

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



**“TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA  
PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROCESO DE DUELO  
POR MUERTE EN NIÑOS DE 7 A 14 AÑOS DE EDAD”**

**BRENDA ARGENTINA ARÉVALO DÍAZ  
RAQUEL VÉLIZ VILLAGRAN**

**GUATEMALA, OCTUBRE DE 2,010**

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

**“TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA  
PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROCESO DE DUELO  
POR MUERTE EN NIÑOS DE 7 A 14 AÑOS DE EDAD”**

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

POR

**BRENDA ARGENTINA ARÉVALO DÍAZ  
RAQUEL VÉLIZ VILLAGRAN**

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
**PSICÓLOGAS**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
**LICENCIATURA**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2010

## **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

Doctor César Augusto Lambour Lizama

**DIRECTOR INTERINO**

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde

**SECRETARIO INTERINO**

Jairo Josué Vallecios Palma

**REPRESENTANTE ESTUDIANTIL**

**ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpic@usac.edu.gt

CC. Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
Reg. 672-2010  
DIR. 452-2010

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

28 de octubre de 2010

Estudiantes  
Brenda Argentina Arévalo Díaz  
Raquel Véliz Villagran  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN CIENTO CUARENTA Y SIETE  
GUIÓN DOS MIL DIEZ (147-2010), que literalmente dice:

**"CIENTO CUARENTA Y SIETE:** Se conoció el expediente que contiene el Informe  
Final de Investigación, titulado: **"TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA PARA LA  
RESOLUCIÓN DEL PROCESO DE DUELO POR MUERTE EN NIÑOS DE 7 A 14  
AÑOS DE EDAD"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**BRENDA ARGENTINA ARÉVALO DÍAZ**  
**RAQUEL VÉLIZ VILLAGRAN**

**CARNÉ No. 9113583**  
**CARNÉ No. 200416375**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Susan Yela  
y revisado por el Licenciado Iván Rocaél Monzón. Con base en lo anterior, se  
**AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de  
graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de  
Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

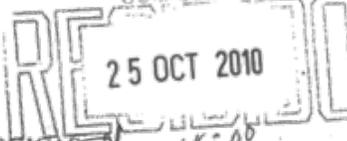
Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO



Melveth S.



Escuela de Ciencias Psicológicas  
Resolución e Información  
CUMUSAC



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

FIRMA: \_\_\_\_\_ HORA: 14:00 Registro: \_\_\_\_\_

CIEP. 672-2010  
REG: 061-2009  
REG: 153-2009

INFORME FINAL

Guatemala, 21 de Octubre 2010

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Iván Rocaél Monzón ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROCESO DE DUELO POR MUERTE EN NIÑOS DE 7 A 14 AÑOS DE EDAD."**

ESTUDIANTE:  
Brenda Argentina Arévalo Diaz  
Raquel Véliz Villagran

CARNÉ No:  
91-13583  
2004-16375

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 15 de Octubre 2010 y se recibieron documentos originales completos el 19 de Octubre 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESION**

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez  
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. "Mayra Gutiérrez"



c.c archivo  
Arelis

Guatemala, 16 de agosto 2010

Licenciada  
**Mayra Luna de Alvarez**  
**COORDINADORA**  
**CIEPS – Mayra Gutiérrez**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
Ciudad Guatemala

Licenciada de Alvarez:

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

**“TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA PARA LA RESOLUCIÓN DEL  
PROCESO DE DUELO POR MUERTE EN NIÑOS DE 7 A 14 AÑOS DE EDAD”**

Realizado por:

**Brenda Argentina Arévalo Díaz**  
**Raquel Véliz Villagran**

**Carné 199113583**  
**Carné 200416375**

Previo a optar al título de:

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPS-, emito **DICTAMEN FAVORABLE** para que el informe en mención continúe con los trámites respectivos.

Atentamente,

  
**Licda. Susan Yela**  
**Colegiado No. 1269**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 130-10

REG.: 153-09

**APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Guatemala, 20 de Abril 2010

**ESTUDIANTE:**

**Brenda Argentina Arévalo Díaz  
Raquel Véliz Villagran**

**CARNÉ No.**

**91-13583  
2004-16375**

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera **Licenciatura en Psicología** titulado:

**"TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROCESO DE DUELO POR MUERTE EN NIÑOS DE 7 A 14 AÑOS DE EDAD."**

**ASESORADO POR: Licenciada Susan karina Yela Corzo**

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigación, el día 19 de abril 2010 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

**Licenciado Iván Rocael Monzón  
DOCENTE REVISOR**



**Vo.Bo.**

**Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora.**

**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"**

/Arelis  
c.c archivo



# **MADRINAS DE GRADUACIÓN**

## **BRENDA ARGENTINA ARÉVALO DÍAZ**

Vilma Karina Rodas Recinos  
Abogada y Notaria  
Colegiado Activo No. 9121

## **RAQUEL VÉLIZ VILLAGRAN**

Susan Karina Yela Corzo  
Licenciada en Psicología  
Colegiado Activo No. 1269

## ACTO QUE DEDICO

*Brenda Arévalo Díaz*

**A DIOS:** Por darme salud, esperanza y sobre todo por permitirme alcanzar esta meta.

**A MIS PADRES:** Osberto y Argentina por su ejemplo de honestidad, honradez y perseverancia, por su enseñanza, paciencia y sobre todo por su apoyo y amor incondicional.

**A MI HERMANA:** Susy por su apoyo, paciencia, comprensión y palabras de aliento.

**A MIS ABUELITOS:** Evelia y Juan de Dios por compartir su sabiduría y experiencia, pero en especial a mi abuelita por compartir su gran Corazón conmigo.

**A MI TÍA:** Flory por ser ejemplo de lucha, perseverancia y optimismo ante las adversidades de la vida y no dejarse caer pase lo que pase porque siempre viene algo mejor.

**A MIS PRIMOS:** Andrés y Pablo y a sus respectivas parejas Melissa y Karla por fortalecer la unión familiar en los buenos y malos momentos que nos ha tocado vivir; a mi sobrina Alexa por ser la luz que nos ilumina a todos y para que siga perseverando en la vida.

**A MIS AMIGOS:** Por permitirme compartir sus conocimientos, alegrías, tristezas y experiencias, pero sobre todo a Raquel y a Evelyn por haberme acompañado en este recorrido emocionante y por no dejarme caer en los momentos difíciles.

# **ACTO QUE DEDICO**

***Raquel Véliz Villagran***

## **A DIOS:**

Por ser la fuente de mi vida y concederme alcanzar muchos de mis sueños dándome las fuerzas, el ánimo y entusiasmo necesario para salir victoriosa sin importar la adversidad, disfrutando de su gracia, amor y cuidado cada día de mi vida.

## **A MIS PADRES:**

A quienes debo lo que soy pues decidieron confiar e invertir en mí a lo largo de los años, negándose a ellos mismos para abrirme un camino de éxito en el ámbito personal, laboral, profesional y espiritual; concediéndoles hoy la satisfacción de sentirse orgullosos al alcanzar junto conmigo este gran triunfo.

## **A MIS HERMANOS:**

Por animarme silenciosamente a esforzarme sin cesar en la lucha por alcanzar cada uno de mis sueños para ser una fuente de inspiración en su camino por la vida.

## **A LA IGLESIA CRISTIANA EVANGÉLICA:**

Por abrir un espacio en el cual he podido aprender, crecer y forjar mi carácter a lo largo de los años para hoy poner a su disposición el área profesional de mi vida para así contribuir al crecimiento espiritual de los hijos de Dios.

## **A MIS AMISTADES:**

Por su apoyo incondicional, su amor, su respeto, su admiración y compañía en diferentes momentos de mi vida, por estar presentes cuando les he necesitado y por enseñarme a disfrutar la verdadera amistad.

## **AGRADECIMIENTOS**

- A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ESPECIALMENTE A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
Por proveer las herramientas necesarias para ser profesionales de éxito.
- A LAS AUTORIDADES DEL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA 3 DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA  
Por la oportunidad concedida para poner en práctica los conocimientos adquiridos permitiéndonos contribuir en diferentes ocasiones a la salud de la población guatemalteca.
- A LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA 3 DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA  
A través de quienes y de la información que proporcionaron, fue posible realizar la presente investigación.
- A LICENCIADA SUSAN YELA  
Por la disposición de siempre para transmitir sus conocimientos que nos han enseñado a abrirnos camino profesional en el campo de la psicología, apoyándonos y animándonos en el largo camino de la vida personal y el profesionalismo.
- A LICENCIADO IVÁN MONZÓN  
Por su paciencia y dedicación al orientarnos para llevar a cabo de la mejor manera el presente trabajo de investigación.
- A LOS PADRINOS DE GRADUACIÓN  
Por acompañarnos en momentos importantes de la vida y alentarnos a continuar en el camino hacia el éxito. Gracias por ser de bendición para nuestras vidas.

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	1
PRÓLOGO .....	3
CAPÍTULO I	
1.1 INTRODUCCIÓN.....	5
1.2 MARCO TEÓRICO.....	6
1.2.1 RELACIÓN DEL APEGO CON EL DUELO .....	6
1.2.2 DUELO .....	7
<input type="checkbox"/> Primera fase.....	8
<input type="checkbox"/> Segunda fase.....	8
<input type="checkbox"/> Tercera fase.....	8
<input type="checkbox"/> Crisis y duelo .....	9
<input type="checkbox"/> Mitos sobre el duelo.....	10
<input type="checkbox"/> El duelo como patología vincular .....	10
<input type="checkbox"/> Sentimientos manifiestos en el duelo normal.....	13
<input type="checkbox"/> Sensaciones físicas manifiestas en el duelo.....	14
<input type="checkbox"/> Cogniciones manifiestas en el duelo.....	14
<input type="checkbox"/> Conductas manifiestas en el duelo .....	15
<input type="checkbox"/> Hijos cuyos padres mueren.....	15
1.2.3 TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE CARL ROGERS.....	19
<input type="checkbox"/> Teoría de la personalidad de Rogers en el niño .....	19
<input type="checkbox"/> Terapia lúdica centrada en el cliente .....	23
1.2.4 TERAPIA DE JUEGO.....	25
<input type="checkbox"/> Las Funciones de la Terapia de Juego .....	26
<input type="checkbox"/> Teoría de la estructura de la personalidad como base de la terapia de juego no directiva .....	26
<input type="checkbox"/> Terapia de juego no directiva.....	27
<input type="checkbox"/> El terapeuta.....	28
<input type="checkbox"/> Los ocho principios básicos de la terapia de juego.....	28
<input type="checkbox"/> El cuarto de juego y materiales que se sugieren .....	33
<input type="checkbox"/> El papel de los juguetes en la Terapia de juego. ....	35

## CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	39
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....	39
2.2 ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	39
2.3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO .....	40
2.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
<input type="checkbox"/> Entrevista cualitativa semiestructurada: .....	41
<input type="checkbox"/> Observación Cualitativa:.....	41
<input type="checkbox"/> Historia clínica: .....	41
<input type="checkbox"/> Test de la figura humana: .....	41
<input type="checkbox"/> Test de la familia.....	41
<input type="checkbox"/> Terapia de Juego.....	42
<input type="checkbox"/> Terapia lúdica centrada en el cliente .....	42

## CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	43
3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	43
3.2 DUELO .....	44
3.3 TERAPIA DE JUEGO .....	47
3.4 ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DE LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROCESO DE DUELO .....	52

## CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
4.1 CONCLUSIONES .....	53
4.2 RECOMENDACIONES .....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	56
RESUMEN.....	64

## PRESENTACIÓN

El concepto de muerte es abstracto y complejo, de ahí que la forma de abordarlo y comprenderlo dependa de aspectos tales como la edad, factores socio culturales, el nivel de desarrollo evolutivo, la educación, la religión, etc. Además de los aspectos emocionales que se encuentran involucrados, no sólo en los niños y adolescentes, sino en los propios adultos. En algunas ocasiones los adultos no contemplan o pasan desapercibidos dichos sentimientos, los cuales serán reflejados posteriormente. Por el contrario un proceso de duelo satisfactorio beneficiara la salud integral del niño y adolescente, en todas las áreas de su vida, física, emocional, conductual, intelectual y socialmente.

El concepto de muerte es un término difícil de comprender y principalmente difícil de aceptar, sin importar la edad que se tenga, en el caso de un niño y adolescente, según investigaciones ellos tienen conceptos muy definidos acerca de la muerte, pero su sentido tan abstracto e inexplicable es lo que hace difícil su asimilación, siendo imposible proteger o apartar al niño y adolescente de dicho ciclo de la vida.

Aunque no siempre es expresado o evidenciado el niño y adolescente viven intensamente la pérdida de la persona amada, por lo tanto es necesario un acompañamiento en el proceso de duelo, pero que mejor manera que entrar a su propio mundo a través del juego, el cual en este periodo de su vida, es el medio ideal para comunicarnos. El presente trabajo de investigación, es un esfuerzo profesional que nos muestra un camino de entrada a ese mundo interior, con ello no se presupone un dominio respecto al tema, sino, una presentación de los principios respecto a la complejidad de la pérdida de un ser querido, vivida y experimentada en una edad temprana de la vida, como lo es la niñez y adolescencia.

*Licenciada Susan Yela  
Colegiada No. 1269*



## PRÓLOGO

El duelo es un evento que transforma la cotidianeidad de la persona que sufre una pérdida, ya que para cualquier individuo la pérdida del ser querido implica en ocasiones un súbito cambio del estilo de vida, especialmente para los niños, quienes tienen que adaptarse a las decisiones de los adultos. Generalmente no se toma en cuenta a los niños o se les trata de alejar de todo el ritual de la muerte, ya sea por ignorancia o por creencias erróneas de que los niños no deben participar en tal evento pues es dañino para ellos; pero al contrario, el estar presente en los eventos circundantes a la muerte del ser querido, les ayuda a poder entender la muerte y así resolver adecuadamente el proceso de duelo.

El duelo causa un desequilibrio biopsicosocial en el niño, alterando el desarrollo normal y su interacción con el mundo que lo rodea, al no resolverse el duelo en forma positiva, impide un desarrollo integral en el ser humano conllevándolo a un estado patológico, es decir a un estado enfermizo y anormal que altera la percepción del entorno en el cual se desenvuelve, por lo que se requiere la ayuda de un profesional de la salud, como lo es el psicólogo, quien a través de diversas terapias contribuye a la resolución del proceso de duelo. Entre las diversas técnicas psicológicas, se encuentra la terapia de juego no directiva, por medio de la cual el niño puede mostrar sus pensamientos y sentimientos que le son difíciles de verbalizar.

Para la resolución del proceso de duelo, la presente investigación exploró la efectividad de la terapia de juego no directiva a través de la cual el individuo aprende habilidades básicas, libera energía excesiva y estimulación cinestésica, que es la capacidad de unir el cuerpo y la mente para lograr el perfeccionamiento del desempeño físico; desarrolla exploración, iniciativa, comprensión de las funciones de la mente, cuerpo y mundo; desarrollo cognitivo, dominio de conflictos, satisfacción de simbolismos y deseos; promueve el desarrollo de habilidades sociales, permite un control de ansiedad relacionada con la separación y suscita el hecho de imitar papeles deseados. Así

también, el presente estudio describe y analiza los resultados de la aplicación de la terapia, haciendo uso de diferentes instrumentos de recolección de datos como la entrevista cualitativa semiestructurada, observación cualitativa, historia clínica, test de la figura humana y test de la familia, los cuales permitieron comprobar que la terapia de juego no directiva es efectiva para la resolución del proceso de duelo por muerte de uno de los padres o de un familiar al aplicarse en niños de siete a catorce años de edad.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Introducción

La presente investigación se refiere al tema “Terapia de Juego No directiva para la resolución del proceso de duelo por muerte en niños de 7 a 14 años de edad”, dónde el duelo puede definirse como el proceso mediante el cual se elabora psicológicamente la tristeza normal que provoca la pérdida de un ser querido. Este proceso debe permitir al individuo sentir plenamente esa tristeza, pero al mismo tiempo ha de llevarle, en un tiempo variable, de vuelta a la vida normal, para lo cual muchas veces los niños necesitan la ayuda de un terapeuta quien por medio de la terapia de juego no directiva que le permite expresarse libremente, lo ayudará para resolver su duelo normalmente. La investigación de esta problemática se realizó por el interés académico de descubrir la efectividad de la terapia de juego no directiva en la patología del duelo y el interés social de que el duelo en niños sea resuelto positivamente para que repercuta de manera favorable en su cotidianidad.

La investigación consta de cuatro capítulos, en los cuales se desarrollan las distintas actividades que se llevaron a cabo en el proceso de investigación. El primer capítulo describe la fundamentación teórica que sustenta la investigación. En el segundo capítulo, encontrará las técnicas e instrumentos para llevar a cabo el trabajo de campo, tales como entrevistas, historias clínicas, observación participante, hojas de evolución y rendimiento académico, así como aplicación del test de figura humana y familia, utilizando para ello la investigación cualitativa participante la cual permite seleccionar grupos pequeños y el involucramiento del investigador (terapeuta) como agente activo en la investigación. Seguidamente esta el tercer capítulo en el cual se describe la presentación, análisis e interpretación de resultados del uso de la terapia de juego no directiva en la resolución del proceso de duelo. Finalmente, el cuarto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

El título de esta investigación “Terapia de Juego No directiva para la resolución del proceso de duelo por muerte en niños de 7 a 14 años de edad” resalta por si misma que

los niños no están exentos de sufrir un proceso de duelo que debe ser resuelto para que se desarrollen y crezcan sin ninguna patología que les impida ser hombres y mujeres saludables que contribuirán a la formación de una mejor calidad de vida y sociedad. El material de esta investigación le guiará a detectar un proceso de duelo no resuelto y actuar en pro del bienestar del niño afectado por la pérdida de un ser querido.

## **1.2 Marco teórico**

### **1.2.1 Relación del apego con el duelo**

John Mostyn Bowlby<sup>1</sup> fue un psicoanalista inglés, notable por su interés en el desarrollo infantil y sus pioneros trabajos sobre la teoría del apego en la cual conceptualiza la tendencia de los seres humanos a establecer con otras personas, fuertes lazos emocionales y entender las fuertes reacciones emocionales cuando estos lazos se ven amenazados o se rompen. Este apego se produce por la necesidad humana de protección y seguridad que se desarrollan a edad temprana, dirigiéndose a personas específicas y tienden a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital. Además argumenta que el apego tiene un valor de supervivencia, distinta a la nutrición y sexualidad.

Bowlby, indica que son los padres los que proporcionan al niño la base de operaciones seguras a partir de las cuales exploran su mundo. La relación padre-hijo, va a determinar la capacidad del niño para que establezca lazos afectivos más adelante en la vida adulta. Cuando el lazo afectivo está en peligro de romperse, ocasiona reacciones específicas, activándose conductas de apego más poderosas como aferrarse, llorar y quizás coaccionar mediante el enfado. Cuando se tiene éxito a través de estas conductas, el lazo afectivo es restablecido, las actividades cesan y se alivian los estados de estrés y malestar. Si se diera el caso, de que el peligro no desaparece, sobrevendrá el rechazo, la apatía y el desespero<sup>2</sup>.

En la teoría del apego, Bowlby, concluye que hay razones biológicas para responder a cualquier separación, haciéndolo de manera automática e instintiva, con una

---

<sup>1</sup> Nació el 26/2/1907, Londres. Falleció el 2/9/1990, Isla de Skye, Escocia

<sup>2</sup> J. William Worden. EL TRATAMIENTO DEL DUELO: ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y TERAPIA. Editorial Paidós. México. Pp. 24-27

conducta agresiva, así como el hecho de que las conductas forman parte del proceso de duelo, las cuales se dirigen a restablecer la relación con el objeto perdido.

George Engel, psiquiatra, en su ensayo "Psychosomatic Medicine", presentó la tesis de que el hecho de perder a un ser amado, psicológicamente hablando, es tan traumático como el hecho de herirse o quemarse gravemente; presentando el duelo una desviación del estado de salud y bienestar, que es necesario curar para que el cuerpo vuelva al equilibrio homeostático. Engel considera que los términos sano y patológico que son utilizados en el proceso de curación fisiológica, también pueden aplicarse en el proceso de duelo.

### **1.2.2 Duelo**

El duelo es el proceso mediante el cual se elabora psicológicamente la tristeza normal que provoca la pérdida de un ser querido. Este proceso debe permitir al individuo sentir plenamente esa tristeza, pero al mismo tiempo ha de llevarle, en un tiempo variable, de vuelta a la vida normal; a la capacidad de sentir nuevamente placer, bienestar, y a establecer nuevas relaciones, etc., todo ello sin que por eso tenga que renunciar al cariño que se siente por el difunto, ni a su recuerdo.

El duelo puede variar de una persona a otra, también de una cultura a otra, y dependerá de otros factores como por ejemplo la importancia del difunto para esa persona, el tipo de relación que se tenía con él, el número de conflictos no resueltos, y hasta el modo en que se haya producido la muerte. En los bebés el duelo es totalmente inconsciente y se traslada al bebé a través del estado emocional de los familiares que le cuidan. A partir del año y medio, o antes, comparan el concepto de ausencia que se presenta en sus fantasías inconscientes y el de desaparición total que observa en su vida cotidiana y finalmente, hacia los 4 años, comienza la investigación activa del duelo a través de los juegos y las preguntas. En cada integrante de la familia surgen, con el dolor y la pena, intensos sentimientos de miedo y culpa. El miedo corresponde al conocimiento de la existencia real de la muerte, que es causa del impacto primero. Luego se transforma en miedo a la propia muerte y a la muerte de los demás miembros de la familia. Los sentimientos de culpa se originan en el dolor, el remordimiento y el miedo a la venganza

por alguna agresión u ofensa cometida. Algunos autores establecen tres fases para el duelo:

### ❖ **Primera fase**

Denominada “de impacto” por Silverman, o de “impasividad” por Parkes y Clayton, que dura de pocas horas a una semana después del deceso, que puede cursar mostrando una conducta semi-automática. Al principio puede haber una reacción de shock, de rechazo de la realidad, de sensación de negación.

### ❖ **Segunda fase**

Clasificada de “repliegue” según Silverman. o depresiva según Clayton, dura varias semanas o meses, que se inicia con síntomas de depresión reprimida, seguida de irritación y aislamiento. Después de unos días o sin que la segunda fase se presente, el individuo acepta que la muerte ha ocurrido y por consiguiente empieza a invadirle un intenso sentimiento de pena y que le puede producir síntomas físicos.

En esta fase se tienen sensaciones de angustia e impotencia, de depresión, trastornos del sueño, desaparece el interés por las cosas de la vida cotidiana, como el trabajo o las relaciones sociales. Frecuentemente se establecen largas conversaciones mentales con el difunto, que está presente a todas horas, hasta el punto de que piensan verlo por la calle o hasta que sienten su presencia, etc. Todos estos sentimientos pueden ser normales si no son exagerados. Es conveniente que se pase esta fase, para que luego llegue la fase del restablecimiento.

### ❖ **Tercera fase**

O de “recuperación” o restitución, se produce al cabo de seis meses o un año. Se puede sentir nuevamente bienestar y placer, todo parece normalizarse aunque, si el fallecido era importante, queda una sensación de vacío que nunca se llega a llenar del todo<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Dominica, F. REFLEXIONES SOBRE LA MUERTE EN LA INFANCIA. British Medical Journal (edición española). 1987

Freud, postula que el duelo hace referencia a la “pérdida del objeto amado”, incluyéndose como pérdidas objetales, tanto la muerte de un ser querido como la ruptura sentimental o la pérdida de empleo. Este mismo autor establece la diferencia entre aflicción y melancolía, al señalar que el afligido cumple el “duelo”, al admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos de amor. El melancólico rechaza la idea de la pérdida, se identifica con el objeto y retira su deseo del mundo.

Freud menciona que el duelo patológico es el que dura más de un año y no es posible superar la pérdida para la persona; además estaría en relación con el amor-odio hacia el objeto perdido (la excesiva culpa sería un deseo inconsciente del aniquilamiento del ser querido). Puede estar provocado por un retraso en la reacción o por manifestaciones desproporcionadas. El duelo no patológico es cuando la persona logra resolver en un tiempo prudencial el duelo y vuelve a retomar su vida cotidiana normal.

### ❖ ***Crisis y duelo***

La vida cotidiana está llena de “pérdidas”, grandes o pequeñas, que llevan consigo pena y dolor: desde el robo del vehículo, hasta el diagnóstico de una enfermedad grave, todas esas situaciones suponen una pérdida. Pero el hecho más importante para el estado psíquico, es el fallecimiento de un ser querido. Aquí los sentimientos son más intensos y la sensación de vacío puede llevar hasta el suicidio.

El duelo normal “conlleva una idealización transitoria de la persona que hemos perdido con cierta culpabilidad, por no haber hecho todo lo que hubiéramos podido hacer por ella; y el duelo patológico supone un incremento de la culpabilidad y una idealización persistente de la persona fallecida”.

Desde el punto de vista psicodinámico la diferencia entre “duelo normal” y “duelo patológico”, está en que en el duelo normal la persona incorpora los sentimientos y vivencias buenos y malos ligados al difunto, para quedarse con esos recuerdos o vínculos; por el contrario, en el duelo patológico el individuo está inmerso en su relación ambivalente (de amor-odio) con el fallecido. En este último supuesto el sujeto queda en duelo permanente.

La pérdida de un ser, para un niño es difícil de comprender debido a que una ausencia prolongada de sus padres es como una pérdida definitiva, pero lo importante es lo que puede causar en el niño dicha separación; todo esto sucede debido a que el niño no posee en su inconsciente una representación de contenido y solo es algo metafórico.

### ❖ **Mitos sobre el duelo**

*Prohibido sentirse liberado.* La muerte siempre es un mal no deseado; es algo inesperado. Generalmente cuando fallece un ser querido suele producirse una doble vivencia: sensación de vacío (por la pérdida) y sensación liberadora.

*Todos los que mueren son los mejores:* Cuando muere un familiar o amigo los comentarios que se escuchan siempre son: “era muy bueno”; “muy querido por su familia”; “tenía muchos amigos”; “siempre ayudaba al compañero...”.

*Siempre se puede hacer más:* Después de la muerte de un familiar queda una sensación de culpa que es necesario exteriorizar, para poder anularlo.

*“A mayor duelo”, mayor signo de cariño:* Pero la realidad es que no siempre hay una relación directa entre “manifestación de pena” y amor. Algunas veces, se siente una excesiva pena que puede ser manifestación de culpa por una mala relación con el difunto y en otras no le es posible a la persona llorar; y lo más evidente, la mejor forma de mostrar nuestro cariño es en vida, y sobre todo en el cuidado cuando se está enfermo.

### ❖ **El duelo como patología vincular**

El duelo no se improvisa. Es más bien la culminación de un proceso que se inicia con el nacimiento del propio sujeto y finaliza con la muerte. Existen diferentes tipos de vínculo: “el vínculo biográfico”, “el vínculo familiar”, “el vínculo interpersonal con el fallecido”. De la calidad de vínculos que haya generado a largo de la historia el individuo, va a depender el resultado final del “duelo”, el cómo se ha producido el fallecimiento y la propia vinculación del superviviente con su propia muerte, van a determinar el resultado de esa vivencia.

**“Vínculo” con la propia muerte.** Las tres actitudes ante la propia muerte (maníaca, narcisista y la creencia en un salvador, según Yalom) se pueden poner de manifiesto ante la “pérdida” de un familiar:

*Duelo maníaco.* Es caracterizado porque el superviviente, se vuelve hiperactivo, como por ejemplo multiplica sus actividades diarias, aumenta la cantidad de viajes, etc.; todo esto es consecuencia de su deseo inconsciente de no caer en la depresión o en la desesperación.

*Duelo narcisista.* Aquí se produce un refugio interior por parte de la persona como intento de suavizar el dolor por la muerte del familiar, por lo mismo aumenta las consultas al médico debido a su preocupación exagerada por su salud y la otra es que se refugia en la religión o en el destino como forma de huir del excesivo sufrimiento que le produjo la pérdida.

**El vínculo biográfico.** Mientras mejor integrados se tengan las normas y deseos, y se reconozcan las limitaciones y posibilidades, el duelo se podrá resolver más favorablemente. Por ejemplo, si en la primera infancia no se ha sabido establecer vínculos sanos, sentir seguridad en el mundo interno; habrá riesgo de que cuando se llegue a adulto se produzca un duelo patológico. La razón es que se origina una ambivalencia en el niño, entre lo que siente y lo que percibe desde fuera, que se reproducirá en las futuras relaciones de adulto. El sujeto está en interacción constante con “el otro”, y en ese movimiento entre las relaciones que tiene con sí mismo y con los demás, es donde va construyendo su propia personalidad.

**El vínculo grupal.** Dependiendo de la estabilidad que proporcione el grupo familiar y social, el individuo podrá realizar un duelo normal o uno patológico, debido a que ésta es otra de las dimensiones del superviviente. El grupo como tal puede, o no, contener la angustia producida por la pérdida.

El duelo, que es la adaptación a la pérdida, puede ser visto como un proceso que conlleva cuatro tareas básicas, las cuales es posible que alguien no realice alguna de estas tareas, dando como consecuencia un proceso de duelo incompleto, a lo que Engel

diría que esta persona tuvo una curación incompleta. Las cuatro tareas presentadas por J. Willian Worden en su libro “El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia” son:

**Aceptar la pérdida de la realidad.** Se refiere a afrontar la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Puede darse lo opuesto que es no creer en la pérdida mediante algún tipo de negación. También se puede hacer una distorsión de la realidad, la persona puede guardar posesiones del fallecido en forma momificada, para así tenerlas listas para que cuando el fallecido regrese y pueda usarlas, a esta situación el psiquiatra Geoffrey Gorer le llama momificación. Algunas personas pueden incluso negar el verdadero significado que la persona tenía, y verla como menos significativa para que no le afecte tanto la pérdida.

Aceptar la realidad de la pérdida lleva cierto tiempo que implica el intelecto y lo emocional, aunque intelectualmente se puede estar consciente de la pérdida, las emociones son las últimas que permiten aceptar la realidad.

**Trabajar la pérdida y el dolor de la pérdida.** Aunque no todas las personas experimentan el dolor con la misma intensidad, no se puede negar el mismo, cuando se pierde a alguien con quien se ha estado estrechamente vinculado. Hay quienes no consideran la necesidad de experimentar el dolor de haber perdido a alguien, por lo que buscan encontrar una cura viajando de un lugar a otro para aliviar el dolor y no permitirse sentirlo. A este hecho, se le puede llamar cura geográfica.

**Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.** La adaptación a la ausencia del ser querido, generalmente inicia a los tres meses de la pérdida del ser querido. En el caso de los adultos, puede implicar el hecho de vivir solo, educar a los hijos y controlar la economía; se enfrenta al hecho de desempeñar tanto los roles personales como los que tenía a cargo el fallecido.

**Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.** Se trata de encontrar un lugar adecuado en el cual colocar emocionalmente a la persona ausente, el cual le permita continuar su vida de manera eficaz en el mundo.

El duelo es un proceso que se resuelve a largo plazo, y este plazo va a variar de persona a persona, dependiendo en gran manera del vínculo afectivo que les unía. William Worder, afirma que el duelo acaba cuando una persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos, pues la persona ha recuperado el interés por la vida, se siente más esperanzada, experimenta gratificación nuevamente y se adapta a nuevos roles.

Freud, en «Duelo y melancolía» sitúa tres tiempos en la tramitación de un duelo: Primer tiempo: el sujeto reniega de la pérdida, no quiere saber de ella. Tiempo que sitúa como renegatorio de la pérdida. No puede perder el objeto aún, lo sigue esperando y creará poder recuperarlo aunque la realidad le indique algo diferente. Segundo tiempo: un desasimiento (desprendimiento) pieza por pieza de los lazos que lo unen al objeto perdido, ir soltando al objeto con el arrancamiento doloroso que ello supone por la porción de narcisismo que hay en juego en toda elección de objeto. Tercer tiempo: la libido se retrae hacia el yo (Freud ubica al yo como reservorio de la libido), para luego poder dirigirla hacia otros objetos. El sujeto toma rasgos del objeto de manera que pueda así perderlo: a condición de apropiarse de algo del objeto bajo la forma de la identificación.

### ❖ ***Sentimientos manifiestos en el duelo normal***

- Tristeza. Es el sentimiento más común. No es un dolor físico si no psíquico.
- Enfado. Proviene de la sensación de frustración de no haber podido hacer nada para evitar la muerte del querido y como una especie de regresión que se produce al sufrir la pérdida. El enfado que se produce en la persona en duelo, ha de identificarse y dirigirse hacia el fallecido para que se lleve a una conclusión sana.
- Culpa y auto reproche. En general se da de manera irracional y logra resolverse a través de la confrontación con la realidad.
- Ansiedad. Puede ser leve, como también podría generar ataques de pánico
- Soledad

- Fatiga
- Impotencia. Se refiere al hecho de sentirse en la incapacidad de haber podido evitar la muerte del ser querido.
- Shock. Se produce generalmente cuando la muerte es repentina, pero también puede darse cuando la muerte es esperada.
- Anhelos
- Emancipación. Se refiere al acceso de un estado de autonomía y un cese a la sujeción.
- Alivio
- Insensibilidad

### ❖ ***Sensaciones físicas manifiestas en el duelo***

- Vacío en el estómago
- Opresión en el pecho
- Opresión en la garganta
- Hipersensibilidad al ruido
- Sensación de despersonalización
- Falta de aire
- Debilidad muscular
- Falta de energía
- Sequedad de boca

### ❖ ***Cogniciones manifiestas en el duelo***

Muchos tipos de pensamientos atraviesan en la mente de la persona cuando ha sufrido una pérdida, pero hay algunos pensamientos que persisten y estos desencadenan sentimientos que pueden conducirle a una depresión o a problemas de ansiedad.

- Incredulidad
- Confusión
- Preocupación. Esta es una preocupación en la cual hay pensamientos obsesivos acerca de cómo recuperar a la persona fallecida. Puede incluir pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo.

- Sentido de presencia. Se refiere a que la persona puede pensar que el ser querido está en algún otro lugar.
- Alucinaciones. Estas pueden ser tanto visuales como auditivas.

### ❖ **Conductas manifiestas en el duelo**

- Trastornos del sueño
- Trastornos alimentarios
- Conducta distraída
- Aislamiento social
- Soñar con el fallecido.
- Evitar recordatorios del fallecido
- Buscar y llamar en voz alta
- Suspirar
- Hiperactividad desasosegada
- Llorar
- Visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan al fallecido
- Atesorar objetos que pertenecían al fallecido

### ❖ **Hijos cuyos padres mueren**

Quando la pérdida de uno de los padres se produce en la infancia o en la adolescencia, puede haber un fracaso en elaborar el duelo adecuadamente y posteriormente manifestar síntomas depresivos y/o dificultad para establecer relaciones íntimas durante la vida adulta.

J. William Worder escribe: *“que los niños elaboran el duelo y que lo que se necesita es encontrar un modelo de dueño que encaje con ellos en vez de imponer un modelo adulto. Aunque los niños pequeños muestran conductas similares al duelo cuando se rompen los vínculos de apego, la cuestión principal se encuentra alrededor de su desarrollo cognitivo. Necesitamos cierto nivel de desarrollo cognitivo para entender la muerte porque no podemos integrar algo que no podemos entender. Algunos de los conceptos cognitivos que son necesarios para entender plenamente la muerte son: a) el*

*tiempo, incluyendo el sentido de para siempre; b) la transformación; c) la irreversibilidad; d) la causalidad; y e) la operación concreta”<sup>4</sup>.*

Cuando se trata de niños, es importante que el profesional de la salud tenga presente que los niños elaboran el duelo según su desarrollo normal y cognitivo; los niños entre cinco y siete años de edad, son vulnerables pues se han desarrollado lo suficiente en lo cognitivo como para entender las implicaciones de la muerte y poseen una capacidad muy pequeña de afrontamiento; al sufrir una pérdida durante la infancia, hay posibilidad de revivirla en muchos momentos de la vida adulta pues se reactivan acontecimientos vitales importantes; y por último, se debe tener presente que se pueden aplicar a los niños tareas que se aplican a los adultos, pero entendiendo y modificando los términos según el desarrollo cognitivo, personal, social y emocional en el niño.

William Worden, afirma que si se quiere saber cómo va a responder una persona a la pérdida, es necesario saber ¿quién era la persona?, saber algo del fallecido, quién era para la persona; luego conocer la naturaleza del apego; lo que nos permitirá conocer que tan fuerte es el lazo afectivo entre ambos. Además es importante conocer el tipo de muerte, o sea cómo murió la persona; indagar si ha habido antecedentes históricos de pérdida; conocer las variables de personalidad, así como las variables sociales que incluye el apoyo emocional y social hacia la persona que ha sufrido la pérdida y como afirma el autor, “Elaborar un duelo es algo que lleva tiempo” .

Así también explica cómo los duelos no resueltos pueden provocar problemas en las personas que requerirán de psicoterapia para resolverlos. Se centra así en los temas del duelo patológico, la familia en proceso de duelo entendida como paciente; incluyendo la pérdida de un hijo así como la pérdida de los padres para los hijos. También trata el duelo del propio profesional o las pérdidas especiales como los abortos espontáneos o provocados, entre ellos, la muerte súbita, muerte perinatal.

---

<sup>4</sup> J. William Worden. EL TRATAMIENTO DEL DUELO: ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y TERAPIA. Editorial Paidós. México. Pp. 169

La psiquiatra Jean-Claude<sup>5</sup>, indica que la pérdida irremediable solo puede superarse a costa de un largo y penoso trabajo sobre uno mismo, a lo cual llama Freud *trabajo de duelo*, por la falta que introduce en uno la ausencia definitiva del objeto de amor. La prueba de realidad dicta la exigencia de retirar toda la libido de los lazos que la atan a ese objeto. Mediante defensas y resistencias, el yo, que se rebela contra las exigencias de la realidad intenta –a veces por medios irrisorios (insignificante, de poco valor)<sup>6</sup>- negar la pérdida y hacerse ilusiones de haber recuperado la presencia del objeto. La pérdida de un ser, a la vez amado e indispensable, amenaza con dejar en un estado de desamparo, si los adultos sobrevivientes no adoptan las actitudes adecuadas, luego se dificulta ese aprendizaje. Un niño no distingue entre las razones de la ausencia, ya se trate de un viaje, un despido, un disgusto o la muerte. En un niño 3 ó 4 años, una ausencia prolongada de sus padres viene a ser como una pérdida definitiva. Más lo importante es el estado profundo que pueden provocar las separaciones prologadas en edad temprana. El niño no posee en su inconsciente una representación de contenido y solo es algo metafórico, cuando se le indica que alguien ha muerto.

Desde el punto de vista del conocimiento y del pensamiento conceptual se considera en general que la idea de la muerte sólo se adquiere a la edad de ocho o nueve años, que es cuando el niño integra los conceptos de inmovilidad del cuerpo y luego los de irreversibilidad y universalidad de la muerte. Muchos factores implican que el niño puede realizar el trabajo de duelo, principalmente la manera en que haya realizado sus experiencias anteriores. Se comprende así porque un niño que ha sufrido separaciones difíciles y mal cicatrizadas es completamente incapaz de hacer frente a un duelo, por lo que el niño se apoya en los adultos para sentir su propio duelo, de lo contrario se mostrara incapaz y tendrá que pagar un precio muy alto. El niño puede llegar a *escindirse* dejando de existir en él dos actitudes contradictorias; una que reconoce la realidad de la pérdida y su carácter irremediable.

Freud, afirma que con respecto a la pérdida, hay que retirar toda la libido, o sea toda la energía vital, del lazo que ata al objeto amado y que el niño no distinguirá la razón de la ausencia. Mientras que John Bowlby relacionó el duelo del niño con el duelo

---

<sup>5</sup> Jean-Claude Arfouilloux. **NIÑOS TRISTES**. La depresión Infantil. Pp.44-79

<sup>6</sup> [www.es.thefreedictionary.com](http://www.es.thefreedictionary.com)

patológico del adulto. Entonces se comprende que el niño pequeño, cuyo funcionamiento mental está aún parcialmente regido por el principio del placer, es particularmente propenso a reaccionar ante el duelo mediante la represión, la escisión y la negación. Poder hablar del desaparecido es una condición necesaria en todo trabajo de duelo. Por ello en el niño no puede haber duelo propiamente dicho antes de que aparezcan las funciones simbólicas. El trabajo de duelo tiene como efecto asegurarle al niño su identidad cuando el padre muerto no está más para garantizarla y la inscripción del nombre del muerto, tanto en las memorias como en la tumba, tiene mucha importancia.

René Spitz describió las manifestaciones de la *depresión anaclítica*<sup>7</sup>, como un estado de profundo *marasmo*. Hay intensa necesidad de la madre por lo que la frustración y la necesidad de ella, pueden llevar al niño a la desesperación.

El niño no conoce la muerte y si la única persona con la cual puede mantener vínculos es con la madre, siendo ésta ausente es como si estuviera muerta, porque grande es su sentido de pérdida. El niño no posee en su inconsciente una representación de contenido y solo es algo metafórico, cuando se le indica que alguien ha muerto. Hay que distinguir dos grupos de hechos: por un lado, el estado de sufrimiento, las consecuencias morales y afectivas ocasionadas por la pérdida del objeto de amor y por otro, el trabajo de renuncia del objeto. El inconsciente Freudiano ignora la idea de la muerte, como ignora el tiempo, la contradicción y la negación. Solo cuando se prolonga la separación puede desaparecer la esperanza, dejando en su lugar una grave laguna en la experiencia afectiva.

Freud habla sobre *Pulsión de Muerte* que está presente en todo lo que apunta a desunir, a separar, a suprimir las tensiones por lo que podemos deducir su posible función en el trabajo de duelo. Indicando así que la imagen del muerto debe suprimirse a cero. Las muertes ocurridas en la infancia causan problemas cognitivos y afectivos. Lo más frecuente es que las emociones dolorosas sean desplazadas hacia otras personas. La ruptura del lazo de apego - da base a un duelo, a una separación - tiene en esta

---

<sup>7</sup> Depresión anaclítica, es un término creado por el psicoanalista René Spitz en 1945 para designar un síndrome depresivo sobrevenido en el curso del primer año de vida del niño, consecutivo al alejamiento brutal y más o menos prolongado de la madre (hasta un máximo tres meses) tras haber tenido el niño una relación normal con ella.

perspectiva consecuencias idénticas y casi automáticas. El duelo es un trabajo sobre palabras que lo identifican propiamente.

El fantasma de la incorporación efectúa en sentido propio lo que el proceso de introyección habría realizado de modo figurado con las palabras. Las representaciones del muerto que no tiene acceso al terreno simbólico, están como encerradas. El duelo que no expresa el sujeto se convierte en un panteón secreto. Corresponde a los adultos hacer que el niño exprese mediante palabras todo lo referente a la persona desaparecida. Lo no-dicho se confunde con lo indecible y de lo indecible a lo impensable, no hay más que un paso. Las graves inhibiciones en el comportamiento del individuo, se dan por los mismos afectos que están ligados al duelo.

### **1.2.3 Teoría de la personalidad de Carl Rogers**

**Carl Ransom Rogers** (1902 - 1987) fue partícipe y gestor instrumental en el desarrollo de la terapia no directiva, también conocida como Terapia centrada en el cliente, que renombró como Terapia centrada en la persona. Sus teorías abarcan no sólo las interacciones entre el terapeuta y el cliente, sino que también se aplican a todas las interrelaciones humanas. Empezó alterando la relación terapéutica al denominar al paciente como cliente, dándole a esta relación el aspecto de un verdadero encuentro personal amistoso. Consideraba que la terapia debía estar centrada en el cliente, y que este debía tener la oportunidad de dejar aflorar a la superficie sus problemas latentes sin mayor intervención del terapeuta. Pensaba que la persona llevaba en sí todas las potencialidades necesarias para su curación y evolución y que sólo necesitaba un entorno afectuoso y psicológicamente favorable para su maduración emocional. La terapia rogeriana resalta el uso preferente de la empatía para lograr el proceso de comunicación entre el cliente y el terapeuta o, por extensión, entre un ser humano y otro.

#### **❖ *Teoría de la personalidad de Rogers en el niño***

En cuanto a las características del niño, Roger afirma:

- Percibe su experiencia como una realidad.
- Posee una tendencia innata a actualizar las potencialidades de su organismo.
- Interactúa con su realidad en función de esa tendencia fundamental a la actualización.

- En su interacción con la realidad, el individuo se comporta como una totalidad organizada (gestalt).
- Se inicia un proceso de valoración organísmica, en la que el individuo valora la experiencia al tomar como criterio de referencia la tendencia actualizante.

Con respecto al desarrollo del yo, Rogers concluyó que sucede como consecuencia de la tendencia a la diferenciación y como consecuencia de la interacción entre el organismo y el medio.

Rogers señala tres condiciones fundamentales para el éxito de toda relación humana, tanto la de terapeuta y cliente, como la existente entre padres e hijos, profesores y alumnos, jefes y subordinados, etc.; ellas son la autenticidad, la aceptación incondicional y la empatía.

**Autenticidad:** Quien controle la relación debe mostrarse tal como es, sin pretender desempeñar un papel directivo, expresando en forma transparente sus propios sentimientos. No mostrarse tranquilo y satisfecho cuando, en realidad, está enojado y descontento. No aparentar que conoce todas las respuestas cuando no es cierto. No intentar parecer cariñoso cuando se siente hostil, No mostrarse seguro de sí cuando siente temor. No aparentar excelente salud cuando tiene un malestar físico. No colocarse en actitud defensiva, la que lo hará comportarse de manera superficial y opuesta a sus verdaderos sentimientos. Resumiendo, no intentar parecer un súper hombre o súper mujer.

Todo esto implica que la persona tiene que empezar por aceptarse a sí misma. ¿Cómo podría aceptar a otros, si no empieza por ella? El aceptarse a sí mismo es la consecuencia de la observación de sí, condición indispensable para que se empiece a producir un cambio en todo aquello que parece imperfecto. Es precisamente lo que el terapeuta espera conseguir en su cliente. Jung decía: «No puedo pedirle a mis pacientes que hagan algo que yo no soy capaz de hacer».

En el intento por descubrir su auténtico «yo», la persona necesita examinar los diversos aspectos de sus experiencias para poder reconocer y enfrentar las profundas

contradicciones que a menudo descubre. Reconoce, entonces, que gran parte de su vida está orientada a ser lo que «debería» ser y no lo que en realidad es. Por lo general, ha estado respondiendo a exigencias o expectativas ajenas y no a sus verdaderos sentimientos. Se da cuenta que ha tratado de «comprar cariño» al comportarse como los demás esperaban que lo hiciera. Comprende que su conducta habitual es sólo una máscara, una apariencia tras de la cual procura esconderse. Tiene la impresión de que puede resultar peligroso o potencialmente nocivo mostrarse tal como se es.

Además, la persona tiene que ponderar el hecho de que no es un producto terminado, salido de una fábrica con un bajo parámetro de control de calidad, sino un proceso vivo, abierto al cambio, capaz de evolucionar y de realizar todas las potencialidades que le fueron otorgadas en su nacimiento. Ella va descubriendo paulatinamente la confianza en sí misma, que es el instrumento más adecuado para producir la respuesta más satisfactoria a cualquier situación dada. Es capaz de aprender de sus errores y puede corregir las decisiones equivocadas. Puede observar sus sentimientos e impulsos, a menudo complejos y contradictorios, evaluar las exigencias sociales y personales y aceptarlas o no, según su propio discernimiento, sin dejarse manipular en beneficio interesado de otros. Llega progresivamente a sentir que cada vez necesita menos depender de la evaluación que los demás hagan de ella. Aprende a confiar en su propio juicio para decidir y elegir lo más conveniente. Le es profundamente estimulante adentrarse en la compleja corriente de la experiencia y tener la fascinante posibilidad de intentar comprender sus potencialidades siempre cambiantes.

El aceptarse a sí mismo y permitirse ser auténtico hace que las relaciones personales se vuelvan vitales, cálidas, significativas. Si se procura comunicarse con alguien desde su centro interno (la esencia) conseguirá tocar al otro en su propio centro.

**Aceptación incondicional:** Hay que aceptar al otro con todas sus características, sean gratas o no, valorándolo como esa persona única que es, sin intentar amoldarlo a nuestros propios criterios. Esto resulta más fácil una vez que uno se ha aceptado a sí mismo. Se ha aprendido por propia experiencia que el camino al cambio

pasa por la aceptación de lo que es. ¿Cómo podríamos cambiar algo sin conocer antes ese algo?

Cuesta, de todas maneras, permitir que nuestros padres, hijos, cónyuges, opinen de modo diferente al nuestro sobre determinados temas o problemas. Implica, a veces, tener que aceptar su hostilidad, su enojo, su crítica peyorativa. Cualquier reacción de nuestra parte añadiría leña a la hoguera. Tenemos que pensar qué es lo que deseamos conseguir, ¿romper la relación, o conservarla, volviéndola armoniosa?

Es muy grande la tentación de corregir o de señalar errores cuando estamos escuchando a alguien. Además, nos cuesta aceptar cada uno de los distintos aspectos que la persona nos está mostrando. Por muy disimulada que sea nuestra desaprobación, igual la persona puede percibirla. Hay cierta gente hipersensible que tiene un radar para detectar el más mínimo signo de rechazo, y entonces se cierra herméticamente, para nunca más. Esto ocurre de preferencia en pre adolescentes. Cualquier tipo de evaluación externa puede representar para algunas personas una amenaza, la que inhibe la expresión espontánea de sus sentimientos. Incluso una evaluación positiva puede sonar tan amenazadora como una negativa: Mientras más libre de juicios y evaluaciones pueda mantenerse una relación, más fácil resultará para la otra persona llegar a la comprensión de que - en última instancia - lo que más importa es su propio juicio. Entonces se sentirá libre para asumir su propia responsabilidad al manejar su vida. Cuanto más comprendido y aceptado se sienta, más fácil le resultará abandonar sus mecanismos de defensa y comenzar el camino hacia su propia maduración.

**Empatía:** Hay que esforzarse en vivenciar la situación y los sentimientos de la otra persona, procurar introducirse dentro de ella hasta el punto de poder intuir aquello que ella misma no ve. ¿Hasta qué punto eso puede ser una técnica factible de ser enseñada? Más bien depende de la sensibilidad innata del terapeuta, que le hace posible quedarse en blanco, abrirse totalmente al otro de modo que resuene en él, como si se hubiese transformado en una antena parabólica. Emerson decía: «Lo que tú eres habla tan alto que no me deja escuchar lo que dices». Igual pensaba Jung cuando entrevistaba por primera vez a alguien: «A este hombre no lo conozco». Entonces olvidaba todo lo que sabía, se abría por entero al paciente y le dejaba tomar de él justo aquello que necesitaba.

Esta comprensión empática exige no olvidar que se trata de los sentimientos de otra persona y no de los nuestros. Si lo que se escucha tiene alguna relación con problemas o sentimientos propios, es muy fácil identificarse con ellos y sufrir el dolor del otro como si fuera propio. La identificación nubla el raciocinio e impediría ver con suficiente lucidez cómo se podría ayudar al otro a clarificar sus propios problemas. Se trata de no sentirse deprimido por su depresión, angustiado por su angustia ni absorbido por su necesidad de dependencia.

Lo ideal es poder entrar en el mundo privado del otro y ver sus sentimientos y motivaciones, sin juzgar ni evaluar, tal como él los ve. Moverse en ese ámbito con delicadeza, sin pisotear conceptos o valores que son importantes para él. Se trata de percibir intuitivamente, no sólo aquellas experiencias que para él son conscientes, sino también esas otras que percibe apenas en forma velada y confusa.

Según decía Rogers: «Cuando la persona se da cuenta de que se le ha oído en profundidad, se le humedecen los ojos... Es como si un prisionero encerrado en una mazmorra - o un sepultado vivo - consiguiera por fin comunicarse con el exterior. Simplemente eso le basta para liberarse de su aislamiento. Acaba de convertirse de nuevo en un ser humano.»

### ❖ ***Terapia lúdica centrada en el cliente***

Una vez que el niño ha sufrido algún cambio personal, por ligero que sea; su situación ambiental ya no es más la misma. Pues se ha modificado su “valor de estímulo” para otras personas. Una vez que ha sido percibido de una manera diferente, se reacciona ante él también de manera diferente, y este tratamiento distinto puede llevarlo a cambiar más aún. Así el niño puede iniciar un ciclo de cambios. Hay casos en el que una actitud de profundo rechazo sea tan central en uno de los padres como para que no se vean afectadas por los cambios de la conducta del niño. Aun en este caso, la terapia lúdica puede ayudar a un niño a aceptar emocionalmente este hecho doloroso y por lo tanto, a buscar satisfacciones en otras partes.

Las confidencias del niño se mantienen en secreto, exactamente igual que las del cliente adulto. El terapeuta intenta proporcionar una relación de calidez y comprensión, en la que el niño pueda sentirse lo suficientemente seguro como para relajar sus defensas en la medida necesaria para apreciar cómo se siente al funcionar sin ellas. El terapeuta acepta al niño tal como es en ese momento y no intenta modelarlo de alguna manera socialmente aprobada, si no que está allí para proporcionar calor, comprensión y compañía, pero no liderazgo.

La terapia centrada en el cliente postula que en una relación no-amenazadora, el momento en que el niño trae material muy significativo está determinado por su disposición psicológica para hacerlo. Quizás el niño se quede en silencio, entonces si el terapeuta está verdaderamente convencido de que la hora le pertenece al niño, no sentirá la necesidad de presionarlo para que juegue o hable. El silencio total puede continuar durante una o diez horas. Aparentemente no hay catarsis, no hay reflejos de sentimientos, no hay comprensiones verbalizadas, no hay búsquedas interiores; en suma, ninguno de los fenómenos que generalmente se consideran característicos de un proceso psicoterapéutico se están dando. Sin embargo, con no poca frecuencia, estos casos pueden considerarse exitosos al basarse en los informes que reportan los adultos respecto a la conducta de estos niños. El hecho de que el terapeuta acepte el derecho del niño a expresarse libremente, de ninguna manera implica la aprobación de una actitud particular. El reflejo y aclaración de los sentimientos le ayudan al niño a manifestarlo. Si el niño se siente comprendido, tiende a traer material más productivo. El terapeuta refleja sentimientos positivos, negativos, o ambivalentes, e independientemente de su objeto o de la cantidad de veces que se producen, ninguna actitud o contenido específico se valora más que el resto. El ser aceptado como persona a pesar de las deficiencias, parece ser una parte importante de la terapia.

En el método de la terapia lúdica, le ofrece al niño la oportunidad de utilizar cierto período de tiempo como quiera, sujeto a unos pocos y amplios límites. Se provee al niño de los materiales de juego que se prestan como medios para que exprese sus necesidades, pero puede rechazarlos si lo desea. El terapeuta cree que la decisión del niño de hacer o no hacer algo, es más beneficiosa que la realización real. Se elevan al máximo las oportunidades para una autodirección responsable del niño, de acuerdo con la

teoría de que la sesión terapéutica es un buen lugar para comenzar a practicarla. Es necesario ver las pérdidas del niño, como él las ve, y no a través de los ojos del adulto.

### 1.2.4 Terapia de Juego

El juego es la forma de comunicarse del niño y es por ello que para trabajar con niños hay que entender y aprender el significado del juego. El terapeuta debe determinar la técnica más apropiada para cada caso en lugar de forzar al niño a un molde terapéutico, por tal razón, hay que individualizar y acomodar las técnicas al niño. Es a través del juego que se ayuda a los niños a expresarse y posteriormente a resolver sus trastornos emocionales, conflictos, o traumas. Y además promover el crecimiento y el desarrollo Integral, tanto en lo cognitivo como en las interacciones con sus semejantes de manera apropiada. Melanie Klein, utilizó el juego en los niños, como sustituto de la verbalización. La terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Puede ser directiva, en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar. No directiva, el terapeuta deja que sea el niño el responsable e indique el camino a seguir.

Se menciona que según Erickson el juego es una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo. Se menciona que últimamente, Csikszentmihalyi (1975, 1976), habla del concepto “fluir” relacionándolo con el juego, que incluye centrar la atención donde la acción y conciencia se funden y una pérdida de autoconciencia en el sentido de que el niño presta más atención a la tarea que a su propio estado corporal. Las variaciones en el concepto general de la conducta de juego incluyen simulación, fantasía y juegos con reglas. El juego simulado se caracteriza por ciertos tipos de comunicación:

- **Negación:** Los medios, a menudo bruscos, por los que se rompe o termina el estado.
- **Actuación:** Las gesticulaciones, tono, afirmaciones o actitudes del actor para establecer o sostener la situación de simulación, por ejemplo, llorar como un bebé.
- **Señales:** Sostienen la simulación informando al compañero y pidiéndole que continúe con el juego. Incluyen gruñidos, sonrisas, etc.

- **Las gesticulaciones preparatorias colocan la escena, proveen términos y condiciones y hacen funcionar la situación:** “Este teléfono verde es de la clase de los que la policía tiene en sus carros”. ¿Quieres jugar conmigo?
- **La técnica final contiene una mención explícita de las transformaciones de la situación simulada o define los papeles:** “Este es el tren” (mientras señala al sofá).

### ❖ ***Las Funciones de la Terapia de Juego***

**Biológicas:** Hacer que el individuo aprenda habilidades básicas, liberar energía excesiva y estimulación cinestésica.

**Intra personales:** Desarrolla exploración, iniciativa, comprensión de las funciones de la mente, cuerpo y mundo, desarrollo cognitivo, dominio de conflictos, satisfacción de simbolismos y deseos.

**Interpersonales:** promueve el desarrollo de habilidades sociales.

**Separación – Individuación:** permite un control de ansiedad relacionada con la separación.

**Socioculturales:** promueve el hecho de imitar papeles deseados<sup>8</sup>.

### ❖ ***Teoría de la estructura de la personalidad como base de la terapia de juego no directiva***

En todo individuo existe un impulso hacia la madurez, independencia y auto-dirección, en otras palabras, un impulso hacia la autorrealización. Para esto, el individuo necesita que el ambiente que le rodea favorezca el crecimiento para desarrollar una estructura bien balanceada.

Cada actitud y pensamiento del individuo va cambiando constantemente en relación a la interacción de las fuerzas psicológicas y ambientales en cada individuo, todo esto se debe a la dinámica de la vida. Se dice que el individuo constantemente está en busca de la satisfacción de sus necesidades, por lo que cuando el individuo logra satisfacerlas se dice que está bien adaptado; pero cuando no le es posible satisfacerlas toma caminos

---

<sup>8</sup> Schaefer, Charles E.; O'Connor, Kevin J. MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO. 489 pp.

diferentes o desviados, por lo que se dice que está mal adaptado. Una de estas necesidades es la autorrealización, por lo que algunas veces pareciera que su conducta está regida por el impulso de conseguirla. Aunque este impulso sea bloqueado por las presiones externas, el crecimiento hacia este objetivo no se detiene, sino que continúa a causa de las tensiones creadas por la frustración. La conducta que adopta el individuo demuestra que está satisfaciendo este impulso interno por medio de luchar abiertamente para establecer su auto concepto dentro del mundo real, o bien que lo está solventando en forma satisfactoria, reprimiéndolo en su mundo interno donde podrá establecerlo con menor esfuerzo.

Las manifestaciones de conducta que se exteriorizan dependen de la integración de las experiencias pasadas y presentes, de las condiciones e interrelaciones, pero están dirigidas hacia la satisfacción de este impulso interno que siempre continúa mientras exista vida.<sup>9</sup>

### ❖ ***Terapia de juego no directiva***

La terapia no-directiva se basa en la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, no sólo la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva, sino también el impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura. La terapia empieza en la etapa en la que el individuo se encuentre y basa el proceso en la configuración presente, lo que permite que los cambios sucedan rápidamente, incluso de un minuto a otro, durante el contacto terapéutico. La velocidad de estos cambios depende de la reorganización de las experiencias que el individuo haya acumulado, así como de sus actitudes, pensamientos y sentimientos que hacen posible llegar a la introspección; requisito indispensable para que una terapia tenga éxito.

La terapia no-directiva da “permisividad” al individuo de ser él mismo, acepta completamente su Yo sin evaluación ni presión para que cambie; reconoce y clarifica las

---

<sup>9</sup> Axline, Virginia M. TERAPIA DE JUEGO DIRECTIVA. Editorial Diana, S.A. México 1983. 377 pp.

actitudes emocionales expresadas, reflejando lo que el cliente expresa. Debido al proceso mismo, la terapia no-directiva ofrece al individuo la oportunidad de ser él mismo, de aprender a conocerse, de poder trazar su curso de acción abierta y francamente. Puede decirse que permite al niño la oportunidad de experimentar crecimiento en condiciones favorables, debido a que el juego constituye su medio natural de expresión; de esta forma expresa abiertamente sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión. Este proceso permite que el niño pueda enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlados 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.

### ❖ ***El terapeuta***

La actuación del terapeuta, no es pasiva, sino todo lo contrario, requiere de toda su atención, sensibilidad y, más aún, de una excelente apreciación de lo que el niño está haciendo o diciendo. El terapeuta debe ser permisivo y accesible en todo momento. Posee una inmensa paciencia y sentido del humor que relaja al niño, lo tranquiliza, y/o alienta a compartir con él su mundo interior. El conservar una actitud de completa aceptación, evitar sugerencias directas o insinuaciones dentro del juego, se traduce en disciplina severa para el niño.

El terapeuta encontrará que es de gran ayuda el tomar notas de las actividades y conversaciones que se desarrollan en el cuarto de juego, el material necesario para ello deberá estar a mano. Estas notas y todos los expedientes relacionados en el transcurso de la terapia deben ser confidenciales, y cuando se discutan por razones profesionales deberán ser lo suficientemente cubiertos para que nadie se vea turbado en forma alguna.

### ❖ ***Los ocho principios básicos de la terapia de juego***

- a) El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño.
- b) El terapeuta acepta al niño tal como es.

- c) El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
- d) El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.
- e) El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas.
- f) El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna.
- g) El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta.
- h) El terapeuta establece sólo aquellas limitaciones que son necesarias.<sup>10</sup>

### **a) Estableciendo la relación terapeuta - paciente**

Desde que el terapeuta entrevista al niño por primera vez; está estableciendo el contacto inicial; la estructuración<sup>11</sup> ha empezado. La madre puede esperar afuera del cuarto, pero si no estuviera preparada para separarse del niño se le puede permitir que permanezca en el cuarto siempre y cuando respete los principios básicos. El terapeuta se encontrará en la posibilidad de esclarecer una gran parte de los sentimientos que existen entre mamá y el niño, al tenerlos a ambos en el cuarto de juegos.

### **b) Aceptando al niño como individuo**

*El terapeuta acepta al niño tal como es.* La total aceptación del niño se demuestra por medio de la actitud del terapeuta. Él conserva una relación tranquila, segura y amigable con el niño. Todo esto requiere de una disciplina por su parte. La total aceptación del niño parece ser de vital importancia para el éxito de la terapia. El terapeuta debe estar alerta para aceptar los sentimientos violentos y agresivos del niño. El silencio, en ese momento, puede ser interpretado por el niño como algo que denota desaprobación y falta de aceptación. El tono de voz, la expresión facial, y aun los gestos utilizados por el terapeuta puede agregar o disminuir el grado de aceptación. El niño es un ser muy

---

<sup>10</sup> Axline, Virginia M. TERAPIA DE JUEGO DIRECTIVA. Editorial Diana, S.A. México 1983. 377 pp.

<sup>11</sup> LA ESTRUCTURACIÓN: Se refiere al fortalecimiento de la relación de acuerdo con los 8 principios mencionados para que el niño comprenda la naturaleza de los contactos terapéuticos y, por ende, esté en posibilidad de utilizarlos plenamente.

sensitivo y está capacitado para captar hasta el rechazo más velado (misterioso, invisible, disimulado) hacia su persona por parte del terapeuta.

### **c) Estableciendo un sentimiento de permisividad**

La hora de terapia es la hora del paciente y puede utilizarla como desee. La permisividad es establecida por la actitud del terapeuta hacia el paciente, por medio de expresiones faciales, tono de voz y acciones. Implica el uso o indiferencia hacia los materiales de acuerdo con los deseos del paciente. La absoluta permisividad que está basada en una total ausencia de sugerencias es más apropiada para el éxito de la terapia. Desde la primera sesión, el terapeuta permite al paciente saber que él respeta su capacidad para tomar sus propias decisiones y se apega a ese principio. El niño puede someter a prueba al terapeuta para investigar si cumple lo que dijo con relación a la permisividad, demostrando una actitud aburrida o de no querer hacer nada.

La permisividad continúa a través de todas las entrevistas. El terapeuta se encuentra alerta ante los sentimientos que el paciente expresa. Primero existe el período de exploración, luego el de prueba y por último el de relacionarse. Es importante que el paciente no desarrolle sentimientos de culpa como resultado de realizar los contactos de la terapia de juego. Cuando él se siente tan ilimitadamente aceptado por el terapeuta, puede golpear a la muñeca que representa a la mamá, enterrar al bebé muñeco en la arena, o recostarse en el piso y beber de la pacha, aunque tenga nueve, diez u once años de edad, y sin embargo realizar todas estas cosas sin sufrir sentimientos de vergüenza o culpa, entonces el terapeuta ha establecido un sentimiento de permisividad.

### **d) Reconocimiento y reflexión de sentimientos**

El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que el niño logra profundizar más en su comportamiento. Con frecuencia, y durante el contacto inicial, las respuestas del terapeuta parecen ser torpes y más apegadas a su libre albedrío que a los sentimientos que el niño está expresando. El terapeuta y el niño están conociendo su camino y

esforzándose por establecer la armonía. El niño está explorando el cuarto de juego.<sup>12</sup> El juego del niño es símbolo de sus sentimientos.

Es innegable que el niño, por medio del juego, está exteriorizando el punto clave de su problema. Mientras él sienta que es necesario utilizar un muñeco como medio, el terapeuta debe utilizarlo también. Cuando el terapeuta capta el sentimiento que es expresado y lo reconoce, el niño toma su punto de partida de ahí y el terapeuta puede en realidad observar al niño al adquirir una completa visión de sí mismo.

### **e) Conservando el respeto hacia el niño**

El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios. El cambio de comportamiento, debe provenir del mismo individuo como resultado de la visión que ha adquirido. Cuando el terapeuta deja que el niño sea responsable de hacer los cambios, está centrando la terapia en el niño. El terapeuta intenta ayudar al niño a comprender que él es responsable de sí mismo. Al niño se le brinda la oportunidad de obtener su equilibrio, él adquiere confianza en sí mismo y auto respeto, a la vez que edifica su propia estima.

### **f) El niño guía el camino**

El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino. El terapeuta lo sigue. El terapeuta indiscutiblemente se apega a la política no directiva, la cual indica que no debe realizar preguntas exploratorias a excepción de: “¿Deseas comentarme sobre ello?”, si el niño inicia una conversación respecto a algo que le ha molestado. El terapeuta elimina cualquier palabra de aliento o adulación, así que el niño no tiene ningún incentivo para actuar en determinada forma con el objeto de lograr más halagos. Tampoco critica sus acciones, así que él no se siente inhibido o fuera de lugar. Si solicita ayuda, el terapeuta se la brinda. Si pregunta respecto al uso de ciertos materiales, el terapeuta lo orienta.

---

<sup>12</sup> Axline, Virginia M. **TERAPIA DE JUEGO DIRECTIVA**. Editorial Diana, S.A. México 1983. 377 pp.

El terapeuta no realiza sugerencias. El cuarto de juego y los materiales en él, están a disposición del niño, en espera de su decisión. El período de terapia es su terreno de prueba, el lapso en el cual mide su capacidad. Si intenta hacer algo con arcilla, el terapeuta no sugiere que sea algo en específico, así como tampoco le presenta un conjunto de juguetes seleccionados con anterioridad, con la esperanza de que el material que ha sido expuesto en espera del niño sea el escogido por él.<sup>13</sup>

### **g) La Terapia no debe ser apresurada**

El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y como tal es reconocido por el terapeuta. La ley de la disposición opera en la sesión de terapia. Cuando un niño esté en disposición para expresar sus sentimientos en presencia del terapeuta, así lo hará. El intento de forzarlo ocasiona su retraimiento. Si el niño tiene un problema, él lo exteriorizará cuando esté preparado. El terapeuta deberá intentar ver las cosas a través de los ojos del niño, así como desarrollar un sentimiento de empatía con él. Jamás debe olvidar que el crecimiento es un proceso gradual.

### **h) El valor de las limitaciones**

El terapeuta sólo establece aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño su responsabilidad en la relación. Las limitaciones que son establecidas en la relación no-directiva, son naturalmente muy pocas, pero muy importantes. Es conducente para una buena terapia el confinar la mayor parte de las limitaciones en cosas materiales, tales como la destrucción a placer de los materiales de juego, averiar la habitación y atacar al terapeuta. Debe conservar en mente el hecho que la terapia de éxito está basada en la liberación de sentimientos que ayudan al desarrollo de la visión interior del sujeto, que redundan en una auto-dirección más positiva. El elemento tiempo es la más obvia limitación. El lapso de la sesión de juego es determinado y respetada su duración. Los materiales en la habitación son el medio por el cual el niño expresa sus sentimientos.

---

<sup>13</sup> Axline, Virginia M. **TERAPIA DE JUEGO DIRECTIVA**. Editorial Diana, S.A. México 1983. 377 pp.

Cualquier ataque hacia el terapeuta deberá ser controlado de inmediato. La experiencia terapéutica es una experiencia de crecimiento. Al niño se le brinda la oportunidad de deshacerse de sus tensiones, esclarecer el aire, por así decirlo, de sus sentimientos perturbadores, y al lograr esto, él adquiere un entendimiento de sí mismo que lo capacita para controlar su persona.

**¿Cuándo deben exponerse estas limitaciones?** Algunos terapeutas son de la opinión de que deben ser expuestas cuando el niño entra por primera vez al cuarto de juego para que no se sienta frustrado y traicionado cuando se le presente una limitación. Otros piensan que la expresión verbal de las limitaciones podría servir como reto al niño y enfocar sus actitudes basado en eso. Virginia Axline opina que es mejor aguardar hasta que sea necesario introducir las limitaciones.<sup>14</sup>

### ❖ ***El cuarto de juego y materiales que se sugieren***

El cuarto de terapia de juego es un lugar que propicia el crecimiento. Dentro de la seguridad de este cuarto es en donde *el niño*, es la persona más importante, él controla la situación y a sí mismo, 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.

Puede probar sus ideas y expresarse abiertamente, pues este es *su* mundo en donde no tiene que competir con otras fuerzas tales como la autoridad del adulto o la rivalidad de otros niños, o también situaciones en donde se le toma como instrumento en el juego entre dos padres quisquillosos o se convierte en el blanco de las frustraciones y agresiones de otra persona. Ahí es un individuo con sus propios derechos y se le trata con dignidad y respeto. Puede decir todo lo que se le venga en gana y seguir siendo respetado plenamente. Puede jugar con los juguetes de la manera que él quiera y aceptársele del todo. Puede odiar, amar o ser tan indiferente como una estatua, y seguirá siendo aceptado. Puede ser rápido como un remolino o lento como la melaza, más no se le limitará ni se le apresurará.

---

<sup>14</sup> Axline, Virginia M. TERAPIA DE JUEGO DIRECTIVA. Editorial Diana, S.A. México 1983. 377 pp.

Aun cuando es deseable disponer de una habitación separada y amueblada para el cuarto de juegos, esto no es absolutamente necesario. La habitación debe ser adaptada contra ruidos, si eso es posible. Se debe disponer de un fregadero con agua caliente y fría, en la habitación. Las ventanas deberán estar resguardadas por enrejados o cortinas.

### ***Materiales de juego que han sido utilizados con diferentes grados de éxito incluyen***

Entre los materiales de juego que han sido utilizados con diferentes grados de éxito en la terapia de juego, se incluyen botellas para alimento infantil; familia de muñecos; casa de muñecas amueblada, soldados de juguete, materiales domésticos de juego, una muñeca grande de trapo, títeres, un escenario para títeres, yeso de colores, arcilla, pinturas, arena, agua, pistolas de juguete, juego de palas, autos pequeños, aeroplanos, un caballete de pintor, papel para dibujar, trapos, fotografías de personas, casa, animales, una palangana, una pequeña escoba, un trapeador, papel para pintar y periódicos viejos. Los juegos de damas han sido utilizados con cierto éxito, pero no es el mejor tipo de material para el juego expresivo. La arena es un medio excelente para el agresivo juego de los niños. Si la habitación es lo bastante grande, se recomienda tener un “escenario” construido en uno de sus extremos, con una elevación promedio de veinte centímetros. Los materiales deberán ser colocados en estantes que sean de fácil acceso para los niños. Es responsabilidad del terapeuta mantener una revisión constante de los materiales, sacando los juguetes rotos y conservando la habitación en orden. Si el cuarto es utilizado por varios terapeutas, cada uno de ellos tiene la responsabilidad de ver que se deje en orden para que los resultados del juego de un niño no sean sugerentes al niño que llega después.

Debido a la naturaleza de algunos de los materiales de juego, se sugiere proveer al niño de una gabacha para proteger sus ropas; esto puede ser suministrado ya sea por los padres o por el terapeuta. Si no es posible adquirir todos los materiales, se puede iniciar utilizando un grupo de muñecas y unas cuantos muebles, incluyendo camas, mesas y sillas; pajas; arcilla; cajas de pinturas, si no es posible tener los frascos grandes de pintura de agua; papel para dibujar; yeso de colores; pistolas de juguete; soldados de

juguete; un auto de juguete; títeres; una muñeca de trapo, y un teléfono. Estos materiales pueden colocarse en una maleta y ser transportados con el terapeuta. Todos los objetos de juego deberán ser sencillos en su construcción y fáciles de manejar para que el niño no se sienta frustrado por un equipo que no puede manipular.

El sentir que repentinamente desaparecen las sugerencias, mandatos, reprensiones, restricciones, críticas, desaprobaciones, apoyo e intrusiones del adulto es una experiencia única para un niño. Todo esto se reemplaza en la terapia por una completa aceptación y permiso para ser él mismo. No es de sorprenderse que durante su primera sesión de terapia de juego, el niño frecuentemente parezca confundido. ¿De qué se trata todo esto? Está sospechoso y curioso a la vez. Siempre ha tenido a alguien que le ayude a vivir su vida y quizá hasta alguien con la firme determinación de vivir su vida por él; de repente esta interferencia desaparece y ya no está viviendo bajo la sombra de alguien que inevitablemente es más poderoso que él. Se encuentra afuera, a la luz del sol y las únicas sombras serán aquellas que él mismo desee crear.<sup>15</sup>

### ❖ ***El papel de los juguetes en la Terapia de juego.***

En la Terapia de Juego se evalúan las conductas expresadas y los juguetes cumplen el propósito de suscitar ciertas conductas-problema, de tal manera que podemos evaluar sus defensas, su nivel de tolerancia a la frustración, ansiedad, agresividad, dependencia o independencia, sus fortalezas y dificultades, su comportamiento en general. Por ello, en el proceso de evaluación y terapia, se recomiendan juguetes que permitan la expresión simbólica de las emociones y necesidades del niño. Así que es importante conocer la utilidad de cada juego.

#### **1. El rincón hogareño:**

Es una casa de juguete o esquina del cuarto, la cual contiene el tipo de equipo que se lista bajo “rincón hogareño”. En este rincón con frecuencia los niños tratan lo que han vivido en casa, aquí se experimentan roles y relaciones. Los niños ilustran casi en su totalidad algunas de sus asociaciones individuales con el “hogar” y los difíciles problemas

---

<sup>15</sup> Axline, Virginia M. **TERAPIA DE JUEGO DIRECTIVA**. Editorial Diana, S.A. México 1983. 377 pp.

que giran en torno a sus relaciones tempranas con figuras primarias. Cuando este juego se acepta y traslada, las energías pueden transferirse a otros tipos de juegos más maduros, en donde el rincón hogareño adquiere un estatus apropiado a la edad.

## **2. Casa de muñecas:**

El juego en la casa de muñecas puede ser muy revelador. Las muñecas llenan cierta cantidad de roles, los niños pueden jugar de manera realista. Los niños usan al muñeco bebé para expresar la parte de bebé propio, lo que le hace el niño al bebé (muñeco) puede que sea lo que se le hizo al niño cuando él era un bebé, por lo cual esta técnica es útil en toda terapia de juego.

## **3. Juguetes de construcción y rompecabezas**

Al utilizar juguetes de construcción los niños pueden expresar cómo se han sentido (aún de manera pre-verbal) acerca de ser “piezas descartadas” o “unirse”, “hacer algo nuevo”. Demoler creaciones a partir de los juguetes de construcción puede que sea la expresión vivida de sus sentimientos.

## **4. Armas:**

Pelear es una parte inherente a la naturaleza humana y muchos niños desean “actuar” mediante el uso de armas. En la terapia de juego, las armas se utilizan como defensa de las partes atemorizantes, indefensas e inmaduras de la personalidad y para atacar las amenazas del exterior. La agresión no necesariamente indica maldad, es un aporte saludable del desarrollo normal y los niños con frecuencia “pelean” para sobreponerse. Algunos niños que se sienten inseguros están en mayor disposición de pelear.

## **5. Juegos con animales**

De acuerdo a la mayoría de autores son de “suprema importancia en el simbolismo” ya que reflejan una jerarquía de instintos y áreas inconscientes que van desde los animales grandes y salvajes (que podrían vincularse con instintos fuertes de tipo animal) hasta los animales domésticos y con frecuencia obedientes. Los animales representan diferentes aspectos de la naturaleza de la persona o de las fuerzas instintivas diferentes del intelecto, voluntad y razón.

## **6. Material para artes plásticas**

Algunos niños se comunican con mayor facilidad a través de la forma, color y dibujo que de manera verbal. A través del arte se da al niño la oportunidad de expresar lo inexpresable, como reflejo del mundo interior del niño son necesarios los materiales como pintura, dibujos, trabajo con arcillas, arena y agua. Las creaciones del niño deben exponerse en cada sesión. El arte es una forma de comunicación simbólica que ofrece una oportunidad para la representación terapéutica y su solución.

## **7. Role playing dramático**

Muchos niños entran de manera espontánea en el role play dramático cuando se atribuyen roles a sí mismo (y el terapeuta de juego). El juego dramático incluye todas las variaciones desde la mímica hasta la actuación improvisada; los niños se disfrazan a sí mismos en otros personajes a partir del cual se desarrolla la fantasía y se expresan sus necesidades e impulsos internos. Algunos niños actúan dramas alrededor de un problema actual en su vida cotidiana.

## **8. Títeres**

Son una rica fuente de juego simbólico, a través de los títeres los niños pueden encontrar un medio para expresar cosas que serían difícil expresar abiertamente. El terapeuta debe tomar nota del dialogo, personaje y conflicto, las verbalizaciones y el tema principal de la historia.

La terapia centrada en el cliente se aplica en el niño por medio del juego no directivo donde el terapeuta generalmente solo interviene si así lo desea el paciente o como observador minucioso. Debido a que la terapia se basa en el hecho de que las personas llevan dentro de sí todas las potencialidades necesarias para su curación y evolución y sobre todo la capacidad innata de auto realizarse permite que el niño muestre mediante el juego sus ansiedades, miedos, molestias, etc. Todo esto se utiliza para que el niño transfiera también su agresividad a los juguetes y no hacia otras personas, lo que ayudará al niño a que vaya resolviendo su conflicto.

Esta terapia es muy parecida a la terapia No Directiva de Virginia Axline donde se permite que el niño escoja el juguete con el que desea jugar y por medio de él exprese sus

sentimientos únicamente estableciendo ciertos límites; por medio de la permisividad que se le da al paciente para que no juegue con nada si así lo prefiere o juegue con cualquier juguete, es la que hará que el paciente, en este caso el niño va descifrando por medio del juego cómo puede resolver su problema o entender lo incomprensible como en el caso de la muerte.

Cualquiera de las dos terapias son de utilidad y se combinan para proporcionar al niño la oportunidad de hacer lo que prefiera sin molestas reglas, acompañado de alguien que está dispuesto a escuchar y no a regañar; y algo muy importante es que puede jugar con lo que quiera y hasta romper algunos; esto permitirá la libre expresión, comprensión y autorrealización. En el duelo, la Terapia Centrada en el cliente se aplica en los niños por medio del juego así como la Terapia No Directiva de Virginia Axline, ambas terapias permiten que el niño exprese mediante el juego, si así lo desea, la confusión que éste le puede causar, la incomprensión con relación a la ausencia del ser querido dependiendo de su edad, el enojo que puede causar la muerte inesperada o la culpa de lo que no fue posible decir.

Estos procesos le ayudan a encontrar la armonía en todos los ámbitos de su vida con la ayuda del terapeuta, su familia y su maestro de escuela en algunos casos; siempre tomando en cuenta la capacidad inherente del ser humano de mejorar su condición física y mental y al mismo tiempo evolucionar como persona. Existen diferentes juguetes que pueden ser usados, pero uno de los principales es la familia de muñecos o títeres, por medio de los cuales el niño expresará, con el personaje que se identifique, todo el bagaje de sentimientos interiores y ocultos que le serían difíciles de exteriorizar de otra manera.

## **CAPÍTULO II**

### **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **2.1. Descripción de la muestra**

La presente investigación se llevó a cabo con un enfoque cualitativo debido a que se busca comprender el fenómeno de estudio en su ambiente usual. El enfoque cualitativo se realizó con un diseño no experimental puesto que no hubo ninguna manipulación de los hechos, si no que se observó a los pacientes tal como se desenvuelven en su contexto natural y durante las sesiones terapéuticas; haciendo uso de la investigación transeccional correlacional-causal, para así poder llevar a cabo una evaluación y análisis de la terapia de juego no directiva en la resolución del proceso de duelo.

Se seleccionó una muestra homogénea, debido a que se pretendía enfocar la investigación en un tema específico, en este caso, el duelo. La unidad de análisis fueron personas que asisten al Centro de Salud de la Zona 3, el cual atiende a niños, jóvenes, adultos y adultos mayores que habitan en la zona tres y lugares aledaños, en busca de servicios médico y ayuda psicológica, de los cuales se escogieron solamente aquellos pacientes que solicitaron la asistencia de un psicólogo que le ayude a sobrellevar la muerte de uno de los padres, de algún familiar y/o algún ser querido con quien haya establecido un lazo afectivo.

#### **2.2 Estrategia metodológica**

Las autoridades en funciones del Centro de Salud, tuvieron a bien autorizar por escrito la realización del trabajo de campo para la presente investigación, por lo cual se procedió a la promoción del servicio psicológico para niños de siete a catorce años de edad que hubiesen perdido a algunos de sus padres o algún familiar, colocando volantes y afiches con toda la información necesaria en las salas de espera y lugares estratégicos en el Centro de Salud. También se asistió a la reunión bimestral distrital del ministerio de educación para proporcionar volantes a los directores y cuerpo docente de las escuelas aledañas al centro de salud de la zona tres. Luego del interés manifestado por nueve personas, únicamente se logró realizar el trabajo con tres personas con quienes se realizó entrevista, cuestionario de rendimiento académico, observación participante, aplicación del

test de la figura humana y familia. Con la muestra obtenida se tuvieron sesiones terapéuticas de aproximadamente cincuenta minutos cada una, una vez por semana durante dos meses y medio. Este tiempo se inició con la entrevista a la madre de los pacientes para llevar a cabo la construcción de la historia clínica, se envió un cuestionario de conducta y rendimiento académico a cada uno de los docentes para poder así conocer el desenvolvimiento en el ámbito escolar. Posteriormente se aplicó el test de la figura humana, el cual permitió conocer la personalidad del paciente, y percepción del mundo en el cual vive. También se aplicó el test de la familia por medio del cual se evaluó la afectividad del paciente, el rol de cada miembro familiar, así como el rol que desempeña en su familia.

Posteriormente se adentró en la aplicación de la terapia de juego no directiva centrada en el cliente, realizando una observación participante desde el primer contacto con los pacientes. Luego de haber recopilado la información necesaria y llevar a cabo la aplicación de la terapia de juego, se procedió al cierre de casos y culminación del trabajo de campo para continuar con el análisis e interpretación de datos para la presente investigación.

### **2.3 Técnicas y procedimientos de trabajo**

Para la recopilación de información, se utilizaron las entrevistas cualitativas semi estructuradas con preguntas generales (gran tour). A través de la observación cualitativa se exploró los ambientes y diferentes aspectos de la vida social, tales como el lugar de estudio y ambiente familiar; lo que permitió adentrarse en la investigación haciendo uso de todos los sentidos para captar los ambientes y sus actores. El observador-investigador tuvo un rol abierto con participación parcial, ya que solo interactuó en algunas ocasiones durante la aplicación de la terapia de juego y en los demás ambientes, se limitó a la observación cualitativa haciendo anotaciones tanto directas, como interpretativas, temáticas y/o personales. Al mismo tiempo se aplicaron algunos test proyectivos como la Figura Humana y la Familia, pruebas que fueron analizadas siguiendo los lineamientos de interpretación para cada una de las mismas.

## 2.4 Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos utilizados para el desarrollo de la presente investigación son:

### ❖ **Entrevista cualitativa semiestructurada:**

La entrevista cualitativa puede definirse como una conversación provocada por el entrevistador, dirigida a sujetos elegidos sobre la base de una investigación, en un número considerable que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo, es guiada por el entrevistador y sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación.

### ❖ **Observación Cualitativa:**

Implica adentrarse en profundidad a situaciones sociales y mantener un rol activo, así como una reflexión permanente y estar pendiente de los detalles, sucesos, eventos e interacciones.<sup>16</sup>

### ❖ **Historia clínica:**

Incorpora los datos de los antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. Se origina a partir del primer contacto con el paciente. La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades profesionales.

### ❖ **Test de la figura humana:**

El dibujo de la Figura Humana pertenece al conjunto de las denominadas técnicas proyectivas en las que la persona no tan sólo se limita a efectuar un simple dibujo sino que se espera que plasme de forma indirecta, la esencia de su propia personalidad. También podemos hipotetizar, según los elementos y características del dibujo, acerca de sus capacidades y competencias cognitivas e intelectuales.

### ❖ **Test de la familia**

Es una herramienta insustituible y de base para explorar las dinámicas familiares, entornos, modalidades vinculares, alianzas, identificaciones, sentimientos de inclusión o

---

<sup>16</sup> Roberto Hernández Sampieri. **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**. 3ª. Edición. Mc Graw Hill. Pág. 458

exclusión respecto a la vida familiar, tales como las percibe desde su realidad psíquica la persona a quien le administramos esta técnica.

### ❖ **Terapia de Juego**

La terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Puede ser directiva, en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar. No directiva, el terapeuta deja que sea el niño el responsable e indique el camino a seguir.

### ❖ **Terapia lúdica centrada en el cliente**

En el método de la terapia lúdica, le ofrece al niño la oportunidad de utilizar cierto período de tiempo como quiera, sujeto a unos pocos y amplios límites. Se provee al niño de los materiales de juego que se prestan como medios para que exprese sus necesidades, pero puede rechazarlos si lo desea. Es necesario ver las pérdidas del niño, como él la ve, y el no a través de los ojos del adulto.

## CAPÍTULO III

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 3.1 Características de la muestra

Se seleccionó una muestra homogénea, debido a que se pretendía enfocar la investigación en un tema específico, en este caso, el duelo. La unidad de análisis fueron personas que asisten al Centro de Salud de la Zona 3, el cual atiende a niños, jóvenes, adultos y adultos mayores que habitan en la zona tres y lugares aledaños, en busca de servicios médico y ayuda psicológica, de los cuales se escogieron solamente aquellos pacientes que solicitaron la asistencia de un psicólogo que le ayudara a sobrellevar la muerte de uno de los padres, de algún familiar y/o algún ser querido con quien haya establecido un lazo afectivo.

❖ **Edades:**

Los pacientes que asistieron en busca de la ayuda psicológica al Centro de Salud de la zona 3 y que fueron atendidos para el presente estudio, estaban comprendidos entre los ocho y trece años de edad.

❖ **Género:**

Los pacientes atendidos en el centro de salud, para fines de la presente investigación, son de género femenino.

❖ **Motivo de consulta:**

La razón por la cual los pacientes fueron llevados al Centro de Salud de la zona 3 en busca de ayuda psicológica, obedecía al hecho de que habían perdido por muerte a uno de sus padres ó a un ser querido.

❖ **Datos generales:**

De los asistentes al Centro de Salud, se obtuvo una muestra homogénea, siendo todos del mismo género, habitantes de la cercanía del relleno sanitario ubicado en la zona 3, de escasos recursos económicos, cursantes de segundo primaria a primero de

educación básica en centros educativos ubicados en el sector de las zonas uno y tres de la ciudad capital; teniendo también en común la pérdida de alguno de sus padres o ser querido que hubiese fallecido, habiendo entre ellos, duelos no resueltos.

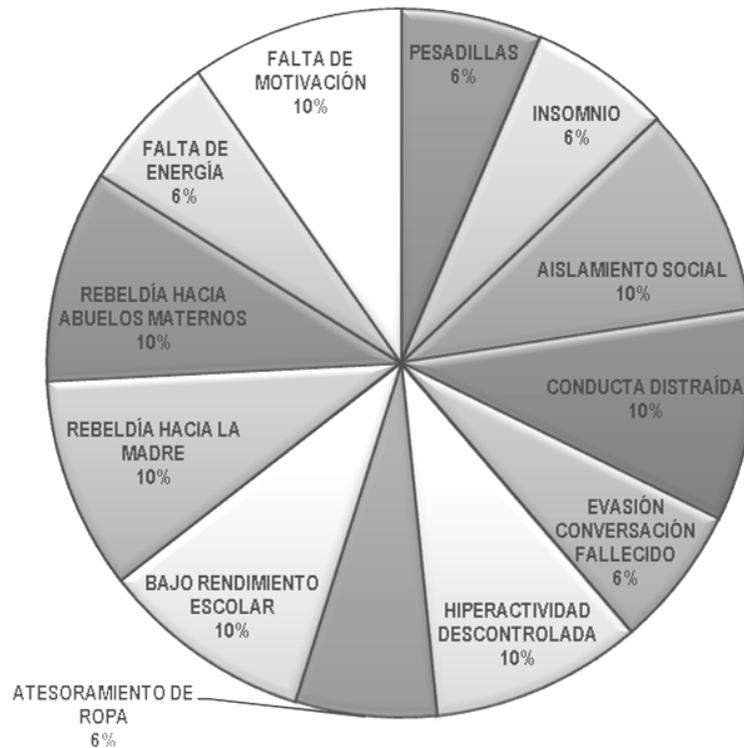
### 3.2 Duelo

El duelo es un proceso que se resuelve a largo plazo, y éste plazo varía de persona a persona dependiendo en gran manera del vínculo afectivo que les unía. Psicológicamente hablando, el hecho de perder a un ser amado es tan traumático como el hecho de herirse o quemarse gravemente; presentando el duelo una desviación del estado de salud y bienestar, que es necesario curar para que el cuerpo vuelva al equilibrio homeostático, debido a la alteración que ha sufrido en distintas funciones.

❖ **Biológico:**

Cuando una persona pierde a un ser querido, se manifiestan diferentes factores a nivel biológico.

**Gráfica No. 1**  
**FACTORES BIOLÓGICOS MANIFIESTOS DEL DUELO**



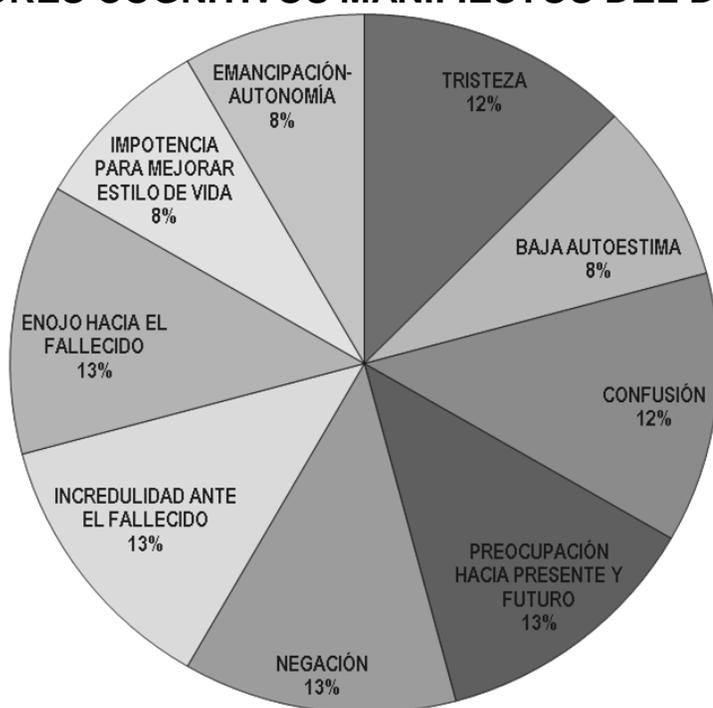
Fuente: información obtenida durante diferentes sesiones terapéuticas realizadas en el Centro de Salud de la zona 3, a pacientes que proceso de duelo. Año 2010

En las diferentes sesiones terapéuticas llevadas a cabo con los pacientes, se pudo observar, así como obtener referencia directa verbal, acerca de los factores biológicos que se estaban desencadenando, a raíz de la pérdida del ser querido. Los pacientes, en un 6% presentaban trastornos del sueño como pesadillas, un 6% también sufría de insomnio; el 10% de los pacientes estaba en aislamiento social, la conducta distraída era presentada por un 10%, el 6% de los pacientes evadía conversaciones acerca del fallecido, la hiperactividad descontrolada se manifestaba en 10%, el atesoramiento de ropa perteneciente al fallecido era presentado por un 6%, bajo rendimiento escolar fue manifiesto en un 10%, la rebeldía manifiesta hacía madre y abuelos maternos era practicada por un 10% , había falta de energía en un 6% y falta de motivación general en un 10% de los pacientes.

❖ **Cognitivo:**

Al haber perdido a su ser querido, los pacientes desencadenaron una serie de sentimientos, ya que el evento provocó una alteración a nivel cognitivo.

**Gráfica No. 2**  
**FACTORES COGNITIVOS MANIFIESTOS DEL DUELO**



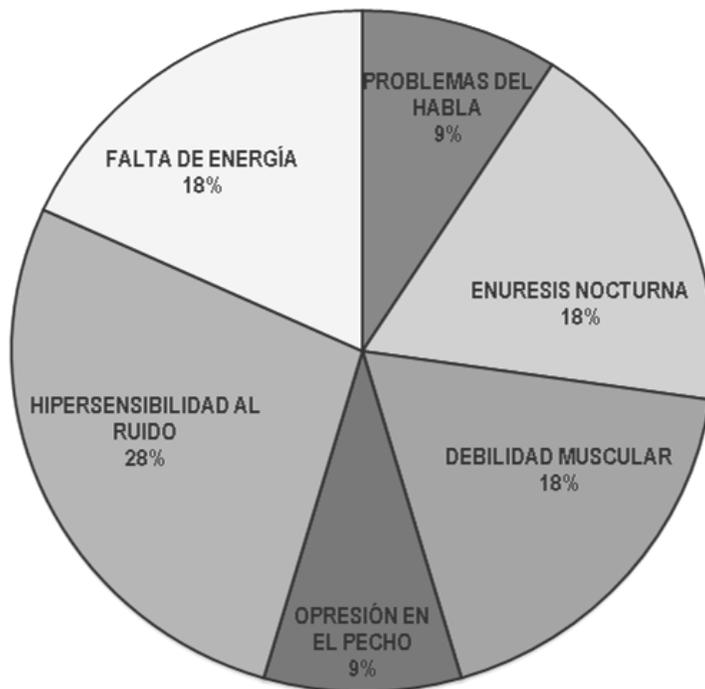
Fuente: información obtenida durante diferentes sesiones terapéuticas realizadas en el Centro de Salud de la zona 3, a pacientes que proceso de duelo. Año 2010

La gráfica demuestra que en los pacientes habían manifestaciones cognitivas como la tristeza en un 12%, la baja autoestima se manifestaba en un 8%, confusión y preocupación -al no saber respecto a su presente y futuro- era manifiesta en un 12%, negación e incredulidad ante el fallecimiento del ser querido fue presentada en un 13%, se manifestaba enojo hacia el fallecido por haber muerto en un 13%, impotencia al no poder mejorar su estilo de vida era manifestado por un 8%, y en algunos casos, el 8% tenía emancipación que se refiera al deseo de obtener un estado de autonomía y cese de la sujeción a alguna autoridad o potestad.

❖ **Físico:**

Es inevitable que el cuerpo se vea alterado debido a la pérdida del padre o de un ser querido.

**Gráfica No. 3**  
**FACTORES FÍSICOS MANIFIESTOS DEL DUELO**



Fuente: información obtenida durante diferentes sesiones terapéuticas realizadas en el Centro de Salud de la zona 3, a pacientes que proceso de duelo. Año 2010

Se obtuvo información acerca de que los pacientes fueron alterados a nivel físico por lo que manifestaban falta de energía en , problemas del habla; en algunos de los

pacientes, enuresis nocturna que se refiere a la emisión incontrolada de orina durante la noche; debilidad muscular, falta de energía, opresión en el pecho e hipersensibilidad al ruido.

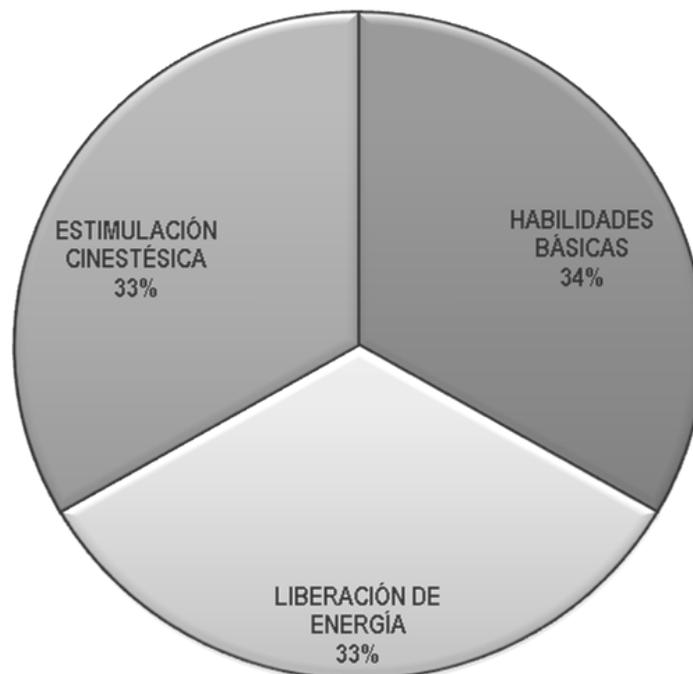
### 3.3 Terapia de juego

El juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. La terapia empieza en la etapa en la que el individuo se encuentre y basa el proceso en la configuración presente, lo que permite que los cambios sucedan rápidamente, incluso de un minuto a otro, durante el contacto terapéutico; en diferentes funciones.

#### ❖ **Biológicas:**

Una de los cometidos de la terapia de juego, es el desarrollo de funciones biológicas en el ser humano.

**Gráfica No. 4**  
**FUNCIONES BIOLÓGICAS DESARROLLADAS POR MEDIO DE LA**  
**TERAPIA DE JUEGO**



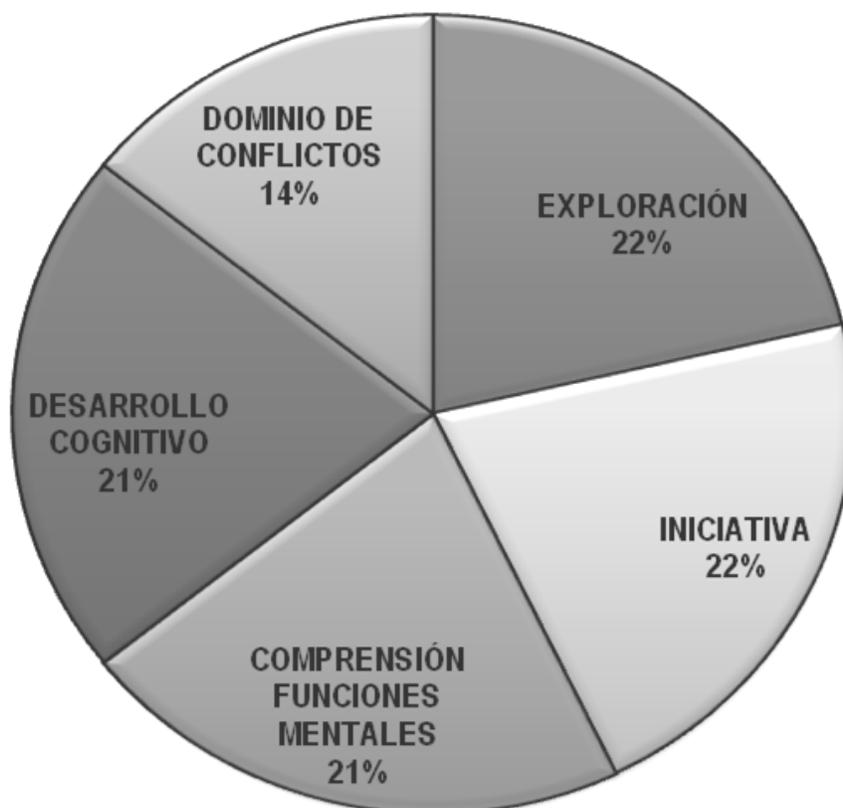
Fuente: información obtenida durante diferentes sesiones terapéuticas realizadas en el Centro de Salud de la zona 3, a pacientes que proceso de duelo. Año 2010

A través de la aplicación de la terapia del juego, los pacientes desarrollaron habilidades básicas en un 34%, tales como locomotricidad, manipulación de objetos y equilibrio corporal haciendo uso de rompecabezas, juguetes de construcción, juego con animales, material para artes plásticas; lo cual también permitió la liberación de energía en un 33% contribuyendo al desarrollo para controlar impulsos y evitar conductas inapropiadas. También permitió la estimulación cinestésica en un 33% obteniendo así la capacidad de unir el cuerpo y la mente para lograr buen desempeño físico.

❖ **Intra personales:**

Una de las áreas a desarrollarse y fortalecerse en el ser humano por medio de la terapia de juego, en el área intra personal.

**Gráfica No. 5**  
**FUNCIONES INTRAPERSONALES DESARROLLADAS**  
**POR MEDIO DE LA TERAPIA DE JUEGO**



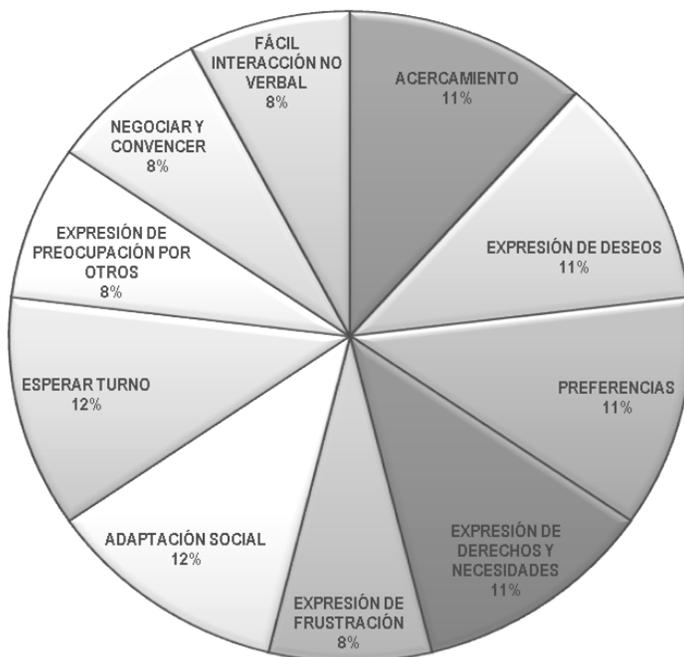
Fuente: información obtenida durante diferentes sesiones terapéuticas realizadas en el Centro de Salud de la zona 3, a pacientes que proceso de duelo. Año 2010

La terapia de juego permitió al 22% de los pacientes desarrollar en un exploración al tener la variedad de juego a su disposición, un 22% desarrolló iniciativa para utilizar diversos juegos, un 21% de los pacientes manifestó comprensión de las funciones de la mente, cuerpo y mundo, otro 21% mostró desarrollo cognitivo al ser enriquecido por el uso de los diferentes juegos, el dominio de conflictos presentes y manejados durante la terapia fue de un 14%, satisfacción de simbolismos y deseos, debido a que el juego se constituye en un medio natural de expresión abierta de sentimientos acumulados como tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión; permitiendo al paciente enfrentarse a ellos, aprender a controlarlos o a rechazarlos y al lograr alcanzar una relajación emocional, se da cuenta del poder interno que tiene para ser un individuo con derechos propios, de poder pensar por sí mismo y tomar decisiones propias alcanzando así una mayor madurez psicológica y llegar a realizarse plenamente.

❖ **Interpersonales:**

Al aplicar la terapia de juego, se favorece el desarrollo de funciones interpersonales en el desarrollo del ser humano.

**Gráfica No. 6**  
**FUNCIONES INTERPERSONALES DESARROLLADAS**  
**POR MEDIO DE LA TERAPIA DE JUEGO**



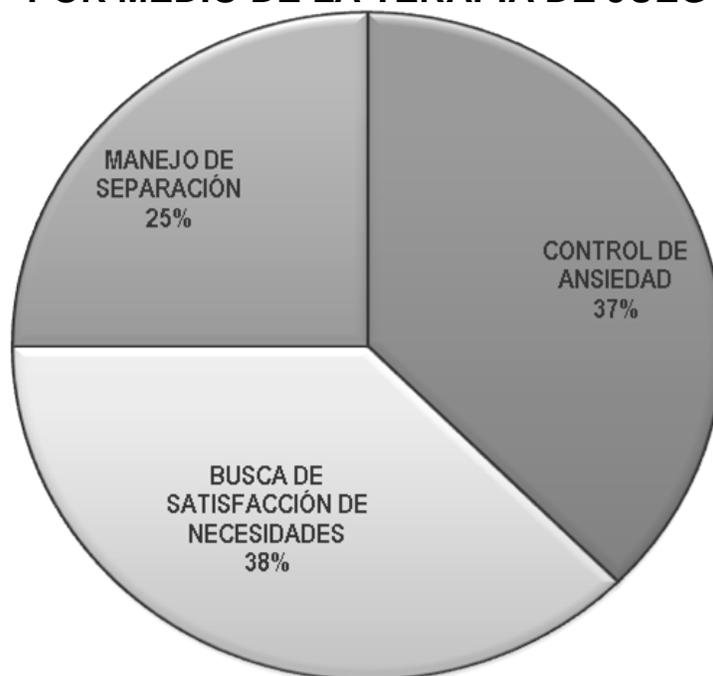
Fuente: información obtenida durante diferentes sesiones terapéuticas realizadas en el Centro de Salud de la zona 3, a pacientes que proceso de duelo. Año 2010

Por medio de la terapia de juego no directiva, se favoreció en los pacientes el desarrollo de habilidades sociales para poder interactuar con el mundo que les rodea desempeñándose naturalmente con otras personas, un 12% manifestó fácil acercamiento con otros en forma positiva, la expresión de deseos se manifestó en un 12%, preferencia manifiesta en un 13%, los pacientes presentaron manifestación de derechos y necesidades en forma apropiada en un 13%, expresión de frustración y enojo sin dañar a otros ni la propiedad ajena fue manifiesto en un 8%, fácil acceso a grupos de juego y trabajos en el aula pudo ser notorio en un 13%, manifestaron en un 13% que podrían esperar su turno adecuadamente, el 8% mostró preocupación por los demás, lograr negociar y convencer a otros de manera adecuada fue manifiesto en un 8% de los pacientes así como la manifestación en un 8% de fácil interacción en forma no verbal con otros niños a través de sonrisas, saludos y afirmaciones.

❖ **Individuación:**

La terapia de juego, promueve el desarrollo de la ansiedad relacionada con la separación del ser amado.

**Gráfica No. 7**  
**FUNCIONES DE INDIVIDUACIÓN DESARROLLADAS**  
**POR MEDIO DE LA TERAPIA DE JUEGO**



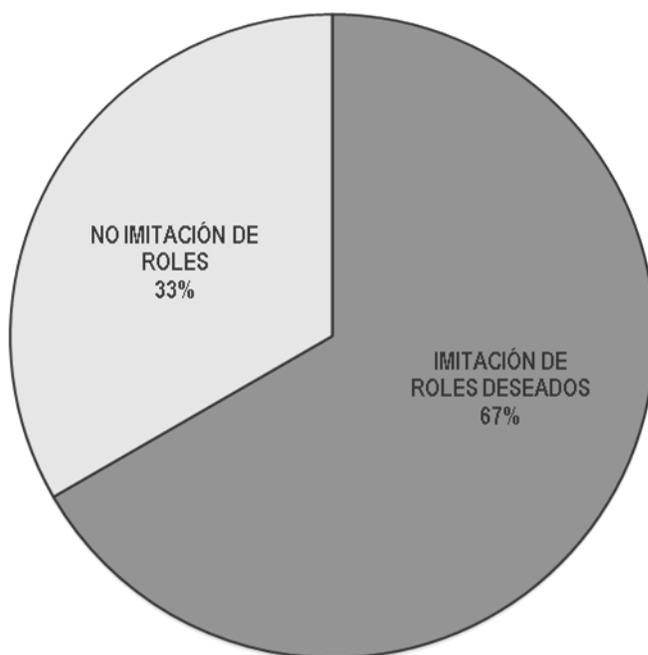
Fuente: información obtenida durante diferentes sesiones terapéuticas realizadas en el Centro de Salud de la zona 3, a pacientes que proceso de duelo. Año 2010

Cada uno de los pacientes fue teniendo un control de ansiedad que estaba relacionado con la separación del ser querido debido al fallecimiento. El control de ansiedad se manifestó en un 37% de los pacientes. Fue observable que un 38% estaba en busca de la satisfacción de sus necesidades, siendo una de ellas la autorrealización, por lo que pareciera que algunas veces su conducta es regida por el impulso de conseguirla y la conducta ansiosa adoptada demuestra que esta satisfaciendo el impulso interno por medio de la lucha abierta para establecer su auto concepto dentro del mundo real, reprimiéndolo en su mundo interno donde podrá establecerlo con menor esfuerzo pues todas sus conductas van en dirección de satisfacer el impulso interno, el cual siempre estará presente mientras viva; esto a la vez permitió el manejo de la separación en un 25% de los pacientes.

❖ **Sociocultural:**

En la terapia de juego es promovido el desarrollo de funciones socioculturales en el paciente.

**Gráfica No. 8**  
**FUNCIONES SOCIOCULTURALES DESARROLLADAS**  
**POR MEDIO DE LA TERAPIA DE JUEGO**



Fuente: información obtenida durante diferentes sesiones terapéuticas realizadas en el Centro de Salud de la zona 3, a pacientes que proceso de duelo. Año 2010

Durante la aplicación de la terapia de juego no directiva, se promovió en los pacientes la imitación de roles o papeles deseados, lográndose percibir en cada uno de ellos, el deseo de ocupar tanto el rol paterno, como materno, e incluso el de héroe salvífico ante la situación vivida. Conforme se avanzó en el juego, los pacientes fueron comprendiendo el rol adecuado dentro de su familia y la vida real presente. La imitación de roles fue manifiesta en un 67% de los pacientes, y un 33% no manifestó el deseo de imitar roles.

### **3.4 Análisis de los efectos de la Terapia de Juego no directiva para la resolución del proceso de duelo**

La terapia de juego no directiva se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño, siendo efectiva en la resolución del proceso de duelo en niños y adolescentes de siete a catorce años de edad; pues a través del juego el individuo aprende habilidades básicas, libera energía excesiva y estimulación cinestésica, que es la capacidad de unir el cuerpo y la mente para lograr el perfeccionamiento del desempeño físico; desarrolla exploración, iniciativa, comprensión de las funciones de la mente, cuerpo y mundo; desarrollo cognitivo, dominio de conflictos, satisfacción de simbolismos y deseos; promueve el desarrollo de habilidades sociales, permite un control de ansiedad relacionada con la separación y promueve el hecho de imitar papeles deseados.

El duelo causa un desequilibrio biopsicosocial en el niño, alterando el desarrollo normal y su interacción con el mundo que lo rodea, al no resolverse el duelo en forma positiva, impide un desarrollo integral en el ser humano conllevándolo a un estado patológico, es decir a un estado enfermizo y anormal que altera la percepción del entorno en el cual se desenvuelve, por lo que al ser atendido por un psicólogo quien aplica la terapia de juego, permite que el niño pueda mostrar sus pensamientos y sentimientos que le son difíciles de verbalizar; contribuyendo así a la resolución del proceso de duelo.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 Conclusiones**

- 4.1.1 Para la resolución del proceso de duelo en niños de siete a catorce años de edad, es efectiva la utilización de la terapia de juego no directiva centrada en el cliente.
- 4.1.2 Los pacientes comprendidos en las edades de siete a catorce años de edad, serán fuertemente afectados por la pérdida de uno de los padres o de un ser querido.
- 4.1.3 El tratamiento psicológico es necesario para la resolución del proceso de duelo por la pérdida de uno de los padres o de un ser querido en pacientes que se encuentre en una edad de siete a catorce años de edad.
- 4.1.4 Los pacientes que no han resuelto su duelo, manifiestan un duelo patológico, es decir un estado enfermizo o anormal, pues no han tomado tratamiento psicológico inmediato o no se les permitió vivir su duelo adecuadamente para poder resolverlo positivamente.
- 4.1.5 Es necesario tener un tiempo y espacio para hablar y llorar respecto a la pérdida del ser querido.
- 4.1.6 Es de gran utilidad hacer uso de técnicas proyectivas que permitan profundizar en la personalidad y la totalidad del paciente para conocer las afecciones en su ser interior, ya que revelan aspectos inconscientes de la conducta.
- 4.1.7 El adulto necesita estar informado de lo importancia y la necesidad de brindar ayuda psicológica a los niños cuando vivan la pérdida de alguno de los padres o algún ser querido para ellos.

## **4.2 Recomendaciones**

- 4.2.1. Fortalecer la continuidad del tratamiento psicológico en los pacientes para la resolución del proceso de duelo por la muerte del progenitor haciendo uso de la terapia de juego no directiva centrada en el cliente, así como otras técnicas psicológicas que el profesional de la salud considere pertinentes en el tratamiento de cada paciente.
  
- 4.2.1 Fortalecer el tratamiento psicológico en los pacientes requiriendo la colaboración de los docentes del centro educativo informándoles de la importancia del asesoramiento psicológico orientándolos por medio de reuniones grupales en la que los niños puedan expresar lo que les molesta y altera su integridad.
  
- 4.2.2 Solicitar el apoyo de los familiares de los pacientes para que contribuyan a la resolución del proceso de duelo permitiéndoles hablar al respecto, participar en los rituales, visitar la tumba del fallecido, permitirles llorar y aceptar los sentimientos generados en el niño por la pérdida del padre o el ser querido que ha muerto.
  
- 4.2.3 Continuar con aplicación de la terapia de juego no directiva centrada en el cliente para la resolución del proceso de duelo a niños comprendidos en las edades de 7 a 14 años de edad que asisten al Centro de Salud de la zona 3 y que son atendidos por cualquier terapeuta en diferentes lugares.
  
- 4.2.4 Brindar tratamiento psicológico a los padres de los pacientes para resolver su propio duelo y que también pueda ayudar a sus hijos a la resolución del proceso de duelo, asistiendo cada uno de ellos a sesiones terapéuticas efectivas para su persona.
  
- 4.2.5 A la Escuela de Psicología, se recomienda brindar mayor apoyo a los centros de salud para que cuenten con el servicio psicológico a favor de la población guatemalteca, realizando mayor cobertura en la prestación del servicio por medio de coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Ministerio de Educación de la nación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Axline, Virginia M. TERAPIA DE JUEGO DIRECTIVA. Editorial Diana, S.A. México 1983. 377 pp.
2. Carl R. Rogers. Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós. México. 1981. 459 páginas
3. Dominica, F. Reflexiones sobre la muerte en la infancia. British Medical Journal. Edición Española. 1987
4. Hernández Sampiere, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. 3ª. Edición. México. 705 pp.
5. J. William Worden. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Paidós. 2a. Edición. 2,004. 240 pp.
6. Lee, C. La muerte de los seres queridos: cómo afrontarla y superarla. Plaza & Janés.
7. Schaefer, Charles E.; O'Connor, Kevin J. Manual de terapia de juego. 489 pp.
8. Worden J. William. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Paidós. 2a. Edición. 2,004. 240 pp.

# **ANEXOS**

## HISTORIA CLÍNICA

### I. Identificación:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Colegio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Lugar de Residencia y Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

### II. Ingreso

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Persona/entidad que remite: \_\_\_\_\_

### II. Antecedentes de la Pérdida Actual

- Relación del fallecido con el niño: \_\_\_\_\_
- Circunstancias de la pérdida (Quién, cuándo, dónde y cómo):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Persona que comunicó la noticia al niño: \_\_\_\_\_
- Forma en que se le dio la noticia:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento y muerte del familiar: \_\_\_\_\_

### IV. Participación en los rituales (Si - No)

- Velación (Nº horas de duración del ritual): \_\_\_\_\_
- Elogio o sermón fúnebre    SI            NO
- Cortejo: SI                    NO
- Visita de pésame o condolencia: SI            NO
- Novena: SI                  NO
- Otros  
(especificar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## V. Antecedentes de Pérdida y Duelo

Seleccione la que procede y anote la fecha de su ocurrencia:

- Divorcio o separación:

\_\_\_\_\_

- Mudanza:

\_\_\_\_\_

- Amigos que se mudaron:

\_\_\_\_\_

- Pérdida de trabajo parental:

\_\_\_\_\_

- Mascotas muertas:

\_\_\_\_\_

- Robo:

\_\_\_\_\_

- Incendio:

\_\_\_\_\_

- Pérdida de seres queridos (incluya evolución de las mismas):

\_\_\_\_\_

- 

\_\_\_\_\_

- Pérdidas escolares:

\_\_\_\_\_

- Otras (especifique)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VI. Acompañamiento familiar al duelo del niño (subraye las implementadas)

-Leer sobre el duelo en los niños

-Legitimizar sus sentimientos

-Animarle a expresar sus emociones y sentimientos en compañía de un familiar

-Leerle cuentos o historietas

-Llevarle al médico o al psicólogo



- Animarle a que no se esconda para llorar
- Caminar con el niño
- Hablar con el niño del ser querido que falleció
- Hacer juntos un álbum, una cartelera o una caja de recuerdos
- Visitar el cementerio con el niño si él lo desea
- Hablar con el niño de sus temores y angustias
- Animarle a dibujar o pintar siempre y libremente lo que él siente
- Estimularle a elaborar un homenaje personalizado
- Animarle a escribir una carta, un poema, una caricatura o un cuento
- Animarle a escribir un diario
- Terapia del rasgado o rayado de Papel
- Jugar y estar siempre ahí, con el niño
- Terapia del Inflado y Estallido de Bombas
- Músicoterapia
- Comprarle un cuento sobre la muerte
- Salir de compras
- Salir de paseo al campo o a un parque
- Inscribirlo en un curso o actividad deportiva
- Trabajar con arcilla, plastilina o masa
- Montar una Sesión de Títeres
- Ir a la piscina
- Sembrar un árbol
- Escribir una biografía
- Otras (especifique): \_\_\_\_\_

**VII. Unidad/Entorno Familiar:** Seleccione la que procede:

Un solo padre: \_\_\_\_\_ Unión libre: \_\_\_\_\_ Huérfano: \_\_\_\_\_  
Divorcio: \_\_\_\_\_ Adopción: \_\_\_\_\_ Drogadicción: \_\_\_\_\_  
Familia mezclada (propia y de origen, extendida): \_\_\_\_\_ Alcoholismo: \_\_\_\_\_  
Violencia Intrafamiliar: \_\_\_\_\_ Violencia externa: \_\_\_\_\_ Desplazado: \_\_\_\_\_  
Desempleo: \_\_\_\_\_ Abuso sexual: \_\_\_\_\_ Miseria: \_\_\_\_\_  
Enfermedad física (\*): \_\_\_\_\_ Enfermedad mental (\*): \_\_\_\_\_

(\*) El niño convive con familiar que presenta enfermedad física o mental

**VIII. Historia Escolar** (Bueno, regular, mal)

▪ Curso actual (año escolar):	Bueno	Regular	Mal
▪ Interés previo por estudiar:	Bueno	Regular	Mal
▪ Interés actual por estudiar:	Bueno	Regular	Mal
▪ Rendimiento previo:	Bueno	Regular	Mal
▪ Rendimiento actual:	Bueno	Regular	Mal
▪ Socialización previa:	Bueno	Regular	Mal
▪ Socialización actual:	Bueno	Regular	Mal
▪ Interés previo por las tareas en casa:	Bueno	Regular	Mal
▪ Interés actual por las tareas en casa:	Bueno	Regular	Mal

**IX. Actitudes del Niño/a Hacia Otros Significativos**

- Hacia él mismo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Hermanos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Padres:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Abuelos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Amigos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Mascotas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Otros:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**X. Intereses**

Lo que le gusta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lo que no le gusta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**XI. Conducta Escolar Actual (\*)**: Seleccione la/s que procede/n:

- Alborotador ( )                      Incapacidad para concentrarse ( )  
Peleador ( )                              Grosero ( )                      Dice palabrotas ( )  
Nervioso ( )                      Se ausenta de clase ( )                      Pierde el año ( )  
Pierde asignaciones ( )                      Muy aislado ( )                      Muy cansado ( )

Quejas físicas (especificar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otras (especificar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(\*) Si esta conducta estaba presente previamente, se anotará la observación, tanto si está peor como, muy especialmente, si está inhibida.

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**XII. Conducta Actual en Casa (\*)**: Seleccione la/s que procede/n:

- Más aislado ( )                      Pérdida del apetito ( )                      Aumento del apetito ( )  
Apegado a los padres ( )                      Incrementado perfeccionismo ( )                      Juega menos ( )  
Habla excesivamente acerca de la pérdida ( )                      Pesadillas ( )  
Peleador con padre/s y hermano/s ( )                      Miedos exagerados\*\* ( )  
Trastorno del sueño ( )                      Llanto muy constante ( )

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

(\*) Si esta conducta estaba presente previamente, se anotará la observación, tanto si está peor como, muy especialmente, si está inhibida. (\*\*) A la oscuridad, ruidos, robo, secuestro, salir a la calle solo, quedarse solo en centro comercial, etc., especificar en cada caso.

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**XIII. Conducta Actual con los compañeros/amigos (\*):** Seleccione la/s que procede/n:

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| Más peleador ( )                             | Menos interés en jugar ( )  |
| No quiere que los amigos vayan a su casa ( ) | Muy irritable ( )           |
| Menos comunicativo ( )                       | No quiere salir de casa ( ) |

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

(\*) Si esta conducta estaba presente previamente, se anotará la observación, tanto si está peor como, muy especialmente, si está inhibida.

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECOMENDACIONES GENERALES**

# HOJA DE OBSERVACIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_

LUGAR DEL EVENTO: \_\_\_\_\_

<b>DIRECTAS</b> (descripción de los hechos tal como suceden)	<b>INTERPRETATIVAS</b> (comentario personales sobre los hechos)	<b>TEMÁTICAS</b> (ideas, hipótesis, preguntas de investigación, especulaciones)	<b>PERSONALES</b> (de los sentimientos, sensaciones del propio observador)

## RESUMEN

La presente investigación se refiere al tema “Terapia de Juego No directiva para la resolución del proceso de duelo por muerte en niños de 7 a 14 años de edad”, dónde el duelo puede definirse como el proceso mediante el cual se elabora psicológicamente la tristeza normal que provoca la pérdida de un ser querido. Este proceso debe permitir al individuo sentir plenamente esa tristeza, pero al mismo tiempo ha de llevarle, en un tiempo variable, de vuelta a la vida normal, para lo cual muchas veces los niños necesitan la ayuda de un terapeuta quien por medio de la terapia de juego no directiva que le permite expresarse libremente, lo ayudará para resolver su duelo normalmente. La investigación de esta problemática se realizó por el interés académico de descubrir la efectividad de la terapia de juego no directiva en la patología del duelo y el interés social de que el duelo en niños sea resuelto positivamente para que repercuta de manera favorable en su cotidianidad.

Autoridades en funciones del Centro de Salud, autorizaron por escrito la realización del trabajo de campo para la presente investigación. Con la muestra obtenida se tuvieron sesiones terapéuticas de aproximadamente cincuenta minutos cada una, una vez por semana durante dos meses y medio. Se realizó entrevista a la madre de los pacientes para la construcción de la historia clínica. Se aplicó el test de la figura humana, el cual permitió conocer la personalidad del paciente, y percepción del mundo en el cual vive. También se aplicó el test de la familia para evaluar la afectividad del paciente, el rol de cada miembro familiar, así como el rol que desempeña en su familia. Se adentró en la aplicación de la terapia de juego no directiva centrada en el cliente, realizando una observación participante desde el primer contacto con los pacientes y recopilar la mayor información posible para la presente investigación.

Después del análisis realizado a la información obtenida a través de cada uno de las técnicas utilizadas se comprobó que la Terapia de Juego no directiva puede ser efectiva en la resolución del proceso de duelo en niños de siete a catorce años de edad. La Terapia de juego es efectiva al aplicarla en pacientes que sufren algún duelo sobre

todo al seguir cuidadosamente los ocho principios de la misma y utilizando cuidadosamente los juegos sugeridos como la familia, la muñeca de trapo, los rompecabezas, dibujo, pintura por medio de los cuales primero fue posible que el paciente expresara sus sentimientos, frustraciones, enojos, etc., así como conocer la dinámica familiar, sus relaciones con los miembros de la familia, en su escuela y las relaciones interpersonales en general, conocer sus fortalezas y debilidades.