



REVISTA PSICOGENTE
ISSN 0124-0137
Universidad Simón Bolívar
D i c i e m b r e 2 0 0 6 •
Vol. 9 • No. 16 • 57-67

INTERVENCIÓN CON NIÑ@S DESDE LA TERAPIA GESTALT*

ADRIANA ECHAVARRÍA

*Dentro de cada niñ@ existe una historia
que necesita contarse, una historia que nadie más
ha tenido tiempo de escuchar.
Winnicott (1984, p. 21)*

RESUMEN

A partir de algunos cuestionamientos acerca de la normalidad y la anormalidad, especialmente en los niñ@s, y de sus particulares maneras de expresarse, se presenta en este trabajo una propuesta de terapia infantil centrada en la comunicación paralingüística.

Palabras clave: Gestalt, Serie Auditiva Lingüística (SAL), Serie Auditiva Paralingüística (SAP), Serie No Auditiva Paralingüística (SNAP)

ABSTRACT

A proposal of child therapy focused on paralinguistic communication is presented, in this work, based on some questionings about the normality and the abnormality, especially in children, and on its private ways to be expressed.

Key words: Gestalt, Linguistic Auditory Series (LAS), Paralinguistic Auditory Series (PAS), Paralinguistic Non Auditory Series (PNAS).

* Conferencia presentada en el IV Encuentro Internacional de Psicología Humanista– existencial de la Asociación Colombiana de Análisis Existencial ACDAE.



INTRODUCCIÓN

La intervención con niñ@s, desde la terapia Gestalt, nos invita primero a una revisión personal acerca de la concepción que tenemos sobre los niñ@s y, sobre todo, a una revisión acerca de nuestra infancia, nuestra niñez, nuestro niñ@ interior, ya que el encuentro con estas personas nos lleva a enfrentarnos a los más íntimos fantasmas o miedos desconocidos. Es por esto que se hace necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Desarrollo integral del niñ@ (desarrollo físico, emocional, cognitivo, moral, social, psicosexual)
2. Concepto de normalidad y anormalidad desde la terapia Gestalt.
3. La comunicación en psicoterapia con niñ@s.
4. La terapia de juego o terapia lúdica.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se puede iniciar la maravillosa aventura que significa el trabajo con niñ@s desde la terapia Gestalt.

1. DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑ@

Definitivamente este es el punto de partida para el trabajo con niñ@s, ya que después de revisar nuestra infancia y haber reconocido cuáles son nuestros asuntos inconclusos, es necesario revisar, aprehender, conocer, asimilar y trascender autores que han teorizado e intervenido desde el desarrollo evolutivo de los niñ@s. La importancia de esto radica en que necesitamos conocer en cuál momento

del ciclo vital se encuentra cada niñ@ o niña a la hora de intervenir con él, ya que no es lo mismo un niñ@ de 3 años atravesando el período de egocentrismo, a un niñ@ de 8 años, para quien sus amig@s son lo más importante. Conocer qué se espera para cada etapa de la vida del niñ@ nos hace comprender el porqué de algunos de sus comportamientos, que pueden ser percibidos por padres, profesores y adultos como inadecuados, resultan totalmente aceptables, adaptables y adecuados para un niñ@ de determinada edad.

2. REVISAR Y CONSTRUIR NUESTRO CONCEPTO DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD DESDE LA GESTALT

Al hablar de normalidad y anormalidad es necesario tener en cuenta que frente a estos aspectos confluyen ámbitos multidimensionales, como son:

- Nivel de desarrollo
- Sexo
- Cultura
- Relatividad
- Individualidad
- Nivel de tolerancia de los adultos

Frente a la normalidad, entendida como lo que se espera cultural y socialmente que el promedio de los seres humanos hagamos, podemos definir algunas características que la componen como: El manejo de símbolos sociales, trato adecuado con la autoridad, relación con grupo de iguales, regulación de emociones.

Desde la terapia Gestalt se toma en cuenta la perspectiva de Desarrollo, reconociendo que pueden existir desajustes normales que desencadenan en comportamientos clínicamente desviados, como, por ejemplo, la esquizofrenia o la psicosis. También es importante tener en cuenta que los niñ@s pueden presentar dificultades de ajuste en algún momento de sus vidas al igual que cualquier persona adulta, y esto quiere decir que tener problemas no es equivalente a padecer una patología.

Frente a la desviación o anormalidad, se tiene en cuenta que la persona manifieste algunas incapacidades, como: incapacidad inexplicada para aprender, incapacidad para lograr relaciones sociales satisfactorias con niñ@s o adultos, incapacidad para comportarse a un nivel que corresponda a su nivel de desarrollo, dificultades en sus procesos de adaptación (como reacciones psicósomáticas y desajustes emocionales).

Sin embargo, para considerar social y culturalmente que alguien es normal o anormalmente adaptado, las características anteriormente nombradas deben darse en forma marcada y durante un período prolongado, teniendo en cuenta la frecuencia, la intensidad y la duración de la conducta.

Frente a la normalidad y anormalidad, la sociedad ha considerado algunos deberes que los niñ@s deben cumplir, so pena de considerarlos desadaptados. Estos son:

DEBERES DE LOS NIÑ@S NORMALES

1. Realizar todo lo que la sociedad espera

que él realice.

2. Manejar símbolos adecuados para relacionarse según lo esperado por los demás.
3. Callar sus sentimientos y emociones, o expresarlo como los demás consideren que es la mejor forma.
4. Respetar a aquellos con quienes convive (aunque el sea irrespetado a diario, al obligarle a expresar, sentir y pensar lo que no quiere).
5. Respetar las normas (aunque las demás personas las violen diariamente).

El niñ@ “normal” está lleno de “deberías” con los demás, con la sociedad y con la cultura; muchas veces poniéndose máscaras a las que después le costará trabajo renunciar. Se ignora, así, su etapa de desarrollo y su personalidad como ser único, individual e irreplicable.

En conclusión, la empatía encierra la concepción de lo que puede ser la normalidad y anormalidad desde una mirada terapéutica Gestáltica.

LINEAMIENTOS PARA ENVIAR LOS NIÑ@S A TRATAMIENTO

- ¿Es la conducta del niñ@ generalmente apropiada para las circunstancias en que se encuentra?
- ¿Se adapta en general la conducta de un niñ@ a su edad?
- ¿Hay dificultades reales en el ambiente del niñ@ a las que pueda atribuirse el problema?
- ¿Se ha producido algún cambio radical en la conducta del niñ@?

- ¿Cuanto tiempo ha perdurado el síntoma?
Sin embargo, vale la pena pensar...
- ¿Cómo adquieren las personas las normas que le sirven para tomar decisiones de juicio sobre la normalidad o anormalidad?
- ¿Hasta qué punto tienen bases realistas estos juicios?

3. LA COMUNICACIÓN EN PSICOTERAPIA CON NIÑ@S

En la psicoterapia con niñ@s, partimos del hecho que existen mayores dificultades en la relación terapeuta-niñ@ que en la relación terapeuta-adulto. Esto se debe a que el niñ@ posee un paquete comunicacional o lenguaje políglota (Serie Auditiva Lingüística SAL; Serie Auditiva Paralingüística, SAP; Serie No Auditiva Paralingüística, SNAP). El adulto solo posee la SAL y pierde la capacidad de comprender la SAP y la SNAP.

El consultante adulto relata a través de la serie auditiva lingüística lo que le sucede y el terapeuta utiliza sus habilidades para facilitar su proceso. Con el niñ@, en cambio, el proceso es diferente, pues él utiliza su paquete políglota, en especial la SAP y la SNAP, lo que hace que sean mucho más perceptivos que un consultante adulto, al poder ver, oír y transmitir mucho más que palabras.

Es por esto que, durante la sesión, el terapeuta necesita entender el idioma que ha ido perdiendo con el tiempo y, generalmente, elige dos opciones que no necesariamente son las más adecuadas:

1. Elige una serie de hechos y los sigue, perdiendo el significado global del mensaje, por ejemplo, centrarse en una prueba proyectiva o en un dibujo, dejando de lado la SAP y la SNAP.
2. Dentro de los elementos de expresión, busca los que le resultan más familiares, incluso provocándolos, y descarta el mensaje emitido.

Ninguno de los anteriores conlleva a la comprensión del mensaje del niñ@, pues es necesario tener en cuenta que toda conducta está dada en un contexto situacional, y especialmente la del niñ@ está determinada por las experiencias pasadas y por el modo como recibe las señales que le envía el terapeuta.

El terapeuta le puede dar gran importancia a su sentir, omitiendo la experiencia del niñ@. Esto lleva a que el terapeuta centre su atención en informes, padres, profesores, historias clínicas acerca de dicha experiencia, manifestándole al niñ@ una comprensión errónea de la situación.

El procedimiento para comprender al niñ@ se inicia, entendiendo lo que él está transmitiendo y luego refiriéndose a datos pasados para no formarse prejuicios. El realizar el procedimiento a la inversa (buscar afuera lo que está adentro), hace que se pierda la posibilidad de entender qué es lo que piensa, siente y hace el niñ@, y esto es lo que verdaderamente nos interesa en la terapia.

Sin embargo, en algunas ocasiones, el terapeuta se centra en realizar una serie de preguntas referidas a una actividad específica propuesta por él mismo y no por el niñ@, con el

fin de relacionar lo de afuera con lo de adentro. De este modo, el niñ@ contesta lo que puede o responde a cosas que no sabe y que trata de adecuar a lo que piensa que el terapeuta quiere escuchar o a lo que los padres quieren y que el niñ@ no necesita, terminando por asumir el comportamiento que otros esperan de él.

Por esto el proceso de comprender al niñ@ comienza por:

1. Empatía: Para esto es necesario tener la capacidad de recibir las señales que el niñ@ envía conjuntamente sin interpretarlas.
2. Tener en cuenta lo que el niñ@ siente, más que lo que piensa.
3. Buscar el significado que el niñ@ le da a su experiencia. Para esto último, es necesario tener en cuenta:
 - a. Los datos del pasado fuera del tratamiento, como son: características de la familia, anamnesis, entre otros. Es necesario manejar estos datos con cuidado, ya que se pueden utilizar para justificar cualquier conducta que presente el niñ@, echando, así, a perder el significado real que tienen.
 - b. Los datos del niñ@ dentro del tratamiento, como, por ejemplo, la relación que se establece entre el terapeuta, posibles vacaciones, sesiones no dadas, respuestas que se presentan ante situaciones específicas como cambios de casa, etc.
 - c. Circunstancias actuales aquí y ahora: Cómo percibe el niñ@ las señales del terapeuta en función de sus expectativas, qué material

significativo puede manifestar libre y espontáneamente o cuál está controlando.

CÓMO TRANSMITIRLE AL NIÑ@ QUE LO COMPRENDIMOS

Nuestra función como terapeutas es lograr en el niñ@ un “Darse cuenta” para que lo pueda integrar a su personalidad. Por esto nos planteamos lo siguiente:

La selección del material

Después de decodificado el mensaje inmerso en otros mensajes que nos ha estado enviando el niñ@, se traza un plan terapéutico, teniendo en cuenta la problemática general que se manifiesta, aspectos que se van a tratar y cuáles no, salvo que se dificulte el tratamiento. Es de tener en cuenta que este plan terapéutico puede ser ampliado o modificado, dependiendo del transcurso o desarrollo de la terapia. Un plan rígido obliga a manejar un mismo material (o situación problema) sin permitir seguir adelante, manejándose ansiedad, temor y aumentando las defensas.

En este sentido, el niñ@ puede producir un material en donde terapeuta y niñ@ hacen un trato “hacer lo que hay que hacer”, es decir, el niñ@ hace cosas lindas sin molestar con excesos emocionales y el terapeuta se los interpreta. Es necesario ir conceptualizando o sabiendo qué sucede desde la teoría a medida que se vayan integrando las dificultades a la personalidad, para poder discriminar cuándo se cambia la temática o el plan de intervención, o entender

cómo y por qué se produjo el cambio.

Transmisión de la información

El niñ@ es altamente perceptivo y observa todo lo que le sucede al terapeuta (estados de ánimo, conductas que lo asustan o le molestan, etc.). Esta información le llega a través del paquete políglota del niñ@ (SAL, SAP, SNAP), conduciéndole a seleccionar cuál le sirve y cuál no y utilizándola igualmente para su conveniencia.

La respuesta del niñ@

¿Hemos comprendido lo que el niñ@ está sintiendo y pensando y sabemos en qué problemática se encuentra inmerso?, ¿vemos cuál es su punto de urgencia y cuál es nuestro plan terapéutico? ¿Nos identificamos con el niñ@ con el fin de conocer, sentir y describir a qué tipos de señales está abierto? ¿Reaprendemos nuestro paquete políglota, es decir, utilizamos para observar la respuesta del niñ@, el SAL, SAP, SNAP, de acuerdo con lo que percibimos que él puede recibir?

¿Investigamos lo que el niñ@ tomó y lo comparamos con lo que nos habíamos propuesto transmitir? ¿Tenemos durante toda la sesión una actitud terapéutica en donde la verbalización no es lo más importante? En este punto, es necesario no caer en el diálogo de sordos, en donde el niñ@ expresa implícitamente: “Quiero que me aceptes así”. Mientras que, del mismo modo, el terapeuta propone: “Deberías ser de tal manera”.

Ahondemos, ahora, en los conceptos antes propuestos sobre la comunicación en

psicoterapia con niñ@s.

SERIE AUDITIVA LINGÜÍSTICA (sonidos de la lengua española)

El terapeuta se encuentra en el proceso terapéutico con la necesidad de adaptar el lenguaje adulto a un lenguaje que el niñ@ pueda comprender, para esto es necesario simplificarlo sin empobrecerlo. Sin embargo, puede ocurrir que se entienda lo que le sucede, pero no se sabe cómo hacérselo conocer. Posiblemente esta dificultad se puede presentar por:

1. Dificultades para identificarse con el niñ@ debido a problemas emocionales del terapeuta.
2. Falta de comprensión de contenido.
3. Falta de convicción de que ese concepto responda con fidelidad a lo que le sucede al niñ@.

Para evitar estas dificultades es necesario:

- Entrenamiento en simplificar el vocabulario sin empobrecerlo.
- Saber exactamente de qué se está hablando.
- Tener convicción de lo que se dice.

SERIE AUDITIVA PARALINGÜÍSTICA (tono de voz, timbre, ritmo)

Es frecuente que esta sea la serie en la que el terapeuta tenga menos control sobre las señales que envía, anulando completamente el mensaje en la SAL.

Pero, no olvidemos que es por medio de esta serie junto con la SNAP que el niñ@ va registrando metamensajes que percibe y envía al terapeuta. El niñ@ mantiene menos tiempo la atención centrada en el mensaje verbal, sobre todo, cuando observa incongruencia.

SERIE NO AUDITIVA PARALINGÜÍSTICA (lenguaje corporal)

Esta serie está incorporada a nuestro funcionamiento habitual y nos resulta más difícil registrarla y controlarla. Por esto es difícil mentir con este lenguaje.

Entonces, es necesario considerar la importancia de conocer nuestras características y cómo estas se manifiestan bajo la forma de metamensajes, con el fin de poder utilizar estas series para transmitir intencionalmente lo que nos proponemos y no manifestar incongruencias.

4. TERAPIA LÚDICA

ORÍGENES:

La terapia lúdica surge de los intentos de aplicar la terapia psicoanalítica a los niñ@s. Se pretendía hacer consciente lo inconsciente, de la misma manera que se intervenía con los adultos, por medio de la asociación libre. Sin embargo, se evidenció que los niñ@s se negaban a asociar libremente.

Al respecto, Anna Freud descubrió en su trabajo con niñ@s, que estos utilizaban la asociación libre para agradar al terapeuta. El

material era insuficiente para la interpretación, por esta razón y a causa de la creencia de que los niñ@s no conformaban una neurosis de transferencia, A. Freud modificó la técnica analítica clásica y utilizó esta técnica como campaña para ganarse al niñ@, mostrarse interesante y poderosa frente a él. De esta manera, el niñ@ la desearía de aliada y así lograba tener acceso a sus secretos.

Al inicio, la utilización del juego no era central en la terapia, sino preliminar al verdadero análisis, con lo cual se buscaba producir una vinculación emocional con el analista y de esta forma posibilitar la verdadera terapia.

Posteriormente, Melanie Klein desarrolló teorías que se derivaban de las de A. Freud. Mediante ellas suponía que las actividades lúdicas del niñ@, incluyendo las verbalizaciones, estaban determinadas emocionalmente, como la asociación libre de los adultos y podían ser interpretadas.

Melanie Klein llamó a su teoría “análisis lúdico”, el cual estaba caracterizado por lanzar tempranamente interpretaciones profundas de la conducta del niñ@.

El análisis del juego era en esencia coherente con la tradición psicoanalítica, es decir, en la forma cómo se interpretaban los símbolos. El objetivo terapéutico era develar el pasado y reforzar el yo, de manera que fuera capaz de enfrentar las demandas del Súper yo y del Ello.

Otro psicoanalista, Otto Rank, condujo a ciertos cambios significativos en los objetivos

y métodos del trabajo psicoterapéutico con niños@s. Un rasgo esencial de su teoría, conocida como “teoría relacional”, es su concepción de que cierto tipo de relación terapéutica es curativa por sí misma. Esta se oponía a que el paciente volviera a recorrer sus pasos evolutivos y revivir las primeras relaciones emocionales en sesiones analíticas. Así, esta teoría se interesaba más por los problemas emocionales del presente inmediato, independiente de su historia.

Según Otto Rank, no era útil recuperar el pasado, ya que el neurótico se encuentra ligado a él y es incapaz de centrarse en el presente aquí y ahora.

El terapeuta rankiano no trata, por eso, de ayudar al paciente a repetir una serie particular de pasos evolutivos, sino que comienza en su presente inmediato. En la terapia de juego utilizada por Rank se abandonaban las interpretaciones (Edipo), y se subrayaba la necesidad del niño@ de definirse en relación al terapeuta. El niño@ debe llegar gradualmente a darse cuenta de su independencia.

¿EN QUÉ CONSISTE LA TERAPIA LÚDICA GESTÁLTICA?

HIPÓTESIS CENTRAL

La terapia lúdica parte de un principio fundamental de este enfoque: La capacidad que tiene la persona para crecer y autodirigirse. El niño@ es una persona que tiene capacidad para ayudarse a sí mismo, teniendo en cuenta que si el ambiente cambia, el comportamiento también cambia. De esta forma, aceptamos los hechos que influyen en su comportamiento.

EL TERAPEUTA

El terapeuta evidencia una actitud de respeto para que el niño@ perciba que puede ser él mismo y que el terapeuta está disponible cuando el niño@ llega, manteniendo siempre el consultorio ordenado y preparado para él, cumpliendo con la cita y cancelándola con anticipación cuando sea necesario. Si, por ejemplo, llega tarde se disculpa con el niño@ que es su consultante, no solo con los padres o los profesores, mantiene en secreto las confidencias del niño@: así los padres o profesores lo exijan, solo debe dar la información que sea estrictamente necesaria.

La relación terapéutica no debe ser percibida por el niño@ como amenazante y siempre debe ser genuina, transmitiéndole al niño@ calidez y comprensión, una relación en la que pueda sentirse lo suficientemente seguro como para relajar sus defensas y sentir cómo puede estar sin ellas.

El terapeuta acepta al niño@ tal y como es en ese momento y no intenta moldearlo de alguna manera socialmente aprobada, no intenta responder al niño@ de un informe, de una historia clínica o de una remisión, sino que se limita a los sentimientos expresados por él en ese momento, ampliando la experiencia del niño@ aquí y ahora.

LA HORA DEL NIÑO@

Esta hora le pertenece exclusivamente a él. El terapeuta proporciona: comprensión, compañía, calor; pero no liderazgo. Se interviene al ritmo elegido por el niño@, ni se apresura ni se

atrás ningún aspecto en particular del proceso terapéutico.

El momento en que el niño trae material significativo está determinado por él y por su disposición para hacerlo. El terapeuta no debe asumir esta responsabilidad por él. Si el niño maneja símbolos (como jugar con un caballo), el terapeuta acepta y respeta este nivel de comunicación, aunque los símbolos sean muy obvios.

EL CASO SILENCIOSO

Si el terapeuta está verdaderamente convencido de que la hora le pertenece al niño, no sentirá angustia o la necesidad de presionarlo para que este juegue o hable. No hay fenómenos que generalmente se consideren característicos de un proceso terapéutico (catarsis, reflejos de sentimientos, etc.), sin embargo, la aceptación del otro tal y como es produce cambios inmediatos.

El caso silencioso parte de la hipótesis que si el niño no admite a otra persona en su mundo privado, quizás resulte terapéutico que el terapeuta simplemente lo acepte y no trate de introducirse; quizás sea suficiente sentir que el terapeuta respeta su intimidad en sentido genuino, propiciando en el niño pensamientos como este: "Aquí hay alguien que me permite ignorarlo y que, sin embargo, piensa que eso está bien y no se enfurece conmigo". El niño puede necesitar intimidad, pero no soledad.

El terapeuta que se sienta rechazado cuando el niño no accede a contar sus problemas, solo se sumará a la ansiedad del niño al desplegar la suya propia.

EL SIGNIFICADO DE LA HORA TERAPÉUTICA PARA EL NIÑO

En esta hora, el niño encuentra a un adulto que no se molesta por lo que él hace, que le permite expresar sus sentimientos y que considera sus afirmaciones con respeto, como ningún otro adulto lo había hecho. Esto no implica la aprobación de una conducta o actitud en particular. El reflejo y aclaración de los sentimientos le ayudan al niño a manifestarlos: si el niño se siente comprendido, tiende a traer material más profundo.

Durante el proceso terapéutico no debe haber elogios ni condenas. Lo que determina las expresiones del niño, son sus necesidades y no la persuasión del terapeuta.

Así, el niño comprende la permisividad, diferente a otras experiencias pero con límites. El niño percibe que algo está pasando en la hora terapéutica aunque no entienda exactamente qué es.

Es necesario que el niño exprese abiertamente sus verdaderos sentimientos, sin importar cuán difíciles o asociales parezcan; pues, solo cuando el niño se sienta lo suficientemente a salvo podrá hacerlo y estará seguro de que el terapeuta realmente lo acepta cuando lo haya puesto a prueba, mostrándole aspectos rechazados de su personalidad.

La terapia lúdica difícilmente promoverá conductas socialmente inaceptables fuera de las sesiones terapéuticas ya que la aceptación del terapeuta parece reducir la hostilidad en lugar de inculcarla.

¿EXISTEN RIESGOS EN LA PERMISIVIDAD EN LA TERAPIA LÚDICA?

Llegados a este punto, no es raro que el profesional de la psicología se haga la anterior pregunta. La respuesta es negativa por las siguientes razones:

1. El terapeuta ha refinado cuidadosamente los elogios o estímulos para que el niñ@ diga o haga alguna cosa en particular, y esto hace que él se responsabilice de sus acciones y expresiones.
2. El niñ@ es consciente de que las sesiones terapéuticas son diferentes a su vida cotidiana.
3. Las prohibiciones experimentadas por el niñ@ en su vida no eliminan su necesidad de realizar ciertas conductas por destructivas que sean; si el terapeuta se convirtiera en otro agente de la sociedad que le represente autoridad, el niñ@ preferirá mantenerse en su antiguo problema.
4. El ser aceptado como persona a pesar de las diferencias parece ser una parte importante de la terapia.
5. La terapia lúdica difícilmente promoverá conductas socialmente inaceptables fuera de las sesiones, ya que la aceptación del terapeuta reduce la hostilidad en lugar de incrementarla.

LOS LÍMITES

Ahora bien, aunque el terapeuta no establezca límites a la expresión verbal o física de los sentimientos del niñ@; sin embargo, no

debe permitir que algunos sentimientos sean expresados directamente en la acción (calmar, por ejemplo, la rabia rompiendo las ventanas siempre será inadmisibles). Pero, una vez asumida la situación propuesta en la terapia, el niñ@ aprende que no es necesario negar sus propios sentimientos porque hay maneras adecuadas o saludables para expresarlos. Esto hace que la terapia se vuelva una experiencia socializadora.

DIFERENCIA ENTRE LÍMITES EN EL CONSULTORIO Y FUERA DE ÉL

1. Los límites en el consultorio son menos.
2. Se acepta la necesidad que el niñ@ tiene de romper o dañar y no se le rechaza por tener esta necesidad.

LÍMITES EN TERAPIA

El niñ@ puede decirle al terapeuta todo lo que quiera y estos sentimientos son aceptados y reflejados como cualquier otro; sin embargo, no se le permite agredir físicamente al terapeuta, ya que podría cambiar su aceptación, como, también, provocar culpa o ansiedad profunda en el niñ@ por agredir a la persona que lo ayuda o, tal vez, experimente miedo por la retaliación ante lo pueda pasarle, lo cual dañaría la terapia.

Como queda claro, en toda terapia existen algunas restricciones y las más obvias son en cuanto al tiempo y espacio, que estructuran al proceso terapéutico. Sin embargo, los límites no deben convertirse en el centro del problema. Es necesario permitirle al niñ@ que decida si

quiere terminar la sesión o respetar el límite.

Es de tener en cuenta que algunos límites dependen de las características del consultorio, sin embargo no se deben imponer límites al niño sin explicarle la razón, así sean personales.

Además, existen varios límites que solo dependen de la aceptación del terapeuta, es decir, de situaciones que este perciba como necesarias. Todo ello sin olvidar la frase de Oaklander:

*Los niños son nuestros primeros maestros.
Ya saben cómo crecer, cómo desarrollarse....
Todo lo que necesitan es el espacio
para hacerlo.
(1978, p. 324)*

BIBLIOGRAFÍA

- Axline, V.M. (1979). Play Therapy as described by children. En: *The therapeutic use of child's play*. C. New York: Schaefer (Ed), pp. 517-33.
- Bacigalupe, G. (2002). Family therapy: An intimate history. *Journal of Marital and Family Therapy*. Oct; Vol. 28, N° 4; 496-497. En <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Beyebach, M., Rodríguez Sánchez, M.S. et al. (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies*; Spring; Vol. 19, N° 1; 116-128. En <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Cárdenas, S. (1997). Eficacia de una terapia de juego centrada en el niño. En la autoestima de las niñas entre los 8-10 años pertenecientes a un hogar de protección de la ciudad de Cali. Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana, Cali Colombia.
- Duravia. (1992). *Dimensión Psicoafectiva de la Personalidad*. Santafé de Bogotá: Editorial McGraw-Hill.
- Ginger, S. y Ginger, A. (1993). *La Gestalt: Una terapia de contacto*. México: Editorial Manual Moderno.
- Oaklander, V. (1992). *Ventana a nuestros niños*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Papalia, D. (1992). *Desarrollo Humano*. Santafé de Bogotá: Editorial McGraw-Hill.
- Rogers, C. (1975). El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rogers, C. (1975). *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Martínez, M. Bacigalupe, G. (2002). Family therapy: An intimate history. *Journal of Marital and Family Therapy*. Oct; Vol. 28, N° 4; 496-497. Disponible en <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Watson, J., Goldman, R., Warner, M. (2002). Client-Centered and experiential psychotherapy in the 21st century. *Advances in theory, research and practice*. Chicago: Edit. PCCS Books.
- Wyatt, G. (Ed.). (2001). *Roger's therapeutic conditions: evolution, theory and practice*. Volume I: Congruence. Reino Unido: PCCS Books.
- West, J. (1994). *Terapia de juego centrada en el niño*. Buenos Aires: Editorial Manual Moderno.
- Winnicott, D. W. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. New York: Basic books.