

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE JUEGO NO
DIRECTIVA EN EL NIÑO CON
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA”
ESTUDIO DE CASOS**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

SUSAN KARINA YELA CORZO

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE PSICÓLOGA
EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1999



TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejia
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada María Ileana Godoy Calzia
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Calle 10 y Ciudad Universitaria, Zona 11
Tel. 4767700, 4767701, ext. 4767
Fax: 4767700, 4767710, 4767714
Código de Área: 01-5020000
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico
CIRPe.
archivo

RRG. 99-98

CODIPs. 1070-99

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Septiembre 09 de 1999

Señorita Estudiante
Susan Karina Yela Corzo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEXTO (6o.) del Acta CUARENTA Y SIETE NOVENTA Y NUEVE (47-99) de Consejo Directivo, de fecha 06 de septiembre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA EN EL NIÑO CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA". Estudio de Casos, de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

SUSAN KARINA YELA CORZO

CARNET No. 93-10787

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Ninette de Muñoz y revisado por la Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada *Miriam Elizabeth Ponce Ponce*
SECRETARIA



/Roay

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

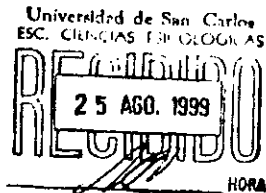


ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio 10-3 Ciudad Universitaria, Escuela
Tel. (0242) 44-4200, ext. 420-1
Dirección (0242) 44-7220, fax (0242) 44-
44-4444 GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CIEPs. 71/99
REG. 99/98

Guatemala, 20 de agosto de 1999.

INFORME FINAL



SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

**"EFECTIVIDAD DE LATERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA EN EL NIÑO
CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA"
ESTUDIO DE CASOS**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

CARNE No.

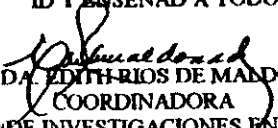
SUSAN KARINA YELA CORZO

93-10787

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener
ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LICDA. EDITH RIOS DE MANDONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

c.c. Revisor/a
Archivo
ERDM/edr

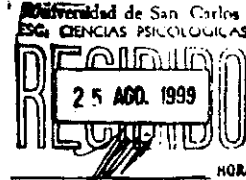


" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "



Handwritten signature
500809

CIEPs. 70/99



Guatemala, 20 de agosto de 1999

LICENCIADA
EDITH RÍOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

LICENCIADA RÍOS DE MALDONADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA EN EL NIÑO CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA"
ESTUDIO DE CASOS

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

CARNE No.

SUSAN KARINA YELA CORZO

93-10787

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID. Y ENSEÑAD A TODOS"

Handwritten signature
LICDA. MAYRA FRINE LUNA DE ALVAREZ
DOCENTE REVISORA

c.c. Archivo
Docente Revisora
MFLDA/edr



" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

Guatemala, 25 de mayo de 1999

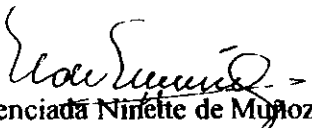
Licenciada
Edith Rios de Maldonado, Coordinadora
Centro de Investigación en Psicología
Edificio

Licenciada Rios:

La presente es para informarle que he concluido con la asesoría y supervisión, del **Informe Final** realizado por la Estudiante: Susan Karina Yela Corzo, Carnet No. 93-10787, Titulado **“LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA EN NIÑOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. ESTUDIO DE CASOS”**.

El referido Informe Final cumple con los requisitos establecidos por el Centro de investigación en Psicología, emito Dictamen Favorable, solicitando se continúe con los trámites correspondientes.

Atentamente,


Licenciada Nirette de Muñoz
Colegio No. 1293



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Calle 14 y Ciudad Universitaria, Escalera
Tel. 4787704, 4787705, ext. 4787
Fax 4789982, 4787313, fax 4789914
e-mail: USA@USAC.edu.gt
GUATEMALA CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 99-98

CODIPs. 474-99

**APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR**

Mayo 07 de 1999

Señorita Estudiante
Susan Karina Yela Corzo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorota Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO PRIMERO (10.) del Acta CATORCE NOVENTA Y NUEVE (14-99) de Consejo Directivo, de fecha 23 de marzo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA EN EL NIÑO CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA" - Estudio de casos-, de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

SUSAN KARINA YELA CORZO

CARNET No. 93-10787

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor a la Licenciada Nineth de Muñoz."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "





Guatemala, 25 de mayo de 1999

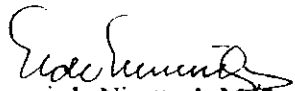
CIEPS
Centro de Investigaciones en Psicología
Edificio

A Quién Interese:

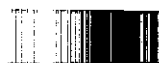
Por este medio hago constar que la estudiante: Susan Karina Yela Corzo, Carnet No. 93-10787 realizó su trabajo de investigación en la Clínica Privada "Los Alerces", tomando como población de estudio a 10 niños/as diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada, quienes recibieron atención psicoterapéutica individual, durante los meses de enero a junio de 1999, con un promedio aproximado de 24 sesiones.

Para los usos que la interesada desee se suscribe de usted,

Atentamente,


Licenciada Ninette de Milnoz
Colegiado No. 1293

11 Ave. "A" 17-30 Zona 2. Ciudad Nueva
Teléfono: 2891214



ACTO QUE DEDICO

A mis padres:

Juan Antonio Yela Leal
Gladys Suzette Corzo de Yela

Por que me han enseñado a ver las
maravillas y retos de la vida

A mis hermanos:

Rubén Antonio
Juan Pablo y
Gladys Carolina

Por su amor, apoyo y comprensión

A mi familia:

Abuelitos, tíos,
primos y cuñados.

Por sus consejos y muestras de cariño

A mis sobrinos:

Por que son los protagonistas del presente y
los transformadores del futuro.

A Usted, especialmente

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por ser la fortaleza y luz que ilumina mi caminar

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

en especial a la Escuela de Ciencias Psicológicas:

Por ser parte de mi formación profesional

A los padres de familia:

Que confiadamente han puesto en mis manos su tesoro más valioso " sus hijos "

A los niños y niñas:

Que han compartido conmigo sus alegrías, esperanzas, ilusiones, travesuras y recuerdos.

A la Licda. Ninette de Muñoz:

Quien incondicionalmente ha guiado mi vida personal y profesional con cariño y sabiduría.

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Licenciada
NINETTE MEJÍA DE MUÑOZ

Ingeniero
RUBÉN ANTONIO YELA CORZO

PRÓLOGO

El presente trabajo se elaboró en la clínica privada Los Alerces la cual fue fundada en la ciudad capital en el año de 1990 por la Licenciada Ninette de Muñoz, la clínica tiene como fin, que el individuo que asiste a psicoterapia, crezca poco a poco, pero que cada paso que de sea firme y seguro.

Para la investigación se tomó una muestra intencionada de 10 niños/as quienes fueron diagnosticados en la clínica, con trastorno de ansiedad generalizada, dichos casos coinciden en que vivieron a muy temprana edad experiencias de pérdidas afectivas ya sea por separación física, muerte de alguno de los padres, por un distanciamiento afectivo o por una relación ambivalente con su madre, dejando huellas de dolor, sufrimiento y ansiedad en cada uno de ellos, obteniendo como resultado una crisis y/o conflicto emocional en el individuo, haciéndose evidente en su conducta y comportamiento.

El principal objetivo de esta investigación es que el psicólogo clínico infantil, comprenda y valore la importancia y efectividad de la terapia de juego no directiva, en niños/as que presentan trastorno de ansiedad generalizada, ya que a través del juego, que es el medio de expresión principal del niño, él puede resolver sus conflictos, reconstruirse a sí mismo y su entorno a través de la búsqueda de soluciones y adquisición de conductas nuevas y positivas. La terapia de juego no directiva ofrece al individuo la oportunidad de ser él mismo, de aprender a conocerse y experimentar su propio crecimiento, bajo las condiciones más favorables, logrando esto principalmente con la colaboración del terapeuta, quien transmite una actitud de aceptación, aprobación, libertad, comprensión, seguridad y respeto hacia el niño, lo que hace, siente y piensa.

Al inicio del tratamiento el niño manifestó actitudes de inseguridad, desconfianza, incertidumbre, confusión, temor y rechazo, pero poco a poco y con gran cautela el niño/a logró expresar a través de sus juegos el oleaje de sentimientos positivos y negativos, encontrando en esas experiencias una puerta que le dio la oportunidad de exteriorizar su yo interno y utilizar la libertad adquirida con un sentido de responsabilidad, aceptando e incorporándose de manera sana y madura a su medio.

La investigación empleó en el tratamiento, como herramienta principal la terapia de juego no directiva, pero para corroborar la efectividad de esta utilizó como instrumentos, la observación, entrevista a las maestras de cada niño quienes por medio de la observación y juicio propio midieron la presencia o ausencia de las manifestaciones de ansiedad dentro del colegio, también se utilizó la prueba proyectiva C.A.T. la cual permitió comprobar la disminución de los signos y síntomas a través de una comparación de las historias relatadas por cada uno de los niños/as en cada una de las láminas.

Así mismo durante el proceso terapéutico se orientó a los padres de familia en una forma individual. Se llevaron a cabo como mínimo una sesión al mes durante los seis meses de tratamiento de sus hijos, en cada una de las sesiones el objetivo era dar la oportunidad al padre de familia de exteriorizar sus sentimientos, dudas e inquietudes en relación al comportamiento, cambios y evoluciones por las cuales sus hijos atravesaban, de igual manera la terapeuta si era necesario realizaba algunas recomendaciones o bien indicaba ciertas conductas y actitudes que tendrían que adoptar con el niño, a fin de lograr resultados satisfactorios dentro de la terapia.

Según los resultados obtenidos de los diez casos estudiados, luego de seis meses de tratamiento psicoterapéutico individual, se observó una disminución significativa en cada uno de los signos y síntomas manifestados en un inicio, algunos de ellos fueron eliminados en su totalidad, específicamente los síntomas psicósomáticos (trastornos alimenticios, náuseas, vómitos, trastornos del sueño, enuresis, encopresis, alergias, gastritis). Así mismo se observó una marcada aparición y desaparición de síntomas y signos de ansiedad, los cuales al finalizar el tratamiento disminuyeron, aunque se presentaran eran identificados y enfrentados por el niño. Pero en general puede inferirse que el niño/a puede satisfactoriamente controlar, dominar y manejar las situaciones estresantes, sin llegar a desatarse en una crisis de ansiedad. Comprobándose con ello que la terapia de juego no directiva es efectiva para el tratamiento de niños diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada.

Para finalizar dirijo mi agradecimiento a los padres de familia que han confiado y puesto en mis manos su tesoro más valioso "sus hijos" y a esos niños que han creído y compartido conmigo sus sentimientos, problemas, temores, fracasos, alegrías, esperanzas, ilusiones, travesuras y recuerdos. Y a todas las personas que de una u otra manera aportaron, sus ideas, comentarios, sugerencias para la realización de dicha investigación.



CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN

El objeto de estudio de esta investigación es la terapia de juego no directiva en niños, esta fue creada por Virginia Axline (1947) y es paralela a los trabajos realizados en terapia de adultos por Carl Rogers. La centrada en el cliente, le ofrece al individuo la libertad de ser él mismo sin enfrentar la evaluación o presión para cambiar. El niño al jugar con sus sentimientos, los trae a la superficie, los encara, aprende a controlarlos, o abandona.

El niño empieza a darse cuenta de su potencialidad para ser un individuo, pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, hacerse más maduro psicológicamente y con lo anterior tomar conciencia de su individualidad. El tomar conciencia de la individualidad es la meta de la terapia de juego no directiva.

Esta terapia se sustenta "en la capacidad que tiene el individuo para crecer y autodirigirse" (1). Se ha aplicado a niños y los resultados han sido positivos aun en los casos en que se traten niños sin la participación de los padres. La respuesta positiva del niño se debe a que una vez experimenta un cambio personal, por mínimo que éste sea, la situación en el ambiente ya no es la misma. Cuando el ambiente se percibe de manera diferente, se reacciona ante él también de manera diferente.

Por otra parte, el peligro respecto al organismo no tiene más sentido que en lo que se refiere a su integridad, a las modificaciones que provoca y al desequilibrio que crea.

Sabemos, sin embargo, que en el niño las reacciones emocionales toman diversas formas, desde la forma motriz de la reacción de sobresalto hasta las reacciones de tensión, consecuencia de insatisfacción real o de perturbación frente a los objetos evocados por la elaboración fantasiosa.

El objeto fuente de peligro puede ser tanto un objeto externo como un objeto interno. Y tanto la familia como en el medio ambiente es el que crea en el niño un trastorno en este caso el trastorno de ansiedad generalizada que es un estado emocional desagradable en el que hay "sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprensión. Generalmente, la causa es un conflicto intrapsíquico inconsciente o irreconocible" (2). La ansiedad flotante es el síntoma celular y clave, consiste en una sensación de miedo que el paciente no puede asignar de forma lógica a una causa específica, presentan una preocupación excesiva sobre una gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento escolar), les resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

Los niños con trastorno de ansiedad manifiestan síntomas como inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, palpitación cardíaca, dificultad para respirar, el vértigo, náuseas, sequedad de la boca, diarrea, el comer en forma compulsiva, persistente durante al menos 6 meses según el DSM-IV.

Por consiguiente estos niños necesitan la ayuda de profesionales, para poder expresar sus sentimientos. La terapia de juego no directiva es una técnica que da al niño la oportunidad de expresar estos sentimientos por medio del juego. Esta terapia la podemos ubicar dentro del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, ya que ambas intentan modificar la conducta por métodos psicológicos, como la confrontación, la clarificación y la interpretación; ambas requieren la introspección del paciente y la comprensión empática por parte del terapeuta, y ambas exigen una consistente atención a la contratransferencia. Definiendo la psicoterapia como una interacción verbal o en alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente.

2) José Ayuso. Trastornos de Angustia (España: Edit. Martínez Roca, 1988) pag 24.

Así mismo podemos ubicar el trastorno de ansiedad dentro de la categoría de las neurosis. "Diferenciándolas de los trastornos específicos del desarrollo, de los trastornos de conducta, de la personalidad y de las reacciones somáticas" (3). Esto es también aceptado por la O.M.S. para su clasificación diagnóstica de los trastornos del niño.

Aunque es clásico separar la ansiedad de la angustia, "Siendo ésta la manifestación corporal, el "angor" con sus manifestaciones constrictivas yrovegetativas. Según esto, se separa el sentido de la experiencia y se le da un valor neurofisiológico y al otro un valor existencial" (4)

Como problemas afines o vecinos principales al objeto de estudio se menciona el social, en nuestra cultura existe aún cierto tabú, vergüenza y pena asistir con el psicólogo, ya que muchas personas aún manejan el concepto de que la persona que busca ayuda profesional de esta índole es "LOCA".

Encontramos que mucha de la población guatemalteca conserva la idea de que al momento de que se sienten "mal", lo primero que hacen es ir a un médico, naturista y otros profesionales dejando en varias ocasiones como último recurso y opción al psicólogo.

En ocasiones tropezamos con el problema económico manifestado a través de la resistencia de los padres a traer a sus hijos a la clínica, o bien terminada por el costo de los viajes, el tiempo, el esfuerzo de acompañar a niños y principalmente las dudas y ansiedades que provocan en ellos cada una de las sesiones, como respuesta o resultado del proceso terapéutico.

Se puede mencionar igualmente como problema el que al momento de que el niño entra a su psicoterapia individual, si bien resulta muy beneficioso, falta mucho las posibilidades de atención, ya que solamente un reducido número de pacientes puede recibirla, a causa de sus exigencias.

L. de Ajuriaguerra. Manual de Psiquiatría Infantil (España: Edit. Masson, S.A. Barcelona 1991) Pag. 606

Richard Behrman Nelson. Tratado de Pediatría (España: Edit. McGraw-Interamericana 1989) Pag. 60

Se presentan también problemas educativos, ya que nuestro niño presenta dentro de sus estudios un bajo rendimiento escolar, lo cual arrastra problemas familiares, en especial cuando los padres comienzan a comparar a su hijo "problema" con los demás, también se da rivalidad entre los hermanos, y situaciones de alianzas entre la pareja con determinados hijos.

El objeto de estudio de este trabajo tiene estrecha relación con el área del pensamiento ya que el juego es el medio de expresión del niño, y es una de las áreas de aplicación de los procesos mentales de pensamiento, ya que dentro del juego el niño clasifica, selecciona, tiene la oportunidad de resolver problemas, plantea hipótesis, hace juicios críticos, y luego esto es transferido a los hechos de la vida diaria y así como se enfrenta a ellos resolviéndolos primero en la terapia, luego lo realiza en su medio. Pero no podemos olvidar que el niño forma parte de una cultura, de patrones de crianza, tradiciones, valores morales, creencias, que son aprendidas tanto del comportamiento de sus padres, del colegio, familiares, amigos y la sociedad. Toda esta influencia se manifiesta dentro del juego. Por ser el niño un ser eminentemente social, aprende y observa todos los estímulos percibidos luego son interiorizados y reflejados no solo en su medio sino también dentro de la psicoterapia, es por ello que también el objeto de estudio tiene relación con el área de conocimiento social. Las disciplinas que sustentan esta investigación son: La psicología infantil, que estudia el desarrollo mental, emocional y el comportamiento del lactante y el niño. Así mismo nos apoyamos de la psicología clínica que es una rama de la psicología que trata del diagnóstico, tratamiento y prevención de las alteraciones de la personalidad y la conducta. También la medicina psicosomática, que es una rama de la medicina que se ocupa de las interacciones entre las reacciones mentales, emocionales y los procesos somáticos, en particular la forma en que los conflictos intrapsíquicos influyen en los síntomas físicos.

Según mi experiencia terapéutica, la cual es de 2 años, realizada en la clínica psicológica "Los Alerces", ubicada en la zona 2 Ciudad Nueva de esta capital, y con un promedio de atención de 20 pacientes al mes, este estudio fue posible llevando un registro constante y específico de los sentimientos, nociones, actitudes y conductas de cada sesión, lográndose establecer la efectividad de la terapia, los periodos de cambio y las formas de evolución emocional, familiar, escolar y social que se manifiestan, mediante la prueba proyectiva CAT. Las sesiones se llevaron a cabo en una sala de juegos existente en la clínica, contando con un espacio adecuado y con los materiales de juego necesarios para realizar las sesiones terapéuticas.

Se tomó una muestra de 10 niños y niñas comprendidos entre los 5 y 12 años de edad cronológica, diagnosticados en la clínica "Los Alerces", como niños con trastorno de ansiedad generalizada, asistiendo una hora, dos veces a la semana, en un promedio de 20 sesiones por niño en forma individual, en el período comprendido de Enero a Junio de 1999.

1.1 MARCO CONCEPTUAL

▪ NIÑOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El niño que presenta problemas de ansiedad generalizada, en su mayoría es una persona que ha tenido experiencias de pérdidas afectivas tempranas, y este trastorno se caracteriza, por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado pero sin síntomas específicos que caracterizan los trastornos fóbicos, el trastorno por ataques de angustia o el trastorno obsesivo-compulsivo." (5)

La Ansiedad, síntoma básico de este trastorno, por lo general se acompaña de sensaciones de tensión interna y dificultad para relajarse. Esta tensión frecuentemente puede producir temblor de manos en reposo e incluso durante los movimientos intencionales.

En la ansiedad generalizada hay reacciones de temor ante posibles consecuencias futuras que tienen una justificación como es el caso de reaccionar temerosamente ante la noticia de una futura disminución de empleados, con posibilidades de perder el trabajo. También es justificable el responder con temor si el diagnóstico médico, es una operación inmediata sin aviso previo.

5) Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (Barcelona, España Ed. Masson, S.A. 1995) Pag. 444

En los trastornos por ansiedad generalizada predominan los síntomas psiquiátricos de la ansiedad siendo la alteración emocional de carácter mas o menos persistente. El trastorno por ansiedad generalizada se caracteriza por: **preocupación excesiva por dos o más circunstancias *Duración: mas de seis meses * No secundaria a otro trastorno *Síntomas continuados sin causa orgánica". (6)

• SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Síntomas del trastorno y su dinámica:

- Inquieto-hiperactivo-inestabilidad psicomotriz

Dinámica: Desequilibrio de la afectividad, exceso de expresión de las emociones, ambivalente en las reacciones (iras que rápidamente se traducen en caricias, dolor que pasa rápido a alegría). Falta de inhibición y atención ante la incomprensión de los padres y hostilidad del entorno, el niño sintiéndose engañado desobedece, miente, reacciona frente a la mínima contrariedad.

- Miedos

Dinámica: Los miedos y temores son manifestaciones de angustia. Los miedos a disfrazan de muchos modos: a la oscuridad, a los animales y a ser dejado solo, pero estos miedos son manejados con distintas respuestas como manías, ritos y ritos que el niño adquiere.

- Pesadillas - Terror Nocturno

Dinámica: Las pesadillas, terror nocturno, los sueños angustiosos se diferencian por la intensidad y específicamente la diferencia es que en la pesadilla el niño gime y se despierta y es capaz de expresar su ansiedad y puede dejarse consolar. Durante el terror nocturno después de algunos gritos, se levanta y se sienta en la cama su cara manifiesta la angustia, grita, se esticula, se agita, se defiende de manera que viviera una situación de terror. No reconoce a las personas a su alrededor y cuando termina la acción de terror, el niño vuelve a dormirse. Estos niños, son temerosos, imaginativos.

6) José Luis Ayuso. Trastorno de Angustia (España: Edit. Martinez Roca, 1988) Pag. 24

- **Dolor Abdominal**

dinámica: Manifestación ansiosa, ansiedad referida sobre todo al trabajo escolar. Los niños son sensibles "nerviosos", inhibidos, tienen trastornos del sueño, onicofagia y dificultad en la alimentación.

- **Nauseas y/o vómitos:**

dinámica: Miedo a la pérdida de la madre, maneja síntomas angustiantes de abandono, sentimientos de culpa, trastornos de las relaciones madre-hijo, condicionados por factores externos a la propia relación (en ningún caso el trastorno es debido a la hostilidad materna).

- **Vómito**

parece en los momentos de peligro, tienen valor regresivo, responden a estímulos agresivos vividos con culpabilidad, reactivo a un sentimiento y a una sensación de abandono.

- **Úlcera péptica**

dinámica: estrés familiar, inmadurez e inestabilidad de los padres, madre superprotectora o directamente rechazadora, padre alejado o ausente. El niño pasivo y de sumisión aparente, agresividad subyacente, intensa y no expresada, tímido tiende al aislamiento, sentimientos de inferioridad, excesiva dependencia a la madre. El niño tiene constantes crisis de ansiedad respecto al abandono.

- **Enuresis**

dinámica: Los niños son pasivos, retraídos autodesvalorizadores, temerosos, dependientes con necesidad de autoafirmarse. Las niñas aparentan una conducta normal, tiene una fuerte necesidad de dependencia, competencia con chicos y es ambiciosa. Maneja ansiedad, puede tener también pesadillas y sueño nocturno.

- **Encopresis**

dinámica: Es una reacción de ansiedad, le falta afirmación en sí mismo, baja tolerancia a la frustración, son infatigablemente inmaduros, dependientes de la madre, contacto alterado con la madre. Manejan pasividad, agresividad latente, falta de madurez, gran sensibilidad, sentimientos de fracaso, poca confianza en sí mismo.

- **Alergias**

Dinámica: Los niños son sensibles, ansiosos, agresivos, egocéntricos, e inseguros, dependientes maternos. Madres ansiosas, sobreprotectoras y/o rechazantes. De personalidad infantil hostilidad disfrazada de ansiedad, simbólicamente es la rabia desorganizada y no reconocida dada a los padres. Las madres no les gustan ocuparse de ellos y les privan sistemáticamente de todo contacto cutáneo

- **Tics**

Dinámica: Consiste en la repentina, imperiosa, involuntaria y absurda ejecución, en intervalos irregulares pero relacionados de movimientos sencillos, aislados o unidos que objetivamente representan un acto adaptado a un objeto concreto. Los niños son ansiosos, excesivamente infantiles, inestables, distraídos.

Dinámica familiar: madre tensa, perfeccionista, ansiosa, consentidora en exceso en algunos casos y represiva en exceso ante otros.

- **Asma**

Dinámica: Ansiedad, falta de confianza, tensión, dependiente de los padres, hipersensibilidad en las relaciones humanas, disminución de la reactividad. Madre rechaza al niño, padre dominado por su esposa, inmaduro tiene una actitud sobreprotectora hacia el hijo. La madre es ansiosa, rechazante, agresiva y sobreprotectora como forma de ocultar su rechazo profundo.

- **Tartamudez**

Dinámica: Los padres son ansiosos en especial la madre, ésta es distante, poco afectiva y provoca en el niño agresividad y ansiedad. Madres inseguras e insatisfechas, infantiles y narcisistas, posesiva, asfixiante, con actitudes de rechazo y agresión.

- **Trastornos Alimenticios**

La angustia subyacente se manifiestan en las dificultades de la nutrición, como lenta deglución, falta de apetito.

- **Timidez**

Dinámica: La Timidez es una forma conductual de manejar la angustia.

El trastorno de ansiedad generalizada es un estado neurótico basado en la ansiedad flotante. Se caracteriza "por la irritabilidad, la expectativa ansiosa, inquietud, inestabilidad y episodios de pánico.

• CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS

Las características del trastorno de ansiedad generalizada son la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un período superior a 6 meses y que se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.

El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son copias de otros trastornos del Eje I, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastornos de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar lejos de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una gran enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento.

A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía cuesta más eliminar aquellas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, la salud de su familia, los pequeños fracasos. Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones, manifiestan temor al rechazo y a pérdida afectiva, de ser abandonados en algún lugar por sus padres. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o de una situación a otra.

La ansiedad en los niños se puede manifestar en forma de irritabilidad o de lloriqueos (o de preocupación, esto es frecuente en niños mayores). También puede aparecer en forma de fobia, como el miedo a la oscuridad o a salir a la calle. Algunas veces, la ansiedad se convierte en un síntoma somático (es decir, una reacción de conversión), como la parálisis de una pierna o la imposibilidad de ver con claridad.

Los padres de familia refieren que sus hijos les expresan temor a que los abandonen en algún lugar y nunca regresen por ellos, lloran con frecuencia, padecen de insomnio, no prestan atención en clase y se distraen con mucha facilidad, sus intereses cambian rápidamente y en ocasiones manifiestan tartamudeo y tics.

▪ ORIGENES DE LA TERAPIA LÚDICA

La terapia lúdica surge de los intentos de aplicar la terapia psicoanalítica a los niños. Como en los análisis de adultos, un objetivo importante de la terapia freudiana era el de hacer conscientes las experiencias reprimidas, junto con el alivio de los afectos acompañantes en la relación más "aséptica" con el terapeuta. Un método básico para lograr este resultado en los adultos era el de asociación libre. De este modo surgió un problema grave cuando se descubrió que los niños pequeños se negaban a asociar libremente. En su primer informe, Anna Freud afirmaba que "se podía inducir ocasionalmente a un niño pequeño a asociar libremente por momentos, y este lo hacía para agradar a un analista al que quería".(7)

Sin embargo, el material producido de esta manera era insuficiente como fuente básica para la interpretación. Por esta razón, y a causa de la creencia de que los niños no conformaban una neurosis de transferencia, Anna Freud modificó la técnica analítica clásica. Como parte de una campaña para ganar a un niño, algunas veces jugaba con él. Por ejemplo, refiere un caso en el cual, cuando un niño llevaba una cinta al consultorio, ella procedía a hacer moños más bonitos que los que podía hacer el niño.

7) Harvey F. Clarizio. Trastornos de la conducta en el niño (México: D.F. Editorial. El manual moderno, S.A. de C.V. 1990) Pag. 420



Su intención era la de mostrarle que ella era una persona interesante y poderosa, a la que el niño podría muy bien desear como aliada. De esta manera esperaba lograr el acceso a los secretos del niño. Luego parece que su primera utilización del juego no era central en la terapia, sino que lo consideraba más bien como algo preliminar al verdadero trabajo de análisis. Era una técnica para producir una vinculación emocional positiva con el analista y para posibilitar así la verdadera terapia.

▪ PRINCIPALES ENFOQUES SOBRE LA TERAPIA LÚDICA

El enfoque de **Melanie Klein** se desarrolló independientemente alrededor de la misma época, y derivaba también de las teorías fundamentales de Sigmund Freud. Klein suponía que "las actividades lúdicas del niño, incluyendo las verbalizaciones concomitantes, estaban tan determinadas emocionalmente como las asociaciones libres de los adultos. Estas podían ser interpretadas al niño, a diferencia del modelo de asociación libre (8) utilizada en el adulto. Klein denominó a este enfoque "análisis lúdico". A diferencia de los psicoanálisis de adultos, el análisis lúdico se caracterizaba por lanzar muy tempranamente interpretaciones profundas de la conducta del niño, y darle una imagen del valor del análisis para él.

Esto debía originar una motivación personal para continuar la terapia, en lugar de una confianza total en la compulsión parental. A pesar de algunas diferencias, el análisis del juego era esencialmente coherente con la tradición psicoanalítica, como se ve, por ejemplo, en la manera en que se interpretaban los símbolos. El hecho de que seguía la tradición se manifiesta también en sus objetivos declarados de develar el pasado y de reforzar el yo de manera que el niño fuera capaz de enfrentar mejor las demandas del superyo y del ello.

La aplicación de las teorías de **Otto Rank** a la terapia de juego, realizada por **John H. Taft**, condujo a ciertos cambios significativos en los objetivos y métodos de trabajo psicoterapéutico con niños.

Estos fueron posteriormente elaborados y ejemplificados por Allen. Un rasgo esencial de la terapia rankiana o terapia relacional, es su concepción de que cierto tipo de relación terapéutica es curativo por sí misma. Esto se contrapone a la opinión de que es necesario que el paciente vuelva a recorrer sus pasos evolutivos y a revivir las primeras relaciones emocionales en las sesiones analíticas. El análisis clásico intentaba ayudar al paciente a crecer nuevamente, de una manera mejor. O sea que un subrogado parental permisivo, el analista, no infligía los traumatismos anteriores. La terapia relacional, en cambio, se interesaba en los problemas emocionales tal como existían en el presente inmediato, independientemente de su historia. Desde el punto de vista rankiano, el esfuerzo analítico por recuperar el pasado no era particularmente útil, porque el paciente neurótico ya estaba demasiado ligado al pasado y era demasiado poco capaz de vivir en el aquí y ahora. El terapeuta rankiano no trataba de ayudar al paciente a repetir una serie particular de pasos evolutivos, sino que comenzaba donde estaba el paciente. En la terapia de juego, esto implicaba el abandono de la interpretación en términos del complejo de Edipo, por ejemplo. El énfasis en los sentimientos actuales llevaba a una considerable reducción de la duración de la terapia. Taft y Allen subrayaron la necesidad de ayudar al niño a definirse a sí mismo en relación al terapeuta. La sesión terapéutica se concebía como una experiencia de crecimiento concentrado. En ella, el niño gradualmente podía llegar a darse cuenta de que era una persona independiente, una fuerza impulsiva, y que, sin embargo, existía en una relación en la que otra persona podía tener sus propias cualidades. De las diversas orientaciones terapéuticas, la terapia relacional parece ser la más cercana al enfoque centrado en el cliente.

Si consideramos los principios de la terapia centrada en el cliente, se hace evidente su relación con sistemas terapéuticos anteriores. De los freudianos se han conservado los conceptos de la significación de la conducta aparentemente inmotivada, de permisividad y catarsis, de represión, y del juego como lenguaje natural del niño. De los rankianos proviene el enfoque relativamente a-histórico, la disminución de la posición de liderazgo del terapeuta, el énfasis en la respuesta a los sentimientos expresados más que a un contenido particular, y el permitir al niño que emplee la sesión como prefiera. A partir de estos conceptos, la terapia lúdica centrada en el cliente ha continuado desarrollándose en términos de sus propias experiencias.

"La psicoterapia centrada en el cliente requiere que se le dé la oportunidad al niño de interactuar con un adulto (terapeuta), quien adoptará una actitud diferente hacia su problema que lo que había experimentado previamente. Aunque los juegos pueden participar en el desarrollo de esta interacción, la actitud se puede mantener a falta de ellos. El juego es simplemente una forma de permitirle al terapeuta interactuar con los pacientes infantiles." (9).

Por ello considero que este enfoque de Carl Rogers de la terapia centrada en el cliente, tiene los principios, fundamentos y requisitos indispensables para cubrir y ayudar al niño/a alcanzar su propia autorrealización y a resolver sus problemas futuros.

▪ TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA

La terapia de juego no - directiva, puede describirse como la oportunidad que se ofrece al niño para experimentar crecimiento, bajo las condiciones más favorables.

Ya que el juego constituye su medio natural de autoexpresión, "el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión." (10)

Poder actuar estos sentimientos por medio del juego hace que emerjan a la superficie expresándolos abiertamente, así el niño puede enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos.

Cuando logra alcanzar una relajación emocional, empieza a darse cuenta del poder interno que tiene para ser un individuo con derechos propios, de poder pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones, de lograr una mayor madurez psicológica; y al hacerlo llega a realizarse plenamente.

9) Virginia, Axline. Terapia de Juego (México. Editorial Diana, 1994) Pág. 24

10) Carl Rogers. Psicoterapia Centrada en el Cliente. (México. Edit. Paidós, 1992) Pag. 209.

El cuarto de terapia de juego es un lugar que propicia el crecimiento. Dentro de la seguridad de este cuarto en donde el niño es la persona más importante, donde él controla la situación y a sí mismo, donde nadie le dice lo que debe hacer, nadie lo critica, nadie lo regaña ni sugiere o lo obliga y nadie se entromete en su vida privada, siente, de momento, que ahí puede extender sus alas y verse frente a frente, ya que es aceptado por completo.

En el juego, el niño expresa lo que él quisiera hacer y puede ordenar su mundo a su entera satisfacción. Es por ello que el terapeuta no-directivo no dirige el juego en ningún momento. Cuando el niño juega libremente y sin dirección está expresando su personalidad. Está experimentando un periodo de pensamiento y acción independiente y está liberando aquellos sentimientos y actitudes que han estado luchando por salir al descubierto.

La terapia de juego no directiva se fundamenta en la teoría rogeriana del desarrollo de la personalidad y restauración en la que cada individuo tiene un impulso hacia la madurez, autorealización, independencia y autodirección. Para ello necesita ser él mismo con completa autoaceptación.

Esta terapia se adecua a las necesidades de cada niño y sus metas específicas se dirigen a reducir síntomas y a reemplazarlos por la autoaceptación, independencia y aceptación de los demás.

El terapeuta deja la responsabilidad y dirección al niño: Enfoca al niño como la fuente de su propio crecimiento positivo.

El papel del terapeuta es facilitar dicho crecimiento; al niño se le acepta como es, se le entiende empáticamente con cordialidad y seguridad; ofrece al individuo la libertad de ser él mismo sin ser evaluado o presionado para actuar; el niño juega con sus sentimientos, los trae a la superficie y se enfrenta con ellos, aprende a controlarlos o los abandona; el niño "empieza a darse cuenta de su potencialidad para ser un individuo. Pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, hacerse maduro psicológicamente y con lo anterior tomar conciencia de su individualidad.

▪ MATERIALES DE JUEGO SUGERIDOS

Los materiales deberán ser colocados en estantes o muebles que sean de fácil acceso para el niño. Se considera que se obtienen mejores resultados cuando todos los materiales de juego están a la vista y el niño puede escoger el propio medio para expresarse, que cuando el terapeuta coloca determinados materiales seleccionados en la mesa ante el niño y después toma asiento en silencio, en espera del juego no-directivo del niño.

Entre los materiales de juego que han sido utilizados con diferentes grados de éxito incluyen:

Botellas para alimento infantil, una familia de muñecos, una casa de muñecas amueblada, soldados de juguetes, materiales domésticos de juego, incluyendo mesa, sillas, catre, cama de muñecas, estufa, vasijas de hojalata, platos, tenedores, cucharas, vestidos de muñecas, una muñeca grande de trapo, títeres, pintura de colores, arcilla, pinturas, arena, agua, pistolas de juguetes, juegos de cartas, muñecos de papel, autos pequeños, aeroplanos, teléfonos de juguete, una pequeña escoba, trapeador, trapos, papel para dibujar, papel para pintar, periódicos viejos.

▪ OTRAS INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE LA TERAPIA LÚDICA

Hasta ahora se ha hecho relativamente poca investigación en esta área. Existen los principios y métodos de la terapia desde el punto de vista centrado en el cliente realizado por Carl Rogers y Virginia Axline.

En Guatemala y para ser más específica en la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la Escuela de Ciencias Psicológicas, se encontró una investigación basada en la "Efectividad de la terapia de juego no directiva en la atención emocional a niños/as hospitalizados/as por enfermedades crónicas", realizada por la Licenciada Sofia Mazariegos Soto, en el año de 1997, según los resultados obtenidos, la terapia de juego no directiva es efectiva, permite al niño la aceptación al tratamiento médico, existe mayor conciencia a la enfermedad, mayor independencia, seguridad y resolución de conflicto. Todo ello se realizó a través de un análisis cualitativo por medio de estudio de casos.

Otro estudio muy afín es la tesis realizada por las compañeras Claudia Boche y Evelyn Joaquin, realizada en la Universidad de San Carlos, en la Escuela de Ciencias Psicológicas en el año de 1996, titulada "Aplicación de la ludoterapia a niños/as de 5 a 12 años de edad víctima de abuso sexual atendidos en pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo de 1990 a 1995". Trabajaron con 12 niños víctima de abuso sexual, en la terapia las investigadoras eligieron el juego que los niños debían utilizar (una casa de muñecas amueblada). Según los resultados de la investigación la ludoterapia es un medio satisfactorio para la resolución de conflictos emocionales provocados por el abuso sexual de niños.

La técnica de terapia de juego no directiva, es el eje principal sobre el cual se sustentan los estudios ya mencionados y el presente trabajo de investigación. Así mismo existieron algunas discrepancias entre las investigaciones, como lo fue el objeto de estudio ya que en esta investigación la muestra fueron niños con trastorno de ansiedad generalizada, el instrumento que fue utilizado para determinar la comparación y la efectividad de la terapia fue el test proyectivo C.A.T. , también otro aspecto que permitió hacer la diferencia fue que durante la terapia los pacientes tuvieron a su alcance varios juguetes y ellos eligieron con cuales jugar teniendo también la opción de no hacer nada si así lo deseaban, ya que el terapeuta permitía al niño que utilizara su hora de terapia como lo deseaba, de igual manera el niño experimentó libertad para examinarse a sí mismo y poder expresar sus sentimientos, con la seguridad de que se le respeta como persona. Otra situación importante fue que la investigación se realizó en una clínica psicopedagógica privada y el último aspecto que marcó la diferencia fue que evidenció mejoría en los niños dentro de las distintas áreas de desenvolvimiento personal (hogar, familia, escuela, compañeros) esto se observó a través de la disminución de la ansiedad.

Las investigaciones coinciden en que la terapia de juego es un medio satisfactorio para resolver los conflictos, pero la diferencia se encuentra en que esta investigación pretendió la disminución de síntomas de un trastorno específico el cual provoca conflictos en la vida el niño.

Podemos resumir las ideas centrales en las siguientes premisas:

El niño que presente trastorno de ansiedad generalizada ha tenido experiencias de pérdidas afectivas tempranas, ya sea por separación física, muerte, distanciamiento emocional o por una relación ambivalente madre hijo.

El niño con trastorno de ansiedad generalizada generalmente manifiesta: baja autoestima, inseguridad, temores infundados, fobias, desconfianza, temor al rechazo, bajo rendimiento escolar, es manipulador, se preocupa exageradamente de algún acontecimiento, son perfeccionistas consigo mismos, buscan la aprobación de los demás y son dependientes.

La terapia de juego no directiva se fundamenta en la teoría rogeriana del desarrollo de la personalidad y restauración en la que cada individuo tiene un impulso hacia la madurez, autorealización, independencia y autodirección.

La terapia de juego puede ayudar a un niño/a a aceptar un hecho doloroso y a buscar satisfacciones aun sin una terapia concurrente de los padres.

Se elaboró un registro constante y específico de los sentimientos, nociones, actitudes y conductas de cada paciente o sea los periodos de cambio y las formas de evolución emocional, en las distintas esferas como lo es en la social, escolar y familiar. Observandose una mejoría significativa y a través de ello se puede inferir que el niño/a que presenta trastorno de ansiedad generalizada y asista a una psicoterapia de juego no directiva en un periodo no menor de seis meses, se logrará que disminuya los signos y síntomas del trastorno como lo es la inseguridad, temores infundados, fobias, desconfianza, bajo rendimiento escolar, olvidos, timidez, tics, tartamudez, pesadillas, impulsividad, agresividad, hostil e hiperactividad.

CAPÍTULO II.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La investigación se realizó en la clínica psicopedagógica privada Los Alerces, ubicada en Ciudad Nueva zona 2 de esta capital, la clínica atiende un promedio mensual de 40 niños y niñas. El principal motivo de consulta de la mayoría es que presentan un bajo rendimiento escolar y problemas conductuales, la clínica también presta servicio psicológico a adultos, atienden actualmente un promedio de 60 pacientes de ambos sexos, en una gran mayoría son las madres de los niños que reciben atención terapéutica. La muestra con que se trabajó fue de tipo intencional la cual consistió en 10 niños/as comprendidos entre los 5 y 12 años de edad cronológica, quienes fueron diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada; todos son provenientes de la ciudad capital, con escolaridad primaria, de ambos sexos, nivel socioeconómico medio, no tomando en consideración aspectos religiosos ni raza.

• TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A continuación se mencionan los instrumentos utilizados para la elaboración de este trabajo.

- Entrevista:

Entenderemos entrevista como un interrogatorio sistemático del paciente con el fin de obtener información aplicable a la planificación de un tratamiento individualizado.

Previo a iniciar las sesiones terapéuticas con los niños/as, se realizó una entrevista con los padres de familia con el fin de obtener la mayor información posible. La entrevista se ejecutó de una manera flexible y espontánea, aunque fue necesario seguir un plan definido. El terapeuta realizó preguntas las cuales fueron respondidas de manera oral, todas relacionadas con la vida del paciente.

El objetivo fue recabar información acerca de las reacciones que presenta niño/a en las esferas familiar y social, con respecto a los siguientes indicadores: temores, inseguridad, agresividad, hostilidad, impulsividad, miedos, pesadillas, terrores nocturnos, trastornos alimenticios, dolores de estómago, migrañas, enuresis y encopresis. Para obtener dicha información se utilizó la historia clínica, que consiste en una descripción sistemática de los acontecimientos médicos y psicosociales de la vida de un paciente y las circunstancias familiares y ambientales que puedan tener relación con su estado actual.

Durante la entrevista se registraron datos importantes acerca del paciente, siguiendo una guía estructura y esquemática, que fue la historia clínica (ver anexo 1) esta abarcaba, datos generales para obtener una descripción social de paciente, luego el motivo de consulta o sea la razón por la cual buscan ayuda psicológica, seguidamente una descripción de los síntomas y problemas actuales del problema, luego información respecto a la historia personal, familiar, social, escolar, psicosexual y de salud, para este rubro debe investigarse cuidadosamente la vida del paciente desde la infancia hasta el presente.

Guía de observación para maestros:

Se solicitó la colaboración del maestro de cada uno de los pacientes, quienes respondieron una guía de observación (anexo 2), tanto al inicio del tratamiento como al finalizar el mismo. La guía consta de dieciocho preguntas, las cuales tenían como objetivo, investigar las conductas y actitudes del niño/a frente al ambiente escolar como lo son los siguientes indicadores: preocupación excesiva principalmente por su rendimiento escolar, dependencia hacia el maestro, agresividad, hostilidad e impulsividad con sus compañeros, temores dentro del colegio, inseguridad en sí mismos, una marcada insatisfacción a la vista de que los resultados no llegan a la perfección, timidez, tartamudez, búsqueda de aprobación de los demás. Para cada ítem tuvieron que marcar con una cruz si se encontraban o no presente las conductas y actitudes descritas en cada pregunta.

Cada una de ellas fue diseñada tomando como base los síntomas de las manifestaciones más frecuente del niño que presenta trastorno de ansiedad generalizada e incluyen la manera en que el paciente se comporta en el colegio, en clase, en el recreo, con sus compañeros y con la maestra.

Esta guía fue elaborada por la investigadora ya que dicha información permitió conocer la manera como el niño/a se comporta en el ambiente escolar con ello sustentar el diagnóstico.

Observación:

Durante el tratamiento y en cada sesión, el terapeuta observó las conductas, actitudes y comportamiento del niño, las cuales fueron manifestadas de manera simbólica a través del juego. Para ello el terapeuta seleccionó los rasgos y síntomas más significativos y de mayor presencia en un niño con trastorno de ansiedad generalizada, eligiendo los siguientes: Agresividad, timidez, impulsividad, miedos, temores, inseguridad, tartamudez, la dificultad de reaccionar ante el ambiente social, escolar y familiar.

Hoja de evolución para cada caso:

Al finalizar cada una de las sesiones de los niños/as, se anotó en una hoja de evolución (ver anexo 3) las actitudes, conductas, cambios, respuestas y observaciones observadas, así como comentarios y algún hecho relevante ocurrido en el transcurso de la terapia.

Prueba proyectiva C.A.T.:

Se aplicó la prueba proyectiva C.A.T. a cada niño/a en la primera y última sesión de terapia. Esta prueba consta de 10 láminas impresas con estímulos picturales (ver anexo 4), fueron presentadas como un juego al niño, él debía inventar una historia acerca de las láminas, con respecto a lo que estaba pasando o haciendo los animales. En algunos puntos fue necesario pedir al niño que mencionara que pasó antes y después, y cómo terminó la historia.

Eran permitidas las interrupciones, cuidando siempre de no sugerir o dirigir al niño.

Luego de relatar todas las historias se repasaron cada una de ellas y donde se encontró que existía material simbólico y significativo para el niño, se trabajaba y se profundizaba en dicha lámina.

El registro de lo ocurrido durante las dos aplicaciones de la prueba fue grabado en una grabadora, con el consentimiento del niño y haciendo ver que era importante grabar todo lo que dijera, siempre a manera de juego. El objetivo fue, poder codificar los relatos y agruparlos de acuerdo a los indicadores mencionados con anterioridad.

Lista de los signos y síntomas presentes

Luego de cada uno de las aplicaciones de la prueba de apercepción mágica (C.A.T.) el terapeuta utilizó un listado de signos y síntomas, la cual fue diseñada fundamentalmente para el registro cualitativo de las narraciones elaboradas por los niños atendidos. Esta lista fue utilizada durante la primera y segunda aplicación.

La recopilación de esta información permitió al investigador realizar la comparación de una con otra aplicación de la prueba, período en el cual el paciente se encontró asistiendo a psicoterapia.

Esto se elaboró con el fin de que el investigador agrupara las ideas centrales y codificara la sintomatología del paciente con trastorno de ansiedad generalizada, se realizó de la siguiente manera:

- A. formación reactiva: preocupación excesiva, agresividad, conducta opositora, hostilidad**
- B. anulación y ambivalencia: Inseguro, desvalorización**
- C. aislamiento: timidez, pasividad, búsqueda de aprobación**
- D. represión y negación: Olvidos, represión**
- E. decepción: rechazo**
- F. simbolización: Deprivación afectiva, pesadillas, fobias, tartamudez.**
- G. proyección e introyección: Escape, trastorno del sueño**

H. temor y ansiedad: Abandono, temor y ansiedad

I. regresión: enuresis, encopresis, trastornos alimentarios.

J. controles débiles o ausente: Miedo

K. adecuada, del mismo sexo: inseguridad, búsqueda de aprobación.

L. confusa, o del sexo opuesto: inseguridad, búsqueda de aprobación

Charlas:

A través de pláticas se informó a los padres de familia y maestros acerca de los síntomas, prevalencia, causas, conductas y actitudes que presenta un niño/a con un trastorno de ansiedad en el medio familiar, (enuresis, encopresis, trastornos alimentarios, pesadillas y temores nocturnos, miedos, hostil, se siente insatisfecho con lo que hace). En el ambiente social (agresivo, hostil, tartamudez, timidez, inseguridad, perfeccionista consigo mismo), y en el ámbito escolar (dificultad para concentrarse, olvidos, fobia al colegio, hiperactividad, agresividad, impulsividad, hostilidad y competencia hacia sus compañeros, dependencia y búsqueda de aprobación en especial con la maestra, timidez, tartamudez, irritabilidad, poca participación y comerse las uñas).

Esto con el objetivo de orientarlos con relación a la manera de detectar en sus respectivos ambientes un niño/a con trastorno de ansiedad y así mismo la manera de actuar frente al niño, sin causarle mayor ansiedad y disminuirla.

Padres de familia y maestros participaron conjuntamente en dos charlas formativas las cuales fueron impartidas en el salón de conferencias de la escuela Lds Alerces. Estas pláticas fueron impartidas el día sábado 30 de enero de 1999 y el día sábado 29 de mayo por la tarde, ambas fueron dirigidas por la investigadora en colaboración con la Licenciada Ninette de Muñoz. El objetivo de la primera charla fue dar a conocer el motivo de la investigación e informar acerca de los signos y síntomas de un trastorno de ansiedad generalizada, la segunda charla enfocó el tipo de tratamiento y manera de manejarlo tanto en clase como en casa.

- **Sesiones individuales a padres:**

Como algo adicional a las charlas que los padres de familia recibieron, la terapeuta consideró necesario, reunirse una vez al mes durante una hora con cada uno de los padres de los niños atendidos (estas sesiones se acomodaban al tiempo y horario de cada uno los padres). El objetivo era informar, orientar y principalmente resolver las dudas e inquietudes de los padres de una manera personal, ya que en ocasiones fue necesario hacer sugerencias a los padres en relación a las conductas y actitudes que tendrían que adoptar con su hijos en determinadas situaciones y circunstancias, así mismo con el objetivo de conocer los cambios que el paciente estaba manifestando en el hogar.

- **Terapia de Juego no directiva:**

Es la oportunidad que se ofrece al niño para experimentar crecimiento, bajo las condiciones más favorables. Por medio del juego puede actuar sus sentimientos y enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos.

- **El cuarto de juego:**

Es el lugar en el cual se llevaron a cabo las sesiones de terapia, el cuarto de juego está acondicionado y diseñado con el equipo y material adecuado.

Materiales de juego:

Los materiales de juego utilizados: Una familia de muñecos, una casa mueblada, una escuela, soldados, indios, caballos, carros, aviones, muñecos, teléfono, titeres, equipo médico, trastos, juegos de armas, legos, barbies, una ranja, animales salvajes, un zoológico, mascararas, disfraces, plastilina, rayones, hojas blancas, acuarelas, yeso y una pizarra.

• TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Para la presentación estadística de los resultados de la investigación, se utilizó las técnicas de estadística descriptiva en donde se registró cada caso sus datos generales, historia clínica, los signos y síntomas de ansiedad sentados por cada paciente tanto dentro del hogar como del colegio, pues se procedió a la codificación y tabulación de las categorías (a nivel nominal) para luego obtener la frecuencia relativa porcentual mediante la fórmula $F_o \times 100 / \#$ de casos, como complemento nos apoyamos en el todo de recolección de datos, para obtener toda la información ya mencionado. Para describir y presentar los datos generales de la población además se utilizó la técnica de distribución de frecuencias.

CAPÍTULO III.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo en la clínica psicopedagógica Los Arces la cual es una institución privada, atiende problemas de aprendizaje, emocionales y conductuales, a niños, adolescentes y adultos. La clínica se encuentra ubicada en la capital, ciudad nueva zona 2. Cuenta con instalaciones amplias, ventiladas y acondicionadas, cada uno de ellas con el equipo y material necesario para la atención del paciente. Durante los meses de Enero a junio de 1999 fueron atendidos 10 niños/as, diagnosticados inicialmente con trastorno de ansiedad generalizada, todos provenientes de la ciudad capital, con escolaridad primaria, de ambos sexos, con un nivel socioeconómico medio, no se tomó en cuenta los aspectos religiosos ni raza. Durante seis meses los 10 niños/as recibieron tratamiento psicoterapéutico. El procedimiento consistió, en que de manera individual durante una hora a la mañana, el niño/a ingresaba al salón de juego y si lo deseaba jugaba, hablaba, dibujaba o simplemente no hacía nada, él elegía en cada sesión lo que deseaba hacer, brindando el terapeuta un ambiente seguro, de confianza y de aceptación. Por medio de ello el niño/a experimentó libertad para expresar sus sentimientos, emociones y actitudes, lográndose con ello una solución satisfactoria del problema emocional presentado al inicio.

A continuación se presenta en su orden:

Una síntesis de los 10 casos atendidos con sus datos generales, el motivo de consulta, una breve historia clínica proporcionada por los padres durante una entrevista, al igual que las observaciones de la maestra con relación a la actitud y conducta del niño/nia dentro de clase.

También se presenta los cuadros de los datos generales de los niños/as atendidos y el análisis final de los resultados obtenidos.

Los nombres que aparecieran dentro de los casos que a continuación se ponen son ficciones pero los hechos son reales.



datos Generales: Nombre: D.D.H.M. Sexo masculino. Edad 10 años. Fecha nacimiento 26 de julio de 1988. Religión: Católica. Nacionalidad: atemalteca. Escolaridad 4to. primaria. Colegio: Vanguardia Juvenil. Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Motivo de Consulta: Según refiere la madre su hijo se come las uñas, a la hora de recreo no juega sino que únicamente va a ver a su hermano a jugar, por las noches se despierta muy asustado y habla dormido, constantemente moviendo las piernas en especial cuando está nervioso.

Historia Clínica: D. proviene de un hogar integrado, los padres se encuentran separados (no están casados) D. es producto de un embarazo no deseado principalmente por el padre, quien desde el inicio lo rechazó y propuso a la madre que abortara, para ello tomó Quinina 500. Ella siente que se embarazó para salir de su casa y de los conflictos que el estar allí representaba, el padre es alcohólico toma licor mínimo una vez cada 15 días, D. tiene un hermano menor de 4 años con quien se muestra sobreprotector. Según refiere la madre el padre es posesivo con ella. Tiende a culparla constantemente de las cosas negativas que pasan a su alrededor. Es temeroso y desconfiado con la gente. Ante el padre se muestra temeroso y la relación es distante. D. Presentó un desarrollo psicomotor y del lenguaje normal. D. padece frecuentemente de dolores, dolores de cabeza, náusea especialmente por las mañanas antes de ir al colegio. Por las noches D. tiene pesadillas, se levanta, camina, habla y hace cosas dormido. La madre lo observa desconfiado, inseguro, apático cuando se encuentra en una reunión, no tiene amigos ni en casa ni en el colegio, juega con su hermano o con un primo quien vive cerca de ellos y a quienes visita con frecuencia.

En el colegio nunca ha presentado problemas de conducta, su rendimiento siempre ha sido satisfactorio. Casi no tiene amigos, a los recreos cuando juega busca a su primo que está en un grado superior, con quien anteriormente han tenido buena relación, busca aprobación de la maestra, presenta poca tolerancia a la frustración, es inseguro y tímido.

datos Generales: Nombre: C.del C.M.P. sexo femenino. Edad 11 años. Fecha de nacimiento: 8 de mayo de 1988. Religión: Católica. Nacionalidad: guatemalteca. Escolaridad 4to primaria. Colegio: Vanguardia Juvenil. Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Motivo de Consulta: La madre refiere "deseo una evaluación psicológica para saber qué problema emocional presenta mi hija, ya que ella ha observado que últimamente C. se preocupa mucho por las cosas que sucede en especial en la casa, no quiere ir a estudiar, habla por la noche, le da mucho miedo la oscuridad, llora casi siempre sin que encuentre causa razonable"

Historia Clínica: C. proviene de un hogar integrado, fue una hija deseada en especial por la madre ya que el padre se mostró indiferente al inicio del embarazo debido a que él anteriormente vivía con otra persona con quien tuvo un hijo el que actualmente tiene 20 años. C. sabe de la existencia de otro hermano situación que le disgusta y enoja y dicho malestar es dirigido hacia ambos padres uno por haberlo hecho y la otra por permitirlo, ella expresa rechazo encubierto hacia el hermano, ya que si se encuentran juntos ella es amable y lo acepta pero únicamente por agradar al padre, pero cuando el no está es indiferente, apática y rechazante. C. tiene un hermano de 10 años con quien según refiere la madre se llevan muy bien. El padre siempre viaja fuera de la capital, ya que él es conductor de camiones con mercadería y casi no está en casa, los fines de semana y fiestas especiales sale con sus amigos o va a visitar a su otra familia. C. siempre le reclama a la madre las ausencias del padre, pero hacia él ella manifiesta temor y mucho miedo. C. percibe a su padre como "un hombre agresivo, enojado que siempre anda con un arma y haciendo peleas, aunque considera que todo le sale bien". C. refiere la madre tuvo un desarrollo psicomotor y del lenguaje normal, actualmente es delgada, se come las uñas, por las noches tiene dificultad para dormir y cuando está dormida, manifiesta miedo a la oscuridad, no le gusta estar sola, constantemente maneja ideas de que algo malo podría ocurrirle algún miembro de su familia.

En el colegio es muy apegada a sus maestras e insegura, tiene solo una amiga con quien se llevan muy bien platican y juegan, repitió 3ero primaria ya que en el actual colegio consideró que los promedios que llevaba eran muy bajos. Cuando se orina en su ropa interior dice que no le da tiempo de llegar al baño.

datos Generales: Nombre: A.K.G.S. sexo femenino. Edad: 10 años. Fecha de nacimiento: 22 de octubre de 1988. Religión: Católica. Nacionalidad: Guatemalteca. Escolaridad 4to. Primaria. Colegio: Lemsen. Diagnóstico: trastorno de Ansiedad Generalizada.

Motivo de Consulta: Refiere la madre: "K. está presentando bajo rendimiento en el colegio, se distrae con facilidad, olvida las cosas que se le dicen, hace las tareas pero le va muy mal en el colegio".

Historia Clínica: K. proviene de un hogar integrado, tiene una hermana mayor de 12 años y un hermano menor de 1 año. Este es el segundo matrimonio del padre, pues anteriormente estuvo casado y procreó a una joven de 21 años y un joven de 20 años, con quienes todos llevan buenas relaciones que no viven juntos. A. tiene buena relación con ellos, comparten paseos, cumpleaños, y eventos especiales. Presentó un desarrollo psicomotor y del lenguaje normal, actualmente tiene problemas alimenticios, no come bien, se le cae las uñas, maneja muchos celos, rivaliza y compite con su hermana de 12 años. Tiene miopía severa en el ojo izquierdo, esto no ha tenido repercusiones en cuanto al aprendizaje, pero A. siente que por usar anteojos en el colegio se burlan y hacen chiste de ello, eso la enoja y en ocasiones no quiere llevar los anteojos, los pierde o quiebra. Cuando tenía 4 años por cuestiones de trabajo del padre tuvieron que irse a vivir durante 3 años a las Ynduras, la madre refiere que como era muy pequeña no considera le haya afectado el cambio pero al retornar a Guatemala, sintió que A. se puso muy triste y pedía regresar en especial cuando ingresó al colegio, ya que allá tenía amigas le gustaba el colegio y llevaba una buena relación con la maestra, pero ahora siente que está adaptada y contenta. La madre la describe como una niña extrovertida, positiva al tratar con la gente, siente que es de carácter fuerte y es una líder. En el colegio la maestra considera que es hiperactiva, se mueve con facilidad, le interrumpe su clase constantemente, manifiesta una conducta rebelde y opositora, no presenta sus tareas a tiempo y en clase tiene dificultad en terminar los ejercicios, presenta dificultad para seguir instrucciones en clase, es descuidada, desorganizada y desordenada es "lagana".

CASO # 4

Datos Generales: Nombre: A.S.P.M. sexo femenino. Edad: 10 años. Fecha de nacimiento: 14 de diciembre de 1988. Religión: Evangélica. Nacionalidad: Guatemalteca. Escolaridad 4to primaria. Colegio: CEA Centro Educativo Americano. Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Motivo de Consulta: Es llevada por la hermana mayor quien está muy preocupada porque A. en el colegio tiene perdido el primer bimestre, no pone atención en clase, no estudia, es rebelde y muy distraída.

Historia Clínica: A. producto de un embarazo deseado aunque no planificado. La madre es cristiana y considera que uno debe tener los hijos que Dios le envíe pero por cuestiones de salud en la cual se vio muy grave fue necesario que no tuviera más hijos, pero no fue operada sino que utilizó la T de cobre, refiere que después de 18 años fue al ginecólogo quien le hizo el cambio de la T de cobre, pero considera que no fue bien implantada ya que resultó embarazada al año siguiente. A. proviene de un hogar integrado por sus padres y tres hermanos mayores, la hermana R. que le antecede le lleva 19 años y es ella quien se había estado asumiendo el rol de "madre ideal" y con quien A. ha tenido muy buena relación hasta que R. se vinculó con un hombre con quien recrearon una niña, pero nunca se fue de su casa a vivir con él, sino que continuó viviendo en casa de los padres, situación que por una parte alegró a A., ya que su hermana continuaba viviendo con ellos, pero por otra comenzó a sentir que su hermana ya no le prestaba la misma atención y se encontraba de mal humor, eso las distanció, aunque A. siempre trató de agradar a su hermana cuidando a su hija y protegiéndola. R. Indica que en casa A. es rebelde, necia a veces agresiva, le desobedece principalmente a la madre. Refirió que A. llora mucho, por las noches habla dormida, si la regañan se aísla, se encierra, comienza a silbar o evade las órdenes principalmente si provienen de la madre. El padre constantemente está viajando al exterior por cuestiones de negocios, él considera llevar una buena relación con A. La consiente y es complaciente con ella. A. temporalmente se come las uñas, presentó enuresis nocturna hasta que cumplió los 7 años. Actualmente en el colegio presenta bajo rendimiento escolar, la madre indica que no pone atención, es distraída, olvida las cosas, dificultad para seguir instrucciones, presenta mucho problema para las matemáticas, cree que tiene mucha capacidad pero no le gusta estudiar, es muy sociable, comunicativa y extrovertida.

Datos Generales: Nombre: J.G.A.L. Sexo: masculino. Edad: 7 años. Fecha de nacimiento: 08 de octubre de 1991. Religión: Evangélica. Nacionalidad: guatemalteca. Escolaridad: 1ero. Primaria. Colegio: Lenksen. Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Motivo de Consulta: Presenta problemas de enuresis nocturna

Historia Clínica: G. producto de un embarazo no deseado ni planificado, es el único. Proviene de un hogar desintegrado, la madre se vincula con un hombre en quien entre sus planes tiene previsto un viaje a los E.E.U.U. lugar al cual irá a vivir. La última vez que se ven tienen relaciones sexuales y la madre queda embarazada, el joven se va sin enterarse que procreó un hijo y ella un poco se lo hizo saber. La madre le indicó a G. que su padre murió en un accidente automovilístico, situación que le afecta no tanto la muerte sino cómo se relató el accidente la madre, "Tu papá un día iba en su moto a la casa, cuando de repente pasando por un punto no se percató y se pasó al siguiente carril en ese instante se aproximaba un camión de carga el cual lo pasó rozándolo y lo mató, G. manifiesta temor al pasar por un puente, reclama y muestra mucha cólera contra Dios, por haberse llevado a su papá en esa forma". Actualmente viven solo ellos dos, la madre no tiene otro vínculo, aunque en ocasiones sale con amigos y amigas del grupo de la iglesia. Ambos duermen en la misma cama y habitación, G. a pesar de tener su propio dormitorio y todas las noches decide ir a dormirse con la madre, refiere que no es por amor sino porque le gusta dormir con ella. Ella se dedica a la venta de ropa americana, siente que eso la absorbe tanto que no le permite estar mucho tiempo con su hijo. Ella lo percibe como un niño demandante, exigente, manipulador, dependiente, quiere que ella se lo haga todo, esa situación la hace muy rápido siente que no le tiene paciencia, que la desespera y fastidia, se muestra más insistente y caprichoso. En el colegio G. es rebelde manifiesta una conducta opositora, le gusta jugar únicamente con las niñas y juega mucho con los varones, en clase se distrae, no termina sus tareas, es desordenado, se queja constantemente, es manipulador.

Datos Generales: Nombre: M.A.A.O. sexo: femenino. Edad: 8 años. Fecha de nacimiento: 20 de diciembre de 1990. Religión: Católica. Nacionalidad: guatemalteca. Escolaridad: 2do. Primaria Colegio: Maria de Fátima
Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Motivo de Consulta: Según refieren los padres A. es una niña muy temerosa de todo, teme que se mueran sus padres, que su padre pueda matar a su madre, tiene miedo de la oscuridad, de quedarse sola, de cualquier insecto, de salir.

Historia Clínica: A. producto de un embarazo planificado pero rechazado en especial por la madre, ya que refiere que ellos se encontraban atravesando una situación económica difícil y el resultar embarazada implicaba más gastos y el tener ella que dejar de trabajar, todo ello le provocó enojo y rechazo, durante los nueve meses la madre pasó con una fuerte depresión, náusea y dolores de cabeza. A. proviene de un hogar integrado por los padres y dos hermanos mayores con quienes pelean constantemente y tiene una mala relación, ya que ella es manipuladora y caprichosa, situación que a los hermanos les desagradaba molesta. Ambos padres trabajan todo el día, por las tardes el responsable de cuidarlas es el hermano mayor con quien A. manifiesta una actitud rebelde y conducta opositora, esto ha provocado indiferencia y despreocupación hacia ella por parte de los hermanos. La madre refiere que A. presentó un desarrollo psicomotor y del lenguaje normal. Con frecuencia se enfermaba de gripes, le faltaban fiebres muy altas, lo cual implica ausencias al colegio pero ello no afectaba el rendimiento escolar de la niña, ya que como los hermanos estudiaban en el mismo colegio ellos son los que le llevaban las tareas a casa y ella las trabajaba, pero a la madre le implica no asistir a su trabajo situación que le desagradaba a la madre ya que ella se considera un persona responsable exigente consigo mismo y el fallar en sus responsabilidades hacen que sienta rechazo por A. y enojo. El padre es tolerante y muy complaciente con niña, así siempre tienen discusiones con la madre en relación a la manera de corregir a A. ya que uno es exigente y el otro tolerante, esto ha permitido que ella se vuelva manipuladora con respecto a lo que quiere. En el colegio la maestra la percibe como una niña inmadura, adopta actitudes de una niña más pequeña, es insegura, llora sin razón, nunca le da tiempo de terminar sus tareas, es desordenada con sus trabajos, tímida, no le gusta jugar, todo el tiempo se mantiene con la cabeza agachada, en clase no pone atención ni sigue instrucciones, todo lo hace muy lento, tiene miedo a los insectos, no se relaciona con los demás, ni habla cuando se le pregunta algo.

datos Generales: Nombre: L.I.S.B. sexo: masculino. Edad: 6 años. Fecha de nacimiento: 15 de febrero de 1993. Religión: Católico. Nacionalidad: guatemalteco. Escolaridad: Preparatoria. Colegio: Vanguardia Juvenil. Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

motivo de Consulta: L. presenta desde hace 6 meses enuresis y encopresis.

Historia Clínica: Es producto de un embarazo deseado y planificado. Proviene de un hogar integrado por los padres y una hermana mayor, quien tiene una actitud sobreprotectora hacia él, esto provoca en L. una actitud madura e infantil ya que la hermana siempre le hace las cosas, ella dice que hace porque su hermano es muy pequeño aún y no puede hacer las cosas solo, ni bien. Actualmente solo la madre sale a trabajar y es el padre quien tiene todas las responsabilidades del hogar, supervisa las tareas por las tardes pero no ha afectado a los niños ya que según refiere la madre su esposo siempre ha sido inestable en los trabajos y con frecuencia los abandona, por lo que considera que los niños se han acostumbrado a ver más al padre en casa que a ella. Los padres perciben que L. es inseguro, en ocasiones tartamudea, tímido, tiene buena relación con su hermana aunque en ocasiones es obediente y rebelde con ella. Según refiere la madre L. siempre presentó un desarrollo motor y del lenguaje normal. La madre considera que el problema de L. surgió a raíz de un serio problema que tuvieron los padres en el cual la madre "sacó" de la casa al padre por enterarse de su posible vínculo con la madre de la casa, a partir de ello el niño comenzó a orinarse por la noche y día, constantemente preguntaba por el padre y no quería ir al colegio, comenzó a tener miedo de que al padre le ocurriera algo, llora con frecuencia por las noches presentaba pesadillas. Esto ya disminuyó un poco cuando el padre regresó, pero el niño aún continúa con el temor de que pueda volver a ocurrir. En el colegio la maestra indica que L. no pone atención, pregunta constantemente que hora es y cuanto falta para irse, no le gusta estar solo, no se relaciona con sus compañeros, se para constantemente, en algunas ocasiones se ha hecho "popo" en clase. Hay ocasiones que trabaja muy bien pero otros días no hace absolutamente nada.

datos Generales: Nombre: A.C.I..R. sexo: femenino. Edad: 6 años. Fecha de nacimiento: 28 de mayo de 1992. Religión: Católica. Nacionalidad: guatemalteca. Escolaridad: 1ero. Primaria. Colegio: Belga de Guatemala. Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Motivo de Consulta: Según refiere la madre "C. es inteligente, pero se distrae en la clase y tiene dificultad para aprender a pronunciar la R."

Historia Clínica: A. es producto de un embarazo no planificado, rechazado por ella al inicio pero luego aceptado, C. proviene de un hogar desintegrado, la madre conoció al padre con quién sostuvo una relación de pareja por varios años, pero la madre de ella siempre se mostró apática y rechazante frente a esa relación y buscaba cualquier momento para recriminarla e insistía en que ella había dado la mejor educación en los mejores colegios, todo con el objetivo de que se casara con un hombre de dinero, profesional e importante, cualidades que no poseía del todo su pareja, debido al desacuerdo de la madre con todos los problemas que ello arrastraba decidieron separarse, pero luego de un tiempo por casualidad se reunieron y por un período muy corto regresaron, un tiempo en el cual ella queda embarazada, coincidentemente en el mismo tiempo se enferma gravemente la madre de ella y eso no permite que ella la abandone para irse a vivir con el muchacho, dando por terminada la relación, que él asuma la paternidad, él nunca reconoció y conoció a C. la madre le dijo a C. que su padre había muerto de una enfermedad antes que ella naciera, entonces ella siente que la ausencia del padre nunca le ha hecho falta que nunca convivió con ellas, y C. siempre comenta que tiene un papá, que la visita, le da regalos y la saca a pasear. Actualmente ambas viven con la abuela, quien es sobreprotectora, complaciente, y consentidora, por el contrario la madre es exigente, dominante, no le tiene paciencia, se enoja constantemente con ella, y le gusta que C. haga las cosas a la perfección.

En el colegio la maestra refiere que C. es una niña extrovertida, comunicativa y muy afectuosa, pero también es insegura, se distrae con facilidad, en ocasiones olvida lo que la maestra dice, se levanta instantáneamente, se aburre y quiere cambiar rápidamente de actividad, al inicio del día pregunta a que hora vendrá su mamá por ella, es exigente y perfeccionista consigo misma.

datos Generales: Nombre: E.V.R.P sexo: femenino. Edad: 7años Fecha nacimiento: 27 de junio de 1991 Religión: Católica. Nacionalidad: norteamericana. Escolaridad: 2do. Primaria. Colegio: María de Fátima. Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

motivo de Consulta: Según refiere la madre "E. se pone muy nerviosa por todo, es tímida y todo le da miedo y presenta bajo rendimiento escolar".

Historia Clínica: E. producto de un embarazo no planificado pero si deseado. viene de un hogar integrado por sus padres y dos hermanos, siendo ella la menor entre dos hermanos varones, el hermano mayor tiene 9 años con los que lleva una buena relación, él se muestra sobreprotector con ella y E. es dependiente y en ocasiones adopta el rol de madre hacia el hermano menor que tiene 2 años. Los padres de E. se conocieron en los E.E.U.U. por razones de estudio, ya que ambos radicaban allí. Todos sus hijos son de nacionalidad norteamericana, pero el padre comenzó a utilizar drogas y hace aproximadamente 2 años regresaron a Guatemala, considerando que el hecho de alejarse del ambiente los beneficiaría a todos. El padre durante un año dejó de consumir la droga pero actualmente se encuentra nuevamente en el vicio, esta situación afecta la vida familiar ya que E. sin saber lo que sucede con el padre, lo percibe como un hombre agresivo, violento, enojado que se irrita con facilidad, ella comenta que el padre pasa mucho tiempo encerrado en una habitación con varios hombres según le indica la madre el atiende los negocios de venta y compra de carros, el padre viaja constantemente ya que trae cosas del extranjero, esta situación enoja a E. ya que siente que el padre pasa parte muy poco tiempo con sus hijos y nunca les dedica tiempo. E. presenta problemas alimenticios, come poco y sólo en ocasiones especiales puede comer bien, sufre de fuertes dolores de cabeza, le dan pesadillas y se despierta en la cama. La madre indica que E. cambia de conducta radicalmente y dependientemente cuando el padre se va de viaje, se preocupa mucho, no se duerme bien, se come las uñas, llora constantemente, no quiere ir a estudiar y quiere estar al lado de la madre, según refiere la madre E. siempre ha sido una niña tímida, insegura, temerosa que no le gusta jugar con otros niños, que sin razón justificada. En el colegio la maestra la percibe como una niña que se distrae con facilidad, constantemente pide permiso para ir al baño, es lenta y hace sus tareas aunque siempre es la última en terminarlas, no tiene amigas ni le gusta salir a jugar, manifiesta miedo por todo, quiere estar siempre al lado de la maestra, es insegura y desconfiada.

datos Generales: Nombre: R.E.C.A Sexo: masculino. Edad: 9 años. Fecha nacimiento: 08 de enero de 1990. Religión: Evangélico. Escolaridad: Colegio: Castillo Córdoba. Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada.
Motivo de Consulta: R. Se distrae con facilidad, no pone atención en clase y presenta bajo rendimiento escolar.

Historia Clínica: R. producto de un embarazo planificado pero rechazado durante los primeros meses por la madre, según refiere el hecho de quedar embarazada le acarreó muchos problemas, ya que no se encontraba casada y su casa no fue apoyada sino censurada, criticada y le negaron todo apoyo, una situación similar ocurrió del lado de la familia del esposo, ya que a ellos en especial a la madre del esposo le desagradaba la muchacha, la humillaban, le hacían desprecios y siempre la trataban como una mujer fácil y sometida, y como no tenían lugar a donde ir a vivir el esposo la llevó a su casa y ese hecho provocó en ella cólera y rechazo hacia su hijo. Actualmente ellos construyeron una casa en un terreno que les regaló la suegra pero la madre siente que la situación solo ha cambiado un poco, porque el terreno colinda con la casa de la suegra y ella siempre interfiere en las decisiones que se toman en ese hogar, familia C. Siente que su esposo es muy "flojo de carácter" no la apoya ni defiende frente a su madre. R. proviene de un hogar integrado por los padres y tres hermanos menores que él con quienes R. siempre ha tenido conflicto ya que ellos sienten que R. es el consentido de la madre y frecuentemente están peleando por la atención y afecto de ella, la madre indica que eso no es así porque en ocasiones es una situación muy ambivalente, ya que a veces siente que por todo lo que sufrió R. le debe de dar más, pero otras veces es al que ella exige, regaña y castiga, esto coloca al niño en una situación de inestabilidad con relación a la manera de actuar y comportarse frente a la madre. La madre percibe a R. como un niño sumiso, que no se defiende principalmente de sus compañeros cuando lo molestan o le pegan, se queja de dolor de Cabeza, no soporta las presiones, es inseguro, pero extrovertido, no le gusta hacer las tareas. Según refiere la maestra R. pide constantemente permiso para ir al baño, trabaja muy lento, se distrae y distrae a sus compañeros, olvida las cosas, aunque lo considera un niño inteligente y con mucho talento para el dibujo, pintura y las cuestiones abstractas, presenta bajo rendimiento escolar, se come las uñas, se irrita con facilidad, es nervioso cuando tiene que estar frente a sus compañeros.

▪ ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA PRUEBA PROYECTIVA C.A.T. ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

A continuación se presentan los resultados de las conductas observadas, manifestadas por el niño con trastorno de ansiedad generalizada, quien recibió tratamiento psicoterapéutico individual en un período de seis meses. Asimismo se incluye el análisis del proceso terapéutico y los resultados de la primera aplicación de la prueba proyectiva C.A.T.

Los niños con trastorno de ansiedad presentaron al inicio del tratamiento los siguientes signos y síntomas de ansiedad (ver gráfica 1) los cuales son desglosados, presentados y analizados conjuntamente con lo manifestado en la terapia de juego no directiva.

Los niños presentaron en un alto porcentaje (ver gráfica 1) el síntoma de inseguridad, no confía en sí mismo ni en sus propias decisiones, tienden a desvalorizar el producto de su creatividad e incluso de sus propias capacidades, en el proceso terapéutico se evidenció mientras jugaban, ya que frecuentemente criticaban lo que ellos mismos hacían, no terminaban o abandonaban el juego de mesa cuando ellos sentían que iban perdiendo o que existía la posibilidad. Por ejemplo la mayoría de ellos comenzaban a sacar dos o tres juegos de mesa, luego los dejaban y sacaban muñecos, trozos o cualquier otro juguete, mostrándose desinteresados y en ocasiones no jugaban nada, llegando a finalizar la sesión, algunos indicaban "no se que hacer", "los observaban al terapeuta y preguntaban ¿" y ahora qué vamos hacer"?, "¿puedo hacer....."?, al momento de elegir el juego o lo que deseaban hacer, manifestaban verbalmente "no se como se juega" ¿"y ahora que se hace con esto"?, "¿puedo hacer lo que quiera", ¿"puedes jugar conmigo"?, ¿"que hay que hacer en este juego"?

Como recurso de sobrevivencia emocional tienden a tener una conducta evasiva (gráfica 1) ante las situaciones que considera represivas y frente al uso emocional o fuerte presión, reacciona con hostilidad y agresividad las cuales en la mayoría de las ocasiones tiende a reprimirlas. Se observa que presentan un alto grado de agresividad, esta agresividad es defensiva ante la presión que experimentan y en algunas ocasiones la manifiestan directamente no una forma de evitar el paso del miedo y la ansiedad, en la mayoría de las ocasiones la reprime como reprimen la mayoría de sus sentimientos reaccionando a la ansiedad.

Durante la terapia manifestaron conductas agresivas y hostiles dirigidas al terapeuta quien en ese momento le servía al niño para representar la persona o situación que le provoca ese enojo.

Lo más común que se observó en terapia era al momento de finalizar las sesiones, cuando se les indicaba que la hora había llegado y teníamos que guardar los juguetes, ellos hacían como que si no hubieran escuchado, no ordenaban ni guardaban las cosas. Un ejemplo de las agresiones del niño las manifestó María de 8 años, casi no hablaba. Ella en una sesión llenó una caja con los animales más agresivos que pudo encontrar y metía dentro de ellos a su familia representada quienes fueron devorados por las fieras, quedando solo ella como sobreviviente. Al momento de hacer conjuntamente la reflexión de lo ocurrido, ella manifestó que su familia lo merecía por ser tan malos con ella.

Se presentó con frecuencia el sentimiento de abandono y desprotección (ver gráfica 1), ocasionándoles fuertes temores principalmente cuando no encuentran una causa lógica a su situación afectiva tan desfavorable. La desvalorización está presente debido a que el niño sufre un desajuste de valores. No puede superar y desarrollar normalmente su autoestima debido a que se siente rechazado o abandonado o no suficientemente amado y él se percibe como responsable directo del hecho. Cuando se encontraban dentro del salón de juego, con frecuencia preguntaban por su madre y solicitaban salir a verificar si aún se encontraba en la sala de espera, en el juego manifestaban ideas de abandono y rechazo. Por ejemplo Raul de 9 años, niño que posee habilidades y aptitudes para el dibujo, realizó una vieja casa abandonada, al finalizar el dibujo comentó " esta casa se parece a mi mamá" lo cual fue interpretado luego como que él percibía a su madre como una persona poco protectora, primeramente hacia él y luego hacia el hogar. Otro niño Josue de 7 años jugaba frecuentemente con vehículos, los cuales por accidente tropellaban, golpeaban o herían a los peatones, él manifestó verbalmente su temor de que algo malo le ocurriera a la madre en ausencia de él.

El trastorno alimenticio (gráfica 1) es otro síntoma que acompaña prácticamente a diario al niño ansioso, regularmente se manifiesta por la mañana, antes de ir al colegio, cuando debe de desprenderse nuevamente de la madre o de su hogar. En algunos niños el trastorno alimenticio es una constante es decir, no únicamente en el desayuno, sino a toda hora al tomar los alimentos. Es muy notoria la queja constante de la madre y maestra "de que no come nada"

Además se queja de frecuente dolor de estomago, o le dan vómitos y nauseas principalmente ante el desprendimiento anteriormente analizado. El alimento en terapia es interpretado simbólicamente como el afecto, sea este comido o no. Por ejemplo Alma de 10 años, jugaba con muñecas, a quienes ella como madre de ambas les preparaba su comida, pero al momento de comer se apresuraba, diciendoles a las muñecas "ya se hizo tarde, coman rápido" "coman ustedes como se tardan apurence" "Si siguen comiendo de esa manera nunca van a terminar" "mejor les doy de comer, porque ustedes solo juegan con la comida". Mientras tanto las muñecas, en el juego, vomitaban, se ensuciaban, tiraban la comida, no comían o metían las manos en la comida. Cuando se le preguntó qué pensaba con respecto a lo ocurrido, ella indicó que su propia madre era así, les exige, critica lo que hacen, es inconforme y controladora, por lo tanto ella está rechazando ese tipo de afecto.

Los temores infundados (gráfica 1) también se dan concomitantemente con el problema alimenticio y se manifiestan principalmente en el colegio, al momento de su estancia en el y cuando debe regresar al medio día a su casa. Los temores más frecuentes son la pérdida súbita de los padres principalmente de la persona más allegada al niño, la que regularmente es la madre o la que le proporciona el afecto necesario. Estos temores hacen que el niño se mantenga en una preocupación excesiva en constante alerta ante los sentimientos de peligro inminente con que vive, descuidando como consecuencia el poner atención en clase o a lo que las personas adultas le exigen. También olvidan y no memorizan pues su foco de atención está en su problemática, y como consecuencia algunos llegan a tener bajo rendimiento escolar. Durante el tratamiento el niño expresaba verbal y simbólicamente sus ideas de pérdida y temor. Por ejemplo el caso de Cristina de 11 años, quien en una ocasión expresó verbalmente su temor de que al padre lo mataran con un arma, ya que es una persona impulsiva y agresiva, siempre porta un arma y cuando le pasa algo que le enoja amenaza con el arma, entoces ella indicaba que temía que algún día encontrara otra persona igual que él en el camino y lo mataran. (Otro ejemplo es Raúl de 9 años, quien durante varias sesiones manifestó su temor de que algo le ocurriera a su familia en especial a la madre en su ausencia. Jugaba con una casa de muñecas, "era un día que todos están en casa a disposición de él, que se contraba en el colegio, de repente y de manera súbita comienza haber un terremoto, al momento que él regresa del colegio se da cuenta que su casa está totalmente derrumbada y su familia muerta"

Es muy común que los niños con trastorno de ansiedad busquen constantemente de la aprobación (ver gráfica 1) de las personas adultas que le rodean especialmente de su maestra, padres y terapeuta. En la terapia se observó durante la mayoría de sesiones en las cuales preguntaban o decían al terapeuta "así está bien" "lo hice bien verdad" "te gusta lo que hice" "verdad que esta bonito" para cada actividad que realizaba, también era demandante en relación a la atención, solicitaban que uno se sentara a la par de ellos, únicamente para observarlos, en ocasiones pedían que se jugara con ellos. Como ejemplo se presentó el caso de Lester de 6 años, el jugaba con legos, ma cosas y las regala al terapeuta. También Alma de 10 durante varias sesiones llevaba a regalar comida al terapeuta.

El niño con estas conductas ansiosas fácilmente se siente rechazado (ver gráfica 1) cuando no se le satisfacen sus necesidades de afecto. Se indica nuevamente porque su experiencia primaria es el rechazo el desvinculamiento temprano por parte de la madre. Con experiencias reiteradas de falta de afecto, desapego y rechazo, el niño busca nuevas conductas, una de las más frecuentes es utilizar el mecanismo de defensa de regresión que parece con la finalidad de recobrar los espacios afectivos perdidos, vacíos y de mucho conflicto o dolor, esto se observó en la terapia, el niño jugaba hacerse el bebé y que el terapeuta fuera su mamá, lo cuidara, le diera de comer a la boca, y lo tratara como un niño menor al de su edad real, también imitaba, hacía sonidos y gestos de niño pequeño, se chupa el dedo o se lanceaba en el mismo lugar. Como ejemplo podemos mencionar a Maria de 5 años, quien desde que llegaba comenzaba hablar como una niña de 4 o 5 años, se acostaba en la alfombra, se chupaba el dedo y se colocaba en una posición fetal, para luego pedir al terapeuta le leyera cuentos.

Se encontró la tartamudez (gráfica 1) como síntoma ansioso, esta alteración del lenguaje se da debido a la fuerte emocionalidad con que el niño vive las situaciones y su fuerte necesidad de comunicarlo y comunicarse con la persona que le apoye y proteja. Esto fue manifestado por Lester de 6 años, quien durante las primeras sesiones tartamudeaba, se observó que lo hacía con mayor frecuencia al momento de hacer preguntas con respecto a sus padres. Ya que en ese momento los padres se encontraban en una situación de posible divorcio

El aislamiento (gráfica 1) es un síntoma poco frecuente, debido a que los niños ansiosos necesitan urgentemente hacer enlaces que les satisfagan efectivamente para recobrar el bienestar emocional perdido, en las primeras sesiones terapéuticas se observó una fuerte necesidad de aceptación por parte del terapeuta, se observó en Ana de 10 años, en las primeras sesiones jugaba en una escuela, ella era la maestra y uno de los alumnos era el terapeuta, quien premiaba y decía ser su favorito, a los muñecos de la escuela le gustaba al colegio pero únicamente por la maestra, incluso algunos preferían cambiarse de grado con tal de estar en el salón donde ella impartía la clase. Al momento de reflexionar con respecto a eso, ella confirmó su gran necesidad de aceptación por parte de las demás personas, en especial de las personas más importantes.

Luego de seis meses de psicoterapia de juego, los niños lograron experimentar que pueden expresar sus sentimientos en completa libertad, sin sentirse censurados, criticados o juzgados. Esta relación terapéutica dio la oportunidad a los niños de analizar los conflictos y la problemática en la que se ven inmersos, buscando mecanismos sanos para enfrentar la situación y adaptarse. Con todo ello se encontraron una serie de síntomas y signos los cuales también se evidenciaron durante la interpretación de la prueba proyectiva C.A.T.

La agresividad (ver gráfica 1) permaneció, sin embargo esta no tiene el mismo contenido inconsciente de la primera evaluación, ya que se observó dentro de la terapia que no es defensiva, sino es reactiva ante la comprensión de un trato injusto, ante la exigencia excesiva desproporcionada y fuera de la realidad que ejerce uno o ambos padres, o como una forma de poner límite ante el desplazamiento agresivo de la afectividad de uno de los padres. Se evidenció en el caso de Danny de 10 años, en un principio del tratamiento él jugaba de policías, tomaba las dos armas y le disparaba al terapeuta, sus juegos consistían en dar muerte a los demás, sin permitir siquiera que se defendieran, durante el tratamiento se observaron cambios significativos, continuó jugando con las armas pero en las siguientes ocasiones entregaba una al terapeuta y la otra era para él, aceptando también que si se le disparaba él moriría al igual que el terapeuta. Según refirió la madre, en casa se observó una disminución de su agresividad, es menos violento e impulsivo, aprende, acepta y cuestiona cuando se le es castigado.

Debido a este factor reactivo, se elimina en un alto porcentaje la hostilidad (gráfica 1) esta aparece solo cuando la crisis familiar lo lleva nuevamente a situaciones extremas de afrontamiento. Esto se observó dentro del salón de juego en karen de 10 años, quien durante una sesión decidió jugar con monstruos expresando verbalmente que se encontraba enojada y que el monstruo más fuerte iba a golpear y matar a los demás quienes también son fuertes.

La inseguridad (ver gráfica 1) disminuye debido a que el niño está fortaleciendo lentamente su YO pues en los seis meses de terapia ha analizado su ansiedad y analizado la causa de su problemática, únicamente el 20% de la muestra aumentó su posibilidad de tomar decisiones y comienza a valorar su creatividad y a valorarse a sí mismo como personas. Los factores que inciden en este porcentaje es el grado de daño sufrido, la colaboración de los padres y maestros y la dinámica familiar actual. Como ejemplo mencionamos el caso de Emely de 10 años, quien durante las últimas sesiones comenzó a tomar decisiones con relación a lo que realizaría en su hora de terapia, seleccionaba los juguetes que le interesaban, jugaba con un autobús el cual llevaba a los niños sin sufrir ningún percance a su casa y escuela, como había ocurrido con anterioridad.

El sentimiento de abandono (gráfica 1) es superado. El niño se siente menos desprotegido pues terapéuticamente ha encontrado las causas de su problemática y ha logrado establecer lazos afectivos seguros dentro y fuera de su hogar. Ya no pide salir a buscar a la madre, es más confiado, en el juego las ideas de abandono han sido cambiadas por protección y seguridad. Como ejemplo es el caso de Josue que se logró que dentro de la terapia identificara algunas situaciones que le provocaban inseguridad, como el que la madre lo abandonara, el hecho de perderse en un supermercado, que no llegaran a recogerlo a la terapia, estos aspectos logró identificarlos y buscar la manera de neutralizarlos. Ella jugaba al inicio que en la casa de muñecas la cual representaba su propia casa, entraban los ladrones a robar y raptar niños, una vez aclarados los temores, comenzó a llevar invitados a la casa quienes presentaban seguridad y protección al momento en que aparecía el temor.

La encopresis como síntoma de crisis ansiosa prácticamente fue eliminada, el niño ya puede mediar libremente en su dinámica familiar sin tener que recurrir a regresiones. La enuresis también es eliminada en un alto porcentaje pues se presenta únicamente y secundaria a situaciones de crisis dentro de la dinámica familiar, esto fue detectado en el hogar y según preferencias de los padres.

El trastorno alimenticio (ver gráfica 1) prácticamente se elimina. Regularmente el niño ha obtenido la madurez emocional para poder desprenderse de la madre y del hogar sin llegar a enfrentar crisis por miedos inconscientes.

Los temores infundados aún aparecen debido a que el niño busca en el proceso lúdico explicaciones de lo que ocurre y esto lo lleva a pegarse más a la realidad y este enfrentamiento es el que le provoca el temor y ansiedad.

La preocupación excesiva aumentó, debido a que al buscar las causas y orígenes que la provocan, eleva su necesidad de comprensión e incluso se da cuenta que en la dinámica familiar no es él, el que únicamente sufre sino hay otras personas como sus hermanos o alguno de sus padres que también sienten este sufrimiento, esto le permite profundizar en su problemática. En este aspecto no se considera que el aumento del porcentaje sea negativo sino como parte del proceso reparador. Como ejemplo presentamos el caso Raul de 7 años, quien durante el juego con una familia representando la real, estaba pendiente y preocupado de lo que ocurría a cada uno de sus hermanos dentro del colegio, también de la madre en la casa y el padre en su trabajo, se interesaba por saber qué era lo que ellos pensaban y sentían cuando él se enfermaba o no quería ir al colegio.

La desvalorización disminuye, esto evidencia que el niño adquirió la capacidad para valorarse y apreciarse como persona ajena a ser el causante de la problemática, reconociendo sus cualidades y límites de una manera espontánea y natural. A través del juego reconoce sus logros, es más espontáneo y expresivo, valora y reconoce sus aptitudes, habilidades y cualidades, por si solo ejecuta nuevas actividades, también adquiere la capacidad de valorar lo que los demás hacen sin criticar y sin desvalorizar lo que el mismo ha hecho.

La pasividad disminuyó, los niños están trabajando emocional y conductualmente para resolver definitivamente su problema, sin embargo a diferencia de la primera aplicación, la resolución no es en forma desesperada y caótica, sino ordenada y eficaz, logrando tener lazos afectivos no solamente con la madre sino con otros adultos, eliminando con su nueva conducta las reacciones de rechazo o crítica destructiva a que se hacía acreedor antes.

La búsqueda de aprobación es eliminada totalmente ya que no le es necesaria, pues su valoración personal y autoestima se ha desarrollado y no teme a las reacciones habituales del adulto agresor. En terapia deja de buscar la aprobación de sus actos en el terapeuta. Cristina de 6 años, en el juego de salón de belleza, se arregla, maquilla y peina ya sin esperar que el terapeuta le dé su aprobación, ella por sí misma toma las decisiones de lo que quiere y se siente contenta de lo que logra. De igual manera ya no es susceptible y no se siente rechazada ante una conducta amenazante de sus padres o de otro agresor.

Supera en su totalidad el miedo al rechazo y un brusco desvinculamiento de uno de sus seres queridos. El caso de Josue permite que se observe este sentimiento, según refirió la madre, ahora él se integra con mayor facilidad al grupo de compañeros, ya no rechaza a las niñas en el juego, dentro del colegio a la hora de recreo juega con compañeros mayores que él, es él quien pide integrarse, aceptando de igual manera cuando le dicen que no buscando luego con quien jugar o simplemente se queda y observa el juego. Tampoco le es necesario la búsqueda de mecanismos de defensa como la regresión, él se siente fuerte para enfrentar y confrontar, sin ansiedad, ni recursos irritables e ineficaces, un conflicto o crisis familiar.

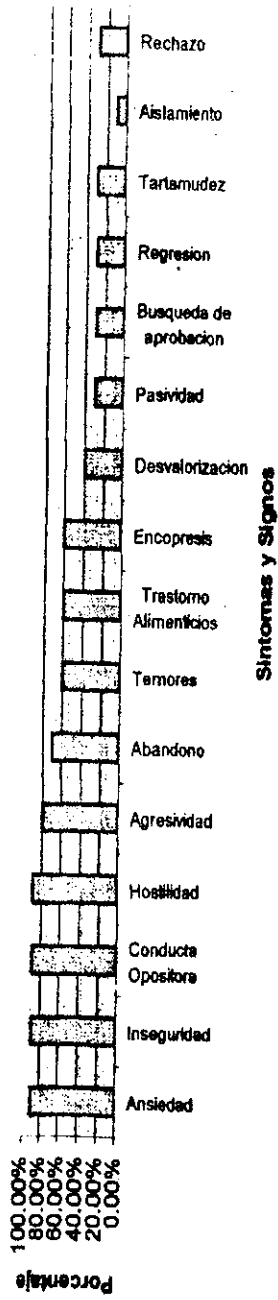
En cuanto al control débil o ausente es poco frecuente que se observe ya que el niño controla positivamente su medio, logra manejar sus conductas impulsivas y ansiosas que anteriormente lo desestabilizaban. El aislamiento que en la primera aplicación apareció, pero ahora los niños asumen una actitud positiva de búsqueda de enlaces afectivos, pero de una manera satisfactoria, real y eficaz.

También la conducta de escape se elimina, pues ahora los niños tienen la experiencia y la plena convicción de que pueden eliminar su ansiedad y que los problemas que cotidianamente vivencia no deben ser experimentados como amenaza total para su vida, sino hay siempre posibilidad de solucionar el problema y encontrar lazos afectivos sólidos.

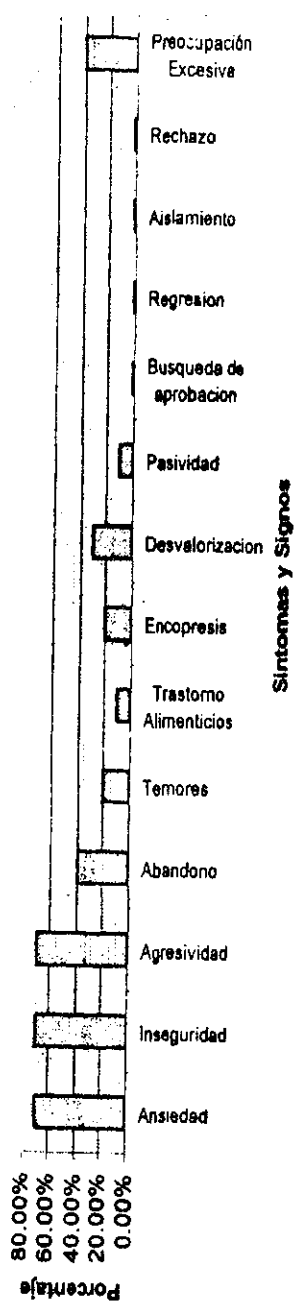


Resultados de la prueba proyectiva C. A. T. al inicio y fin del tratamiento

Inicio del Tratamiento



Final del Tratamiento



▪ **ANÁLISIS DE RESULTADOS DE ACUERDO A LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LAS MAESTRAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS.**

La maestra de grado que conoce muy de cerca las conductas de los niños/as, observa que los que tienen trastorno de ansiedad, mantienen dentro del aula una preocupación excesiva (ver gráfica 2) con respecto a cualquier suceso, sea este en el hogar, con los hermanos, amigos algún familiar o a él mismo, también cualquier llamado de atención, o una alteración en los horarios de salida por ejemplo bastan para alterarlo. La maestra de Josue de 7 años, hizo mención que en una ocasión en el momento de la refacción Josue derramó su refresco en la mesa, ella como en otras ocasiones le indicó fuese a limpiar a la niñera para que limpiara, el niño no se movió de su silla, se quedó estático y no respondía a ningún estímulo, luego súbitamente comenzó a llorar, la maestra lo cambió y limpió el lugar, pero el niño continuaba llorando, cuando Josue logró hablar indicó que "mi mamá me va a regañar por haber ensuciado mi pantalón", a pesar de todo lo que la maestra le decía con respecto a "no te preocupes" "yo hablaré con tu mamá" "todo estará bien" el niño continuó toda la mañana sollozando y muy preocupado. Luego al indagar la maestra se enteró que la madre todas las mañanas le decía a Josue que cuidara su ropa, porque si no ya no le iba a comprar más, entonces la terapeuta al enterarse del hecho trató de trabajarlo en terapia y Josue manejaba la idea de que si su mamá ya no le compraba otro pantalón se presentaría al colegio con calzoncillos y ese hecho le acarrearía vergüenza y culpa.

Otro aspecto que la maestra detecta son las ideas constantes y persistentes principalmente al inicio del año escolar que son de abandono, o de que algo malo le ocurrirá a su familia, principalmente predominan las ideas de que muera la madre o haya una separación súbita con ella, también existen ideas de una catástrofe como puede ser un terremoto, truenos, y en extremos tornados, huracanes, diluvios y explosiones. Como ejemplo mencionaremos el caso de Raul de 10 años, según refiere la maestra aproximadamente durante tres meses Raul comenzó a llevar al colegio una lámpara, un galón de agua pura, una colcha y algunos alimentos en lata, todo esto lo llevaba en su mochila la cual no se la quitaba de la espalda, (adicional al bolsón en el que llevaba sus libros, aunque no sus tareas) también pidió a la maestra lo cambiara de lugar, a una mesa cerca de ella y de la puerta, dentro del colegio comenzó hacer planos relacionados a los lugares por los cuales podría salir en caso de un terremoto, cuando la maestra le preguntaba a que se debía todo eso.

El le dijo que había escuchado en la radio que iba haber un terremoto y ró en la televisión una retransmisión del terremoto ocurrido en Guatemala 1976, cuando ella lo comentó con la madre ella confirmó que todo eso nbién se está presentando en casa, entonces la madre lo mencionó a la apeuta quien afirmó que esa situación era la que Raúl estaba jugando y olviendo en terapia. Raúl dejó de llevar la mochila al colegio y, aunque en apia hasta el final del tratamiento aún continuaba resolviendolo.

También observa la maestra que el niño ansioso se muestra inseguro, su) es frágil, débil y susceptible ante sus padres o los adultos. De igual nera durante su trabajo en clase se descalifica y se desvaloriza como una ma de manifestar su inseguridad a veces y otras como una conducta auto structiva. El caso de Cristina de 11 años, hace referencia a lo mencionado, i dentro del salón de clases no terminaba nunca los ejercicios que la estra le ponía en el pizarrón, era la última en salir a recreo, siempre licaba que no sabía como hacerlo, que no había entendido. En una ocasión iere la maestra fueron todos los niños a computación incluyendola a ella, os comenzaron a trabajar en un proyecto que la maestra les iba indicando, terminar el período todos se lo entregaron a excepción de Cristina quien ita el final se acercó a la maestra y le dijo que su máquina no funcionaba, o le daba "pena decirlo enfrente de sus compañeros". En efecto la máquina ía un desperfecto. Luego la maestra habla con ella y Cristina dijo "mis npañeros siempre se estan burlando de mi" "Yo quiero hacer las cosas, o nunca me salen bien" " Yo nunca hago nada bonito" "mi hermana es cho mejor que Yo".

Otra situación que la maestra observa muy enlazada con todo lo anterior que los niños presentan temores que ante la opinión de los otros niños no lógicos, pero que al niño ansioso los llevan a pequeñas crisis conductuales irritabilidad y desesperación, como ejemplo una de las maestras hizo erencia al caso María de 8 años, quien comenzó hacerse pipi a la hora del reo, la maestra por más que le decía que le avisará ella continua haciendose i, hasta una ocasión en que la maestra le preguntó por qué no iba al baño y ria le dijo "me da miedo ir al baño porque una niña me contó que en el lo espantan", la maestra comenzó a indagar acerca del comentario, en lidad una niña de un grado superior en una ocasión salió gritando ¡"me antaron me espantaron"! pero estaba bromeando con sus otras amigas, pero ualmente la niña se dirigía al baño.

Después de eso la maestra intentó que María le avisara e ir con ella al baño, pero el miedo persistía entonces optó por llevarla al baño de los atedráticos y con ello quedó resuelto el problema dentro del colegio.

En general la maestra califica a estos niños como "muy nerviosos" y que están en constante búsqueda de afecto mostrándose excesivamente ansioso para obtener lo mismo, necesitando un apego mayor hasta agobiar a la misma maestra. Sin embargo es de hacer notar que como una situación contradictoria, estos mismos niños ansiosos ante la manifestación espontánea de afecto por parte de la maestra, estos son esquivos y rechazan el contacto cuando no son ellos los que lo demandan. La maestra de Lester de 6 años, comentó que el niño cuando termina una hoja de trabajo, se paraba al lado de ella con su hoja ya terminada y no dice absolutamente nada, cuando ella le pregunta qué deseaba él le mostraba su hoja y le pide una carita alegre, en algunas ocasiones le pide que la enseñara a sus demás compañeros o la cuelga en el pizarrón. También está el caso de Emely de 7 años, quien en el colegio es percibida por la maestra como una niña muy nerviosa, en una ocasión ella le tomó las manos para llevarla hacer la fila y sus manos estaban sudorosas, dentro del aula constantemente está moviendo la pierna y se come las uñas.

En algunos de los casos el niño regularmente muestra ansiedad, cuando necesita ir al baño frecuentemente es utilizado como una forma de canalizar sus sentimientos angustiantes y síntoma de un conflicto emocional no manejable, otro síntoma de total desestabilización es presentar náusea, vómitos acompañados de súbitos dolores de estómago.

La maestra de Dany de 10 años, refirió que cuando él llegaba al colegio durante un periodo de quince días por las mañanas había que llevarlo a enfermería porque manifestaba dolor de estómago y deseos de vomitar, por lo que la Doctora lo envió hacerse exámenes de laboratorio y nunca detectó nada orgánico. Él pedía que llamaran a su casa para que lo llegaran a recoger, al hablar con la madre ella indicó que en el hogar exactamente en ese momento existían conflictos familiares (divorcio de los padres) situación que estaba colocando a Dany en angustia y esa era la manera de canalizarla diciéndole con el fin de estar en casa, ya que él pensaba que si estaba el padre se iría.

El niño ansioso tiende a reprimir sus sentimientos agresivos y hostiles, a represión le dispara la ansiedad ocasionándole problemas de bajo rendimiento escolar pues esa represión provoca olvidos como mecanismo de defensa.

La maestra manifestaba que el niño durante su permanencia en el colegio o pueden poner atención porque están pensando cómo está, donde está y que está haciendo principalmente su madre, olvidan las cosas sin querer, les cuesta mucho concentrarse, no tiene interés por lo que la maestra habla o dice en clase, también en terapia pregunta constantemente la hora o mira el reloj.

Otra forma defensiva es la conducta opositora la cual es regularmente enajenada de manera aparentemente pasiva frente a los deberes escolares, responsabilidades personales, esta conducta además cumple la doble función de tener ganancia secundaria pues consigue ser el centro de atención y hacer males afectivos aunque negativos y frustrantes.

En un porcentaje relativamente bajo ante una situación ansiosa del niño tiende a tartamudear, principalmente cuando está de por medio situaciones en las que él cree se hará juicios de valor, que le puede causar mayor daño emocional. La maestra indicó que Lester presentaba tartamudez únicamente al momento de la lectura, momento en el cual él debe leer en voz alta a sus compañeros.

Varios de los niños continuaron presentando temores específicos en el colegio, lo cual indica que los demás se muestran abiertos al aprendizaje y a la participación feliz por parte de ellos.

Los temores más frecuentes siguen siendo los relacionados al abandono regularmente lo manifiestan cuando la familia ha tenido un conflicto fuerte y lo ha presenciado.

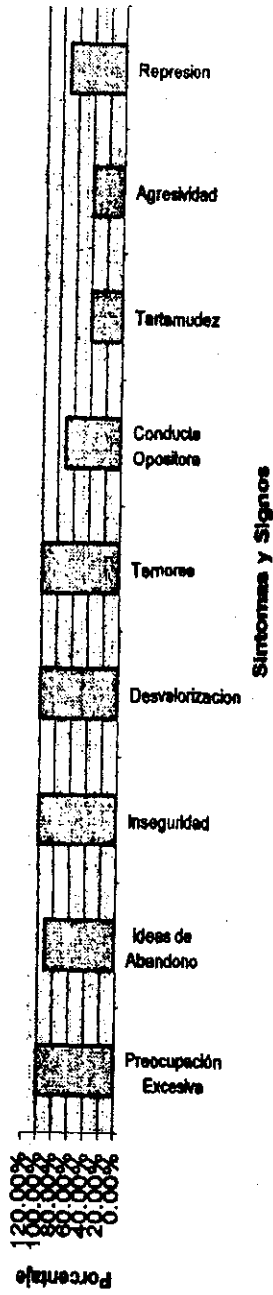
El factor común que se detectó en todos los casos, en base a las historias clínicas, comparando los primeros meses de vida, la relación que existió entre él y su madre es que desde temprana edad se sintieron desprotegidos, inseguros, insatisfechos con relación al afecto principalmente al brindado por la madre, este sentimiento no desapareció con el tiempo sino por el contrario se reafirma en el niño, y cuando se siente en una situación similar lo revive provocándole ansiedad.

El nivel de agresividad y hostilidad también bajan lo cual es indicador de que el niño ha encontrado otras formas de expresar su malestar, de una manera más positiva y efectiva. Los niños aún reprimen sus sentimientos, principalmente cuando es temido el castigo o por la incompreensión del adulto, esto tomando en cuenta la rigidez de normas de algunos colegios. También siguen preocupándose excesivamente y pocos de ellos mantienen la necesidad de ir al baño por lo que se considera que el manejo del síntoma es positivo.

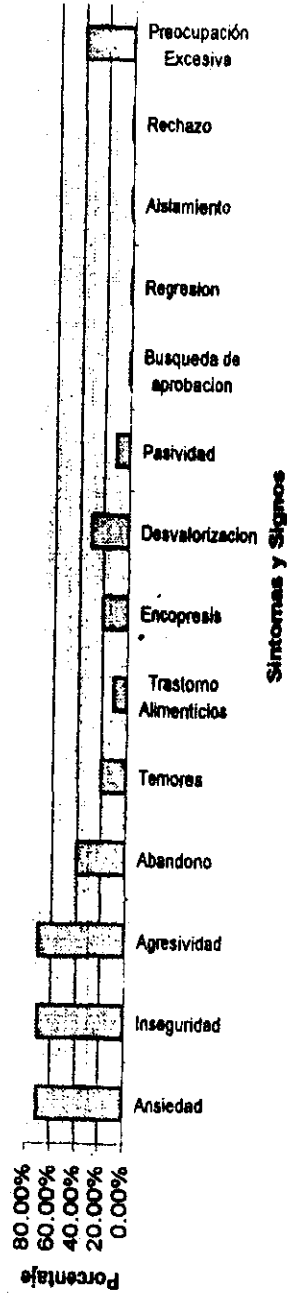
En menor grado siguen presentando conductas de inseguridad y de búsqueda de afecto, sin embargo observa la maestra una aceptación hacia sí mismo. El 50% tiene una conducta opositora pero no es una actitud impulsiva no aparece cuando cree que se le está poniendo en desventaja o cuando se le está agrediendo y reprimiendo por parte del adulto, la conducta aparece selectiva y como medida defensiva, la cual tiende a desaparecer rápidamente cuando el adulto reconsidera su postura.

Resumen de la guía de observación a la Maestra antes y después del tratamiento

1ra. Guía de Observación a la Maestra



2da. Guía de Observación a la Maestra



▪ ANÁLISIS GLOBAL

Como se ha señalado con anterioridad, el juego es el medio natural por medio del cual el niño expresa sus sentimientos. Los pequeños ponen de manifiesto en su mundo de juego las ideas y sentimientos que han asimilado en su contacto con otras personas. Las palabras son cosas inadecuadas y estúpidas para el niño. Posee sentimiento que no puede expresar con palabras, pero el juego es algo que él puede manejar en forma apropiada. Esto permitió la efectividad de la terapia de juego no directiva en niños que habían sido diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada.

Luego de seis meses de psicoterapia no directiva el niño/a en un 100% activo, con características de participación diferentes a lo anterior pues almente deja de descalificarse y valora su trabajo y su persona de tal manera que en tanto en clase como en casa se evidencia mayor autoestima, ya maneja en ningún porcentaje rechazo hacia los demás, sino su intercambio es genuino, toma decisiones, es seguro, y posee la capacidad para canalizar de mejor manera su cólera o enojo, acepta y reconoce sus limitaciones y desarrolla su capacidad de independencia.

Otro aspecto satisfactorio, y evidente es que se eliminan los síntomas somáticos (trastornos alimenticios, náuseas, vómitos, trastornos del sueño, enuresis, encopresis) esto debido a que el nivel de ansiedad ha disminuido considerablemente y no llega a un nivel de crisis, sino que maneja problemas.

Se observó que durante la segunda aplicación de la prueba proyectiva A.T. el niño tiende a solucionar el problema, enfrentando o confrontando al agresor, evitando mecanismos regresivos, esto le permite enunciar con mayor libertad sus sentimientos negativos, sus pensamientos y se hace más responsable de sus acciones.

El colegio por ser una institución que establece una serie de reglas y límites impositivos, no permite que el niño evidencie en su totalidad todas las mejoras obtenidas a lo largo del tratamiento. Pero a pesar de ello se observó una disminución en relación a las actitudes demandantes que dirigía hacia la maestra, mejora notablemente su rendimiento académico, logra ampliar sus niveles de atención en clase, su conducta opositora es invertida a una

ducta de aceptación principalmente de los límites impuestos por la maestra, ya no existen actitudes de rechazo hacia el colegio.

A continuación se presenta un sistema codificado de conductas y actitudes observadas por la terapeuta durante las sesiones de terapia de juego, cuales se lograrón agrupar por etapas, evidenciadas durante los seis meses de tratamiento a niños con trastorno de ansiedad generalizada. Podrían presentarse más etapas si se continúa con el tratamiento, pero para este estudio es de interés para la investigación de lo que se presenta en cada sesión sino la efectividad de la terapia, pero se consideró importante registrar las acciones de los pacientes atendidos por etapas.

Primera Etapa:

El niño se muestra reticente o muy parlanchín, se dedica a jugar en el cuarto de juego, algunos desde su asiento observan, otros se paran y comienzan a tocar cada gaveta y armario, otros únicamente hacen preguntas respecto a lo que hay dentro del salón. Se muestran ansiosos, inseguros, desconfiados, con mucha incertidumbre y agresivos.

Segunda Etapa:

La agresión disminuye, el niño comienza a probar los límites del cuarto de juego, y a retar la relación del terapeuta hacia él. También se da un rompimiento pero muy frágil de sus mecanismos de defensa. Es un poco más expresivo con respecto a lo que piensa y siente pero continúa siendo inseguro.

Tercera Etapa:

El niño incluye al terapeuta en sus juegos, es más espontáneo, y a en él, comienza a salir a flote sus sentimientos, algunos lo verbalizan.

TABLA # 1
DATOS GENERALES DE LOS NIÑOS
ATENDIDOS EN LOS ALERCES

EDAD	F.
5 - 7	4
8 - 10	5
11 - 13	1
TOTAL	10

SEXO	F.
Femenino	6
Masculino	4
TOTAL	10

ESCOLARIDAD	F.
Preparatoria	1
Primero primaria	2
Segundo primaria	2
Cuarto primaria	4
Quinto primaria	1
TOTAL	10

ente:
pedientes de la clínica psicopedagógica Los Alerces.



Guatemala, de Enero a Junio de 1988

	caso 1		caso 2		caso 3		caso 4		caso 5		caso 6		caso 7		caso 8		caso 9		caso 10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
1 FORMACION REACTIVA:																					• Preocupación excesiva	✓																				• Agresividad	✓																				• Conducta opositora	✓																				• Hostil	✓																				2 ANULACION Y AMBIVALENCIA																					• Inseguro	✓																				• Desvalorización	✓																				3 AISLAMIENTO:																					• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																			
• Preocupación excesiva	✓																				• Agresividad	✓																				• Conducta opositora	✓																				• Hostil	✓																				2 ANULACION Y AMBIVALENCIA																					• Inseguro	✓																				• Desvalorización	✓																				3 AISLAMIENTO:																					• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																								
• Agresividad	✓																				• Conducta opositora	✓																				• Hostil	✓																				2 ANULACION Y AMBIVALENCIA																					• Inseguro	✓																				• Desvalorización	✓																				3 AISLAMIENTO:																					• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																													
• Conducta opositora	✓																				• Hostil	✓																				2 ANULACION Y AMBIVALENCIA																					• Inseguro	✓																				• Desvalorización	✓																				3 AISLAMIENTO:																					• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																		
• Hostil	✓																				2 ANULACION Y AMBIVALENCIA																					• Inseguro	✓																				• Desvalorización	✓																				3 AISLAMIENTO:																					• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																							
2 ANULACION Y AMBIVALENCIA																					• Inseguro	✓																				• Desvalorización	✓																				3 AISLAMIENTO:																					• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																												
• Inseguro	✓																				• Desvalorización	✓																				3 AISLAMIENTO:																					• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																	
• Desvalorización	✓																				3 AISLAMIENTO:																					• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																						
3 AISLAMIENTO:																					• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																											
• Pasividad	✓																				• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																
• Búsqueda de aprobación	✓																				4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																					
4 REPRESION Y NEGACION:																					• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																										
• Olvido	✓																				• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																															
• Represión	✓																				5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
5 DECEPCION:																					• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
• Rechazo	✓																				6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
6 SIMBOLIZACION:																					• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
• Deprivación afectiva	✓																				• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
• Prescitisas	✓																				• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
• Fobias	✓																				• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
• Tertamudaz	✓																				7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
7 PROYECCION E INTROYECCION:																					• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
• Escape	✓																				• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
• Trastorno del sueño	✓																				8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
8 TEMOR Y ANSIEDAD:																					• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
• Abandono	✓																				• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
• Temor	✓																				• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
• Ansiedad	✓																				9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
9 REGRESION:																					• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
• Emuresis	✓																				• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
• Encopresis	✓																				• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
• Trastornos alimenticios	✓																				10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
10 CONTROL DEBIL O AUSENTE:																					11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
11 IDENTIFICACION DE SEXO ADECUADA	✓																				12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
12 IDENTIFICACION DE SEXO CONFUSA	✓																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

Guatemala, de Enero a Junio de 1969

	caso 1		caso 2		caso 3		caso 4		caso 5		caso 6		caso 7		caso 8		caso 9		caso 10	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La terapia de juego no directiva es eficaz para la disminución de los signos y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en niños.

Luego de seis meses de tratamiento psicoterapéutico el niño puede expresar sus sentimientos haciendo un análisis, alejado de temores y ansiedades logrando una elaboración lógica apegada a la realidad.

Dentro del proceso terapéutico el niño es capaz de vivenciar a través del juego todos los acontecimientos que le desestabilizan, puede describir las actitudes negativas, nocivas, hirientes, humillantes, de rechazo y agresiones de las que es objeto por parte de uno de sus padres o de ambos y poco a poco se da cuenta que puede expresar sus sentimientos de ansiedad, temor, regresividad, inseguridad, hostilidad sin que sienta culpa o le sean reprimidos.

El niño luego de seis meses de terapia de juego no directiva ha erradicado actitudes no apropiadas, por ejemplo: la conducta opositora, la pasividad, la búsqueda de aprobación, los olvidos, la hostilidad y regresiones innecesarias, siendo estas conductas eliminadas y en ningún momento son substituidas, desplazadas o remplazadas.

Durante el proceso terapéutico el YO del niño se fortalece, su autoestima se desarrolla y su valoración como persona es sentida, reconocida y aceptada de manera natural.

Las sesiones de orientación realizadas con los padres de familia de cada uno de los casos atendidos, provocó que ellos tomaran conciencia de la problemática y clarificaran sus sentimientos en relación a la conducta reactiva del niño, permitiéndoles accionar de manera positiva dentro del proceso terapéutico de su hijo.

La orientación a través de charlas proporcionada a los maestros respecto al manejo de los síntomas, actitudes y conductas de los niños que asistieron a psicoterapia les provocó un cambio actitudinal de manera flexible y positiva, asumiendo su responsabilidad en la solución del conflicto emocional del niño, en vez de la actitud tradicional del rechazo, la exclusión o el etiquetamiento.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo aplica única y exclusivamente a la muestra estudiada, por lo que sus resultados no pueden ser generalizados.

• RECOMENDACIONES

A: Clínica Los Alerces

Que en el proceso psicoterapéutico del niño se integre, a padres y maestros a través de programas de desarrollo conductual.

A: Padres de familia

Se recomienda a los padres de familia de los niños atendidos, recibir conjuntamente psicoterapia o asesoría, con el fin de que conozcan y comprendan los cambios conductas que se presentarán en el niño/a como resultado del proceso terapéutico y con ello contribuyan al reforzamiento, valoren los logros emocionales y actitudinales alcanzados por sus hijos.

A: Los maestros

Se recomienda a los maestros identifiquen y remitan al psicólogo a los niños que sean detectados con problemas emocionales, y no que adopten una actitud de rechazo hacia ellos, los aislen o etiqueten como "niños problema".

▪ **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA O DOCUMENTAL**

Uriaguerra de J. Y D. Marcelli.

Manual de Psicopatología del Niño.

Trad. Helena Feliu y Ana María Martínez. México: Editorial Masson, S.A. 1991. 948 Pp.

Urdine, Virginia.

Terapia de Juego. Trad. Sara de

Fuentes. 13ª. Impresión.

México: Editorial Diana 1994. 383 Pp.

Urbano Harvey F.

Trastornos de la Conducta en el Niño.

Trad. Ing. Agustín Contin. México: el manual moderno 1990. 622 Pp.

Urrssen Annemarla.

Psicoterapia de Niños y Adolescentes.

Trad. Armando Suárez.

México: Fondo de cultura económica 1994. 159 Pp.

Urdman James, Robert Frager.

Teorías de la Personalidad

Trad. Jesús Villamizar Herrera

México: Harla 1990. 526 Pp.

Azariegos Soto Sofia Helena.

Efectividad de la Terapia de Juego No Directiva en La Atención Emocional a Niños/as Hospitalizados/as por Enfermedades Terminales. Guatemala

Trabajo de Tesis

Universidad de San Carlos de Guatemala 1997. 46 Pp.

Logers, Carl.

El Proceso de Convertirse en Persona.

Trad. Liliana R. Wainberg.

España: Ediciones Paidós 1994. 356 Pp.

Logers, Carl.

Psicoterapia Centrada en el Cliente.

Trad. Silvia Tubert. España:

Ediciones Paidós. 1981. 459 Pp.

Shaefer, Charles y Kevin O'Connor.

Manual de Terapia de Juego.

Trad. Psic. Ma. Elba Arizmendi.

México: El manual moderno 1994. 489 Pp.

Sociedad Psiquiátrica Americana.

DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales

Trad. Tomas de Flores Flormenti y José Toro Trallero Barcelona:

Masson S.A. 1998. 908

ANEXO 1

HISTORIA CLINICA

Datos Generales:

Nombre: _____
Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____
Religión: _____
Profesión: _____
Etnicidad: _____
Nombre del padre o encargado: _____

Motivo de Consulta:

Historia del Problema Actual:

Historia Personal:

Historia prenatal: _____

Primera infancia (hasta los 3 años)

a. Hábitos alimentarios: _____

b. Desarrollo inicial, desarrollo del lenguaje, desarrollo motor: _____

c. Entrenamiento del control de esfínteres: _____

d. Síntomas de problemas de comportamiento: _____

e. Personalidad infantil: _____

1. Infancia intermedia (edades de 3 a 11 años)

a. Historia escolar:

b. Relaciones sociales:

c. Historia psicosexual:

d. Enfermedades anteriores:

Historia Familiar:

ANEXO 2

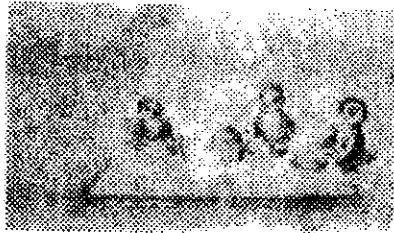
GUIA DE OBSERVACION A LA MAESTRA

Nombre del Niño	Edad
Colegio	Grado

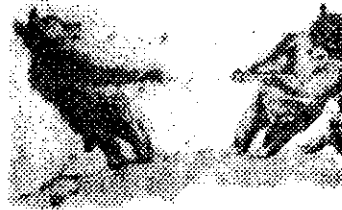
PREGUNTAS	GUIA			
	Síntoma presente		Síntoma presente	
	SI	NO	SI	NO
. Se preocupa excesivamente de sus cosas				
. Es agresivo con su compañeros				
. Maneja conducta opositora en clase				
. Es hostil con su compañeros o maestra				
. Es inseguro				
. Descalifica lo que hace el mismo				
. Lo observa excesivamente tranquilo en clase				
. Busca aprobación de la maestra				
. Olvida los aprendizajes con facilidad				
. Maneja ideas de abandono o de que algo malo ocurrirá				
. Maneja rechazo hacia los demás				
. Manifiesta actitudes de necesidad de afecto				
. Reprime sus sentimientos				
. Tartamudea				
. Tiene temores específicos en el colegio				
. Considera que es un niño "nervioso"				
. Va frecuentemente al baño				
. Manifiesta náusea o vómitos dentro del colegio				

Alexo 3

ANEXO 4



1



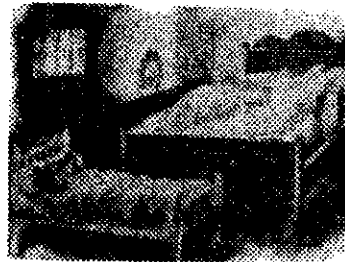
2



3

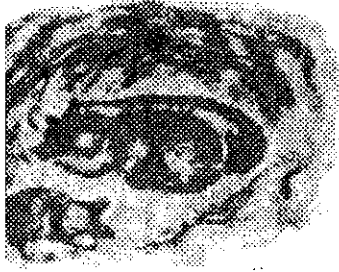


4



5

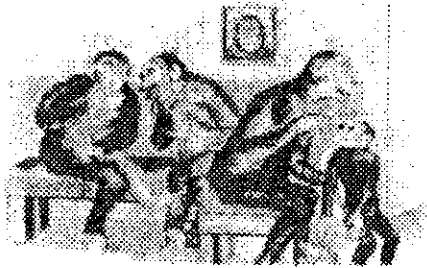




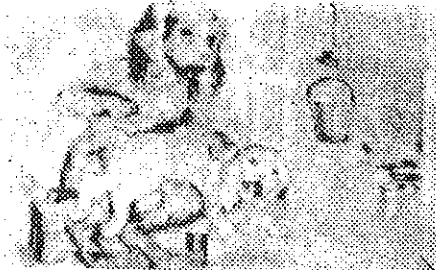
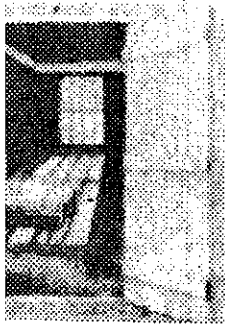
6



7



8



70



INDICE

	PAGINA
ÓLOGO	3
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	5
MARCO CONCEPTUAL	9
NIÑOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	
SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.	10
CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS	13
ORÍGENES DE LA TERAPIA LÚDICA Y SUS ENFOQUES	14
o MELANIE KLEIN	
o OTTO RANK	
o CARL R. ROGERS	
TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA	17
o El cuarto de Juego	
o Materiales de juego sugeridos	19
OTRAS INVESTIGACIONES SOBRE LA TERAPIA LUDICA.	
APITULO II. TECNICAS E INSTRUMENTOS	22
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
o Entrevista	
o Guía de observación para maestros	23
o Hoja de evolución	
o Prueba proyectiva C.A.T.	24
o Lista de signos y síntomas	25
o Charlas a padres y maestros	
o Sesiones inividuales a padres de familia	27
o Terapia de juego	
o El cuarto de juego	
o Materiales de juego	
TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	28
APÍTULO III. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
o Presentación de casos	29
o Análisis de resultados de la prueba proyectiva C.A.T.	40
o Análisis de resultados de entrevistas a las maestras	48
o Análisis global	54
APÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	60