



María de las Mercedes Garelo

Licenciada en Psicología, Counselor, Doctorando en Psicología (Ph.D.)
Docente Universitaria

La terapia humanista en niños

Integración de la Terapia del Juego no-directivo de Virginia Axline con el Método del Dr. Robert Carkhuff para terapia con niños a partir de los 9 años

1. Introducción

Dentro de la Psicología Humanista, el Enfoque Centrado en la Persona de Carl Rogers sirvió de base para que dos de sus discípulos desarrollaran nuevos modelos terapéuticos. En 1947 Virginia Axline hace una adaptación para niños del método creado por su maestro. La llama Terapia del Juego no-directivo. El Dr. Robert Carkhuff en 1970 amplía y sistematiza la estructura metodológica del Enfoque Centrado en la Persona.

Para ambos métodos la relación terapeuta-cliente es fundamental para el éxito terapéutico, y el hombre es concebido bajo una visión holística (holos: del griego, significa totalidad e integración; un ser biopsicosocial en el que se integra lo corporal, lo psíquico y lo social).

Para Robert Carkhuff (Giordani, 1997) el hombre se realiza a sí mismo en proporción a las experiencias vividas, los modelos y los valores recibidos. Es simultáneamente activo y

reactivo según la formación o enseñanza recibida del ambiente. La terapia o el aprendizaje pueden tanto condicionarlo mediante metas impuestas desde afuera como promover su libertad, considerándolo un ser activo y actor de su propia formación.

Para Virginia Axline (1989) la experiencia terapéutica en el niño debe ser diferente a otras experimentadas por él. En la Terapia del Juego no-directivo el entrenamiento de los terapeutas se basa solamente en el desarrollo de las tres actitudes descritas por Rogers. Son estas: congruencia, empatía y aceptación positiva incondicional del cliente.

Nuestra propuesta es la integración de los métodos Axline- Carkhuff, en terapia para niños a partir de los nueve años. A esta edad se produce en la persona un cambio, deja de ser niño pero todavía no es un adolescente. Esta etapa tiene como rasgo característico la autonomía, la autodeterminación y la búsqueda de un porvenir individual. Comienza a plantearse su

futuro en forma autónoma a la de sus progenitores. Con niños mayores de nueve años el terapeuta, como lo propone Carkhuff, podría utilizar en las sesiones un ritmo secuencial de intervenciones que dependerían del momento por el que estaría atravesando el cliente.

En el presente trabajo primero mostraremos brevemente la postura de la Psicología Humanista y la del Enfoque Centrado en la Persona - Client Center Therapy-. Luego, para ver las diferencias entre los distintos enfoques de terapia infantil, presentaremos en forma sintética su historia.

- Desarrollaremos la Terapia del Juego no-directivo - Play Therapy -.

- Describiremos solamente lo que consideramos más importante para el presente trabajo sobre la etapa por la que atraviesa a un niño a los nueve años.

- Por último, expondremos los modelos diseñados por Carkhuff, y su apli-

cación al Enfoque Centrado en la Persona con adultos.

Para desarrollar la teoría de Carkhuff, nos basaremos en el libro escrito por el Dr. Bruno Giordani, *La relación de Ayuda: de Rogers a Carkhuff-* (1997).

2. La Psicología Humanista

La Psicología Humanista (Kriz, 1997) se crea en Estados Unidos en la década de los años 1960, también fue llamada la *tercera fuerza* por estar junto con el Psicoanálisis y el Conductismo. Sus raíces filosóficas las encontramos en el existencialismo, la fenomenología y en el humanismo clásico y socialista.

En el año 1962 (Sánchez Bodas y col., 1993) se funda la Sociedad de Psicología Humanista. Publica el *Journal of Humanistic Psychology* en el que define como base de su teoría la importancia del desarrollo de las capacidades y potencialidades del ser humano como ser: creatividad, autoactualización, autonomía, responsabilidad, necesidad básica de gratificación, espontaneidad, trascendencia del ego, salud psicológica.

La Psicología Humanista (Sánchez Bodas, ob.cit.) cuyos principales representantes son entre otros Cari Rogers (1902-1987) y Abraham Maslow (1908-1970) se fundamenta en que todo ser vivo posee una tendencia innata básica hacia el crecimiento y el desarrollo.

La tendencia actualizante (Rogers y Kinget, 1971) que tiene todo organismo vivo lo lleva a desarrollar toda su potencialidad de manera que se enriquezca y favorezca su conservación. Cuando las circunstancias del ambiente en el que interactúa una persona (Sánchez Bodas y col. ob.cit.) le son favorables puede desplegar esta capacidad, crecer y lograr su plenitud.

3. El método de Cari Rogers

3.1 El Enfoque Centrado en la Persona

Cari Rogers, basándose en los principios de la Psicología Humanista, crea la Psicoterapia Centrada en el Cliente o Enfoque Centrado en la Persona (Artiles, 1966). La idea clave de esta terapia es la confianza en la capacidad que tiene cada persona para la reorganización de su yo.

El hombre (Rogers, 1993) tiene dentro de sí un impulso natural hacia la realización de sí mismo. Este impulso trabaja en forma automática cuando no encuentra obstáculos que pueden provenir de alteraciones psíquicas o del ambiente en el que interactúa.

El objetivo central de esta terapia (Artiles, ob.cit.) es lograr una buena estructuración en la relación terapeuta-cliente que le va a permitir a este último, la posibilidad de una nueva orientación personal para reestructurar la comprensión y la percepción de sí mismo y del contexto que lo rodea. La experiencia emocional correctiva en el cliente se logra mediante la creación de "atmósfera" en la que se desarrolla el encuentro terapeuta-cliente. Sus características esenciales son la seguridad y el calor. Para lograr el clima necesario en el cual el cliente pueda expresarse libremente (Rogers, ob.cit.) el terapeuta debe desarrollar tres actitudes básicas fundamentales que son la empatía, la congruencia y la aceptación positiva incondicional hacia el cliente. Para Rogers (Giordani, 1997) estas actitudes son necesarias y suficientes para lograr el éxito terapéutico.

Por actitud (Artiles, 1975) se entiende la tendencia constante a reaccionar y percibir siempre en un determinado sentido. Por actitud *rogeriana*, a la tendencia a percibir al cliente como una persona con las capacidades adecuadas para la actualización de las

mismas. El terapeuta debe tener tres valores-creencias que son fundamentales: el valor del individuo, su dignidad como persona y su capacidad de autodeterminación.

3.1.1 La empatía

La empatía (Repetto, 1992) es *sentir-en, sentir-desde dentro*, se la diferencia de la simpatía que es sentir con. En la comprensión empática intervienen: la captación previa de los sentimientos ajenos, el sentimiento empujado y la comprensión del otro y de su mundo afectivo; esto da por resultado final: la experiencia empática de los sentimientos ajenos.

Si la empatía (Rogers, 1957) no es entendida como un sentimiento *como si usted fuera la otra persona* no puede darse dicho fenómeno, por que si se olvida (Rogers y Kinget, 1971) que las experiencias y las percepciones son del otro, ya no se trata de empatía, sino de identificación.

Para hacer efectiva la relación terapéutica Rogers (Repetto, ob.cit.) nos dice que no basta que el terapeuta sienta empatía y no la transmita, sino que es necesaria su comunicación. El cliente (Artiles, ob.cit.) debe percibir la comprensión empática porque ella constituye el campo mismo de la relación terapéutica.

3.1.2 La congruencia

La congruencia (Artiles, ob.cit.) es la autenticidad personal del terapeuta. Ser realmente él mismo en el encuentro terapéutico con sus sentimientos personales negativos o positivos. Debe estar concierne de ello, sin esconderse detrás de ninguna fachada, con la aceptación de los límites propios. Esto no significa que deba descubrir su ser al cliente, sino que no se niegue a sí mismo ninguno de los sentimientos que experimente en esa relación. No se tiene que confundir con la sin-

ceridad (Rogers y Kinget, ob.cit.) que consiste en hablar o actuar de acuerdo con la representación conciente, con la experiencia como aparece en la conciencia que puede ser que no sea como se experimenta.

El terapeuta debe estar en un estado de integración, de autenticidad, de acuerdo entre la experiencia y su representación en la conciencia. Se da cuando las experiencias relativas al yo están correctamente simbolizadas e integradas en la estructura del yo. La aprehensión auténtica de sí corresponde a la comprensión de sí. Esto facilita la constancia de la conducta y genera un funcionamiento óptimo. La ausencia de la unidad interna por parte del terapeuta conduce a un deterioro de la relación terapéutica.

3.1.3 La aceptación positiva incondicional

Se entiende por aceptación positiva incondicional (Rogers y Stevens, 1980) que el terapeuta aprecia al cliente de manera total. Puede que no acepte o apruebe algunos de sus sentimientos o conductas, pero no lo juzga. Siente un aprecio positivo e incondicional por esa persona. Cuanto más incondicional sea el aprecio positivo que tenga por su cliente tanto más eficaz será la relación terapéutica. Rogers (1993) nos dice que el cliente debe ser estimado y respetado como persona independientemente de sus actitudes positivas o negativas que ha tenido en el pasado.

Para Rogers (1993) en una relación terapéutica la percepción de las tres actitudes del terapeuta por parte del cliente constituye la base de toda modificación constructiva de la personalidad. Bajo estas condiciones el cliente comprenderá aspectos de sí mismo reprimidos, logrará una mayor integración personal, comenzará a funcionar con eficacia y se podrá enfrentar a los problemas de la vida de una manera más adecuada.

4. La Terapia Centrada en el Cliente aplicada a los niños

4.1 Breve historia de la terapia infantil

En el año 1908 Sigmund Freud (1981) en su artículo *El poeta y los sueños diurnos*, hace referencia por primera vez al juego en el niño, afirma que todo niño que juega se comporta como un poeta creando un mundo propio y que reordena las cosas de ese mundo de una manera grata para él.

En 1909 en su artículo *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* - Caso Juanito - (Freud, ob.cit.), fue el primero en describir un caso de psicoterapia con niños. En el año 1920 en *Más allá del principio del placer*, describe la observación que hace del juego de su nieto. Este fue el primer niño observado psicoanalíticamente.

Define al juego como una de las más tempranas actividades del aparato psíquico y que el niño, por vía de la repetición del juego, intentará dominar, ordenar, simbolizar - ligar psíquicamente - la impresión que ha dejado tras sí una experiencia desagradable.

Años después, siguiendo la línea psicoanalítica, su hija Anna Freud y en Inglaterra Melanie Klein desarrollaron métodos terapéuticos para niños. Para Anna Freud (1965) el niño no tiene capacidad de transferencia, aunque establezca con el analista una relación en la que exprese situaciones vividas con sus padres. Nos dice que no se puede hablar de transferencia ya que sus padres aún existen en la realidad y el analista es un nuevo personaje que se agrega a estos dos, además de su rol habitual tendrá uno educativo. Debe enseñar al niño a dominar sus instintos. El terapeuta al mismo tiempo analiza y educa al niño.

Anna Freud trataba Klein en todos los casos (Aberastury, 1969) de establecer un

fuerte vínculo con el niño para que no abandonase el análisis. También tenía en cuenta las defensas del yo (Ollendich y Hensen, 1986) las cuales el niño debía comprender y afrontar; para ella solo un grupo reducido de niños debía hacer terapia. Utilizaba el juego como una técnica para crear un vínculo positivo con el analista (Rogers, 1993) y de esta manera poder llevar a cabo la terapia.

Melanie Klein a partir del 1919 (Mannoni, 1967) introduce el juego en el análisis con niños. Pensaba que los niños presentan fases anormales en su desarrollo y que por tal motivo deben todos psicoanalizarse. La función que le asignó al terapeuta (Ollendich y Piensen, ob.cit.) era interpretativa por considerar al juego como el equivalente a la asociación libre del adulto. Para Klein (1964) interpretar los símbolos que aparecían en el juego reducía la ansiedad en el niño.

En esa misma época, surge en los EE.UU, la *Escuela de Filadelfia*, que se basó en las teorías de O. Rank (Ollendich y Hensen, ob.cit.) sobre el trauma del nacimiento. A esta terapia se la llamó *Terapia de relación* por centrar el terapeuta su atención en la relación con el paciente y no en la interpretación del simbolismo del juego. En un clima de comprensión y aceptación dentro de la sesión, el juego se convierte para el niño en una experiencia única en donde se puede expresar en forma natural y libre, de esta manera la interacción con el terapeuta lo ayuda a encontrarse a sí mismo, adquirir un sentido de valía personal para luego animarse a tener nuevas relaciones y experiencias.

Siguiendo los lineamientos de la psicoterapia psicoanalítica con niños, en 1938 J.C. Solomon escribe sobre la utilización del juego como técnica terapéutica. En 1948 Conn la llama *Terapia por el juego estructurado*. Las sesiones se centraban en las áreas conflictivas

vas del niño y los terapeutas utilizaban el juego para trabajar sobre las situaciones que fueron el origen de las dificultades del niño y así por medio de la cartesis dominar aspectos evolutivos que se dejaron de lado o no se alcanzaron y de esta manera restablecer el desarrollo.

Durante los años sesenta (Ollendich y Hensen, ob.cit.), las terapias conductuales, se basaron en las teorías del aprendizaje para modificar las conductas en los niños. Consideraron al niño como una *tabula rasa*, que responde a los estímulos del ambiente. El objetivo era la modificación de la conducta desadaptativa observable en otra adaptativa, mediante intervenciones dirigidas y sistemáticas. El terapeuta considera a la personalidad del niño como una variable interviniente; previo al tratamiento hace una evaluación para identificar la conducta-problema y así orientar las metas y técnicas. La relación terapeuta-niño es importante para poder lograr los cambios, asegurar la colaboración activa del niño y estimular el intento de nuevas conductas alternativas. Actualmente se han incorporado a este tipo de terapias factores cognitivos.

También durante la década del sesenta la terapia familiar (Minuchin, 1982) se ocupó de los niños que presentaban diversos problemas, los consideró emergentes de un sistema familiar disfuncional donde todos los integrantes de la familia están involucrados con el problema. El niño pasa a ser el *paciente designado* y el síntoma cumple una función dentro del sistema. Para Minuchin (ob.cit.) el terapeuta pasa a formar parte de la estructura familiar como un agente activo que promueve el cambio en la interacción familiar.

Para Rogers (1993) de todas las terapias que hemos expuesto anteriormente, la Terapia Relacional es la que más se aproxima a la Terapia del Juego no-directivo.

4. 2 Terapia del Juego no-directivo

Virginia Axline (1989) en su libro *Play Therapy* nos dice que con este tipo de terapia el niño tiene una experiencia única. Esto se debe a que las sugerencias, críticas, mandatos, restricciones, desaprobaciones e intrusiones a las que está acostumbrado por parte de los adultos son reemplazadas por un clima de aceptación y permisividad en el que puede ser él mismo.

Para Rogers (1993) este trato distinto lo lleva a iniciar un ciclo de cambios una vez que el niño es percibido de manera diferente a la que está acostumbrado y el adulto reacciona ante él de manera también diferente. Al igual que en la terapia con adultos, es necesario que el niño perciba que esta es una situación diferente a las otras y que puede mostrarse tal cual es. El terapeuta intenta crear una relación en la que el niño se sienta seguro. Tiene hacia él una actitud de respeto. No trata que se comporte de una manera socialmente aceptada ni le impone un ritmo determinado en el proceso.

La hora terapéutica (Rogers, 1984) le corresponde exclusivamente al niño y la puede utilizar como quiera, sin presiones ni autoritarismos. El terapeuta no le pone límites a la expresión verbal de los sentimientos. Pero no le permite que algunos sean expresados directamente por la acción, así el niño aprende que no es necesario negar los propios sentimientos sino que hay diferentes maneras de expresarlos.

Al igual que en el Enfoque Centrado en el Cliente (Rogers, 1993) esta terapia se basa en la capacidad de la persona de crecer y autodirigirse. Para Axline (1989) el niño también posee habilidades para resolver satisfactoriamente sus problemas y un impulso al crecimiento. El niño tiene por medio de esta terapia una oportunidad para que pueda reorganizar sus experiencias, pensamientos y sentimientos

mediante un medio natural para él como es el juego. Está acostumbrado a utilizarlo para aprender, comunicarse y explorar el mundo. Mediante el juego puede poner afuera sus frustraciones, agresiones, miedos, confusiones y comenzar a aprender a ser él mismo. A tomar sus propias decisiones y a estar psicológicamente más maduro. No hay entrevistas diagnósticas (Ollendich y Hensen, ob.cit.). El juego no se programa ni se interpreta simbólicamente. Tampoco se trabaja con los padres.

Axline (1989) nos aclara que el rol del terapeuta no-directivo no es pasivo y requiere de sensibilidad, de estar atento en todo momento a lo que el niño dice o hace y de demostrarle aceptación a su forma de ser. Nos presenta ocho principios básicos que guían al terapeuta en esta terapia:

- Desarrollar una cálida relación con el niño y establecer un buen *rapport* lo antes posible.
- Aceptar al niño exactamente como es él.
- Ser permisivo en la relación, para que el niño se sienta libre y pueda expresar todos sus sentimientos.
- Estar atento para reconocer los sentimientos del niño y así poder reflejarlos.
- Respetar la manera que el niño quiere resolver sus problemas.
- El niño marca el camino de la terapia y el terapeuta lo sigue.
- Reconocer la terapia como un proceso gradual, por lo tanto no hay que apresurarla.
- Establecer solamente esas limitaciones que son necesarias para que el niño conozca su responsabilidad en la relación.

El terapeuta (Rogers, 1993) en una relación no-amenazadora le brinda al niño seguridad e incondicionalidad para que pueda lograr su independencia, desarrollarse y madurar.

Desde 1992, la Asociación Británica de Terapeutas del Juego (BAPT) da cursos en varias Universidades sobre el método no-directivo de la Terapia del Juego de Axline, como ser la de Liverpool y la de York. En los Estados Unidos, la Asociación para la Terapia del Juego en California, trabaja en el entrenamiento y la investigación. Para ellos la terapia del juego es un proceso interpersonal en donde los terapeutas entrenados en el juego utilizan las energías terapéuticas del juego para ayudar a los niños a prevenir o a resolver dificultades psicosociales y a alcanzar el crecimiento y el desarrollo óptimo.

5. El niño a partir de los 9 años

A partir de los nueve años (Osterrieth, 1993) el niño presenta modificaciones en su personalidad. Como rasgo característico del período que comienza es la autonomía y la autodeterminación. Todavía sigue dependiendo de su grupo de pares pero comienza a manifestar su deseo de distanciarse de sus padres. Quiere ser él mismo en búsqueda de sus objetivos personales. A partir de los 9 comienza una etapa de transición entre la infancia y la adolescencia. El niño reflexiona, plantea problemas, evalúa antes de tomar una decisión. Comienza a tratar de vivir de una manera más autónoma. El fija sus fines y se organiza para la acción en función de sus proyectos.

6. El Modelo del Dr. Robert Carkhuff

Para Carkhuff el cliente pasa tres momentos en el proceso terapéutico: la autoexploración, la autocomprensión y la acción. Los tres son necesarios para lograr un aprendizaje auténtico. En el primer momento el terapeuta por medio de sus intervenciones, las cuales podrán ser de diferentes métodos (eclecticismo metodológico) según cada situación en particular, ayu-

dará al cliente en el camino de la autoexploración. En la fase de autocomprensión la persona toma conciencia de lo que posee y lo que le falta, para así en la tercera fase adquirirlo por medio de la acción.

Según Carkhuff la aceptación incondicional del cliente sólo es posible al principio de la relación. Luego hay que pasar a un nivel en el que no se acepta que la persona funcione de una manera más baja de la que podría funcionar. A esto lo llama aceptación condicionada o positiva por parte del terapeuta. Conduce al cliente a asumir posturas constructivas para él y su entorno.

6.1 Modelo del 70

Carkhuff crea dos modelos: el primero en los años 70 y el segundo en los 80. En el primer modelo trabaja con tres dimensiones: las cualidades y funciones del terapeuta, las reacciones del cliente durante el proceso terapéutico y las variables del contexto.

6.1.1 Cualidades y funciones del terapeuta

Para Carkhuff el terapeuta es la dimensión más importante del proceso. Como humanista está de acuerdo con que el instrumento principal del terapeuta es su propia personalidad. Los factores que determinan su eficacia serán: las cualidades personales, el nivel de funcionamiento alcanzado y el aplicar el método adecuado a cada caso.

Carkhuff, a las cualidades personales, además de las tres actitudes descritas por Rogers, (congruencia, empatía y aceptación incondicional) le suma las variables de concreción, confrontación, relación del momento y autorevelación. Carkhuff en su libro "Helping and Human Relations" (1969) nos presenta el significado de cada una, su función, las escalas correspondientes y las normas para aplicarlas.

Giordani (1997,ob.cit.) en su libro las trabaja ampliamente pero en el presente trabajo solo desarrollaremos brevemente las que corresponden a las nuevas variables introducidas por Carkhuff: concreción, confrontación, relación del momento y autorevelación del terapeuta.

6.1.2 Concreción

La concreción o especificidad es la habilidad que tiene el terapeuta para lograr que el cliente pueda expresar de un modo concreto, claro y específico las vivencias personales. Para esto el terapeuta debe hacer las preguntas adecuadas. Estas tienen que estar relacionadas con el mundo del cliente y ser formuladas en forma abierta. La escala que mide esta variable va desde cuando el terapeuta no orienta la conversación hasta cuando promueve al cliente a una exploración concreta y específica de su mundo interno.

6.1.3 Confrontación

La confrontación es útil para la autoexploración del cliente. Es una iniciativa tomada por el terapeuta que pone al cliente frente a distorsiones, contradicciones para que tome conciencia de los mecanismos que están trabando su autoexploración. El primer nivel de la escala es cuando el terapeuta deja de lado contradicciones que el cliente manifiesta, hasta el último nivel en el que se puntualiza cada contradicción.

6.1. 4 La relación del momento o inmediatez

La inmediatez es la capacidad del terapeuta para hablar con el cliente sobre cómo es vivida por los dos en ese momento la relación terapéutica. Está orientada hacia el autoconocimiento del cliente. Esta forma de relación tiene que ser el prototipo de interacción que el cliente tenderá a buscar luego en el contexto como relación auténtica

ca, ya que la integrará a su vida y a su forma de ser responsable y adulta. Esta variable también tiene una escala que va desde cuando el terapeuta no la tiene en cuenta hasta que habla de ella de una manera clara y directa sobre lo que acontece en ese momento.

6.1.5 La autorrevelación del terapeuta

La automanifestación o autorrevelación del terapeuta es la disposición que tiene el terapeuta a comunicar al cliente, cuando lo considera oportuno, opiniones personales, sentimientos, tendencias, etc. Teniendo en cuenta cada situación particular se usa cuando el cliente puede obtener alguna ventaja de la misma. La escala de valoración va desde cuando el terapeuta mantiene distancia con el cliente sin comunicarle nada personal hasta que puede comunicar libremente aspectos personales.

6.1.6 Niveles de funcionamiento del terapeuta

Para los niveles de funcionamiento Carkhuff elabora una escala que evalúa las intervenciones del terapeuta. Tiene cinco niveles, que van desde las intervenciones perjudiciales o negativas que no se usan, en las cuales el terapeuta no cuida al cliente, hasta la comunicación más positiva en la que el terapeuta es eficaz y el cliente asume responsabilidades y formula objetivos a lograr. El terapeuta debe conocer bien el método para adaptarse a un ritmo secuencial de respuestas al cliente según el nivel en que se encuentra este último, para poder estimularlo y lograr una relación constructiva.

6.1.7. El cliente

Las diferentes capacidades del cliente para relacionarse con el ambiente nos darán una idea de cómo reaccionará ante las intervenciones del terapeuta

durante el proceso terapéutico. Para medir esto crea una escala que comienza en el primer nivel con el cliente que no logra tener relaciones constructivas con ninguna persona de su entorno, hasta el quinto nivel en el que está integrado y puede trabajar en su autoexploración. Como citamos anteriormente, para Carkhuff el cliente atraviesa diferentes etapas durante el proceso terapéutico: la de autoexploración, la de autocomprensión y la del compromiso para la acción.

A) La autoexploración

El proceso terapéutico se inicia cuando el cliente comienza la etapa de autoexploración que se realiza gradualmente. En ella toma conciencia de cómo se encuentra hasta llegar a comprometerse activamente en la búsqueda de su mundo interno.

B) La autocomprensión

En esta segunda etapa, el cliente nota las diferencias entre la situación que está viviendo y hacia donde le gustaría ir. Una escala evalúa los diferentes niveles a los que va llegando el cliente en el transcurso de las sesiones.

C) Compromiso para la acción

El tercer estadio es el de la acción o el del compromiso concreto del cliente para realizarla. Una vez que ha elegido el camino para llegar a la meta que ha establecido, es necesario graduar los pasos a seguir. Estos pasos nos dan la pauta para saber en qué medida el cliente va logrando lo que se ha propuesto. En casi todos los casos el cliente y el terapeuta elaboran juntos el plan de acción. Si el cliente no quiere realizar ningún programa de acción aún considerándolos convenientes, el terapeuta tendrá que trabajar primero con otros aspectos de la personalidad que le impiden realizarlo. Un ejemplo sería cuando el cliente no quiere asumir la responsabilidad

del camino a seguir, en este caso el terapeuta tendrá que proponer como primera meta la responsabilidad. La escala para medir el grado de acción del cliente va desde que el cliente no quiere asumir el compromiso de ir ninguna meta hasta que decide cuál desea y efectúa los pasos necesarios para lograrla.

6.1. 8. El contexto

Carkhuff introduce como tercera dimensión el contexto, formado por los factores del ambiente en que se desarrolla el encuentro terapéutico y los del mundo exterior al mismo. Los primeros son los contextuales: lugar y modalidad del encuentro, y los segundos el ambiente en el cual el cliente vive antes y después del encuentro. Todos estos factores influyen y modifican el efecto de la interacción entre el terapeuta y el cliente. Con este primer modelo Carkhuff quiere dar puntos de referencia a los terapeutas para que adecúen cada vez más la situación del momento del cliente con las intervenciones.

6. 2. Modelo 80

Carkhuff nos dice que para aprender este modelo primero hay que haber asimilado muy bien el anterior. En este segundo modelo, a las variables, las dimensiones y las condiciones básicas del terapeuta las llama: destrezas. Le puso este nombre para que se identifiquen con una modalidad de actuar que se puede aprender, analizar, enseñar y evaluar mediante el ejercicio y de manera sistemática. Nos propone modalidades concretas y diferenciadas para usar en diferentes momentos de la terapia. Estas modalidades de intervención tienen un doble sentido, por un lado se usan en un determinado orden según la evolución del día y también cada una promueve una reacción diferente en el cliente. Estas son: prestar atención, responder, personalizar e iniciar.

6.2. 1. Prestar atención

La destreza de prestar atención tiene que estar presente en el terapeuta durante toda la entrevista, porque estimula la participación del cliente, lo lleva a interesarse por la situación en la que se encuentra e iniciar un camino a la recuperación.

6.2. 2. Responder

La intervención respuesta por medio de las respuestas reflejo lleva al cliente a la autoexploración de su mundo interior. Las respuestas reflejo (Sánchez Bodas y col., ob. cit) son las creadas por Rogers: reflejo simple, reflejo de sentimiento y reflejo elucidatorio.

El reflejo simple es una respuesta breve con poco contenido emocional que resume o explicita algo importante que comunica el cliente en ese momento, también se la conoce como reformulación o reiteración. Se pueden formular con las mismas palabras utilizadas por el cliente o se parafrasean. El reflejo de sentimiento tiene por

propósito el dilucidar o remarcar el sentimiento implícito en la comunicación del cliente. El reflejo elucidatorio une elementos del relato del cliente de entrevistas anteriores o de su historia, el terapeuta aclara de manera explícita situaciones del cliente.

6.2.3. Personalizar

Carkhuff nos dice que mediante la personalización el cliente comprende la distancia que hay entre la situación en la que se encuentra y a la que quiere llegar. Lo lleva a la autoconciencia y pasa por diferentes momentos desde la significación externa a la interna o personal, ve el problema como propio pero con nuevos sentimientos. Cuando toma conciencia de la nueva situación quiere cambiarla y alcanzar una nueva meta para superar la situación.

6.2.4 Iniciar

Con la intervención del iniciar, el terapeuta estimula al cliente a que asuma un fin concreto y comience el camino

hacia la meta elegida. Le propone al cliente un objetivo constructivo y concreto; para esto puede recurrir a las siguientes variables en sus preguntas: quién, qué cosa, dónde, cómo, cuándo y por qué.

6.2.5. Fases del proceso terapéutico

El objetivo de la fase inicial es lograr una relación en la cual el cliente se sienta estimulado y quiera explorarse. El de la fase intermedia, promover la autoconciencia, y el de la fase final o resolutoria iniciar al cliente en la acción o el compromiso concreto a resolver el problema. En una relación de ayuda eficaz el cliente pasa por estas tres fases. En términos generales tiene que pasar por una fase descendente o de interiorización y por una ascendente o constructiva en la que se compromete al cambio.

7. Esquemas

El siguiente esquema muestra las destrezas del terapeuta, cómo se articulan, y lo que sucede en el cliente:

	Preayuda ATENDER	RESPONDER	PERSONALIZAR	INICIAR
Destrezas del terapeuta	Físicamente Escuchar Observar	- al contenido - al sentimiento - al sentimiento y contenido	- el significado - el problema - el nuevo sentimiento - la meta	- definir la meta - los pasos - refuerzo
Aprendizaje del cliente	Implicación	Autoexploración (dónde me encuentro)	Autoconocimiento (dónde quiero ir)	Acción (Plan de acción)

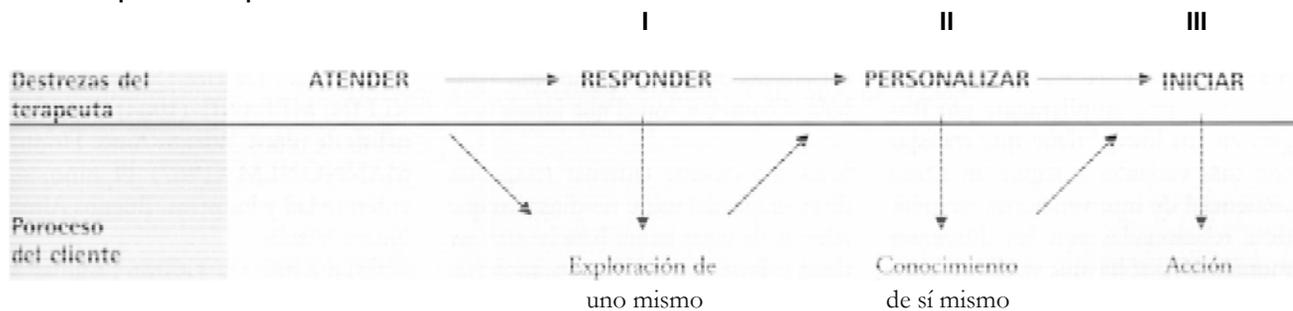
Fuente: Giordani, 1997.

Las intervenciones del terapeuta y las reacciones del cliente tienen una fase ascendente y una descendente:

Destrezas del terapeuta	del	ATENDER	RESPONDER	PERSONALIZAR	INICIAR
Poroceso del cliente		Impl cación	descendente Autoexploración	Fase ascendente Comprensión	J/f Acción

Fuente: Giordani, 1997.

Fases del proceso terapéutico



Fuente: Giordani, 1997.

Diagrama de las destrezas del terapeuta y su relación con las fases del proceso terapéutico:

Destrezas del terapeuta	Etapa Inicial (Autoexploración)	Etapa Intermedia (comprensión)	Etapa final (acción)
Empatía	Comunica emociones superficiales	Convierte en explícito lo dicho en forma confusa o ambigua	Refleja con precisión los sentimientos
Respeto	Incondicional	Consideración positiva	Consideración y condicionalidad
Concreción	Concreción de exploración	Exploración abstracta	Concreción de dirección
Autenticidad	Ausencia de insinceridad	Autoexploración y espontaneidad	Espontaneidad
Confrontación		General y abierta	Con sentido de dirección
Inmediatez o relación del momento		General y abierta	Con sentido de dirección

Fuente: Giordani, 1997.

8. Conclusión

Al buscar bibliografía sobre los temas citados anteriormente hemos encontrado que la terapia del juego no-directivo es muy poco conocida en nuestro medio. Y que el modelo de Carkhuff se aplica en Estados Unidos e Italia y no tiene antecedentes en nuestro país. No así el de Rogers que se lo utiliza en la Argentina sobre todo en los procesos de Counseling.

Carkhuff, interesado en la búsqueda de un método que fuera más eficaz en la relación de ayuda, consideró que el terapeuta para poder estimular activamente los recursos de la persona, además de presentar las tres actitudes básicas descritas ampliamente por Rogers en sus libros, tiene que trabajar con más variables y seguir un ritmo secuencial de intervenciones terapéuticas relacionadas con los diferentes momentos por los que el cliente pasa en el proceso de ayuda.

El niño a partir de los 9 años se plantea la separación de sus padres, desea progresar. Comienza a querer ser él mismo tratando de independizarse de los adultos. Desde esta etapa el niño presenta una tendencia a afrontar sus responsabilidades, por lo tanto el terapeuta de la Terapia de Juego no-directivo podría trabajar con las mismas variables que lo hace con los adultos el método de Carkhuff.

Estas serían las variables cliente-terapeuta relacionadas entre sí, las escalas que miden las destrezas del terapeuta, las respuestas según el momento o fase del proceso en que se encuentra el niño para utilizar las más convenientes. Como en toda terapia de base humanista tendríamos la aceptación del niño tal cual es, la utilización de la empatía para poder trabajar en su marco de referencias y la congruencia del terapeuta. Con la creación un clima óptimo se establecería un buen rapport para que el niño pueda expresarse sin temores a ser

rechazado y elegir libremente la manera de resolver sus problemas.

Otra de las ventajas del método de Carkhuff es que introduce el contexto al proceso. Esto es importante en una terapia con niños. No podemos dejar de lado la influencia de los adultos tanto positiva como negativa en el proceso del desarrollo infantil. Es imposible prescindir de los factores del ambiente porque inciden permanentemente en el niño. El terapeuta tendría diferentes roles: diseñador de planes de trabajo, profesor, entrenador de destrezas sociales, evaluador de resultados, etc. La ayuda se vuelve más personalizada si se tienen en cuenta no solo los aspectos que son característicos de cada niño sino también el contexto con el que interactúa.

Sería conveniente entrenar terapeutas de la terapia del juego no-directivo que además de tener como base las tres actitudes descritas por Rogers, incluyan en su trabajo la integración del medio y las destrezas del terapeuta que utiliza el modelo de Carkhuff. La Terapia de juego no-directivo se sistematizaría como pasó con el Enfoque Centrado en la Persona. Si la ayuda es efectiva el niño adquiriría comportamientos cada vez más eficientes y se desarrollaría en tres dimensiones: física, afectiva e intelectual. Adquiriría nuevas destrezas observables y evaluables para poder poner en acción los nuevos recursos.

Proponemos tener en cuenta lo expuesto en el presente trabajo en el futuro de nuevas investigaciones en terapia infantil, para así contribuir con el desarrollo positivo de los niños que por diferentes motivos comienzan un proceso terapéutico.

Bibliografía

AB ERASTURY, A. (1969). Teoría y técnica de Psicoanálisis en niños. Bs. As.: Paidós
 ARTILES, MANUEL (1966). La teoría y psicoterapia de Carl Rogers. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Lati-

na Volumen 22, N° 4. Buenos Aires.
 ARTILES, MANUEL (1975) La actitud terapéutica en torno a Carl Rogers. Buenos Aires: Bonum
 AXLINE, VIRGINIA M. (1989) Play Therapy. London: Churchill Livingstone
 FREUD, ANNA (1965) Psicoanálisis del niño. Buenos Aires: Hormé
 FREUD, SIGMUND (1981) El poeta y los sueños diurnos (1907/8). Obras Completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva
 FREUD, SIGMUND (1981) Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso Juanito) (1909). Obras Completas. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva
 GIORDANI, BRUNO (1997) La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff. Bilbao: Desclee De Brouwer
 KLEIN, MELANIE (1964) El psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Hormé
 MANNONLM (1967) El niño, su enfermedad y los otros. Buenos Aires: Nueva Visión.
 MINUCHIN, S. (1982) Familias y Terapia Familiar. Buenos Aires: Gedisa.
 OLLENDICH T.H. Y HENSEN, M. (1986) Psicopatología Infantil. Madrid: Martínez Pozo.
 OSTERRIETH, P. (1993) Psicología Infantil. Madrid: Morata
 REPETTO TALAVERA, ELVIRA (1992) Fundamentos de orientación. La empatía en el proceso orientador. Madrid: Morata
 ROGERS, CARL (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality changer. Journal of Consulting Psychology, Vol.21.
 ROGERS C. Y KINGET M. (1971) Psicoterapia y relaciones humanas. Tomos I y II. Madrid: Alfaguara
 ROGERS C., STEVENS B. Y COLS (1980) Persona a Persona. Buenos Aires: Amorrortu
 ROGERS, C. (1984) Orientación Psicológica y Psicoterapia. Madrid: Narcea
 ROGERS, CARL (1993) El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós
 Asociación para la terapia del juego, California: Website w.w.w. a4pt.org
 The British Association of Play Therapists. Website: w.w.w.bapt.uk.com