Psicometría, Buenos Aires – Argentina, 2000.
- FARRÉ i Riba Anna & NARBONA García Juan. *Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)*. Quinta Edición (revisada y ampliada). TEA Ediciones S.A., Madrid – España, 2003.

- FILHO, Lorenzo. *Prueba de Madurez Intelectiva Motriz para el Pronóstico del Aprendizaje de la Lectoescritura. Test ABC de Lorenzo Filho*. Editorial El Manual Moderno, México DF – México, 2000.
- FROSTIG, Marianne. *Método de Evaluación de la Percepción Visual. Test de Percepción Visual Frostig*. Editorial Paidos, Buenos Aires – Argentina, 2000.
- GOODENOUGH, J. Florece. *Test Proyectivo de la Figura Human. Prueba Proyectiva de Inteligencia para Niños*. Editorial Paidos, Biblioteca de Psicometría, Buenos Aires – Argentina, 2000.
- MC. ARTHUR & ROBERTS. *Prueba de Apreciación de Roberts para Niños. Test Proyectivo Roberto*. Editorial Paidos, Biblioteca de Psicometría, Buenos Aires – Argentina, 2000.
- SACKS. *Test de Sacks de las Frases Incompletas para Niños*. Editorial Paidos, Biblioteca de Psicometría, Buenos Aires – Argentina, 2000.
- WECHSLER, David. *Escala de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario. WIPPSI – Español*. Editorial Paidos, Buenos Aires – Argentina, 1998.