

Universidad Autónoma de Barcelona
Departamento de Psicología de la Salud y Psicología social
Doctorado en Psicopatología Infanto-Juvenil

**EL JUEGO Y LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS A TRAVÉS
DEL MACARTHUR STORY STEM BATTERY: ESTUDIO
COMPARATIVO ENTRE NIÑOS NORMALES Y CON
DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE 4 A 6 AÑOS.**

Realizado por: **Lcda. Ana Lucía Pacurucu Pacurucu**

Dirigido por: **Dra. Mercè Mitjavila**

Barcelona, 2002

*Con todo cariño a toda mi familia, a ese espacio físico y emocional
que me ha enseñado a no dejar de jugar, a crecer con firmeza,
a amar todo lo que me rodea, a aprender de los errores,
a madurar mis ideas, a creer en mis sueños y
a pelear por las metas.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Mercé Mitjavila por su paciencia y dedicación en la dirección y corrección de esta tesis, a la licenciada Eva Penelo, por su colaboración en el procesamiento de los datos estadísticos.

De manera especial agradezco a las profesionales de la salud, a los niños y familias que asistían al Centro de Atención Precoz (DAPSI) de Cerdanyola y Sant Cugat, sin cuya colaboración esta tesis no hubiera sido posible, de igual manera quiero agradecer a las maestras y los niños de P3 y P4 de las escuelas de Cerdanyola y Ripollet por su inmediata disponibilidad ha participar en esta investigación.

Quiero agradecer a mis padres Saúl y Lucia por el apoyo económico y emocional que me ha permitido llevar a cabo mis estudios, a mis hermanos Fernanda y Saúl que siempre han estado apoyándome y motivándome a terminar mis estudios y con quienes he compartido la vivencia de estar lejos de la familia y valorar nuestras raíces.

También quiero agradecer a las personas que durante la realización del doctorado han colaborado de una u otra forma conmigo, a Sergi, Maite, Elena y Natalia, quienes colaboraron en la investigación de la tesina y en parte de esta investigación.

A Angelina, ya que gracias a su ayuda y colaboración incondicional en momentos críticos de este proceso, me sacaron de apuros y permitieron que continuara con la Tesis. A Cristina por haberme ayudado con la codificación de los videos.

A Montsé Dorado, por estar siempre ahí, dispuesta a escuchar las quejas, los progresos y a colaborar en todo cuanto le sea posible.

A los amigos latinoamericanos que en estos cuatro años han compartido los buenos y malos momentos de mi estancia en Barcelona, a Boris, Javier, Fernando, Cari y Yamile por haberme acogido a mi llegada.

A Anice y Christian por haber empezado juntos este camino y contar con su apoyo incondicional a pesar de la distancia, a Penélope y Daniel por habernos acogido como hermanos. A Lesly y MariCarmen por haberme enseñado a luchar para alcanzar las metas y vencer los obstáculos con los que nos encontramos.

A mis amigos incondicionales John, Pablo, Carmen, Marthi y Rosana que a través del internet siempre han estado alentándome, animándome y apoyándome durante la realización de este doctorado.

A la Familia Freixa- Vidal por haberme acogido a mi llegada a Barcelona y enseñado a valorar la cultura catalana en todas sus dimensiones.

A la Familia Teruel - Gila y Teruel - Rosa por permitirme compartir con ellos momentos muy agradables y aligerar el peso de la distancia, a María y Blanca por brindarme todos los días una sonrisa.

Finalmente quiero agradecer a Mónica por haberme acompañado en estos tres años, tanto como amiga incondicional, como compañera de piso, con quien he compartido mis alegrías, dificultades e ilusiones y a Juan Pablo que me ha enseñado a ver la vida en función de dos, por haberme apoyado en todo lo que he hecho, por no dejar que me desplome y ayudarme a conseguir el objetivo deseado, por haber compartido mis noches en vela y solucionar todos los problemas que he tenido con el ordenador.

YO NO ENTIENDO A LA GENTE GRANDE

Yo no entiendo a la gente grande,
Porque tapa la luz del sol,
quita las flores a las plantas,
para dejarlas marchitar en un jarrón
y enjaula a los pajaritos,
porque ha pintado las cosas de color gris
y ha llenado el cielo de antenas y chimeneas.

Yo no entiendo a la gente grande,
porque se cree importante por el sólo hecho de ser grande,
porque no me dejan caminar descalzo,
ni me dejan chapotear en la lluvia.
Porque me compran juguetes y no quieren que los use
para que no se rompan.

Yo no entiendo a la gente grande,
porque perdieron las ganas de correr y saltar,
porque olvidaron esas cosas que tanto les gustaba de chicos,
porque antes de reírse siempre le piden permiso al reloj.

Yo no entiendo a la gente grande,
Porque cuando hago algo malo
me dicen "no te quiero más" y
Yo tengo mucho miedo que me dejen
de querer en serio .

Anónimo

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	13
PRIMERA PARTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	17
CAPITULO I	18
1.- EL JUEGO INFANTIL.....	18
1.1 CONCEPTO DE JUEGO.....	18
1.2 TIPOS DE JUEGO.....	20
1.3 APLICACIONES DEL JUEGO.....	22
CAPITULO II	25
2.- CONSIDERACIONES DESDE DIVERSOS MODELOS PSICOLÓGICOS.....	25
2.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA.....	25
2.2 TEORÍA DE LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE.....	30
2.3 TEORÍA COGNITIVA.....	31
2.4 LA ESCUELA RUSA.....	34
2.4.1 <i>Material de juego</i>	35
2.4.2 <i>Contenido de los juegos</i>	35
2.4.3 <i>El juego en niños especiales</i>	37
2.4.4 <i>Las Reglas</i>	37
2.5 LA TERAPIA DE JUEGO.....	43
2.5.1 <i>Terapia de Juego Psicoanalítica</i>	43
2.5.2 <i>La terapia de juego no directiva</i>	45
2.5.3 <i>TERAPIA DE JUEGO COGNITIVA</i>	49
CAPITULO III.....	52
3.- EL JUEGO Y LA NARRACIÓN COMO DIAGNÓSTICO.....	52
3.1 JUEGOS UTILIZADOS COMO DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.....	52
3.1.1 <i>La Hora de Juego Diagnóstico de Arminda Aberastury</i>	53

3.1.2	<i>Entrevista del juguete miniatura de Murphy.....</i>	54
3.1.3	<i>Técnica del mundo de arena de Lowenfeld.....</i>	55
3.1.4	<i>Los Títeres</i>	55
3.1.5	<i>Dramas Improvisados.....</i>	57
3.2	EL LENGUAJE COMO COMPLEMENTO DEL JUEGO.....	58
3.2.1	<i>Consideraciones de la Escuela Rusa sobre el Lenguaje</i>	60
3.2.2	<i>El juego considerado como texto gracias al lenguaje.....</i>	60
3.2.3	<i>Desarrollo del sentido de la narración en el niño.....</i>	61
3.2.4	<i>las narraciones como diagnóstico</i>	63
CAPITULO IV.....		65
4.- EL JUEGO CON MUÑECOS Y EL COMPLETAMIENTO DE		
HISTORIAS		65
4.1	LOS MUÑECOS DE LA FAMILIA DENTRO DEL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.....	66
4.2	EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS.....	68
4.2.1	<i>EL VÍNCULO Y EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS.....</i>	69
4.2.2	<i>El completamiento de historias y los problemas de conducta.....</i>	72
4.2.3	<i>COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS Y el tipo de narraciones.....</i>	74
4.2.4	<i>EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS Y CUIDADO PARENTAL.....</i>	75
4.2.5	<i>EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS Y el desarrollo de LA MORAL.....</i>	78
4.3	COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS Y OTRAS POBLACIONES.....	79
SEGUNDA PARTE:INVESTIGACIÓN EMPÍRICA		81
CAPITULO V		82
5.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....		82
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	82
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	82
5.3	HIPÓTESIS.....	83
5.4	MÉTODO.....	83
5.4.1	<i>Sujetos.....</i>	83
5.5	MATERIAL.....	86

5.5.1	<i>Early Childhood Inventory</i>	86
5.5.2	<i>Cuestionario para los padres</i>	90
5.5.3	<i>Valoración del nivel socioeconómico de Hollingshead</i>	91
5.5.4	<i>MacArthur Story Stem</i>	91
5.5.5	<i>El cumani</i>	96
5.6	PROCEDIMIENTO.....	97
5.7	PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.....	99
CAPITULO VI		100
6.- RESULTADOS		100
6.1	CONCORDANCIA ENTRE OBSERVADORES.....	100
6.2	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN LAS HISTORIAS DEL MACARTHUR STORY STEM BATTERY (MSSB).....	102
6.2.1	<i>RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS en LAS HISTORIAS DE CONTENIDO MORAL</i>	102
6.2.2	<i>HISTORIA DE ACATAMIENTO DE ÓRDENES</i>	106
6.2.3	<i>Historias de Vínculo</i>	108
6.3	TIPOS DE CONSECUENCIAS EN LAS HISTORIAS DEL MSSB.....	110
6.3.1	<i>Consecuencias en las historias de contenido moral</i>	110
6.3.2	<i>El Castigo</i>	111
6.3.3	<i>HISTORIA DE ACATAMIENTO DE ORDEN</i>	112
6.3.4	<i>HISTORIAS DE vínculo</i>	114
6.4	CONDUCTAS QUE SE PRESENTAN EN LAS HISTORIAS DE VÍNCULO.....	114
6.4.1	<i>Historia 7: Viaje de los padres (separación)</i>	115
6.4.2	<i>Historia 8: Regreso de los padres (reunión)</i>	116
6.4.3	<i>Historia 9: Padres quieren estar solos (Exclusión)</i>	118
6.5	PERSONAJES MÁS FRECUENTES EN LAS HISTORIAS DEL MSSB QUE AYUDAN AL NIÑO EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.....	120
6.5.1	<i>Representaciones de la figura materna</i>	122
6.6	DETECTAR EL TIPO DE JUEGO QUE SE REALIZA DURANTE EL TRANCURSO DE LA APLICACIÓN DEL MSSB.....	123

6.6.1	<i>Tipo de juego y resolución de conflicto</i>	124
6.7	TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LAS HISTORIAS DEL MSSB...	126
6.7.1	<i>Trastornos Psicológicos de acuerdo al grupo de estudio, sexo y nivel socioeconómico</i>	126
6.7.2	<i>tipos de trastornos</i>	127
6.7.3	<i>Gravedad de los trastornos</i>	129
6.7.4	<i>Tipo de respuestas de acuerdo a la presencia de trastorno</i>	131
6.8	DESCRIPCION DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE ACUERDO CON LA PRESENCIA DE TRASTORNOS.....	133
6.8.1	<i>Trastorno de Déficit de atención</i>	133
6.8.2	<i>Trastorno de ansiedad de Separación</i>	136
6.8.3	<i>Trastorno del Vínculo</i>	140
CAPITULO VII		143
7.- DISCUSIÓN		143
7.1	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	143
7.2	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN LAS HISTORIAS DE CONTENIDO MORAL DEL MACARTHUR STORY STEM BATTERY (MSSB).....	144
7.3	TIPOS DE CONSECUENCIAS EN LAS HISTORIAS DEL MSSB.....	145
7.3.1	<i>historia de acatamiento de orden</i>	146
7.4	CONDUCTAS QUE SE PRESENTAN EN LAS HISTORIAS DE VÍNCULO.....	147
7.5	PERSONAJES MÁS FRECUENTES EN LAS HISTORIAS DE CONTENIDO MORAL DEL MSSB QUE AYUDAN AL NIÑO.....	148
7.6	DETECTAR EL TIPO DE JUEGO QUE SE REALIZA DURANTE EL TRANCURSO DE LA APLICACIÓN DEL MSSB.....	149
7.7	TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LAS HISTORIAS DEL MSSB...	150
CAPÍTULO VIII		153
8.- LIMITACIONES Y CONCLUSIONES		153
8.1	CONCLUSIONES.....	153
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		157

ANEXO 1.....	167
EARLY CHILDHOOD INVENTORY.....	167
ANEXO 2: CUESTIONARIO DE PADRES	167
ANEXO 3 : EVALUACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	167
ANEXO4: HISTORIAS DEL MACARTHUR STORY STEM BATTERY.....	167
ANEXO 5: CODIFICIACIÓN DE LAS HISTORIAS DEL MACATHUR STORY STEM BATTERY	167
ANEXO 6: ESCALA VERBAL DEL CUMANI	167

INDICE DE TABLAS ESTADÍSTICAS

Tabla 1: Medias de edad de los padres, madres y niños del grupo clínico y grupo control.....	85
Tabla 2: Correlaciones de Pearson para el nivel de coherencia y Manipulación en las historias del MacArthur Story Stem Battery.....	101
Tabla 3: Correlaciones de Spearman para el tipo de Juego y la ansiedad en las historias del MacArthur Story Stem Battery.....	101
Tabla 4: Tipo de respuestas en las historias de contenido moral.....	103
Tabla 5: Frecuencias de las respuestas de la historia N°4.....	107
Tabla 6: Alternativas que el niño da frente al acatamiento de la orden.....	107
Tabla 7: Tipo de Respuestas en las historias de Vínculo por grupo.....	109
Tabla 8: Media de Respuestas Prosociales y No Sociales en Las Historias de Vínculo.....	110
Tabla 9: Tipo de consecuencias en las historias de contenido moral.....	111
Tabla 10: Tipos de Castigos más frecuentes en los niños.....	112
Tabla 11: Consecuencias cuando el niño no obedece la orden de la madre.....	113
Tabla 12: Consecuencias de No Obedecer La Orden de Acuerdo Al Grupo.....	114
Tabla 13: Resolución del conflicto frente a la separación de los padres.....	115
Tabla 14: Emociones que los niños presentan cuando se separan de sus padres.....	116
Tabla 15: Resolución del conflicto frente al regreso de los padres.....	117
Tabla 16: Emociones de los niños frente al encuentro con sus padres.....	117
Tabla 17: Resolución del conflicto frente a la exclusión del niño por parte de los padres.....	119
Tabla 18: Emociones frente a la exclusión de los niños por parte de los padres.....	119
Tabla 19: Personajes que ayudan a la solución del conflicto en las historias de contenido moral.....	121
Tabla 20: Tipos de Representación Materna encontradas en las historias de Contenido moral.....	123
Tabla 21: Tipos de juego utilizado en las historias del MSSB.....	124

Tabla 22: Medias del juego utilizado en la resolución de conflictos del MSSB de acuerdo al grupo de estudio	125
Tabla 23: Total de Trastornos de acuerdo al grupo de estudio y al sexo.	126
Tabla 24: Nivel socioeconómico por grupo de estudio y presencia de trastorno.....	127
Tabla 25: Frecuencia de trastorno de acuerdo al grupo de estudio	128
Tabla 26: Distribución de trastornos de acuerdo a la gravedad.	130
Tabla 27: Media de Respuestas Prosociales de acuerdo al grupo de estudio y a la presencia de Trastorno.	131
Tabla 28: Media de Respuestas No Sociales de acuerdo al grupo de estudio y a la presencia de Trastorno.	132
Tabla 29: Subcategorías del Trastorno Déficit de Atención de acuerdo al grupo de estudio.....	133
Tabla 30: Porcentajes de niveles de coherencia en niños con Déficit de Atención ...	135
Tabla 31: Disposición ante la prueba de los niños que padecen Ansiedad de Separación de acuerdo al grupo de estudio.....	137
Tabla 32: Disposición ante la prueba en las historias de vínculo de los niños que padecen trastorno de Ansiedad de Separación de acuerdo al grupo de estudio .	138
Tabla 33: Disposición ante la prueba en las historias de vínculo de los niños que padecen trastorno del Vínculo de acuerdo al grupo de estudio	141
Gráfico 1: Media de conflictos resueltos de acuerdo al tipo de Juego y grupo de estudio.....	125
Gráfico 2: Medias de las puntuaciones de gravedad obtenidas en los trastornos de acuerdo al grupo de estudio.	131

INTRODUCCIÓN

Al hablar de juego generalmente nos viene a la mente la imagen de un niño sonriente, realizando alguna actividad como patear una pelota, hablar con una muñeca, correr por el césped, etc.

El juego es una actividad que se inicia en la infancia y evoluciona de acuerdo con las etapas del desarrollo. Esta actividad ha sido considerada desde diversas áreas de estudio. Por ejemplo, el juego ha sido estudiado desde el punto de vista antropológico para demostrar su importancia a lo largo de toda la evolución humana. En el área educativa el juego ha sido utilizado como instrumento para la adquisición de conocimientos y mejora de habilidades.

Sin embargo nosotros nos centraremos en el estudio del juego dentro de la Psicología en niños entre dos y seis años, etapa evolutiva del niño en la cual el juego es su actividad principal y permite observar los cambios físicos y psíquicos que ocurren en este período.

Dentro de la psicología Clínica y la psicopedagogía los juegos de ejercicio son utilizados para evaluar el desarrollo del niño, por medio de las escalas que determinan el nivel evolutivo del niño y en caso de existir una deficiencia o retraso, éste se podrá superar a través del juego y del aprendizaje escolar.

El psicoanálisis utiliza el juego como instrumento terapéutico que permite analizar los conflictos personales y familiares del niño.

Desde el punto de vista cognitivo el juego ha sido considerado como la base para la estructuración de los procesos mentales, partiendo de la acomodación e imitación en los primeros años de vida, el niño dispone de una serie de instrumentos que le permitirán

asimilar y almacenar la información que recibe del exterior y después utilizarla de acuerdo con sus objetivos.

Elkonin (1980) hace una recopilación de varios autores rusos y nos muestra el desarrollo social del niño a partir de los 3 años a través del juego protagonizado y de los aspectos que intervienen en éste. Veremos como el material, los papeles, las reglas y el tamaño del grupo de juego de los niños, evoluciona de acuerdo con la edad.

Otros autores destacan la importancia del lenguaje dentro del juego ya que lo consideran un instrumento de comunicación, simbolización y como complemento del juego del niño. (Gadamer 1982, Ricoeur 1981, Moor 1999).

La adquisición del lenguaje por el niño abre al niño el mundo de la comunicación verbal, ya que descubre una forma en la que puede expresarse y participar libremente en el mundo que le rodea, puede interactuar de forma más amplia y compleja con las personas que están a su alrededor y comunicar sus pensamientos, sentimientos y dudas.

La combinación de estas dos funciones semióticas, el juego y el lenguaje, permite conocer mejor los problemas y las dificultades del niño, comprender sus miedos y temores y realizar una intervención psicológica adecuada acorde con su edad.

A lo largo de los años el juego ha sido un elemento muy utilizado para la evaluación de los niños, puesto que ha permitido realizar una valoración sobre su vida psíquica, basándose principalmente en el juego simbólico. Sin embargo algunos autores al darse cuenta de la importancia del lenguaje han creado un instrumento que evalúe el lenguaje y el juego y de esta manera contar con la información suficiente para una intervención eficaz y más objetiva, entre estos instrumentos se encuentra el creado por Bretherton y col. (1990), el MacArthur Story Stem Battery que consiste en contar al niño una serie de historias sin final, que él debe terminarlas.

Los estudios con este instrumento han permitido conocer "la formación de las normas morales", "el tipo de vínculo del niño con sus padres", "la ansiedad", "la aceptación de las reglas" y "las relaciones familiares".

El presente trabajo consta de dos partes, la primera es una revisión teórica sobre el juego y su utilización dentro de la psicología, la segunda parte es una aplicación práctica del MacArthur Story Stem Battery (Bretherton y col. 1990).

Dentro de la parte teórica, *el primer capítulo* presenta las consideraciones generales sobre el juego, la clasificación de los juegos de acuerdo con la perspectiva psicológica, las funciones que se le han dado de acuerdo con el área de aplicación. En el *segundo capítulo* se revisará las diferentes consideraciones que las escuelas psicológicas como la psicoanalítica, la cognitiva, la centrada en el cliente y la escuela rusa hacen sobre el juego y la técnica que usan en el tratamiento de niños.

El *tercer capítulo* presenta los instrumentos que se han utilizado para la evaluación de niños, en los cuales el juego infantil es el recurso diagnóstico. En este capítulo también veremos la importancia de la narración como complemento del juego del niño.

El *cuarto capítulo* recoge las experiencias realizadas con el MacArthur Story Stem Battery, los resultados obtenidos y su aplicación en diferentes poblaciones.

La segunda parte de este trabajo presenta una aplicación práctica del MacArthur Story Stem Battery a un grupo de niños normales de entre 4 y 6 años de edad y su comparación con un grupo de niños que padecían algún tipo de trastorno del desarrollo.

El *quinto capítulo* presenta los objetivos de la investigación y las hipótesis planteadas. Se describen los instrumentos aplicados a los niños y a los padres, el procedimiento seguido durante la investigación y el procedimiento estadístico de los datos obtenidos.

En el *sexto capítulo* se exponen los resultados obtenidos en cada grupo de estudio y la comparación entre los dos. El *Séptimo capítulo* incluye la discusión y la comparación de los resultados con investigaciones anteriores.

El *capítulo octavo* recoge las limitaciones y conclusiones encontradas en esta investigación.

En la parte de los anexos se encuentran los cuestionarios aplicados a los padres, la versión de historias del MacArthur Story Stem Battery utilizada en esta investigación, los parámetros utilizados para la codificación de las narraciones de los niños y las hojas en la que se recogió la información codificada.

PRIMERA PARTE

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CAPITULO I

1.- EL JUEGO INFANTIL

El juego es una actividad que se puede describir de distintas maneras, ya que abarca más de una dimensión, existen espacios relacionados con el juego y objetos que facilitan la realización de un determinado juego. Sin embargo pocas veces se ha encontrado una definición exacta o completa de lo que es el juego, se lo asocia como exclusivo de los niños, pero existen actividades que se han transformado para que los adultos también puedan jugar. No obstante la esencia del juego y su significado tiene su mayor valor durante la infancia, puesto que el juego cumple con una serie de funciones que permiten al niño relacionarse con el mundo, descubrir su funcionamiento y resolver sus conflictos.

El juego ha sido estudiado desde el punto de vista antropológico para demostrar su importancia a lo largo de todo el desarrollo humano, sin embargo nosotros nos centraremos en el estudio del juego entre los dos y seis años, etapa evolutiva en la cual aparece, además del juego, el lenguaje que facilita la comunicación e interpretación de las actividades del niño.

A continuación se presenta algunos de los conceptos más comunes encontrados para definir el juego dentro de este contexto.

1.1 CONCEPTO DE JUEGO

De acuerdo con el gran diccionario psicológico (1996) el juego es definido por contraste con el trabajo. El juego es una actividad gratuita, cerrada en sí misma en tanto que se desencadena por una motivación intrínseca y pocas veces por estimulaciones externas y

en tanto que no necesita refuerzos exteriores para continuar. El juego procura placer al que lo ejerce. Solo se manifiesta cuando las necesidades fundamentales están satisfechas y de forma exterior a toda obligación.

Según Groos en Dorsh (1991), el juego es una actividad del hombre y de los animales para el ejercicio y para el descanso de otras actividades y descarga de tensiones, unida siempre a una sensación de placer y tiene su objetivo en sí mismo.

Katz (1991) "El juego es una actividad espontánea que le permite al niño explorar, conocer y vincularse con el mundo apoderándose de éste, modificándolo mediante la acción."

En su libro "Crecer Jugando" Katz propone el uso del cuerpo como instrumento mediador del juego y del aprendizaje, además afirma que el cuerpo en contacto con cualquier objeto exterior, permite al niño explorar y aprender acerca de las cosas que le rodean.

Wallon (1980) recoge varias ideas de otros autores, pero su aporte principal se centra en considerar el juego como una actividad propia del niño, que no necesariamente es diversión y que de acuerdo con la edad va adquiriendo otro tipo de funciones, permitiendo al niño adaptarse a su medio, al mismo tiempo que aprende y asimila todo lo que está a su alrededor.

Garvey (1983) propuso las siguientes características para poder comprender el juego en toda su expresión.

1. El juego es placentero, divertido.
2. El juego no tiene metas o finalidades extrínsecas. Sus motivaciones son intrínsecas y no se halla al servicio de otros objetivos.
3. El juego es espontáneo y voluntario.
4. El juego implica cierta participación activa por parte del jugador.
5. El juego guarda ciertas conexiones sistemáticas con lo que no es juego.

La mayoría de los conceptos sobre el juego implica la diversión y la exploración, a partir de estos elementos se produce un aprendizaje o representación del mundo por parte de los niños, por lo tanto las variaciones del concepto general de la conducta de juego incluyen simulación, juego simbólico y juegos reglados.

1.2 TIPOS DE JUEGO

De acuerdo con las etapas de desarrollo propuestas por Piaget (1975), el juego se puede clasificar siguiendo estas etapas: el juego sensoriomotor, el juego simbólico y el juego reglado.

El juego sensoriomotor hace referencia al primer año de vida del niño, implica actividades y experiencias sensoriales y motrices y ausencia de representaciones simbólicas y argumentales. Es la etapa en la que el niño pequeño ejercita mecanismos o funciones que desarrollan su inteligencia.

Este tipo de juego, también conocido como *juego de ejercicio* está presente en algunas especies animales.

El juego simbólico se hace presente entre los dos o tres años y se manifiesta hasta los 5 ó 6, en este período de tiempo el niño aprende a utilizar los juguetes para representar sus vivencias, superar conflictos y asimilar sus experiencias cotidianas. Este tipo de juego implica la presentación de un objeto, evento o situación ausente puesto que es la comparación entre un elemento dado y un elemento imaginado y su representación ficticia.

Los juegos con reglas aparecen a partir de los 7 años permiten al niño conocer las reglas, los límites y las prohibiciones del juego, obligándolo a que las respete y aprenda

la importancia de su funcionamiento dentro del mundo exterior. En este tipo de juego el niño aprende a cooperar con otros, a planificar sus acciones y sufrir las consecuencias cuando no se cumple una regla. Ej. : ajedrez, juegos de cartas, rayuela, fútbol.

Wallon (1980) estudió el juego desde una perspectiva dialéctica y relacional del desarrollo, realizó una clasificación de los juegos similar a la de Piaget, la diferencia está en la denominación que utiliza para la clasificación. A los juegos sensoriomotores los llamó *Juegos Funcionales* porque procuran un placer funcional, que es el de conocer la causa de un acontecimiento (especialmente en el bebé) y el de afirmar y perfeccionar un saber recientemente adquirido. Al juego simbólico lo denomina *Juego de Ficción* y en este caso el concepto es el mismo que el dado por Piaget

Este mismo autor habla de *los juegos de construcción*, que se basan en el descubrimiento y en la consideración de estrictas relaciones con lo real, constituyen la transición hacia las conductas adultas. Los juegos de construcción y de resolución de problemas cada vez más complejos, se caracterizan por ser juegos individuales.

La escuela Rusa, cuyos mayores representantes son Vigotski (1966) y Elkonin (1980), estudia el juego desde una perspectiva del desarrollo social y la clasificación que hace de los juegos es la siguiente:

El Juego- Acción, es un juego simple en el que el niño tiende a representar diversas acciones nadar, planchar, comer, dormir, etc.

El Juego Protagonizado se presenta entre los 3 y 6 años, y se caracteriza porque el niño crea diferentes personajes. Este tipo de juego posee dos estilos: juegos de escenificación cuando el niño dirige el juguete y juegos en los que el papel es interpretado personalmente por el niño.

Los Juegos de Construcción, aquí la actividad del individuo se vuelve constructiva pero no representa ningún papel.

Según Schaefer y O'Connor (1988) Los juegos reglados no encajan dentro de la definición común de juego, ya que existe cierto sentido de una tarea implícita. Sin embargo se ve como una fase intermedia entre el juego no reglado de los niños pequeños y el juego reglado de los adultos.

1.3 APLICACIONES DEL JUEGO

El juego como tal, ha sido empleado en distintos campos del desarrollo humano, así por ejemplo dentro de la *educación*, el valor del juego es de suma importancia para la psicomotricidad, en el aprendizaje de conceptos y en el entrenamiento de habilidades básicas.

Una de las aplicaciones básicas del juego es la *recreación y socialización*, esto se puede apreciar cuando los niños juegan en el parque con otros y las madres comparan el desarrollo de sus hijos, comparten sus experiencias, estimulan la formación de pequeños grupos y los juegos de cooperación.

Otro espacio creado con esta finalidad son las ludotecas infantiles, que son instituciones recreativo-culturales que tienen como primera misión desarrollar la personalidad del niño a través del juego, para ello cuenta con los materiales necesarios y se podrían organizar grupos habituales de juego.

Las ludotecas infantiles en muchos lugares son uno más de los servicios del ayuntamiento, generalmente son espacios cerrados en los que el niño puede jugar y los padres pueden recibir orientación sobre el tipo de juegos que mejor se acomodan a la edad de su hijo. Sin embargo a veces son los padres los que no le dan la importancia

suficiente a este espacio o desconocen las ventajas de potenciar el juego de sus hijos, ya que lo consideran solamente como una diversión.

También dentro del *área de socialización*, los juegos en equipo, además de basarse en el ejercicio físico sirven como medio para relacionarse con otras personas.

Slobin (1964) encontró que en el *área intrapersonal* el juego fue utilizado para "el dominio de situaciones", como medio de "exploración", para "desarrollar la comprensión de las funciones de la mente, el cuerpo y el mundo". También se utilizó para el "desarrollo cognoscitivo" y en el "dominio de conflictos".

Para promover el *desarrollo personal* de los infantes, Katz (1991) utiliza la expresión corporal como instrumento del juego ya que deja en libertad la creatividad e imaginación del niño, donde el oso, la muñeca, el perro puede representar el intercambio de relaciones que éste mantiene con los diferentes miembros de la familia. En este contexto cualquier objeto que el niño utilice puede tener más de un significado y representar más de un símbolo de acuerdo con su imaginación y con el desarrollo de su juego.

En el *área sociocultural*, el juego se ha utilizado para "Imitar papeles deseados" (Adultos).

Dentro de la *psicología clínica* el juego ha tenido dos utilidades básicas, la del diagnóstico y la del tratamiento. Como *diagnóstico*, se utilizó especialmente en las Escalas de Desarrollo que se basan en la observación o realización de juegos de ejercicio que sirven para determinar el nivel de evolutivo del niño (Brunet Lezine 1980, Mc Carthy 1972, Bayley 1980).

En el *área de tratamiento*, es donde el juego ha tenido su mayor utilización ya que cada escuela psicológica ha desarrollado su propia técnica para el tratamiento de niños, el

psicoanálisis, la escuela cognitiva-conductual y la terapia centrada en el cliente, nos proponen técnicas de evaluación y procedimientos especiales para el trabajo con niños que se describirán más adelante.

También en la *atención precoz* el juego constituye la base para el tratamiento de pequeñas deficiencias o retrasos evolutivos.

Dependiendo de la orientación del terapeuta y del padecimiento del niño, la utilización del juego como tratamiento se ha extendido a una gran población infantil que incluye niños maltratados, hospitalizados, institucionalizados (huérfanos), con deficiencias en el aprendizaje o en el desarrollo social.

Otra aplicación del juego es la de crear un *espacio de aprendizaje* tanto para los padres como para los maestros o psicólogos. Janet November (1983) propone en su libro "Experiencias de Juego con Preescolares", reunir a un grupo de 4 ó 5 niños para que jueguen, se diviertan y a su vez las madres puedan aprender a través de la observación del juego la evolución que sus hijos realizan en áreas como la interrelación, la creatividad y la cognición.

En estos "grupos de juego" se puede observar cómo el niño va formando su inteligencia, cómo expresa sus emociones y cómo resuelve sus conflictos y aunque no tienen un fin terapéutico, son espacios en los cuales los niños juegan y superan cada una de sus etapas de desarrollo.

En esta experiencia se observó que en poco tiempo los niños se adaptaban a la presencia de sus compañeros y se organizaban para realizar actividades conjuntas, según November, ésta es una oportunidad espontánea que proporciona a los infantes las facilidades para mejorar su desarrollo cognitivo, social y comunicativo.

CAPITULO II

2.- CONSIDERACIONES DESDE DIVERSOS MODELOS PSICOLÓGICOS.

El juego ha sido estudiado dentro de la psicología desde dos puntos de vista, desde la psicología evolutiva y desde la psicología clínica, su función en clínica ha sido la de diagnóstico y tratamiento.

En este capítulo se citarán a los principales autores que abordan el juego como parte de su trabajo con niños, se revisarán las diferentes posturas, aportes y técnicas elaboradas sobre el juego.

Se empezará con la teoría Psicoanalítica resaltando las diferencias entre Anna Freud y Melanie Klein, los aportes de Winnicott sobre el objeto transicional. Se continuará con los aportes de Piaget y la importancia del juego en el almacenamiento de información y formación del pensamiento. Después se expondrá la teoría del juego no directivo propuesto por Virginia Axline y finalmente se presentará la teoría de desarrollo social de la escuela Rusa en donde se aprecia el desarrollo del niño en función del juego que realiza y de su complejidad.

2.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA

En algunas obras de Freud se menciona el juego como una actividad propia del niño que le permite relacionarse con el mundo, en su obra "Más allá del Principio del placer" (1920) describe la observación de su nieto jugando con un carrete de madera que tenía una cuerda enrollada, lo lanzaba fuera de su cuna y después lo recogía, al mismo tiempo que

emitía vocalizaciones, observando este material Freud concluyó que en este juego el niño representaba la ausencia y retorno de la madre utilizando el carrito.

Posteriormente surgen los analistas de niños, la primera de ellos fue **Herminia von Hug-Hellmuth** quien en 1920 publicó su artículo "On the Technique of Child -Analysis", en este artículo explica cómo motivaba a sus pacientes a que jugaran libremente con muñecas y otros juguetes, realizando sus conclusiones de la observación del juego y la conducta del infante. Ella resaltó la importancia de la función educadora del terapeuta infantil, al definir la relación con los padres, dar indicaciones sobre el tratamiento y la falta de conciencia de enfermedad por parte del niño. Su tratamiento consistía en visitar tres o cuatro veces por semana a los pacientes en su casa, creando un rapport sobre las resistencias, analizando los dos tipos de transferencia y las tendencias inconscientes. (Miro y Mitjavila 1994).

- **Anna Freud**

Siguiendo la línea de estudio de su padre, no dio importancia a las relaciones iniciales entre el bebé y la madre ya que, debido a la fase inicial de narcisismo y autoerotismo, creía que el niño reaccionaba ante los cambios del ambiente pero no ante las personas. Su mayor aporte fueron sus estudios sobre los mecanismos de defensa que según ella no se habían desarrollado en los niños pequeños, puesto que éstos no podían diferenciar entre su yo y el de los demás. Tampoco aceptaba que se produjera la transferencia en los infantes ya que la vinculación y dependencia del niño respecto de los padres es real y no un hecho del pasado. El concepto inicial de transferencia implica "revivir" experiencias del pasado.

A finales de 1920 Anna Freud empezó a utilizar el juego para acercarse al niño y ganar su confianza, no como instrumento de análisis, ya que según ella los niños no tienen conciencia de enfermedad, ni deseo de curarse, no padecen las consecuencias de sus trastornos, no vienen a la consulta solos y sobre todo no hacen asociaciones libres. Por esta razón Anna Freud buscaba un medio que le permitiera adaptar las técnicas del

adulto al análisis de los infantes y sugirió que el niño debía ser primero preparado para comprender el esfuerzo analítico y la finalidad terapéutica otorgándole conciencia de enfermedad y deseo de modificar su estado, una vez llegado a ese punto, el sujeto estaba en condiciones de ser analizado. También utilizó los sueños que son de más fácil interpretación que en el adulto ya que en los niños la mayoría de los sueños son una expresión muy directa de la realización de deseos, lo que facilitaba el análisis.

El juego para Anna Freud era únicamente un medio que facilitaba la comunicación. En el tratamiento, ella se basaba en el análisis de sueños, sueños diurnos o ensoñaciones y en ciertas asociaciones que el niño podía hacer en sus relatos. El juego era considerado como una técnica auxiliar, secundaria a las verbalizaciones. A pesar de que el juego proporcionaba importante material sobre la vida psíquica del niño, el terapeuta no interpretaba inmediatamente, sino que esperaba a que éste trabajara sobre su situación traumática, ya que esto constituía el efecto terapéutico de la interpretación. Sin embargo una limitación para el análisis de niños pequeños fue la carencia de un lenguaje fluido.

Posteriormente Anna Freud en su trabajo con niños prefería utilizar los dibujos a través de los cuales encontraba una mejor base para sus interpretaciones.

- **Melanie Klein**

Oponiéndose a la línea de Ana Freud, basa el análisis del niño en la existencia de un mundo interior presente en él desde el nacimiento en donde predominan los mecanismos de proyección e introyección. Sostiene que desde el nacimiento también está presente un funcionamiento yoico rudimentario, el conflicto entre las pulsiones de vida y muerte (Eros y Tánatos). La transferencia aparece desde el inicio de la relación terapéutica se debe interpretar tanto si es positiva como negativa, esto incluye la interpretación de los sentimientos de culpa y la agresividad que se manifiestan en el juego.

Klein dice que el juego es el mejor medio de expresión del niño, puesto que empleando esta técnica se observa que él proporciona tantas asociaciones como los adultos lo hacen con los sueños, cada uno de los elementos del juego es una indicación para el observador ya que jugando el niño habla y expresa sus ocurrencias que tiene el valor de asociaciones genuinas.

"El análisis del juego permite el análisis de la situación de transferencia y de resistencia, la supresión de la amnesia infantil y de los efectos de la represión así como el descubrimiento de la escena primaria. Por lo tanto, no sólo nos ajustamos a las mismas normas del método analítico para adultos, sino que llegamos también a los mismos resultados. La única diferencia reside en que adaptamos sus procedimientos a la mente del niño." Klein (1987)

Klein sostiene que una de las razones por la que los niños son llevados al análisis es porque no pueden tolerar la realidad, debido a su incapacidad de aceptar frustraciones, por eso se protegen de la realidad, negándola. Pero lo más importante para su adaptación a la realidad es la mayor o menor facilidad con que tolera las frustraciones surgidas de la situación edípica. Incluso en los niños pequeños, el rechazo excesivo de la realidad, constituye un indicio de neurosis que difiere sólo en su forma de expresión de la fuga neurótica del adulto frente a la realidad. Por esa razón uno de los objetivos del análisis temprano es capacitar al niño para adaptarse a la realidad, si esto se logra, disminuirán las dificultades educativas, porque será capaz de tolerar las frustraciones impuestas por la realidad.

- **Donald Winnicott**

Sus principales aportes son el análisis de los objetos y fenómenos transicionales, su valoración de la cultura dentro del contexto personal del niño y el diferenciar entre el verbo "jugar" y el sustantivo "juego".

El juego implica confianza y deriva de ese espacio que él denominó "transicional" que existe entre el bebé y su madre, donde se da la dependencia del bebé y la capacidad de adaptación de la madre, proporcionando el ambiente necesario para la aparición de los fenómenos transicionales.

Para Winnicott los fenómenos transicionales son un espacio "virtual" intersubjetivo, donde se desarrollan las transacciones comunicativas, afectivas y experiencias en general. Las artes, la religión, la vida imaginativa y la actividad científica serían los equivalentes adultos derivados de los fenómenos transicionales.

El "objeto transicional" es un objeto cualquiera que previamente ha sido introducido en el mundo del niño por su madre y éste siempre lo utiliza en situaciones estresantes, cuando tiene miedo o en ausencia de ella, ya que le sirve como distracción, le da seguridad y le recuerda su presencia. Entre estos objetos se encuentran los ositos de peluche, las almohadas o las mantas que los niños cogen antes de dormir.

Winnicott (1986) dice "hay un desarrollo que va de los fenómenos transicionales al juego, de éste al juego compartido y de aquí a las experiencias culturales." Por lo tanto el juego del niño debe ser interpretado de acuerdo con su desarrollo personal y con su contexto cultural y social.

Este autor sostiene que todo lo que se diga sobre el jugar puede aplicarse de la misma manera a los niños y a los adultos, con la diferencia que en los adultos se toma en cuenta el uso de las palabras, sus movimientos, el tono de voz y el sentido del humor.

Para entender el juego hay que mirarlo desde el estado de alejamiento y concentración que provoca en niños y en adultos, no tanto en su contenido. Cuando el niño juega se encuentra en una zona en la que no se admiten intrusiones. Es un espacio intermedio entre la realidad psíquica interna y el mundo exterior, en el que reúne objetos o

fenómenos externos y los utiliza al servicio de su realidad interna, a través del juego es capaz de soñar y crear situaciones ficticias que son parte de su vida exterior.

Para Winnicott la terapia se basa en la comprensión del juego del paciente y a veces la terapia ha de consistir primero en enseñarles a jugar, para después solucionar los conflictos personales. Según este autor los niños juegan para controlar su ansiedad o para controlar los impulsos que causan ansiedad, cuando ésta es excesiva inhibe el juego.

2.2 TEORÍA DE LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE

La terapia de juego centrada en el cliente proviene de la teoría del desarrollo de la personalidad (Rogers 1951). Su enfoque se deriva de la creencia de que existe una poderosa fuerza dentro de cada individuo que lucha continuamente por la autorealización, se trata de un impulso hacia la madurez, independencia y autodirección.

Para lograr la autorealización, el individuo necesita ser él mismo, aceptarse y ser aceptado por los demás. La autorealización es un impulso constante a lo largo de la vida y cuando el individuo se encuentra con alguna dificultad, este impulso persiste y lucha por establecer su autoconcepto.

En 1969 Virginia Axline modificó y adaptó la técnica de Rogers, para ser utilizada con niños a través del juego, *La Terapia de Juego no Directiva o Centrada en el Cliente*. Este enfoque se basa en que los niños luchan de manera natural por tener un crecimiento normal y a través de esta lucha muchos que padecen dificultades emocionales han podido superarlas y adaptarse a su realidad.

Según Axline las manifestaciones exteriores de conducta dependen de la integración de las experiencias presentes y pasadas, de las condiciones y relaciones que el niño tiene y están encaminadas a la satisfacción de ese impulso interior que continua a lo largo de la vida.

La adaptación según Axline consiste en desarrollar la suficiente autoconfianza consciente para dirigir su conducta hacia la meta final que es la autorealización. En cambio el individuo inadaptado carece de autoconfianza y se conforma con crecer en la autorealización de forma mediocre y no realizar actividades constructivas ni productivas.

2.3 TEORÍA COGNITIVA

Propone el juego como la herramienta a través de la cual se desarrolla el intelecto y el pensamiento, su principal representante fue Jean Piaget (1975, 1986) quien realizó un análisis detallado del desarrollo del pensamiento en los niños a lo largo de las diversas etapas del desarrollo.

Las etapas de desarrollo que él propone son: el período sensoriomotor, el período preoperacional, el período de operaciones concretas y operaciones formales, estos períodos brindan información sobre el proceso de inicio y desarrollo del pensamiento.

En cuanto al juego su aporte principal es la clasificación de éste de acuerdo al desarrollo evolutivo del niño, así tenemos el juego sensoriomotor, el juego simbólico y el juego con reglas.

El juego sensoriomotor se presenta durante los dos primeros años de vida, su función principal es la asimilación de información sensorial. Como esta asimilación es gradual, el juego cambia de acuerdo a la edad, al principio las conductas son reflejas y el juego se

caracteriza por la repetición de movimientos por sí mismo. Después su atención se dirige hacia los objetos que le rodean y el juego se dirige a la satisfacción que encuentra al moverlos (mover un "móvil" con el brazo). Entre los 8 y 12 meses el niño asimila los estímulos sensoriales asociados con varios objetos y personas, busca situaciones nuevas y las explora con interés, el objetivo del juego está en hacer algo para "divertirse".

A partir de los 2 años empieza el **juego simbólico**, que al principio se caracteriza por la proyección de los deseos del niño en los objetos que tiene a su alrededor, después utiliza su cuerpo para representar un objeto, un animal, etc. Ej: él es un pato. Alrededor de los 5 ó 6 años el proceso de simbolización evoluciona y es cuando el niño adopta la posición de "como sí", es decir, el sujeto actúa como si fuera un pato.

En el cuadro 1 se presentan las características de cada uno de los tipos de juego propuestos por Piaget.

CUADRO 1.
CARACTERÍSTICAS DE LOS TIPOS DE JUEGO SEGÚN PIAGET

TIPO DE JUEGO	CARACTERÍSTICAS
SENSORIOMOTOR	<ul style="list-style-type: none"> - Primer año de vida. - Repetición de movimientos - Satisfacción al manipular objetos - Permite explorar el medio que le rodea a través de los sentidos
SIMBOLICO	<ul style="list-style-type: none"> - En niños de 2 a 6 años - El niño proyecta sus deseos. - Representa un objeto o animal - Adopta la posición de "Como sí"
REGLADO	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de los 6 ó 7 años - El objetivo es disfrutar más que ganar - Es necesario la cooperación de todos para jugar - El ganar se vuelve importante

Durante la etapa sensoriomotriz el niño desarrolla los mecanismos de acomodación y asimilación que son la base de la imitación y que anteceden a la aparición del símbolo, del juego y del lenguaje.

Después del año y medio o dos años se inicia en el niño la función semiótica, es decir, el conjunto de significantes diferenciados, que se refiere al conjunto de conductas que implican la evocación representativa de un objeto o de un acontecimiento ausente. Se distinguen 5 de estas conductas de aparición casi simultánea que son:

1. *La imitación diferida*, es decir la que se inicia en ausencia del modelo, pero todavía no implica representación del pensamiento.
2. *El juego simbólico* es la representación por parte del niño, de un objeto, evento o situación que está ausente. Ej. Una niña hace dormir a su muñeca, imita ser un perro, en estos casos el significante diferenciado es un gesto imitado, acompañado de objetos que se les da valor simbólico.
3. *El dibujo* es una reproducción en papel de lo que el niño conoce, aparece entre los 2 y $2\frac{1}{2}$ años.
4. *La imagen mental* que aparece como una imitación interiorizada de lo que el niño observa y conoce.
5. *El lenguaje* que permite la evocación verbal de acontecimientos no actuales. Ej. : la niña explica que ha visto un perro ladrando.

La función semiótica posee dos clases de instrumentos: los símbolos y los signos, los primeros son motivados por el exterior y representan alguna semejanza con sus significados, además pueden ser contruidos por el individuo, esto lo apreciamos en los primeros símbolos del juego del niño que son una pre-representación de la representación interior o pensamiento. Los signos son arbitrarios o convencionales, son de origen social, el niño los aprende por medio de la imitación, como un modelo exterior y lo acomoda a su manera.

2.4 LA ESCUELA RUSA

El juego ha sido estudiado dentro de la escuela soviética como uno de los temas importantes para entender y educar a los niños de 3 a 6 años, los estudios realizados en Rusia con niños de estas edades nos muestran la evolución de los infantes a través del juego y en función del contenido, el uso de reglas, el grupo de juego y el uso del material

El "Juego Protagonizado" denominado así porque los niños son los protagonistas y poco a poco van creando una realidad entorno a sus actividades. Este juego empieza alrededor de los 3 años cuando el niño es capaz de asumir el papel de otra persona y desempeñar una actividad, el contenido se basa en las ideas que los niños tienen de la realidad circundante y en el deseo que éstos tienen de realizar y representar bien ese papel.

Según Vigotsky (1966) el juego simbólico incluye el lenguaje. El juego simbólico es una actividad intermedia entre la actividad guiada por el entorno y la guiada por el infante. La acción surge del niño motivada por sus ideas y la realiza con los objetos que posee, construye y determina la situación de juego, no se guía por los objetos.

Por el hecho de construir una acción creada por el mismo niño y estar sujeta a sus normas, el juego define realidades potenciales, reproduce situaciones reales y crea situaciones nuevas.

Se ha demostrado que el juego lleva implícito desde las etapas más tempranas de su aparición (12m a 24m) la emoción causada por el objetivo de las acciones, por lo tanto para lograr que los niños pequeños jueguen es necesario que sientan emoción por el personaje que representan o por lo que el juguete representan, no se considera juego la simple reproducción de acciones.

Los experimentos que se realizaron para estudiar el juego protagonizado se basaban en la observación normal del juego de los niños, tanto en casa como en la escuela, el

objetivo era determinar la utilización del material, de las reglas y simbolismos dentro del juego.

2.4.1 MATERIAL DE JUEGO

Se observa un cambio gradual en cuanto al uso del material, entre los niños de 3 y 4 años, a esta edad el juguete escogido dirige predominantemente el tema del juego. Después atribuyen a los juguetes propiedades que desean y más tarde buscan correspondencia entre el juguete que utilizan y lo que quieren representar, entre la realidad y lo deseado. Finalmente los niños de más edad (6 años) prefieren el juego de representar un personaje.

En un principio dentro del juego no existe una representación simbólica, es más una imitación, porque el niño utiliza el juguete señalado para representar exactamente lo que quiere. Ej.: La niña usa una cuchara para la comida, si no encuentra la cuchara no puede jugar.

La evolución del uso de los materiales va de la acción concreta con los objetos a la acción lúdica sintetizada y de ésta a la acción lúdica protagonizada. Ej. : al principio el niño sólo ve una cuchara, después da de comer con la cuchara, más adelante da de comer con la cuchara a la muñeca y finalmente la acción evoluciona a dar de comer a la muñeca como mamá.

2.4.2 CONTENIDO DE LOS JUEGOS

Los juegos de los niños, presentan a los 3 años un carácter temático y se desarrollan intensamente en esa dirección hasta los 7 años. A la edad de 3 los juegos son predominantemente motores, después aparecen las significaciones histriónicas relacionadas con unas u otras acciones, ej. : yo soy la mamá, el chófer, el médico. Aquí además de las acciones protagonizadas aparecen las relaciones entre los personajes y el

desarrollo del contenido del juego culmina con la aparición del papel en que el niño representa al mismo tiempo, a un muñeco y a sí mismo.

El estudio de los juegos muestra cómo van apareciendo en ellos la organización y la planificación en lugar de las acciones casuales e informales y cómo se desarrollan los vínculos sociales entre los niños.

Slávina (1948) dice que hay como dos planos de motivaciones en el juego de los niños de 3 a 5 años: uno es el impulso directo a actuar con los juguetes puestos a su disposición, el otro está formado por las acciones que se pueden realizar al asumir el papel escogido. Ej: el médico puede operar, pero el enfermo no.

El mismo autor dice que en el juego, los niños mayores suelen ponerse de acuerdo en cuanto a los papeles y luego desarrollan el argumento del juego conforme a un plan determinado, siguiendo un orden determinado y riguroso, cada acción realizada por el niño tiene su continuación lógica en otra acción que sustituye a la primera. Las cosas, los juguetes y el ambiente reciben significados lúdicos concretos que se conservan a lo largo de todo el juego. Los niños juegan juntos y las acciones de uno están ligadas con las de otro.

La representación del argumento y del papel complementa el juego. Lo importante para los niños es cumplir todos los requisitos de los papeles y supeditan a ello todas sus acciones lúdicas.

Las acciones realizadas por los niños en el juego se sujetan al argumento y al papel, su ejecución no es un fin en sí mismo tienen siempre un sentido auxiliar y se limitan a representar el papel, esto cambia cuando los niños son mayores ya que las acciones disminuyen y se vuelven más convencionales.

Los niños pequeños dicen que representan un acontecimiento determinado e interpretan papeles concretos, mencionan cierto argumento y ciertos papeles, pero todo el contenido real de los juegos consta sólo de una serie de acciones con juguetes a los que se les atribuye un determinado sentido. Las peculiaridades típicas de las acciones son:

1. Que no van insertas en un sistema ej. si una niña corta pan o reparte la comida, esa acción no se propone a las muñecas
2. Las acciones se ejecutan con juguetes o sea con objetos que significan convencionalmente objetos de verdad. Ej. : al jugar a las mamás, las muñecas significan los niños o bebés que hay que cuidar.

2.4.3 EL JUEGO EN NIÑOS ESPECIALES.

Sokolova (1973) estudió el desarrollo del juego en niños con retardo mental y observó que éstos desconocen el juego temático protagonizado, ya que no utilizan objetos imaginarios para realizar una acción y el lenguaje es pobre. Solo algunos niños mayores se dirigían y hablaban a sus muñecas.

Sin embargo gracias a la educación especial, se observa que con la dirección de los adultos se logra que los niños con Retardo mental desarrollen y aprendan con la muñeca una serie de acciones que les permite jugar y elaborar su realidad, aunque sea a menor nivel que los niños normales. En los niños ciegos y sordos sucede lo mismo, enfatizando en los sentidos que se pueden potenciar y a través de los cuales estos niños reciben la información.

2.4.4 LAS REGLAS

Vigotsky considera al juego como una actividad reglada, según él no existe ningún juego sin normas aunque no se formulen explícitamente. En el juego de ficción estas normas imponen una doble transformación: la transformación de los objetos y al mismo tiempo la transformación de la acción. El objeto es usado a partir de un detalle simple o de su

función con otro objeto y la acción se repite, cambia, etc., a partir de la elección personal del niño, de su símbolo personal.

Se ha observado que aunque no existan reglas explícitas, los niños dentro del juego siguen una serie de reglas implícitas respetadas por ellos.

Aparecen reglas internas no escritas, pero obligatorias para los que juegan. Cuanto más desarrollado está el juego, aumenta el número de reglas internas y los aspectos lúdicos se extienden a: las interrelaciones histriónicas de los niños, a los significados atribuidos a los juguetes y a la continuidad en el despliegue del argumento.

Para observar el acatamiento de las reglas dentro del juego, otros investigadores realizaron algunos experimentos a través de los cuales se demostró los diferentes tipos de acatamiento de reglas que los niños asumen.

- En la primera serie de experimentos se observa que el niño elige el personaje que quiere representar y asume su personaje, esta asunción del papel contribuye a que se acate la regla, ya que no puede cambiar de papel. Por ejemplo, el niño representa ser el médico o la madre y por tanto actuará como tal.
- En la segunda serie de experimentos el acatamiento de la regla puramente convencional se puso en dependencia de que hubiera un compañero o no. La presencia de un compañero acrecienta la posibilidad de acatar la regla y por consiguiente la regla se manifiesta sólo como tal cuando hay trato con algún compañero de juego. Por ejemplo el médico no puede cambiar de papel si existe un enfermo, ya que la presencia de éste define el papel de ambos.
- En las observaciones del juego desplegado con reglas variadas y múltiples (Tercera serie de experimentos) se logró averiguar que la situación exterior del juego y su trama general se conocen antes que las reglas convencionales y que esa situación

lúdica general desempeña en el aspecto funcional el mismo papel que el argumento en el juego protagonizado. Por ejemplo el niño pasará a actuar como médico sólo si hay un accidente y un herido.

- En la cuarta serie de experimentos se demostró la unidad orgánica del argumento para destacar y formular las reglas. Los niños definen antes de iniciar el juego a lo que van a jugar y qué personajes van a intervenir y en qué circunstancias cambiarán de papel o realizarán unas acciones determinadas. Por ejemplo dos niños juegan a los "maestros", uno será el maestro y otro el alumno, estos roles cambiarán si por ejemplo se produce un accidente y el maestro pasara a ser el médico y el alumno el enfermo.

Los datos obtenidos confirman que pese a diferencias exteriores existentes entre los juegos con personajes y los juegos con reglas puede hablarse de una sola trayectoria evolutiva del juego que va de las reglas regidas por el contenido hasta la aparición de las reglas convencionales totalmente desligadas del argumento que aparecen alrededor de los 5 ó 6 años.

Con toda esta información Elkonin (1980) presenta los siguientes niveles de desarrollo del juego.

- **PRIMER NIVEL**

1. El contenido central del juego son principalmente las acciones con determinados objetos dirigidas al compañero de juego.
2. Los papeles existen en realidad, pero vienen determinados por el carácter de las acciones y no son ellos los que las determinan. Ej. La madre alimenta al niño.
3. Las acciones son monótonas y constan de una serie de operaciones que se repiten. Ej. : El juego se limita a los actos de dar de comer y no pasan a otros actos consecutivos, ni van precedidos de otros como lavarse las manos.

4. La lógica de las acciones se infringe con facilidad sin que los niños protesten. Ej. El orden de la comida no es lo esencial.

- **SEGUNDO NIVEL**

1. El contenido fundamental del juego es la acción con el objeto, se pone en primer plano la correspondencia de la acción lúdica a la acción real.
2. Los papeles son denominados por los niños. Se reparten funciones. La representación del papel se reduce a ejecutar acciones relacionadas con el papel dado.
3. La lógica de las acciones viene determinada por la sucesión de éstas de acuerdo con lo observado en la vida real. Ej. Hay que lavarse las manos antes de comer.
4. La alteración de la continuidad de las acciones no se acepta de hecho, pero tampoco se protesta ni motiva el rechazo. Ej. Se puede dejar al muñeco que coma el segundo plato sin haber comido el primero.

- **TERCER NIVEL**

1. El contenido fundamental del juego llega a ser la interpretación y la ejecución de las acciones del papel.
2. Los papeles están bien perfilados y realizados. Los niños mencionan sus papeles antes de que el juego comience. Los papeles determinan y encausan el comportamiento del niño.
3. La lógica y el carácter de las acciones se determinan por el papel asumido. Las acciones cobran variedad. Ej. No es sólo dar de comer sino también leer a los niños cuentos, acostarlo a dormir, etc. Aparece el habla teatral dirigida al compañero de juego en congruencia con el papel propio y el papel interpretado por el compañero, pero en ocasiones se abren paso las relaciones ordinarias no lúdicas.
4. Se exige que se cumpla con las acciones de cada personaje, los niños protestan cuando se comete alguna infracción.

- **CUARTO NIVEL**

1. El contenido fundamental del juego es la ejecución de acciones relacionadas con la actitud adoptada ante otras personas cuyos papeles interpretan otros niños. Ej. La profesora llama la atención al niño que no come.
2. Los papeles están claramente perfilados y destacados. A lo largo de todo el juego el niño observa claramente una línea de conducta. Las funciones histriónicas de los niños están relacionadas. El habla tiene un carácter teatral manifiesto que viene determinado tanto por el papel del interpelante como del interpelado.
3. Las acciones se despliegan en orden estrictamente similar a la realidad. Son múltiples y reflejan la variedad de las realizadas por la persona a quien el niño representa, además las reglas que las rigen están claramente marcadas. Se diferencian perfectamente las acciones dirigidas a los diversos personajes del juego.
4. Se rechaza la infracción de la lógica de las acciones y de las reglas. Se motiva el cumplimiento de las acciones y de las reglas invocando a la realidad existente y a la racionalidad de las reglas.

En el cuadro 2 se presenta a los principales autores Rusos y sus aportes a la teoría del juego.

CUADRO 2.

PRINCIPALES AUTORES RUSOS Y SUS APORTES A LA TEORÍA DEL JUEGO

Mendzherrítskaya 1946	<ol style="list-style-type: none"> 1. El desarrollo del empleo de diversos objetos en el juego (que va desde el más lejano al más parecido). 2. La atenuación de las contradicciones entre la invención del argumento y la posibilidad de su representación. 3. El desarrollo del tema que va de la representación del aspecto exterior de los fenómenos a la transmisión de su sentido. 4. La aparición a mayor edad de un plan inexacto que ofrece una perspectiva y una acción específica de cada participante en el juego. <ol style="list-style-type: none"> 1. La acentuación y simultaneidad del cambio de papel de los organizadores del juego a más edad.
Usova 1947 Temática sobre el juego.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A los 3 años el tema es ideado por ellos, son fragmentos, ilógicos e inestables. 2. A más edad el tema del juego es un desarrollo lógico en imágenes, acciones y actitudes, utiliza: el habla, el gesto y la respectiva actitud ante el papel. 3. El desarrollo del argumento depende de la experiencia del niño. Niños pequeños vida diaria, más grandes temas sociales. 4. El desarrollo del argumento viene dado por el grado de concordancia de los papeles en el juego
Rudik 1947	<ol style="list-style-type: none"> 1. El cambio del carácter de los conflictos de los mayores en comparación con los pequeños 2. El paso del juego individual, al juego coordinado e interactivo, organizado según los papeles asumidos por ellos. 3. El cambio del carácter del aliciente del juego 4. El cambio del carácter del papel que en un principio es sintético y luego va adquiriendo más rasgos individuales y tipificándose.
Arkin 1948 Trayectorias del desarrollo del juego	<ol style="list-style-type: none"> 1. De grupos pequeños a otros más numerosos 2. De grupos inestables a estables. 3. De juegos sin trama a juego con argumento 4. De episodios desligados al argumento complejo. 5. Del reflejo de la vida diaria a los eventos de la vida social.
Slávina 1948	<ol style="list-style-type: none"> 1. El papel asumido por el niño rehace de raíz sus acciones y la significación de los objetos con los que él opera, 2. El papel es introducido en las acciones del niño como desde fuera, mediante los juguetes temáticos, que sugieren el sentido humano de las acciones realizadas con ellos. 3. El centro significativo del juego es el papel y para desempeñarlo sirven la situación y las acciones lúdicas.
Mijalenko 1975 destacó los siguientes elementos lúdicos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El papel o el personaje 2. La situación en la que transcurre la representación del papel 3. Argumentos en los que además del conjunto de acciones y nexos entre los personajes se dan también las relaciones entre ellos.

2.5 LA TERAPIA DE JUEGO

Hemos revisado a los principales autores que han dado sus aportes sobre el juego desde sus distintas corrientes psicológicas. En este apartado profundizaremos en la terapia de juego que cada corriente propone para el tratamiento del niño, cual es su técnica y el material utilizado.

Primero definiremos la Terapia de Juego, que es un concepto ampliamente utilizado dentro del campo de la psicología infantil. Se refiere al uso del juego, en general juego de representaciones como técnica en el tratamiento de la patología infantil.

Hay que considerar que dependiendo del tipo de terapia que se utilice el objetivo del juego es diferente.

2.5.1 TERAPIA DE JUEGO PSICOANALÍTICA.

Dentro de la terapia psicoanalítica e independientemente de las corrientes internas, el juego es un recurso para establecer contacto con el niño, como medio de observación y como fuente de información, sirve para facilitar la interpretación. Hug Hellmunt y Anna Freud lo utilizaron para establecer una transferencia positiva antes de empezar el tratamiento, para ellas y para los terapeutas Freudianos el juego es sólo una fuente más de las que el terapeuta obtiene inferencias sobre el niño.

Melanie Klein se dedicó más al tratamiento de niños, ya que para ella las secuencias lúdicas eran una equivalencia a las asociaciones libres de los adultos e igualmente accesible a la interpretación de los contenidos inconscientes. El terapeuta utiliza el juego para comprender o inferir el contenido interno y de ahí interpretar.

Al inicio de su trabajo como terapeuta M. Klein visitaba a los niños en sus casas, pero poco a poco prefirió utilizar un lugar un poco más neutral y optó por llevarlos a su consultorio.

En cuanto al material ella utilizaba una mesa pequeña, muñecos, títeres, coches, trenes, animales, cubos, casas, agua, papel, tijeras y lápices. Con este material organizaba cajas personales para cada niño, ya que pensaba que al utilizar el mismo material con todos sus pacientes podría generarles conflictos.

Los juguetes que se utilizan dentro de la terapia psicoanalítica también pueden incluir lápices de colores, marcadores, plastilina, cubos de diferentes tamaños, muebles, un biberón de juguete y una muñeca que pueda vestirse y desvestirse, pistolas de juguete y una pelota de goma. Los materiales deben alentar el juego libre, la imaginación del niño, promover la verbalización de fantasías y la expresión del afecto. Además deben de estar en función de la edad y sexo del sujeto, costumbres y modas de la época, deben ser juguetes simples y durables que proporcionen el mínimo de desorden y que estén de acuerdo con el espacio disponible.

En 1954 Lewis distinguió niveles de intervención variantes en el análisis infantil, los que incluyen: *afirmaciones de "atención"*, dirigidas a provocar la conciencia del niño. *Reductivas* las que buscan demostrar patrones de conducta no advertidos reduciendo los sucesos dispares a una forma común; *situacionales* los que buscan hacer al niño consciente de aquellas situaciones que hacen surgir ciertos afectos o conductas; *interpretaciones de transferencia*, que pretenden mostrarle al niño cómo se reflejan sus conflictos en su relación con el terapeuta y *afirmaciones etiológicas* que buscan unir la conducta actual del paciente con sucesos de desarrollo temprano. El tacto, la habilidad del terapeuta y un reconocimiento de las capacidades cognitivas del niño señalarán qué nivel de comunicación elegirá el terapeuta dentro del juego.

Conclusión

En el tratamiento psicoanalítico infantil el juego promueve la relación de trabajo entre el paciente y el terapeuta, permite la comunicación de deseos, fantasías y conflictos en una forma que el niño puede tolerar afectivamente y expresar según el nivel de sus capacidades cognoscitivas. La función del terapeuta es observar, entender, integrar y comunicar los significados del juego del niño con el objetivo de promover el entendimiento del mismo sobre su conflicto y lograr una resolución más adaptativa. El juego en la terapia psicoanalítica es únicamente un medio para ese fin y no un agente terapéutico.

2.5.2 LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA

Virginia Axline (1969), creadora de la *terapia de juego no directiva*, dice que el objetivo de su técnica es tomar conciencia de la individualidad. Esta terapia se basa en que es el niño quien dirige el curso del proceso y la función del terapeuta es facilitar su crecimiento sin ningún tipo de presión.

Los principios terapéuticos se basan en la suposición de que el individuo de cualquier edad, tiene la habilidad para resolver sus propios problemas de manera satisfactoria y la posibilidad de crecimiento interno, lo que hace que la conducta madura sea más satisfactoria que la inmadura. En *la terapia de juego no directiva* se pretende promover la madurez en los niños sin dirigirlos, respetando las direcciones que ellos marcan. La mayor parte de las conductas de los terapeutas son para facilitar la autodirección, autoexploración y autodesarrollo del niño.

La terapia de juego centrada en el cliente, tiende a resolver el desequilibrio entre el infante y su ambiente, para facilitar el crecimiento natural. Las reglas básicas de la técnica de Axline se reproducen a continuación:

1. El Terapeuta debe crear una relación cálida y amistosa con el niño. Debe establecerse el rapport tan pronto como sea posible.
2. El terapeuta acepta al niño tal como es.
3. El terapeuta establece un sentimiento de permisividad dentro de la relación para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño, los interpreta y los devuelve de manera que él reflexione sobre ellos y los acepte.
5. El terapeuta mantiene un respeto profundo hacia la habilidad del niño para resolver sus problemas. Es responsabilidad de éste hacer elecciones e introducir cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño. Es él quien conduce y el terapeuta acompaña.
7. El terapeuta no intenta apresurar la terapia, entiende que es un proceso gradual.
8. El terapeuta sólo establece las limitaciones necesarias para tener sujeta la terapia a la realidad y para concienciar al niño de su responsabilidad en la relación.

La utilización de la *Terapia Centrada en el cliente* posteriormente ha introducido otro tipo de personas como terapeutas y se han observado resultados muy buenos. Guerney (1964) adiestró a los padres para que ejercieran como terapeutas de sus hijos en la terapia filial. Stollak y col. (1975) capacitaron a los maestros para que ejerzan como terapeutas de sus alumnos. Ginsberg (1978) y Goldman (1975) formaron a los padres y maestros para proporcionar terapia de juego no directiva a los niños y complementar la intervención del terapeuta en lugares como la casa y la escuela.

- **Tipos de terapeutas**

Dentro de esta corriente psicológica se permiten dos tipos de terapeutas, los profesionales y los no profesionales, en este último grupo se incluyen maestros, padres o enfermeras que entrenados para el trabajo con niños y bajo supervisión profesional han obtenido grandes cambios en los niños, en tiempos más cortos y en ambientes como la escuela y la familia.

Los terapeutas profesionales deben tener las siguientes características:

1. Tener una apertura al enfoque, ya que es importante considerar métodos alternativos dependiendo de cada niño.
2. Tener una buena calidad de entrenamiento y supervisión.
3. Utilizar sus cualidades personales para aprender y mantener la integridad de la terapia.
4. Tener la habilidad de autoexploración y receptividad para adquirir autoconciencia y autodesarrollo personal.

- **Conductas del Terapeuta**

El terapeuta debe tener las siguientes conductas dentro de la terapia

Respuestas empáticas: son aquellas que demuestran un entendimiento sobre el estado de la otra persona y de lo que está experimentando, sean estos sentimientos, pensamientos o acciones.

Estructuración: se refiere a proporcionar información para que el niño sepa a qué atenerse, generalmente se realiza en la primera sesión. Incluye las normas, duración y frecuencia de las sesiones, qué hará el terapeuta y que puede y hacer el niño.

Frases Asertivas: Se limitan a favorecer la interacción niño - terapeuta.

Límites: son importantes dentro de la terapia no directiva porque ayudan al niño a definir las áreas en las que es libre de actuar, permiten que el terapeuta permanezca empático y tolerante, además los límites ayudan al niño a establecer autocontrol. Los límites del cuarto de juegos deben ser pocos, pero claros, definibles y aplicables. Se establecen sobre: Agresión física contra el terapeuta o él mismo, destrucción de objetos costosos, correr fuera y dentro del cuarto de juego, tiempo de permanencia, desvestirse (excepto chaquetas y zapatos).

Los terapeutas son empáticos con los niños, participan en su juego, establecen relaciones estrechas y ubican límites a sus conductas. La única diferencia es que se permite al niño autodirigirse dentro de ciertos límites, él guía la sesión.

Finke 1947 desarrolló un sistema para codificar las conductas de las sesiones de juego, que dieron evidencia de un proceso de tres etapas:

- Etapa I: El niño se muestra reticente o muy parlanchín y explora el cuarto de juego. Puede mostrar agresión.
- Etapa II: La agresión disminuye, el niño prueba los límites del cuarto de juego.
- Etapa III: Los esfuerzos del niño se dirigen a intentar una relación con el terapeuta incluyéndolo en los juegos.

- **Material y uso**

Los materiales para este tipo de terapia son: una familia de muñecas/os, una casa, muebles, barro, lápices de colores, papel para dibujar, animales, soldados, coches, muñecos de trapo, teléfonos, biberones, títeres, figuras de autoridad como policías y médicos y algunos materiales de construcción como bloques. También una caja o mesa con arena como escenario para colocar soldados, animales, coches, una pistola de juguete ya que dentro de la terapia se toleraba las fantasías de agresión.

Los juguetes cambian de acuerdo a la edad. Es importante que los juguetes no estimulen en el niño la hiperactividad impidiendo que se exprese simbólicamente y que promuevan más el insight.

- **Conclusión**

Como se ha visto, la terapia centrada en el cliente, utiliza al niño como el protagonista de su propio proceso terapéutico, con la finalidad de lograr un desarrollo personal que le permita adaptarse mejor al mundo que le rodea.

El tratamiento permite al niño normalizar su conducta. El único grupo con el que no se aplica esta terapia es con niños autistas y esquizofrénicos. Las modalidades de tratamiento pueden ser individuales y de grupo. Para la terapia de grupo se exige una selección previa de los niños, evitando a los que tienen fuertes rivalidades con hermanos, hiperactivos u otro tipo de conductas disruptivas o asociales.

2.5.3 TERAPIA DE JUEGO COGNITIVA

Partiendo de los principios planteados por Beck (1964, 1976), la escuela cognitiva conductual ha incorporado a su tratamiento el uso del juego con niños pequeños.

A partir de 1990 con los aportes de Knell y Moore se ha demostrado la utilidad de combinar la terapia de juego y la terapia cognitiva, a la que se le denomina "*Terapia de Juego Cognitiva*" (Cognitive Behavioral Play Therapy CBPT) y se aplica con niños entre los 2 $\frac{1}{2}$ años y los 6 años. Esta terapia está basada en la teoría cognitiva de los trastornos emocionales.

Se ha visto que los niños pequeños realizan distorsiones cognitivas de su realidad y que estas distorsiones pueden ocasionar comportamientos indeseados en ellos, lo que la terapia cognitiva pretende es ayudarles a que afronten estas situaciones de una manera más adecuada por medio del conocimiento de comportamientos más adaptados, utilizando juicios positivos que les permitan evitar situaciones penosas.

Este tipo de cambios se puede realizar en niños pequeños a través del juego, ya que en esta situación se crea un ambiente ficticio en la que ellos pueden manejar estas dificultades y se puede modelar el comportamiento deseado.

Una parte de la terapia consiste en dejar al niño que él solo resuelva los problemas con los muñecos, para que de esa manera desarrolle su habilidad de juego y juicio cognitivo.

Para determinar el uso de la terapia de juego cognitiva es necesario realizar una valoración completa y profunda del infante, que incluya información de los padres y una evaluación del propio niño ya sea a través de test o de la terapia de juego, con especial interés en encontrar distorsiones cognitivas o deficiencias cognitivas.

- **Materiales y uso**

Entre los materiales que se usan para este tipo de terapia están los títeres o las familias de animales, los lápices de colores, cuentos, muñecos/as, etc. También se puede utilizar actividades como el arte, la pintura, la música o la expresión corporal dependiendo de la creatividad del terapeuta, todo ello para el modelamiento de comportamientos adaptados o en el mantenimiento de conductas aceptadas.

- **Conclusión**

El objetivo de esta terapia es utilizar el juego para modelar distintos comportamientos positivos, así como frases asertivas, de esta manera el niño puede ver el modelo y encontrar las soluciones al problema del personaje lo cual le ayudará posteriormente en la solución de sus propios problemas. Además la terapia de juego cognitiva permite corregir pensamientos inadaptados o mantener los adecuados

La población en la que la terapia de juego ha sido utilizada incluye niños víctimas de abuso sexual, con mutismo selectivo, encopresis y fobias, niños que han sufrido el divorcio de sus padres y niños que padecen ansiedad o depresión.

- **Resumen**

A continuación se presenta un cuadro con las principales corrientes psicológicas, sus representantes, sus aportes más relevantes y el campo de aplicación del juego.

CUADRO 3
PRINCIPALES CORRIENTES PSICOLÓGICAS Y SUS APORTES AL ESTUDIO DEL
JUEGO

CORRIENTE	REPRESENTANTES	POSTULADOS	CAMPO DE APLICACION
RUSA	Elkonin Vigotski	1. El juego se desarrolla a la par del desarrollo del niño. 2. El material, las reglas y los papeles determinan el nivel de juego del niño.	Desarrollo y Educación de los niños
PSI CO ANA LI TI CA	H. VonHugHellmunt Anna Freud Melanie Klein D. Winnicott A. Aberastury	1. Es una forma de acercarse al niño 2. Es el medio de análisis con los niños. 3. La cultura es parte del juego 4. La forma del juego nos indica las ansiedades y conflictos.	En tratamiento de niños
CENTRADA EN EL CLIENTE	Virginia Axline	Superar los conflictos a través del crecimiento personal	Tratamiento de niños con dificultades emocionales
COGNITIVA	Jean Piaget	1. Juego sensoriomotor 2. Juego simbólico 3. Juego con reglas.	Desarrollo cognitivo y evolutivo del niño

CAPITULO III

3. - EL JUEGO Y LA NARRACIÓN COMO DIAGNÓSTICO

Hasta el momento se ha visto como el juego, una de las actividades principales del niño, puede ser estudiada ampliamente dentro del campo de la psicología, se ha demostrado que una de las aplicaciones del juego ha sido solucionar aquellas dificultades que presentan los niños en su desarrollo, a través de la intervención terapéutica. Sin embargo antes de llevar a cabo un tratamiento, es necesario realizar un buen diagnóstico y en este capítulo nos centraremos en presentar los instrumentos de diagnóstico que se han utilizado con niños pequeños y que se basan en el juego.

Durante la fase de diagnóstico, los informantes más capacitados para dar cuenta de la evolución y dificultades de los niños, son sin duda los padres y maestros. También el propio niño es una fuente de información importante sobre todo cuando, además de expresarse lúdicamente, puede usar el lenguaje para explicar el contenido de sus juegos. Por lo tanto en este capítulo también se abordará importancia de la narración en el juego y diagnóstico de niños.

3.1 JUEGOS UTILIZADOS COMO DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

En el siguiente apartado se expondrán algunos de los instrumentos y métodos utilizados en el diagnóstico de niños que utilizan el juego para obtener este objetivo.

En este capítulo se expondrá brevemente la hora de juego diagnóstico, propuesta por Arminda Aberastury, se citará los instrumentos creados por Murphy y Margaret

Lowenfeld. También se describirá el uso de los títeres y el juego de dramas improvisados como herramientas de diagnóstico en niños pequeños y que nos permite conocer sus sentimientos, dudas y preocupaciones.

3.1.1 LA HORA DE JUEGO DIAGNÓSTICO DE ARMINDA ABERASTURY

Siguiendo la línea de Klein, esta autora da a los juegos un significado desde el modelo analítico y evolutivo de acuerdo con las etapas de desarrollo definidas por Freud y propone una guía de los juegos infantiles de acuerdo con las etapas evolutivas.

También señala que muchos de los conflictos de cada etapa evolutiva que involucra a hermanos, padres y compañeros se traducen y explican por medio de la actividad lúdica. Ella sostiene que el niño tiende a repetir un juego hasta que logra resolver un problema que le molesta al igual que sucede en los sueños.

Esta autora propone "la hora de juego diagnóstico" con la finalidad de conocer las angustias y conflictos a los que el niño se enfrenta y de esta manera facilitar al terapeuta a intervención y solución de sus problemas.

En el diagnóstico, ella primero realiza una entrevista clínica con los padres del niño para recoger información, los puntos principales son:

- El motivo de consulta
- Historia del niño (desde la concepción, el embarazo, el parto, el destete, el desarrollo psicomotor, control de esfínteres y situaciones especiales como hospitalizaciones o enfermedades)
- Descripción de un día de su vida diaria, el domingo o un día de fiesta y el día de su cumpleaños.
- La relación de los padres entre ellos, con sus hijos y con el medio familiar inmediato.

A esta autora le interesa el punto de vista de los padres y lo que perciben de la vivencia de su hijo, una vez terminada la historia clínica observará al niño en la siguiente sesión.

Para la sesión de diagnóstico utilizará como material básico cubos, plastilina, lápices de color, goma, pegamento, algunos muñecos pequeños, trapitos, tijeras, cuerda, autos, tazas, platos, cubiertos, cortaplumas y tijeras. Además incluye algún objeto especial que el niño use frecuentemente en la casa. Todo esto forma parte del "cajón individual" o "cajón para el diagnóstico" que se utilizará en el análisis.

Durante la sesión de "la Hora de Juego Diagnóstico", ella presenta al niño todo el material del cajón y le deja que juegue libremente, mientras tanto ella apunta lo que realiza el niño, qué juguetes utiliza, qué situaciones representa y qué personajes introduce en el juego. Al finalizar la sesión, se recoge el material y basándose en lo observado y en las notas del clínico, se interpretará las ansiedades, miedos y mecanismos de defensa que el sujeto ha mostrado durante el juego y de esta manera obtener su diagnóstico.

3.1.2 ENTREVISTA DEL JUGUETE MINIATURA DE MURPHY.

Se basa en el juego libre que permite observar el desarrollo de los niños. Se coloca una serie de juguetes miniatura en semicírculo sobre el piso: Los juguetes son figuras de personas, animales domésticos y salvajes, medios de transporte, cubos y piezas de madera, etc. Una vez organizado el material se le pide al niño que juegue libremente, el clínico observa el juego y realiza su análisis de acuerdo a su orientación terapéutica, recogiendo la información que le interesa.

La entrevista con el niño facilita la observación del contenido del juego y la forma cómo juega. **El contenido** nos indica lo que le perturba, **la forma** indica qué tanto se encuentra perturbado.

El objetivo de este instrumento es ver las necesidades, impulsos, problemas y estructura del niño en relación con su temperamento y la percepción de su espacio vital

3.1.3 TÉCNICA DEL MUNDO DE ARENA DE LOWENFELD.

Esta técnica fue creada en 1964 por Margaret Lowenfeld, se ha utilizado con niños que se encuentran en la etapa de latencia. Ha tenido buenos resultados en niños inhibidos, con déficit de atención y que se resisten al juego.

Siguiendo este método se le pide al sujeto que realice un cuadro en la arena y se le dan una serie de juguetes miniatura que incluye personas, animales, transportes y material no estructurado como plastilina, papel, madera y piedras.

Esta técnica se basa en la idea de ayudar a los niños a expresarse sobre sus problemas sin necesidad de usar el lenguaje y de que puedan describirse a ellos mismos y al adulto, la naturaleza de su experiencia. En 1951 Buhler y otros autores publicaron una variante de este procedimiento que consistía en que después de la obra creada por el niño, éste relatara lo que ha sucedido, convirtiéndose esta prueba en una prueba de apercepción temática.

3.1.4 LOS TÍTERES

Es una modalidad teatral que se originó en los rituales religiosos primitivos. Debido a que proporcionan una salida segura de los impulsos y fantasías, se han utilizado los títeres en diversos escenarios clínicos. Woltmann (1940, 1971) fue uno de los primeros en escribir sus experiencias clínicas utilizando títeres y marionetas con pacientes hospitalizados.

Los títeres se usan para el diagnóstico, ya que el material producido proporciona información simbólica, por ello es importante disponer de algunos muñecos que

representen personajes reales como los miembros de la familia, figuras de animales salvajes y domésticos y figuras que representen personajes fantásticos como el diablo, fantasmas o brujas, etc.

Es importante estructurar la sesión para ayudar a los más pequeños a producir la historia, se deja que el niño elija libremente los muñecos que le agraden para colocarse en un escenario y producir una historia, el clínico hace de auditorio y registra el contenido de la historia con apuntes o cintas de vídeo.

La elección del títere es importante, porque viene determinada por las motivaciones y otros contenidos internos y a su vez, va a condicionar el desarrollo argumental.

- **El contenido**

Proporciona claves sobre las preocupaciones del niño y las formas de sobrellevarlas. El diálogo posterior al juego proporciona al clínico la oportunidad de conocer más sobre las asociaciones que el niño hace con relación a la historia. Se debe tomar en cuenta:

1. Los comentarios del niño cuando selecciona los materiales y empieza la acción.
2. El contenido de la historia.
3. Asociaciones con el contenido, reflejadas en el título de la obra, en los comentarios sobre los personajes y en el diálogo posterior.
4. El contenido implícito evidente en la forma y el proceso.

En el análisis es importante considerar el personaje con el que se identifica el niño o el que le gustaría ser, el escenario y el tiempo en el que se desenvuelve la historia. Gardner (1971) sugirió preguntarle al niño sobre la moraleja de la historia.

- **La Forma y la estructura**

La forma y la estructura de la historia son importantes porque nos dicen cómo conceptúa el niño sus observaciones, necesidades y sentimientos y la forma en que controla sus impulsos. Según Murphy (1956) Las historias pueden describirse según sus características formales o configuracionales, pueden ser estáticas o fluidas, desorganizadas u organizadas, originales o estereotipadas, completas o incompletas.

Todos estos elementos proporcionan al observador señales sobre el estado interno del niño y el grado de organización.

Las características formales ayudan a que se vea cómo se enfrenta a los impulsos que surgen, estímulos múltiples y los sentimientos y fantasías que brotan de tales experiencias.

Los títeres también se han utilizado en el tratamiento como técnica proyectiva para jóvenes y niños en sesiones individuales y de grupo. (Woltman 1951, 1971; Howells y Townsend, 1973; Irwin y Malloy 1975; Irwin y Shapiro 1975, Ramberte 1949).

3.1.5 DRAMAS IMPROVISADOS

En el diagnóstico, los clínicos intentan provocar un juego de papeles espontáneo a través del cual se puede evaluar:

1. La habilidad del niño para asumir y elaborar uno o varios papeles.
2. El contenido del juego improvisado (los pensamientos y fantasías seleccionados consciente e inconscientemente para la representación).
3. La forma o estructura del juego improvisado (el grado de organización, complejidad, espontaneidad o creatividad)

4. El proceso del juego, que proporciona información sobre la habilidad del niño para presentar y resolver un problema, tolerancia a la frustración y utilización del lenguaje.
5. La interacción con el clínico
6. La capacidad para hablar de la experiencia y reflejarla, incluyendo una discusión de los sentimientos sobre lo que se ha representado.

Con el fin de crear una situación en la que los individuos puedan expresar sus fantasías en el juego libre, se les enseña el vestuario y los accesorios, se les piden que seleccionen algunos y hagan una historia. La caja del vestuario contiene máscaras, sombreros, maquillaje. La caja de accesorios contiene joyas, lazos para el pelo, peinetas, equipo médico, etc. Por lo general, los niños asumen todos los papeles, sin embargo cuando esto no es posible, el clínico interviene para aclarar qué se está representando.

El material que sirve para el diagnóstico son las asociaciones que el niño hace entre lo proyectado y lo real, se evalúa el tono afectivo, las dimensiones espaciales y los aspectos temporales (ya sea en el presente, pasado o futuro)

Esta técnica ha sido la base de tratamientos como el psicodrama, dentro de la terapia gestáltica y el juego de roles que se ha utilizado en adultos (Mc Reynolds y de Voge 1971) y en niños (Elmer 1977, London y Bowers 1973)

3.2 EL LENGUAJE COMO COMPLEMENTO DEL JUEGO

Según Piaget (1969) el lenguaje es otra manifestación semiótica que permite la evocación y representación de realidades o acontecimientos no percibidos actualmente. Se trata de una creación colectiva y social que está en estrecha relación con la inteligencia y con el aprendizaje.

Al poder disponer del lenguaje, el niño entra en un mundo mucho más complejo que le facilita la adquisición y expresión de conocimientos por medio de la palabra, de esta manera la posesión y utilización del lenguaje dentro del juego simbólico facilita la comprensión de su significado.

Anna Freud decía que la indicación del psicoanálisis era restrictiva para los niños, ya que cuando éstos eran de corta edad no poseían un lenguaje claro que permitiera expresarse. Es por ello que cada vez se le ha dado mayor importancia a la combinación del lenguaje y el juego.

Como se ha visto en el apartado anterior existen otros medios en los que el juego se complementa con el lenguaje y es a través de esta fusión que se consiguen grandes logros en el tratamiento de los niños.

Goodman (1984) considera el lenguaje como el instrumento a través del cual vamos construyendo las representaciones mentales, que se han formado a partir de interpretaciones primarias que hemos ido componiendo y descomponiendo para diversos propósitos, las ordenamos, las borramos o completamos y además puede incluir significados culturales.

Berger y Luckman (1966) sostienen que el lenguaje es el portador de las categorías culturales en las cuales se divide el mundo, por lo tanto según estos autores la realidad está socialmente construida de nuevo por cada individuo a través de su cultura y desde su idiosincrasia personal. Todos los aspectos del lenguaje (semántica, sintaxis y pragmática) deben estar implicados en la construcción: la semántica para dar una forma reconocible a la experiencia, la sintaxis para organizar la experiencia en estructuras ordenadas y recuperables, la pragmática para permitirnos señalar nuestras especificaciones como frases dadas antes que nuevas y como temas antes que comentarios.

3.2.1 CONSIDERACIONES DE LA ESCUELA RUSA SOBRE EL LENGUAJE

Lukov (1937) dice que el nexo de la palabra con el objeto que ésta representa y de las posibles acciones a las que se refiere, constituye para el parlante una imagen del objeto o fenómeno del que se habla. Ej: pelota, a más del objeto en sí mismo, puede significar chutar, partido o fútbol.

Esto confirma que el nexo entre la palabra y todo lo que ésta representa, puede entablar diversas relaciones entre el objeto que representa y su empleo lúdico. La introducción del objeto real facilita la comprensión de las acciones que se pueden realizar con ese objeto y debilita el uso de la palabra.

Para que los nexos de las acciones con el objeto y la palabra que lo representa constituyan una estructura dinámica unida, es necesario que:

1. La palabra se impregne de todas las posibles acciones que se pueden realizar con el objeto y a su vez represente este sistema de acciones.
2. Que solo habiéndose impregnado de todo el sistema de acciones, la palabra puede reemplazar al objeto.
3. Que el conjunto de conexiones de la palabra con las acciones, depende de las conexiones del objeto con sus acciones.
4. Que las relaciones de estos dos sistemas de nexos sufren un profundo cambio justamente en la edad preescolar. Puede suponerse que el juego constituye precisamente una original práctica de operar con la palabra en la que se producen esos cambios de las relaciones entre el objeto, la palabra y la acción.

3.2.2 EL JUEGO CONSIDERADO COMO TEXTO GRACIAS AL LENGUAJE

Varios autores han considerado incluso el juego como un texto con estructura propia y de gran riqueza (Ricoeur 1981). El juego ofrece al niño una experiencia de pertenencia y constituye una función de exhibición y presentación que necesita del lenguaje para

poder enriquecerse y disfrutarlo en toda su plenitud (Gadamer 1982). Este concepto de juego nos permite ver el juego como un texto, en el sentido en que las acciones e imágenes del juego se desarrollan a través del tiempo y culminan en una historia con su propia estructura narrativa (Mook 1999).

De acuerdo con Gadamer y Ricoeur el juego imaginativo infantil se puede considerar una expresión simbólica que constituye un texto y requiere una interpretación. Un texto de juego, actualizado a través de un juego imaginativo implica una experiencia de representación e interpretación y para entender el juego imaginativo es necesario interpretarlo tomando en cuenta los significados propuestos por el jugador.

Dentro de la terapia la comprensión del significado del juego implica para el niño cambio y transformación, ya que es el resultado de la interpretación y verificación de juegos anteriores desarrollados dentro de la terapia.

3.2.3 DESARROLLO DEL SENTIDO DE LA NARRACIÓN EN EL NIÑO

Los niños después de su desarrollo sensoriomotor tienen la capacidad de describir estados internos propios y de los demás, de la misma manera que pueden proveer una explicación causal simple de la ocurrencia de un hecho, esto se presenta alrededor de los 28 meses (Bretherton & Beehly-Smith 1982). Al mismo tiempo se incorporan sofisticadas técnicas lingüísticas como la representación y la narración, medios que el niño utilizará para su desenvolvimiento en el mundo (Wolf & Hicks 1989).

Alrededor de los 3 años los niños ya tienen la capacidad de describir pequeños sucesos diarios y poco a poco el lenguaje abre un mundo en el cual puede contar pequeñas historias. Aquí se hará un acercamiento al desarrollo del sentido de la narración, siguiendo la línea que propone Stern (1991) sobre el concepto de "sentido del self", es decir el sentido del sí mismo.

El "sentido del self" se define como una perspectiva subjetiva organizadora que intenta poner orden en nuestra experiencia a cualquier nivel que esa experiencia se registre y que abarca una serie de capacidades que son adquiridas por el niño en relación con su entorno para formar su mundo interpersonal.

Según este autor existen cinco sentidos del self diferentes que aparecen desde el nacimiento hasta los tres o cuatro años, terminando con un sentido del self narrativo. En niños de 3 ó 4 años se observa que son capaces de construir narraciones que incluyen actores, intenciones, metas y consecuencias, con principios, medios y fines. (ver cuadro 4).

El sentido del self es algo que se desarrolla por etapas, en la primera etapa de 0 a 2 meses el bebé relaciona experiencias diversas y parte de esa integración de sucesos se realiza de modo innato. Las conexiones se forman pronto y el bebé experimenta la formación de una organización que se denomina "self emergente". El self central se configura entre los 2 y 6 meses cuando el bebé desarrolla cuatro capacidades: La agentividad, la coherencia, la afectividad y la continuidad o historicidad. El self subjetivo (aparece entre los 9 y 18 meses) necesita la adquisición del sentido de los motivos, las intenciones y la intersubjetividad, es decir la habilidad y el deseo de compartir los propios estados subjetivos. Es aquí donde el niño descubre "una teoría de mentes separadas", un lugar donde los contenidos mentales y los estados internos pueden ser compartidos. La evidencia de que existe esta habilidad en el niño es inferencial, se puede detectar estudiando el foco de atención, las intenciones y la expresión de sentimientos. Finalmente el self Narrativo que aparece hacia los 3 ó 4 años edad en la que el niño es capaz de narrar historias.

La capacidad narrativa, puede ser una propiedad emergente de la mente como el lenguaje mismo. Puede ser un rasgo universal de organización de la experiencia humana y como tal, puede influenciar el modo en que los seres humanos perciben y comprenden la experiencia del self una vez que tiene la capacidad de pensar de un modo narrativo.

CUADRO 4.
ETAPAS DEL DESARROLLO DEL SELF

EDAD	SENTIDO DEL SELF	ASPECTOS
0-2 meses	EMERGENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción amodal - Percepción fisiognómica - Afectos de la vitalidad
2-6 meses	CENTRAL O NUCLEAR	<ul style="list-style-type: none"> - Agentividad - Coherencia - Afectividad - Continuidad/ historicidad
9-18 meses	SUBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría de mentes separadas - El universo de lo compartido - Foco de atención - Intenciones - Sentimientos: entonamiento afectivo
18-36 meses	VERBAL O CATEGORICO	<ul style="list-style-type: none"> - Toma conciencia que puede ser representado fuera de sí mismo. - Juego o discurso de fantasía - Capacidad de representarse a sí mismo y su vida de forma verbal.
3-4 años	NARRATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de narrar.

3.2.4 LAS NARRACIONES COMO DIAGNÓSTICO

Luborsky, L. (1990) creó la entrevista The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) que es una entrevista a través de la cual se le pide al sujeto que narre 10 historias de interacción con otra persona, el narrador tiene que cumplir con las siguientes condiciones:

1. Cuándo ocurrió la historia.
2. Quién era la persona con la que estaba.
3. Algo de lo que dijo la persona y de lo que dijo el narrador.
4. Qué pasó al final.
5. Cuándo sucede el evento en la narrativa.

Este instrumento se utilizó con un grupo de pacientes externos del área de psiquiatría clínica y la mayoría de los diagnósticos incluían depresión, ansiedad, trastornos de adaptación y de personalidad. Se observó que la mayoría de narraciones están relacionados con el aspecto afectivo o el área de emociones. Los sentimientos que más frecuentemente aparecían en las historias fueron los de frustración e ira.

El autor sostiene que el tipo de narraciones nos da diferentes estilos explicativos que pueden ser enmarcados en tres dimensiones:

- Interno - externo (soy yo versus no soy yo)
- Estable - inestable (siempre seré así versus no siempre seré así)
- Global - Específico (esto afectará todos los aspectos de mi vida versus esto afectará sólo este aspecto de mi vida)

Se ha visto que estos estilos explicativos se relacionan con el desarrollo de síntomas depresivos (Peterson & Seligman 1984).

En un estudio con pacientes en psicoterapia por estados de ánimos oscilantes, se vio que quienes daban explicaciones espontáneas sobre eventos negativos, estos precedían a los cambios de ánimo. (Luborsky, 1996, chap 5; Peterson, Luborshy & Seligman 1983).

Una entrevista parecida a la propuesta por Luborsky fue desarrollada por Buchsbaum y Emde (1990) y se aplicó a niños de 3 años. Para facilitar su narración se utilizó los muñecos de la familia y el completamiento de historias, esto consistía en contar una historia inconclusa al niño y él debía contar el final, de esta manera de acuerdo a la respuesta que daba y a la utilización de los muñecos de la familia, se obtenía un conocimiento de los miedos de sus miedos y de la forma de solucionar los conflictos.

CAPITULO IV

4. - EL JUEGO CON MUÑECOS Y EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS

En los capítulos anteriores se ha expuesto la importancia del juego en el diagnóstico y tratamiento de los niños, ya que proporciona una gran información sobre sus vivencias y su forma de afrontar los problemas.

También se ha explicado como el uso de la narración facilita la comprensión de las dificultades del niño, al mismo tiempo permite dar un contenido menos inferencial a la interpretación de los contenidos lúdicos.

Se ha descrito la forma en que cada escuela psicológica elabora su terapia y utiliza el juego de acuerdo con sus objetivos. En el capítulo anterior citamos los instrumentos psicológicos que utilizan el juego como medio de evaluación y hemos reconocido su utilidad en el diagnóstico ya que facilitan al psicólogo la comprensión de las dificultades, temores y sentimientos de los niños.

Entre los materiales más utilizados para la evaluación se encuentran el uso de los muñecos que representan a la familia, ya que gran parte de los conflictos que el niño tiene se deben a las relaciones con sus padres y hermanos. La familia es el primer núcleo de socialización y por lo tanto es donde se aprende a afrontar los problemas, a respetar normas y órdenes, a ser afectuoso o agresivo.

En este capítulo trataremos exclusivamente los instrumentos que utilizan a los muñecos de la familia y las narraciones para el diagnóstico de niños, además describiremos el método del completamiento de historias y de manera especial el MacArthur Story Stem Battery que es un instrumento que combina el completamiento de historias y el uso de

los muñecos de la familia, enfrentando al niño a situaciones específicas en las que debe resolver una serie de conflictos cotidianos y que analiza las relaciones familiares, el vínculo, el desarrollo de la moral y el acatamiento de órdenes.

4.1 LOS MUÑECOS DE LA FAMILIA DENTRO DEL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.

El uso del juego con muñecos tiene diversos contenidos, los más comunes han sido los que incorporan eventos dramáticos dentro de la familia (Kramer 1996). También existen juegos en los que se representan eventos inusuales del mundo exterior, pero en menor proporción (Saylor, Sweson & Powell, 1992). Por esto la calidad del juego simbólico aumenta cuando los temas conciernen a los personajes de la familia, se demostró que al reproducir la composición de la familia real en la sesión de diagnóstico, los niños reproducían temas con mayor identificación (Robinson 1946).

Woolgar (1999) realizó una revisión bibliográfica de las técnicas que utilizan el juego proyectivo como método para analizar el mundo interno del niño, constató que estas técnicas dependen de los objetivos que los investigadores quieran obtener y también de los medios que se utilicen para su aplicación.

Dentro del estudio de la vida interior del niño se encuentra el deseo de conocer las emociones que da a los diferentes eventos de su vida, en un estudio longitudinal del desarrollo del juego con muñecos, la atribución de emociones y cogniciones (como pensamiento, planificación y especulación) a los muñecos se hizo entre los 3 y 4½ años (Wolf, Rygh & Altshuler, 1984).

A continuación presentaremos los instrumentos desarrollados en los últimos años que utilizan los muñecos de la familia, describiremos su objetivo, tipo de aplicación y los resultados que se obtienen.

Uno de los instrumentos que utiliza el juego con muñecos para el diagnóstico es *Doll's House Play* (DHP; Murray, Woolgar, Hipwell, & Briers. In press). En este instrumento el grado de estructura está restringido a la representación de cuatro escenas familiares en la casa de muñecas. El investigador lleva al niño a cada escena y le pide que muestre qué sucede en su familia en cada escenario. El clínico no da demasiadas pautas, adopta una posición de reflexión y construcción no directiva. Estas condiciones pretenden propiciar la veracidad y procurar que el niño responda autobiográficamente. Las narraciones que el sujeto genera sirven de guía para abordar diferentes temas, dando libertad para seguir sus preocupaciones interiores. El tipo de muñecos que utiliza el DHP es un duplicado de la familia del niño.

McHale, Neugebauer, Asch, Schwartz (1999) realizaron una investigación sobre la caracterización de las relaciones familiares, utilizando el juego de muñecos. Ellos utilizaron una familia similar a la del sujeto y le pedían que contara una historia sobre una familia feliz, triste, enfadada y preocupada. Para lograr este objetivo, primero se realizó una prueba para ver si los niños distinguían cada una de las emociones solicitadas, después se les dio la consigna sobre la representación de la familia y los resultados fueron analizados de acuerdo a:

- a) Tiempo que la historia involucraba a cada pareja de miembros.
- b) Número de respuestas conflictivas, agresivas y cariñosas que se daban en cada pareja.

El objetivo de McHale y col. (1999), era analizar las percepciones de cuidado o cariño en la relación madre-hijo. Entre los resultados obtenidos, se vio que las emociones de felicidad y tristeza concordaban bien con la historia del niño, pero que las emociones de enfado y preocupación causaban confusión.

4.2 EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS

La mayoría de los trabajos recientes que utilizan las técnicas del juego con muñecos, han usado la técnica de completar historias, en las cuales se le pide al sujeto que complete el final de la historia jugando y actuando con los muñecos en el escenario propuesto. En muchas ocasiones se le plantea un dilema o problema que debe resolver. Entre estos instrumentos se encuentra el *MacArthur Story Stem Battery* (MSSB; Bretherton, Oppenheim, , 1990).

El *MacArthur Story Stem Battery* (MSSB) permite que el final de la historia se centre en el tópico que se quiere estudiar. Cada investigador puede seleccionar las historias de acuerdo con el objetivo de su estudio. Cuando la historia envuelve un dilema, la resolución que el niño hace puede ser usada como nivel de análisis por sí sola, además de los análisis de la calidad y del tema del juego (Buchsbaum & Emde, 1990; Oppenheim, Emde, Hansson, 1997).

Este instrumento, sigue pautas específicas en cada historia que permiten utilizar todo el material que el niño produce durante la elaboración de la historia y en la resolución del conflicto.

El completamiento de historias ha sido utilizado en la investigación y la clínica con distintos fines, entre los principales están el análisis de la internalización de las normas morales, el tipo de vínculo como predictor de problemas de ansiedad o de conducta, las representaciones que los niños tienen de su madre, los problemas de conducta, las representaciones que los hijos de padres separados tiene de sus progenitores. Las poblaciones de trabajo han sido diversas, niños normales, niños huérfanos, niños

maltratados, niños en riesgo social, niños afroamericanos. La edad básica de estudio ha sido la edad comprendida entre los 3 y los 6 años.

Buchsbaum, H y Emde, R. (1990) realizaron un estudio con niños de 36 meses de edad, su objetivo era observar si a esta edad existían nociones sobre moral y como éste es un tema que está influenciado tanto por factores internos como externos, se exploró también el tipo de relaciones familiares que describían los niños.

La técnica que utilizaron estos autores se basa en la psicolingüística y en la terapia de juego, a través de las cuales el objetivo era provocar una narración en los niños, utilizando los muñecos de la familia y haciendo que construyeran las secuencias de unas historias incompletas empezadas por el terapeuta. La consigna después de haber empezado la historia era "¿Qué pasa ahora?".

Las historias que utilizaron fueron 12, agrupadas por diferentes áreas para evaluar la moral, las relaciones familiares y el vínculo.

Los resultados obtenidos fueron que los niños elaboraban historias coherentes sobre reglas, reciprocidad, empatía y sobre la internalización de las prohibiciones.

A partir de este trabajo se han ido realizando posteriormente una serie de trabajos similares en poblaciones diferentes y cuyos aportes expondremos a continuación.

4.2.1 EL VÍNCULO Y EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS

Bretherton, I. , Ridgeway, D.Y Cassidy, J. (1990) realizaron un estudio utilizando el completamiento de historias con la finalidad de investigar el tipo de modelos internos en las relaciones de vínculo, para esto partieron de las consideraciones de Bowlby sobre el desarrollo del niño en función de su afecto y de sus relaciones de vínculo con el cuidador y con las personas que le rodean.

El concepto de "modelos internos" se basa en los estudios anteriores de Craik (1943) que definen a un modelo como un sistema de relación y estructura similar al modelo exterior que imita. Tomando en cuenta que la relación-estructura se refiere a una entidad no física que hace que el modelo trabaje de forma paralela al proceso exterior que imita. Johnson Laird (1983) sugirió que la esencia del modelo mental es su rol funcional en el comportamiento adaptativo, la correspondencia estructural entre la representación y lo que se representa es lo más importante. Los "modelos de trabajo interno" más desarrollados, pueden simular aspectos relevantes del mundo, lo mejor del potencial de planificación y capacidad de respuesta de un organismo.

Gracias, a todo esto se entiende mejor lo propuesto por Bowlby (1973) que sugirió que dentro de un "modelo de trabajo individual" o "representación del mundo" los modelos de trabajo del yo y de las principales figuras de cuidado son de especial significación.

La teoría del vínculo es la que estudia todo lo concerniente a las relaciones en las que una persona sirve como base y refugio seguro de otra. Por lo tanto se toma como base los estudios de Bowlby en los que al igual que Craik (1943) y Piaget (1951, 1954) sugiere que la construcción de los "modelos internos de trabajo" del yo y las figuras de vínculo son una consecuencia natural de la habilidad humana para construir representaciones del mundo. Los modelos de trabajo interno tienen generalmente la función adaptativa de proveer una adecuada representación del yo, de las figuras de vínculo y del ambiente.

Las teorías de la representación de eventos, son una herramienta para entender la estabilidad o cambio de las representaciones.

Bowlby (1980) dijo que los procesos defensivos podrían interferir en el desarrollo de los modelos internos del yo, esto es más probable que ocurra en respuesta a un conflicto o dolor mental intolerable, por ejemplo un padre que ridiculiza a su hijo. Bajo estas

circunstancias es probable que el niño actúe a la defensiva y excluya de su consciencia el modelo interno del "mal" padre y mantenga acceso al padre bueno.

Alrededor de los 2 ó 3 años, el juego y lenguaje de los niños sobre las emociones demuestra que la información sobre los eventos de cada día con el cuidador está disponible de una forma esquemática (Bretherton, 1984; Bretherton, Fritz, Zahn-Waxler y Ridgeway 1986). Con respecto a la construcción de modelos internos de trabajo, es interesante ver que a los 3 años los niños a los que se les pedía reproducir de memoria un evento de rutina (la cena), tendían a reproducir el esquema del evento o un guión, no se producían reproducciones autobiográficas de los episodios. Solamente eventos muy extraordinarios eran reproducidos como episodios de memoria.

Bretherton, Ridgeway y Cassidy (1986) estudiaron los tipos de vínculo en niños a partir de los 3 años. Las historias utilizadas en esta investigación fueron las siguientes:

1. *Zumo Derramado*. Mientras la familia está sentada en la mesa, el niño pequeño derrama accidentalmente el zumo en el suelo y la madre le llama la atención sobre esto. (Asunto: La figura de vínculo se encuentra en una relación de autoridad hacia el niño)
2. *Rodilla Herida*. Mientras la familia está paseando en el parque, el niño más pequeño escala una roca, se cae, se lastima la rodilla y grita (asunto: el dolor como búsqueda de apego y comportamiento de protección)
3. *Monstruo en la Habitación*. Después de que el niño sube las escaleras para ir a dormir, el niño grita porque hay un monstruo en la habitación. (Asunto: el miedo como agente de búsqueda de apego y comportamiento de protección)
4. *Partida*. Los padres salen de viaje durante la noche y la abuela se queda al cuidado de los niños. (Asunto: Ansiedad de separación y habilidad de afrontamiento)
5. *Reunión*. A la mañana siguiente la abuela mira por la ventana y les cuenta a los niños que los padres están regresando. (Asunto: comportamiento de reunión, acogedor, evitativo, resistente o desorganizado)

Las respuestas de los niños fueron analizadas en cuanto a su estructura y contenido, con el objetivo de clasificarlos en los tipos de vínculo seguro o inseguro. Aunque se intentó hacer una subclasificación según los tipos de vínculo inseguro, se vio que resultaba muy difícil. Uno de los logros de la investigación de Bretherton y col. (1986) fue descubrir que los niños de tres años comprendían más de lo esperado y que al proponerles una situación definida y con guía, eran capaces de utilizar a los padres como objetos de protección y vínculo.

4.2.2 EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS Y LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

Siguiendo la línea del completamiento de historias, los investigadores han llegado a apreciar la importancia adaptativa de la narrativa del niño como una vía de comprensión de la experiencia y el compartir con otros, por lo tanto las áreas de estudio en este ámbito, ha ido en aumento.

Los problemas de conducta se refieren principalmente a problemas de tipo externalizantes que se aprecian en los niños cuando va a la escuela y al entrar en contacto con sus pares, en el proceso de esta adaptación surgen diferencias temperamentales, educacionales y conductuales que ocasionan el florecimiento de los problemas de conducta.

La investigación realizada por Warren, Oppenheim y Emde (1996) tiene como objetivo demostrar que las emociones y los temas del juego de los niños podrían ser útiles en la valoración de los problemas infantiles y por lo tanto en la detección temprana de algún problema de conducta. Esta investigación se llevó a cabo con 51 niños a las edades de 3, 4 y 5 años utilizando el MacArthur Story Stem Battery, haciendo énfasis en la presencia de angustia y de temas destructivos como agresiones, heridas y respuestas negativas atípicas.

Se utilizaron en esta investigación las 12 historias del MacArthur Story Stem Battery (ver cuadro 5). La codificación de las historias incluía: las emociones que el niño demostraba y el contenido de los temas que el niño expresaba en cada historia.

1. - Las emociones

Las emociones que el niño representaba fueron codificadas durante la representación de la narración de la historia y durante la fase de transición (entre las historias) La angustia se codificó en una escala de 4 puntos según el sujeto reproducía una cara de angustia o estrés en la vocalización mientras hablaba o representaba a algún personaje.

2. - El contenido

El contenido de las historias fue codificado como presente o ausente, tomando en cuenta especialmente los temas de agresividad, que incluía la agresividad física, el daño personal, es decir sí un niño se hacía daño a sí mismo o sí se hacía daño con algún objeto, y las respuestas negativas atípicas por ejemplo: la casa ardía en llamas.

CUADRO 5

HISTORIAS DEL MACARTHUR STORY STEM BATTERY

-
1. - *Zumo Derramado*. Mientras la familia está sentada en la mesa, el niño pequeño derrama accidentalmente el zumo en el suelo y la madre le llama la atención sobre esto.
 2. - *Buscando a Barney (El perro)*. El niño sale al patio a jugar con el perro y descubre que se ha perdido el perro.
 3. - *La madre con dolor de cabeza*. La madre tiene dolor de cabeza y pide al niño que apague la TV. Llega un amigo del niño y quiere ver la t.v.
 4. - *Tres son multitud*. El niño y su amigo están jugando con una pelota y el Hno. menor del niño también quiere jugar, pero el amigo del niño no quiere.
 5. - *Salsa Caliente*. Se le pide al niño que no se acerque a la cocina, el niño alcanza la olla, se le derrame y se quema.
 6. - *Llaves Perdidas*. El niño entra a la habitación y escucha a la madre y al padre discutiendo por las llaves perdidas.
 7. - *Robo de una barra de chocolate*. Después que la madre le dice al niño que no puede comer ningún dulce, el niño lo roba enfrente del dependiente.
 8. - *Partida*. Los padres salen para un viaje durante la noche y la abuela se queda cuidando a los niños.
 9. - *Reunión*. A la mañana siguiente la abuela mira por la ventana y les cuenta a los niños que los padres están regresando.
 10. - *La repisa del baño*. La madre tiene que salir y pide a los niños que no toquen nada de la repisa del baño, sin embargo después de que la madre se va, el niño más pequeño se lastima el dedo y necesita una tiritita, que está en la repisa del baño.
 11. - *La exclusión*. Papá y mamá quieren estar un momento solos y piden al niño que vaya a su habitación a jugar solo.
 12. - *Robo de Galletas*. El hermano pequeño roba y esconde una galleta ante la presencia del niño. Mamá y papá entran en la habitación.
-

Los resultados del estudio de Warren, Oppenheim y Emde (1996) mostraron una estabilidad en los síntomas externalizantes e internalizantes marcados por maestros y padres de los 3 a los 5 años. En contraste, la angustia y los temas destructivos no fueron estables de los 3 a los 4 años pero mostraron estabilidad de los 4 a los 5 años. La angustia expresada durante la fase narrativa correlacionó significativamente con la puntuación dada para los síntomas externalizantes a los 4 y 5 años. Los temas agresivos y destructivos correlacionaban significativamente con las puntuaciones obtenidas en el CBCL a los 4 y 5 años.

4.2.3 COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS Y EL TIPO DE NARRACIONES.

Oppenheim, Emde y Wamboldt (1996) realizaron una comparación a los 3½ años para detectar la relación entre las narraciones de las madres y padres de los niños con las historias del MSSB. Basándose en que las narraciones de los niños no sólo abren la puerta al mundo interno del niño y su forma de ver el mundo exterior, sino que facilita el aprendizaje y la utilización de éstas como herramientas culturales que permiten organizar y comunicar las experiencias personales de forma efectiva y coherente (Miller 1992).

Las habilidades narradoras de los niños se desarrollan gracias a las conversaciones que mantienen con sus padres, a las que se denominan co-construcciones (Reese y Fivush 1993)

Al principio estas conversaciones son dirigidas por los padres pero conforme el niño crece cada vez participa más y aprende la estructura de la narración enseñada por sus padres pero con sus características personales, por lo tanto las co-construcciones son creaciones co-reguladas por los niños y sus padres (Fogel 1991).

Por esta razón los autores investigaron la relación entre las co-construcciones de las madres y padres con sus hijos, ya que según Mannle y Tomassello, (1987) los estilos

lingüísticos de las conversaciones de los padres sugieren diferencias sistemáticas entre padres y madres.

Los resultados obtenidos por Oppenheim, Emde y Wamboldt (1996) fueron que las co-construcciones de las madres que tenían una guía positiva se relacionaba con un alto nivel de coherencia de la narración y con los temas prosociales y de disciplina en los niños, no se encontró ninguna relación con los temas agresivos. Aunque no se encontraron asociaciones entre la guía positiva materna y la guía positiva paterna y las narraciones de sus hijos, se encontró que la comunicación positiva del niño con su madre estaba asociada con la comunicación positiva del niño con su padre.

Partiendo de que el rol de la madre en las conversaciones con los niños es de gran importancia para el desarrollo de las narrativas personales de los niños, los autores también han puntualizado la importancia de las narraciones de los niños en la organización y regulación emocional. (Bretherton 1990, Fivush, 1991, Hudson, 1990; McCabe y Peterson 1991, Reese y Fivush 1993)

Oppenheim, Emde y Warren (1997a) realizaron un estudio con 51 niños a los 4 $\frac{1}{2}$ y 5 $\frac{1}{2}$ años con el objetivo de detectar las emociones en las narraciones de los niños y los problemas de conducta. Los resultados mostraron que los niños que eran más coherentes emocionalmente durante la co-construcción, tenían historias del MSSB más coherentes, utilizaban más temas prosociales y pocos temas agresivos a ambas edades.

4.2.4 EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS Y CUIDADO PARENTAL

Dentro del cuidado parental es importante conocer la representación que los niños tienen sobre los miembros de la familia. Goldin (1969) identificó tres dimensiones de las percepciones que los niños tienen de los padres: el **Amor** incluye comportamientos como el afecto, la cooperación, los elogios o una valoración global de la calidad de las relaciones positivas o negativas mantenidas con los padres. La **Exigencia** incluye

variables como la dominancia, directividad y el poder. El **Castigo** incluye tratamientos de castigo, agresión y hostilidad de naturaleza física. El mismo autor comparó a los padres de un grupo de niños mal adaptados y niños normales y vio que los padres del primer grupo eran menos comprensivos, excesivamente dominantes y severos, en algunos casos eran padres punitivos.

Con esta base y con los estudios realizados por Maccoby y Martin (1983) sobre cuidado parental, Oppenheim, Emde y Warren (1997c) realizaron un estudio con el MSSB en el cual el objetivo era determinar el tipo de representación que el niño tenía sobre su madre. El estudio incluía 51 niños, a los que se les evaluó al cumplir los 55 y 66 meses. Se les aplicó el MSSB y en el análisis de las historias se codificó la representación que los niños hacían de sus madres, para ello se formuló tres categorías:

- La representación positiva que incluía las subcategorías de Madre protectora, cuidadora, afectiva, que perdona y cooperadora.
- La representación negativa incluía a madres que imponen castigos físicos, que atacaban verbalmente al niño y aquellas que tenían un comportamiento extraño o atípico.
- La representación disciplinaria incluye a la madre que impone disciplina.

Las madres contestaron el Child Behavior Check List (Achenbach, T. M. 1991) de los niños a ambas edades y a ellas se les aplicó el Inventario de síntomas Breves BSI (Derogatis y Spencer 1982).

Los resultados obtenidos por Oppenheim, Emde y Warren (1997c) mostraron que a los 4 años los niños tenían una representación más negativa y disciplinaria de sus madres, pero esto cambiaba a los 5 años, edad en la que aumentó la representación positiva, y disciplinaria y disminuyó la representación negativa, esto se relacionó con la presencia de problemas externalizantes.

Los niños que daban una representación positiva de sus madres, tenían menos problemas de comportamiento y mantenían una mejor relación con sus madres.

En el estudio de Robinson, Herot, Haynes y Matz-Simmons (2000) se menciona la importancia de la prevención a edad preescolar, previniendo o evitando el *cuidado parental disfuncional* al que se define como "la suministración de cuidado físico y emocional inadecuado por parte de un padre a su hijo".

Dentro del cuidado parental se encuentra el desarrollo de la *empatía* a la que se define como la habilidad para sintonizar con el estado anímico o sentimientos del interlocutor o ser capaz de ponerse en lugar de otro.

La capacidad empática de los padres les permite ofrecer un cuidado más adecuado, que a su vez, favorece el desarrollo de la capacidad empática del niño.

Robinson y col. (2000) realizaron un estudio en población afroamericana de Memphis, a la que se considera una población de riesgo ya que la mayoría de las familias (98%) la componen madres sin pareja que en muchas ocasiones son adolescentes (64%). Estas madres habían participado de un programa de asistencia pre y postnatal, en el que las madres primerizas asistían para recibir información y orientación sobre el cuidado de sus hijos, después del parto recibían visitas en su casa de una enfermera del programa durante los dos primeros años de vida del niño.

A estos niños se les aplicó las historias del MSSB a los 4 y 5 años con el objetivo de conocer el tipo de narración y la representación que tenían de sus madres. Los resultados demostraron que los niños cuyas madres habían participado en el programa hasta los 2 años, elaboraban historias más coherentes, daban soluciones más prosociales y tenían una mejor representación de sus madres, que el grupo cuyas madres no se habían incluido en este programa.

4.2.5 EL COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS Y EL DESARROLLO DE LA MORAL

La *moral* definida por Hoffman (1983) como "el proceso por el cual los individuos llegan a ser más hábiles para regular los conflictos entre sus necesidades personales y las obligaciones sociales".

Este concepto ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista. Según los psicoanalistas la moral se interioriza como consecuencia de la resolución del complejo de edipo, sin embargo las orientaciones de la psicología objetal y del vínculo (Bowlby, Bretherton) han demostrado la importancia de las relaciones tempranas entre padres e hijos y al mismo tiempo han demostrado la capacidad del niño para resolver problemas cotidianos a edades tan tempranas como los tres años.

Piaget, propone que los niños resuelven conflictos personales alrededor de los 7 años, sin embargo los psicólogos neopiagetanos han visto que los niños tienen la capacidad para resolver estos conflictos a partir de los 2 $\frac{1}{2}$ o 3 años de edad.

Algunas de las historias del MSSB evalúan el desarrollo de la moral, basándose en la capacidad del niño para interiorizar reglas, manejar su autocontrol y tomar decisiones. A través de estas historias se pretende evaluar la capacidad del niño para reconocer el conflicto, evaluar las consecuencias y tomar una decisión que solucione el conflicto. Todo este proceso, se puede encontrar incluso en niños de 3 años.

Oppenheim, Emde, Hasson y Warren (1997b) realizaron un estudio con 51 niños en el que evaluaron el desarrollo de la moral a los 3, 4 y 5 años de edad. Utilizaron sólo tres historias del MSSB (dolor de cabeza, tres son multitud y la repisa del baño. Ver cuadro 5). En este estudio los resultados demostraron que algunos de los niños ya a los tres años resolvían de manera positiva y prosocial los conflictos planteados y que esta habilidad para resolver los conflictos aumentaba con la edad. Sin embargo los autores

mencionaron la importancia de estudiar el tipo de familia de la que proceden los niños y sus características individuales con la finalidad de obtener un detalle más minucioso del desarrollo de la moral.

4.3 COMPLETAMIENTO DE HISTORIAS Y OTRAS POBLACIONES

Como se ha visto las historias del MSSB se han utilizado en diferentes poblaciones y diferentes problemas. Se han utilizado con niños huérfanos para determinar cuál sería la familia que mejor se adapte a las condiciones del niño. Con niños maltratados ha permitido conocer las representaciones internas de los familiares y ayudar a superar los sentimientos hostiles y a mejorar la autoestima del niño.

También existe una historia adaptada para evaluar como viven la separación de los padres, en hijos de padres divorciados. Ayudando a comprender las fantasías que los niños tienen sobre la separación y reunión de los padres y cómo afronta la convivencia con un solo progenitor.

En conclusión se puede decir que el MacArthur Story Stem Battery es un instrumento que permite conocer el mundo interno de los niños a edades tan tempranas como los tres años y sirve como instrumento para evaluar el desarrollo de la moral, las emociones, las representaciones familiares, la ansiedad y el tipo de vínculo de los niños. Permitiendo orientar a los padres en el cuidado de sus hijos.

En el cuadro 6 se presentan los estudios realizados utilizando el MacArthur Story Stem Battery.

CUADRO 6

ESTUDIOS REALIZADOS CON EL MacArthur STORY STEM BATTERY

Estudio	Año	Instrumentos	Muestra	Area de Investigación.
Buchsbaum & Emde	1990	12 historias propias.	26 niños de 36 meses.	a) Moral b) Relaciones Familiares.
Bretherton, Ridgeway & Cassidy	1990	5 Historias propias.	29 niños de 3 años	a) Vínculo
Warren, Emde & Oppenheim.	1996	MSSB, CBC padres y maestros	51 niños. Examinados a los 3, 4 y 5 años.	a) Problemas de conducta
Oppenheim, Emde & Wambolt.	1996	MSSB	84 niños. Examinados a los 3 y 4 años.	a) Organización Emocional b) Co-construcción de Historias con Madres y Padres.
Oppenheim, Emde & Warren.	1997 a	MSSB y CBC	51 niños. Evaluados a 4 1/2 y 5 1/2 años.	a) Emociones b) Problemas de conducta
Oppenheim, Emde, Hasson & Warren.	1997 b	3 Historias sobre dilemas morales.	51 niños. Evaluados a los 3, 4 y 5 años.	a) Moral
Oppenheim, Emde & Warren.	1997 c	MSSB	51 niños. Evaluados a los 4 y 5 años.	a) Adaptación Socioemocional b) Representación de las Madres.
Steele, & Hodges.	1999	Algunas historias del MSSB.	162 niños adoptados entre 4 y 7 años	a) Mundo interno del niño b) Percepción relaciones padre-hijo.
Macfie, Toth, Rogosh, Robinson, Emde & Cichetti.	1999	Algunas historias del MSSB.	27 niños normales y 80 maltratados. Edad: 3.10 a 5.10	a) Maltrato
Warren.	2000	MSSB 4 Historias sobre la ansiedad	35 niños, evaluados a los 5 y 6 años.	a) Ansiedad de separación b) Representaciones internas
Robinson, Herot, Haynes, Simmons.	2000	MSSB	Menphis study, con niños afroamericanos.	a) Prevención del cuidado Parental
Warren, Emde & Sroufe.	2000	MSSB 4 historias de ansiedad. CBC. Ansiedad padres.	35 normales, evaluados a los 5 y 6 años.	a) Predecir y evitar la ansiedad.
Woolgar, Steele, Yabsley & Fonagy.	2001	MSSB, CBCL Peabody test	86 niños, evaluados a los 5 y 6 años.	a) Desarrollo de la moral.

SEGUNDA PARTE
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPITULO V

5.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

5.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente trabajo es conocer y comparar el tipo de resolución y afrontamiento de conflictos morales y familiares en niños normales y con dificultades en el desarrollo de entre 4 y 6 años de edad, por medio del completamiento de historias del MacArthur Story Stem Battery. (Bretherton, I. , Oppenheim, D., Buchsbaum, H., Emde, R., & The MacArthur Narrative Working Group 1990).

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer si los niños entre 4 y 6 años son capaces de brindar una solución a un conflicto de la vida cotidiana y cómo lo solucionan.
- Registrar qué tipo de respuestas da el niño cuando no soluciona el conflicto.
- Saber si los niños entre 4 y 6 años aceptan las reglas dadas por los adultos y qué consecuencias se producen cuando no las cumplen.
- Observar las conductas que el niño tiene frente a una situación de separación y reunión con los padres.
- Conocer quién es el personaje que más interactúa con el niño y la representación que el niño tiene de él.
- Detectar el tipo de juego que se realiza durante el transcurso de la aplicación del MSSB.

- Determinar si los niños que presentan algún trastorno psicológico presentan un perfil específico en el contenido de las historias.

5.3 HIPÓTESIS

- Los niños del grupo clínico brindan menos soluciones prosociales a los conflictos que los niños del grupo control.
- Cuando el niño no soluciona el conflicto la respuesta más frecuente es el castigo.
- Los niños del grupo control acatan mejor las órdenes de los adultos que los niños del grupo clínico.
- Los niños del grupo clínico se caracterizan por mostrarse más ansiosos que los niños del grupo control frente a la separación de sus padres.
- La madre es el personaje que más interactúa con el niño y su representación es más negativa en el grupo clínico que en el grupo control.
- El tipo de juego predominante es el de tipo simbólico a pesar del grupo de estudio del niño
- La presencia de los trastornos psicológicos tendrá una incidencia en la resolución de conflictos y en el contenido de la historia.

5.4 MÉTODO

5.4.1 SUJETOS

La muestra está formada por un total de 99 niños, 68 niños entre 4 y 6 años de edad pertenecientes a las escuelas de Cerdanyola y Ripollet y 31 niños entre 4 años y 6 años de edad que recibían asistencia psicológica en los centros de Atención Precoz (Dapsi) de Cerdanyola del Valles y de Sant Cugat.

La población escolar estuvo compuesta por una escuela de Ripollet y dos de Cerdanyola, con la finalidad de obtener una muestra representativa de la población infantil del Valles Occidental de Cataluña.

El grupo no clínico y al que denominaremos como grupo control incluye a los niños pertenecientes a las escuelas, estaba formado por 35 niños y 33 niñas, pertenecientes en un 17,6% al nivel socioeconómico alto, un 32,4% pertenecían al nivel medio alto, el 26,5% correspondía al nivel medio, el 22,1% pertenecían al nivel medio bajo y el 1,5% de las familias se encontraba en el nivel socioeconómico bajo. La media de edad de los niños era de 60 meses (5 años). Ver tabla 1.

El tipo de familia a la que pertenecían estos niños era en un 82,4% el de pareja estable sin hijos de otras parejas, en un 7,4% los niños pertenecían a familias monoparentales a cargo de la madre, un 7,4% pertenece a parejas estables con hijos de otras parejas y apenas un 2,8% pertenecen a familias que conviven con los abuelos. La media de la edad de los padres era de 37 años para los padres y de 34 años para las madres. En estas familias el 48,5% habla principalmente el castellano en su casa, el 35,3% habla catalán y castellano y un 16,2% habla básicamente catalán en su casa. (Ver tabla 1).

En este grupo de niños un 5,9% presentan dificultades expresivas, el 19,1% tienen dificultades de articulación y el 75% de los niños poseen un nivel de lenguaje normal o superior.

La muestra clínica está compuesta por 31 niños que habían cumplido los 4 años y que asistían a los centros de atención precoz entre mayo y diciembre del 2001. Se eliminaron del estudio los niños que padecían Síndrome de Down y trastornos Generalizados del Desarrollo.

Esta muestra estaba formada por 22 niños y 9 niñas. La media de edad era de 55 meses (4 años y 7 meses), procedían en un 25,8% del nivel socioeconómico alto, en un 29% los

niños procedían de un nivel socioeconómico medio alto, el 32,3% pertenecían a un nivel medio y el 12,9% se encontraban en el nivel socioeconómico medio bajo, no se encontró ningún caso procedente del nivel socioeconómico bajo.

El tipo de familias a las que pertenecen estos niños era en un 83,8% parejas estables sin niños de otras parejas, el 9,7% pertenecen a familias monoparentales a cargo de la madre y un 6,5% son familias que conviven con los abuelos. La media de edad de los padres de este grupo era de 38 años para los padres y de 35 años para la madre. (Ver tabla 1).

En estas familias el 45,2% hablan catalán y castellano en sus casas, un 38,7% hablan principalmente castellano y un 16,1% hablan principalmente catalán. En este grupo el 6,5% de niños presenta un nivel bajo de comprensión en el lenguaje, el 32,3% tienen dificultades expresivas, el 12,9% presentan dificultades articulatorias y el 48,4% poseen un desarrollo normal.

Tabla 1

Medias de edad de los padres, madres y niños del grupo clínico y grupo control.

	Grupo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad Padre (años)	Control	68	30	53	37,66	4,467
	Clínico	31	25	55	38,28	5,631
Edad Madre (años)	Control	68	25	43	34,88	3,787
	Clínico	31	23	42	35,07	4,017
Edad niños (meses)	Control	68	50	71	60,26	5,987
	Clínico	31	48	60	55,71	3,644
Total		99				

5.5 MATERIAL

En el presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos: el cuestionario *Early Childhood Inventory*, versión padres, (Sprafkin, J., Gadow, K. 1996), para evaluar la conducta de los niños a través de la información de los padres. Se aplicó El *Cuestionario para Padres* (Domènech, E., Canals, F., Viñas, F., Bugié, C., Jané, Ma. C. 1990) en el que se recogen datos sobre la familia. El *cuestionario de Hollingshead* (1975) para la valoración socioeconómica de las familias. En la evaluación con niños se utilizó el *MacArthur Story Stem* (Bretherton, I. , Oppenheim, D., Buchsbaum, H., Emde, R., & The MacArthur Narrative Working Group 1990), para evaluar el juego y la resolución de los conflictos de los niños. A continuación se describen los instrumentos usados en la presente investigación

5.5.1 EARLY CHILDHOOD INVENTORY.

Es un cuestionario que se basa en los criterios dados por la Asociación Americana de Psiquiatría y que están publicados en el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM IV) para la valoración de los síntomas de los niños preescolares.

Este instrumento se utilizó para facilitar la recolección de información de padres y maestros en poblaciones clínicas sobre los síntomas emocionales y conductuales que aparecen en la temprana infancia.

Este cuestionario consta de 108 ítems distribuidos en dos versiones, una para padres y otra para maestros. La diferencia entre estas dos versiones es que la versión de maestros no contiene los ítems que hacen referencia a situaciones exclusivas de convivencia familiar, como son el dormir, la comida y síntomas de comportamientos problemáticos de inicio temprano, observados en el hogar. A excepción de estos ítems, ambas versiones mantienen la misma numeración con al finalidad de facilitar el trabajo al

investigador y además permitir la comparación de la información entre los dos cuestionarios.

En estos cuestionarios se reemplazaron los términos psiquiátricos por un lenguaje más sencillo, algunos ítems fueron reelaborados para que sean más relevantes en niños de 3 a 5 años. Los ítems que requerían que el informante interprete los sentimientos, percepciones o intenciones del niño fueron reelaborados para que reflejen una conducta observable tanto como sea posible.

La puntuación de este cuestionario se hace determinando si el síntoma ocurre con la suficiente frecuencia como para ser considerado parte de un trastorno. Se suman los síntomas por categorías de trastorno y el total se compara con el punto de corte (puntuación mínima para ser considerado como trastorno). Un síntoma no se considera de importancia si se ha calificado como "nunca" ocurre ó "a veces" ocurre, en estos casos la puntuación es cero. Si ha sido calificado como "a menudo" ó "muy a menudo" su puntuación es de 1 y se considera de relevancia para el diagnóstico.

El DSM IV especifica el número de ítems que deberían estar presentes para garantizar un diagnóstico y ésta es la base para el punto de corte. Así se consideran casos clínicos todos los que obtengan una puntuación igual o superior al punto de corte.

En este estudio se utilizaron todas las escalas del cuestionario y se detallan a continuación.

- **Categoría A: déficit de atención con hiperactividad y sin hiperactividad**

Esta categoría describe tres tipos de AD/HD dependiendo de la presencia de síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad. El DSMIV lista seis síntomas de hiperactividad y tres de impulsividad y al menos 6 de los cuales deben presentarse durante 6 meses o más para considerarlo significativo para el diagnóstico. Los ítems del ECI que corresponden a esta categoría van del 1 al 18.

- **Categoría B: Desorden oposicionista desafiante.**

Se refiere a los comportamientos negativistas, hostiles y desafiantes que el niño tiene hacia los demás y que están presentes durante 6 meses o más. En esta escala los ítems que corresponden a esta categoría son del 21 al 28, el criterio diagnóstico es de 4 ítems.

- **Categoría C: Trastorno de Conducta.**

Incluye niños que persistentemente violan los derechos de otros o las reglas apropiadas para su edad. El comportamiento tiende a ser constante, está presente en casa, en la escuela y en otros contextos. El criterio diagnóstico para este trastorno es de 3Y los ítems que valoran este apartado son los que se van desde el 29 al 38.

- **Categoría D: Ansiedad de Separación.**

Este trastorno es el único desorden de ansiedad que se presenta exclusivamente en niños (edad de inicio alrededor de los 18 meses). Se refiere a niños que se ponen extremadamente ansiosos cuando anticipan o experimentan una separación de sus figuras de vínculo (padres).

El punto de corte es 1 y los ítems que valoran este trastorno van desde el 49 hasta el 56.

- **Categoría E: Ansiedad Generalizada.**

Su característica principal es la preocupación y la ansiedad excesiva y aparentemente incontrolada. La mayoría de niños con este trastorno están preocupados por su rendimiento en diversas áreas de sus vidas como la escuela, las actividades físicas y el funcionamiento social. Se esfuerzan por lograr la perfección en una o más de estas áreas y suelen ser excesivamente duros consigo mismos, necesitan ser tranquilizados constantemente por los adultos. El criterio diagnóstico es de 2.

- **Categoría F: Trastornos del Estado de Animo.**

Existen dos categorías de los trastornos del ánimo, una son los trastornos depresivos y otra los trastornos bipolares. Los trastornos depresivos se caracterizan por la tristeza y sentimientos depresivos, mientras que el primer síntoma de los trastornos bipolares es la euforia, la expansividad o la irritabilidad. Debido a que en los niños los trastornos bipolares son relativamente raros, este apartado se refiere a los trastornos depresivos.

Dentro de los trastornos depresivos se distinguen la depresión mayor y la distimia. Los ítems para el diagnóstico de depresión mayor son 66 al 76. Los ítems que corresponde al trastorno de distimia son 66 y del 70 al 76.

- **Categoría G: Fobia social.**

La fobia social se refiere al miedo intenso y persistente a las situaciones sociales con desconocidos. En los niños este miedo se puede presentar también con los compañeros y no sólo con los desconocidos. Los ítems que corresponden a esta escala son el 78, 79 y 80, para el diagnóstico todos los ítems deben estar presentes al menos durante 6 meses.

- **Categoría H: Trastornos del Sueño**

Esta categoría incluye cuatro ítems sobre las diferentes dificultades del sueño presentes en los preescolares y son del 81 al 84, la presencia de uno solo de ellos es suficiente para elaborar un diagnóstico.

- **Categoría I: Trastornos de la Eliminación.**

Se refiere problemas de enuresis y encopresis en los niños, los ítems de esta categoría van del 86 al 88.

- **Categoría K: Trastornos de la Alimentación.**

Contiene únicamente dos ítems el 93 y el 94 y la presencia de cualquiera de ellos durante más de un mes es suficiente para el diagnóstico.

- **Categoría L: Trastorno del Vínculo**

El DSM IV lo describe como disturbios en las relaciones sociales en las que el niño se muestra inhibido o mezcla patrones de acercamiento y evitación hacia sus cuidadores o exhibe vínculos indiscriminados hacia adultos como resultado de su cuidado inconsistente e inadecuado. Los dos tipos de vínculo son medidos por el ECI, el tipo inhibido con el ítem 95 y el tipo desinhibido con el ítem 96.

Existen dos categorías más que son El Trastorno por estrés Postraumático y los trastornos del Desarrollo generalizado que no se han excluido del análisis en esta investigación debido a que ninguno de los niños presentaba este tipo de trastorno, únicamente en el grupo clínico hubo algunos casos en los que los padres señalaron los síntomas de dificultades de lenguaje que se pregunta en la categoría M de trastornos de desarrollo generalizado.

5.5.2 CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

El cuestionario para los padres fue elaborado por la Unidad de Psicopatología Clínica Infanto-Juvenil, de la Universidad Autónoma de Barcelona (Domènech, E., Canals, F., Viñas, F., Bugié, C., Jané, Ma. C. 1999). Este cuestionario consta de datos generales sobre el niño, tipo de grupo familiar en el que vive, datos sobre la salud familiar, la actividad escolar, la lengua que se habla en casa y otros datos sobre actividades extraescolares del niño, cambios o sucesos importantes que se hayan producido en el ambiente del niño. El cuestionario utilizado en esta investigación se encuentra en el anexo 2.

5.5.3 VALORACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE HOLLINGSHEAD.

Para determinar el nivel socioeconómico se utilizó el procedimiento de Hollingshead (1975), que consiste en una puntuación que deriva de la consideración de la profesión y educación de los padres, cuya fórmula es:

$$N.S.E. = \frac{[(P. Padre \times 5) + (E. Padre \times 3)] + [(P. Madre \times 5) + (E. Madre \times 3)]}{2}$$

P. = Profesión

E. = Educación

N.S.E = Nivel Socioeconómico

En el apartado de anexos, el anexo 3 muestra las preguntas referidas a la educación y profesión de los padres que fueron consideradas para el cálculo del nivel socioeconómico.

5.5.4 MACARTHUR STORY STEM

Consta de 12 historias (ver cuadro 5 capítulo 4) en las cuales se presenta una historia central que en algunas ocasiones plantea un dilema para el niño y que no tiene un final, dejando así que el niño sea quien defina el final de la historia y resuelva, transgreda o ignore el dilema.

En estas historias se utiliza los muñecos de la familia y se representa con ellos la historia, luego se le deja al niño los muñecos y se le pide que "diga y haga lo que pasa después". Es aquí cuando el niño empieza a actuar y este material es el que será analizado.

Además de estas 12 historias, existen otras historias adaptadas por los autores para medir aspectos determinados como son la ansiedad, el vínculo y la representación de los padres en niños de padres divorciados.

En la presente investigación se utilizaron 8 de las 12 historias originales y se utilizó una historia nueva con la que se pretendía medir la participación del padre y el niño. (Cuento Historia N3 ver anexo 4)

Las historias utilizadas en esta investigación se clasifican por los aspectos que analizaremos durante este estudio. Las historias 1 "Zumo Derramado", Historia 2 "Buscando a Lucas", historia 3 "Tres son multitud: el cuento", Historia 5 "Salsa Caliente" e historia 6 "Llaves perdidas" se refieren al desarrollo de la moral, la historia 4 "Madre con dolor de Cabeza" permite estudiar el acatamiento de órdenes y las Historias 7 "Viaje", historia 8 "Regreso" e historia 9 "Exclusión" se refieren al vínculo. (Ver anexo 4).

La sesión es grabada en vídeo, se analiza lo que dice y hace el niño, el tipo de juego que realiza. La duración aproximada ha sido entre 30 y 45 minutos.

En la presente investigación los aspectos que se codifican son los siguientes: contenido, el nivel de coherencia, número de movimientos con los muñecos, interacción con el observador y disposición ante la prueba o nivel de ansiedad.

- **El Contenido**

Las historias fueron codificadas siguiendo los criterios usados por Oppenheim, Nir, Warrem y Emde (1997a) que se describen a continuación:

1. - *Empatía/Ayuda*: Un personaje o el sujeto se identifica con o demuestra una comprensión de los pensamientos y sentimientos del otro. Un personaje ayuda a otro con una tarea.
2. - *Reparación/Culpa*: Un personaje hace rectificaciones, correcciones o refleja una serie de sentimientos de culpa, seguidos de desarmonía entre los personajes.
3. - *Filiación*: Todos los personajes participan en una actividad positiva.
4. - *Afectividad*: Un personaje da abrazos, besos, elogios.

5. - *Resolución de conflicto Interpersonal*: El niño intenta resolver un conflicto de una forma prosocial.
6. - *Agresión*: Gestos hostiles, destructivos, tiran objetos con intención de causar daño.
7. - *Respuestas Negativas Atípicas*: Respuestas desorganizadas o muy inusuales, de calidad claramente negativas.
8. - *Ofensa Personal*: Un personaje es físicamente herido o insultado, con intención de ofender o causar dolor.

Como los temas son mutuamente excluyentes. Se agrupa el tipo de historias de la siguiente manera:

1. - Se contabilizó el número de contenidos en cada historia y se obtuvo su media.
2. - Para reducir el número de variables involucradas en el análisis y basados en la similitud de los temas, se generaron dos categorías :
 - a) Empatía/ayuda, Rectificación/culpa, filiación, Afectividad y resolución de conflictos interpersonales. Todos estos temas estaban dentro de la categoría **PROSOCIAL**.
 - b) Agresividad, ofensa personal, respuesta negativa atípica, formaban la categoría de temas **NO SOCIALES**.

En la presente investigación se encontró una categoría más de contenido que era la que se refería a los castigos no físicos y cuya aparición se menciona en el artículo de Woolgar (2001). En esta investigación esta categoría será incluida dentro de la categoría de temas Negativos, aunque posteriormente en el análisis de las consecuencias se le considera una categoría independiente.

- **La Coherencia**

El nivel de coherencia de las narrativas de los niños se codificó en una escala de 10 puntos, siguiendo lo propuesto por Oppenheim y col. (1997a).

1. - Fragmentadas, cambios en la línea de la historia.

3. - El niño entiende el conflicto pero no ofrece solución, una parte de la historia puede ser incoherente.
5. - El niño entiende el conflicto y lo maneja usando una simplificación de la historia.
7. - El niño entiende la historia y ofrece una solución. Una historia corta sin final feliz.
9. - El niño entiende el conflicto y ofrece una solución que incluye un final feliz. No hay segmentos incoherentes.

Estos valores se sumaron por el número de historias y se obtuvo una puntuación, a mayor puntuación, mayor nivel de coherencia y mejor resolución de la historia. Los rangos utilizados fueron los siguientes:

- 0 - 12 Mala
- 13 - 25 Regular
- 26 - 38 Buena
- 39 - 51 Muy buena
- 52 - 64 Excelente.

- **Tipo de Juego**

En la codificación propuesta por el MSSB en éste apartado se midió la dedicación del niño en la representación que se codificaba al contar el número de comportamientos del muñeco, indicando su participación dentro de la historia. Ej. : mover los muñecos, añadir efectos de sonido.

Hemos preferido analizar el tipo de juego que el niño realiza durante las historias, para esto se han definido tres tipos de juego:

1. **El juego simple** en el que el niño mueve al muñeco y no emite ninguna vocalización.

2. **El juego exploratorio** en el que el niño coge un muñeco para explorarlo, le quita la ropa, analiza su contextura y suspende la narración de la historia, hasta que ha satisfecho su curiosidad y entonces continua con la historia.
3. **El juego simbólico** en el que el niño coge al muñeco y le adjudica movimiento, voz y acciones.

- **Interacción con el examinador**

También se utilizó una escala para medir la interacción del niño con el examinador, los valores iban de 1 a 5. En donde 1 = El niño no invita o involucra al examinador y 5 = El niño pregunta, busca ayuda al examinador. Responde extensamente después de una pregunta. Para esta variable y en esta investigación se sumaron las puntuaciones obtenidos en todas la historias para tener una puntuación global del tipo de interacción. Los rangos utilizados fueron los siguientes:

0 - 15 No hay implicación o la implicación es escasa.

16 - 30 Implicación media.

31 - 45 Implicación buena.

- **Codificación de Ansiedad**

La ansiedad del niño se codificó en el transcurso del desarrollo de la historia y del juego, siguiendo el procedimiento descrito por Warren, Oppenheim y Emde (1996) que se describe a continuación:

0 = No se observa ningún tipo de angustia o estrés durante la historia.

1 = Ligera ansiedad en la cara, ojos lánguidos, cejas levantadas, boca ligeramente abierta al menos durante dos segundos. Si el niño se queda paralizado o emite un comentario angustioso (ansioso)

2 = Si se observaban muchas muecas o se quedaba estático o si los muñecos emitían uno o dos lloriqueos.

3 = si el niño lloraba intensamente o muestra expresión de desconcierto o angustia. O si el muñeco emite frases lloriqueando o la ansiedad, furia o tristeza del muñeco llega a ser un tema sobresaliente.

4 = el niño mostraba angustia o emitía frases angustiantes, mientras representaba al muñeco.

En esta investigación se ha considerado que la puntuación obtenida en Ansiedad, también permite conocer la disposición del niño ante la historia y ante la prueba en general, por ello también se ha manejado la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en cada historia y se ha visto que a menor puntuación mayor adaptación a la prueba y menor ansiedad. Los rangos utilizados son los siguientes:

0 - 4 Sin ansiedad y disposición placentera

5 - 9 Ligera ansiedad y predominio de la Inhibición

10 - 14 Angustia y mala disposición con episodios de tensión

- **Representación materna**

Siguiendo lo propuesto por Oppenheim, Emde y Warren (1997c) sobre las categorías de representación materna, se analiza el tipo de representación, utilizando las verbalizaciones que el niño hace sobre su madre, especialmente en las historias de contenido moral. Se valorara únicamente los casos en los que se menciona la presencia de la madre. La no-mención de la madre, nos podría indicar que el niño es independiente y maduro para resolver ese conflicto.

5.5.5 EL CUMANI

Esta prueba es un cuestionario de madurez neurológica infantil, creado por Portellano, J.; Mateos, R.; Martínez, R.; Tapia, A. y Granados, Ma.J. (2000). Las escalas que incluye este cuestionario son la psicomotriz, el lenguaje articulatorio, expresivo y comprensivo, la estructuración espacial, la visopercepción, la memoria, el ritmo, la atención, la fluidez verbal, la lectura, el dictado y la lateralidad. (Ver anexo 5).

Este cuestionario se puede aplicar a niños desde los 3 años, hasta los 6 años y 6 meses, las puntuaciones obtenidas nos permiten conocer el nivel de desarrollo del niño en las

diferentes escalas y detectar los retrasos o dificultades que se puedan presentar con la finalidad de realizar una intervención temprana.

En esta investigación se utilizó únicamente la escala verbal que incluye el lenguaje articulatorio, lenguaje expresivo y lenguaje comprensivo, para determinar el nivel de desarrollo de los niños en esta área y detectar alguna dificultad o deficiencia.

5.6 PROCEDIMIENTO

En cada escuela se escogió a los niños con los siguientes criterios: que hayan nacido entre julio y diciembre, que no hayan asistido al DAPSI, que no presenten problemas de lenguaje y que sus padres hayan autorizado la filmación del juego del niño.

La evaluación de estos niños se realizó de forma individual, en una aula designada para este uso en cada escuela. Se pasó la prueba de lenguaje para conocer su nivel de lenguaje comprensivo y establecer un contacto inicial y después se les aplicó el MacArthur Story Stem Battery (MSSB). El tiempo aproximado de evaluación por cada niño fue de 30 minutos.

Para la evaluación de los niños de la muestra clínica también se pidió la autorización de los padres para la filmación del juego del niño. Con estos niños el tiempo de evaluación fue más largo, en algunos casos fue necesario más de una sesión para la aplicación del MSSB, ya que se quería lograr una mejor interrelación con el niño a evaluar.

Los niños fueron evaluados por la autora de esta investigación, sólo en los casos en que la lengua materna era el catalán o el niño mostraba resistencia a trabajar con otra persona, la encargada de la aplicación fue la terapeuta del niño, a quien se había instruido con anterioridad sobre la administración de la prueba, esta decisión se tomó para evitar una mala relación con el niño.

El tiempo empleado en la aplicación de las pruebas y de la filmación fue de aproximadamente 45 minutos para cada niño.

Los cuestionarios para los padres de ambos grupos incluía el Early Childhood Inventory (ECI) versión padres y una ficha sociofamiliar, estos instrumentos fueron distribuidos para que fueran contestados en casa por uno de los padres.

La información obtenida de los padres nos permite relacionar variables de tipo familiar con los resultados del MSSB, sobre el tipo de relaciones familiares y vínculo.

Los cuestionarios del ECI (versión padres) fueron calificados por la autora de esta investigación y en los casos que se encontró un trastorno de inicio en la infancia, en el grupo clínico se comparó el diagnóstico con el dado por otros profesionales y además se creó una subclase con la finalidad de determinar las pautas de juego y de relaciones familiares comunes a ese tipo de niño que padece un trastorno específico.

En el caso de las escuelas, los niños que presentaban algún trastorno psicológico de inicio en la infancia, fueron seleccionados como una subclase para el mismo análisis de pautas de conducta. Además se informó a la escuela con la finalidad de se hiciera un seguimiento del caso y se prevengan futuras dificultades.

La filmación se llevó a cabo con una cámara digital y un trípode, una vez obtenida la filmación, el siguiente paso consistió en regrabar las cintas de vídeo cassettes en cintas de VHS para facilitar la codificación del vídeo obtenido. La cinta obtenida fue vista y codificada por dos estudiantes de doctorado en Psicopatología infanto-juvenil.

Para el registro de los datos del vídeo se elaboraron una serie de plantillas que permitían al observador registrar la puntuación obtenida. La codificación de los videos se realizó

siguiendo los parámetros utilizados en investigaciones anteriores. En el anexo 5 se encuentra las plantillas y hojas de registro utilizadas en esta investigación.

5.7 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

El material obtenido en la filmación fue codificado y transcrito para su posterior análisis. Se formó una base de datos que se analizó a través del procesador estadístico para ciencias de la salud SPSS versión 10.0

Para la obtención de los índices de acuerdo entre dos observadores se utilizaron diferentes procedimientos dependiendo del tipo de variable, para las variables cuantitativas se utilizaron las correlaciones y el coeficiente de Pearson, para las variables categóricas se utilizó las correlaciones de Spearman y para la variable del contenido que era una variable categórica binaria se utilizó el índice Kappa.

Las variables que representaban el número de veces que el niño daba un tipo de respuesta, como por ejemplo el número de historias resueltas, el número de consecuencias o el número de veces en que el muñeco es castigado, permitía realizar una comparación entre los grupos clínico y control con el método de comparación de medias y las pruebas de Levene y la T de Student.

Las variables categóricas de la investigación se analizaron en tablas de contingencia y utilizando el método de chi cuadrado.

CAPITULO VI

6.- RESULTADOS

6.1 CONCORDANCIA ENTRE OBSERVADORES.

Para comprobar la fiabilidad de los datos obtenidos con el MacArthur Story Stem Battery, se realizó la codificación de los videos utilizando la técnica de concordancia entre dos observadores, que en este caso eran estudiantes del Doctorado en Psicopatología Infanto-juvenil a quienes se les instruyó sobre la codificación del contenido de las historias de este instrumento.

Las variables que se sometieron a un estudio de fiabilidad son las siguientes, las variables de coherencia, tipo de juego, disposición ante la prueba que nos permite saber si hubo ansiedad y la variable de interacción del niño con el examinador durante la prueba. También se utilizó el índice Kappa para obtener el índice de concordancia en la resolución conflictos de cada historia y la variable de atención del grupo clínico.

La fiabilidad se obtuvo aplicando las correlaciones de Pearson y considerando que un valor entre 0,60 y 0,80 nos indica una fiabilidad buena. Los valores de fiabilidad para la variable de coherencia se encuentran entre 0,62 y 0,74. Para la variable de participación los valores de fiabilidad están entre 0,60 y 0,73. (Ver tabla 2).

Tabla 2

Correlaciones de Pearson para el nivel de coherencia y Manipulación en las historias del MacArthur Story Stem Battery

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9
Coherencia	0,718	0,727	0,664	0,747	0,631	0,631	0,669	0,623	0,669
Participación	0,734	0,606	0,704	0,640	0,643	0,681	0,676	0,637	0,706

Todas las correlaciones han sido significativas ($p < 0,01$).

Para las variables categóricas como el tipo de juego y la ansiedad se utilizaron las correlaciones de Spearman para calcular el índice de fiabilidad. En la variable de tipos de manipulación se obtuvo una fiabilidad ligeramente más alta, los valores se encuentran entre 0,72 y 0,89, en la variable de Ansiedad o disposición ante la prueba el rango de fiabilidad se encontraba entre 0,66 y 0,77. La mayoría de los valores de fiabilidad de estas variables indican una buena concordancia en la valoración de estos ítems entre los dos observadores. (Ver tabla 3).

Tabla 3

Correlaciones de Spearman para el tipo de Juego y la ansiedad en las historias del MacArthur Story Stem Battery.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9
Tipo de Juego	0,893	0,801	0,838	0,724	0,879	0,864	0,758	0,762	0,794
Ansiedad	0,659	0,708	0,682	0,688	0,699	0,773	0,740	0,766	0,670

Todas las correlaciones han sido significativas ($p < 0,01$).

En cuanto al contenido de las historias, el índice Kappa aplicado a la variable de resolución de conflictos para cada una de las nueve historias se encuentra entre los valores de 0,65 (historia 8) y 0,85 (historia 4), con una significancia de $p = 0,0001$. Este índice nos indica que la concordancia entre los observadores es buena y permite que los datos obtenidos estén listos para los análisis posteriores.

6.2 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN LAS HISTORIAS DEL MACARTHUR STORY STEM BATTERY (MSSB)

Las historias del MacArthur Story Stem Battery (MSSB) utilizadas en esta investigación, son nueve agrupadas en tres categorías, las historias de contenido moral que incluyen las historias 1, 2, 3, 5 y 6. Las historias de Vínculo que incluye las historias 7,8 y 9 y la historia de acatamiento de órdenes que es la número 4. (ver anexo 4).

A continuación se presentarán los resultados encontrados para la resolución de conflictos de todas las historias y los resultados de acuerdo al tipo de historias.

Los datos generales nos muestran que un 11,1% de niños resuelven todos los conflictos, un 24,2% de niños resuelven ocho conflictos, un 23,2% resuelven siete conflictos, un 15,2 % resuelven seis conflictos y un 26,3% resuelven cinco conflictos o menos.

La media de conflictos resueltos por los niños del grupo control fue de 7,03 frente a un 5,10 de conflictos resueltos por los niños del grupo clínico, esta diferencia es estadísticamente significativa ($t = -3,963$; $p < 0,0005$). Con una confianza del 95% se espera que en la población esta diferencia oscile entre 1 y 3 conflictos más resueltos por niños del grupo control frente a los niños del grupo clínico.

6.2.1 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN LAS HISTORIAS DE CONTENIDO MORAL

En este apartado presentaremos los resultados obtenidos por los niños de ambos grupos en las historias de *contenido moral* del MSSB (Historias 1,2,3,5 y 6. Ver anexo4). También haremos un análisis detallado de acuerdo al tipo de respuestas dadas en estas historias y que han sido agrupadas en dos tipos, las respuestas *Prosociales* y las respuestas de tipo *negativo*. Las respuestas de tipo *Prosociales* incluyen las siguientes categorías: respuestas *prosociales*, *sustitutivas* y *reparadoras*. Las respuestas de tipo

No Social/incluyen las siguientes categorías, respuestas agresivas, negativas y cuando el niño se queda callado. (Ver tabla 4).

Tabla 4

Tipo de respuestas en las historias de contenido moral

Tipo de respuestas	Grupo Clínico	Grupo Control
Prosociales	40%	41,8%
Respuestas Evasivas	30,7%	31,6%
Respuestas Sustitutivas	9,3%	15,2%
Respuestas en las que el niño se queda Callado	10,3%	5,1%
Respuestas Agresivas	4%	5,7%
Respuestas Reparadoras	2,7%	0,6%
TOTAL	100%	100%

Al comparar el número de respuestas *prosociales* dadas en las historias de moral de acuerdo al grupo de estudio y a través del análisis de muestras independientes obtenemos que, las respuestas *prosociales* se presentan de manera diferente de acuerdo al grupo de estudio ($t=-2,292$; $p = 0,027$). Con una confianza del 95% la diferencia de respuestas *prosociales* sobre las respuestas no sociales en el grupo control es de 1.

En cambio las *respuestas no sociales* no presentan ninguna diferencia en cuanto al grupo de estudio ($t= 1,250$ $p=0,128$). Las respuestas no sociales en los dos grupos son similares. El intervalo de confianza de la diferencia en el número de respuestas *no sociales* entre ambos grupos oscila entre -0,192 y 0,818.

- **Respuestas Prosociales**

Son respuestas en las que el niño reconoce el conflicto y da una solución adecuada al problema, las respuestas más comunes dadas por los niños de acuerdo con cada historia se exponen más abajo.

Este tipo de respuesta alcanza un 40% del total de respuestas tanto en el grupo control como en el grupo clínico, siendo la categoría dominante. (Ver tabla 4).

- ◆ **Historia 1:** Zumo derramado
 - Recoger el zumo y limpiarlo.
- ◆ **Historia 2:** Perro perdido
 - Buscar al perro con o sin ayuda de la madre, independientemente de encontrarlo.
- ◆ **Historia 3:** Lectura del cuento
 - Esperar su turno para que el padre le lea el cuento.
 - Hacer otra cosa mientras el padre le lee el cuento a su hermano.
 - Que el padre lea el cuento a los dos niños.
- ◆ **Historia 5:** El niño se quema la mano con la salsa caliente.
 - Curarse la mano, con la ayuda de la madre o del médico.
 - Ir al hospital con los padres.
- ◆ **Historia 6:** Llaves Perdidas
 - Buscar las llaves y dárselas a su madre y evitar la discusión de los padres.
 - El padre busca y encuentra las llaves.
 - La madre busca las llaves

- **Respuestas Sustitutivas**

Son aquellas respuestas en las que los niños solucionan el conflicto al sustituir el objeto de la historia por otro. Este tipo de respuestas corresponde a un 15,2% en el grupo control y a un 9,35% en el grupo clínico para las historias de *contenido moral* (ver tabla 4), a continuación se presentan algunas de las respuestas de este tipo.

- ◆ **Historia 1** El niño pide más zumo u otro zumo, pero no limpia el suelo.
- ◆ **Historia 2:** Se compra otro perro.
- ◆ **Historia 3:** Busca a la madre para que le lea el cuento.

- ◆ **Historia 5:** (No se encontró este tipo de respuestas).
- ◆ **Historia 6:** La madre compra otras llaves.

- **Respuestas Reparadoras**

En esta categoría se incluyen las respuestas en las que el niño no soluciona el conflicto inicialmente, pero después rectifica y pide disculpas. El porcentaje de respuestas de esta categoría constituye el 3,5% del total de las respuestas de las historias de *contenido moral*. En el análisis por grupos no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa. (Ver tabla 4).

Este tipo de respuestas se encontró únicamente en las historias 1 y 5 y fueron las siguientes:

- ◆ **Historia 1:** La madre se enfada, entonces el niño dice que no lo volverá a hacer.
- ◆ **Historia 5:** La madre le riñe y el niño dice que no lo volverá a hacerlo.

- **Respuestas evasivas**

Son aquellas respuestas en las que el niño no soluciona el conflicto, no reconoce el daño o da una respuesta que no concuerda con el conflicto planteado. Este tipo de respuestas se presenta en un 31,6% en el grupo control y en un 30% en el grupo clínico, lo que nos indica que su distribución por grupos es similar. (Ver tabla 4).

- ◆ **Historia 1:** Se va y no limpia el suelo
- ◆ **Historia 2:** No lo busca, no hace nada, el niño juega sólo.
- ◆ **Historia 3:** No se espera, se va.
- ◆ **Historia 5:** Mezcla historias, cuenta otras cosas, le ayuda el perro.
- ◆ **Historia 6:** No se encuentran las llaves. No pasa nada, se mueren porque no pueden salir de la casa.

- **Respuestas Agresivas**

En este grupo se incluyen las respuestas en las que los niños agreden o son agredidos por uno de los miembros de la familia y los casos en los que el niño se hace daño físico. Un 5,7% de respuestas corresponden al grupo control y un 4% al grupo clínico.

Las respuestas más frecuentes encontradas en esta categoría fueron:

- ♦ **Historia 1:** El niño rompe el vaso, tira el vaso al suelo.
- ♦ **Historia 3:** El niño se pelea con el hermano o pega a su hermano.
- ♦ **Historia 5:** Cuando se cae la olla, el niño se hace daño en el pie o la mano.

- **Respuestas en las que el Niño se queda callado**

Se refiere a aquellas historias en las que el niño no responde, no dice nada, simplemente se queda callado. Se valora este tipo de respuestas porque se considera que cuando un niño se queda callado se debe a que está frente a una situación de estrés que le provoca inhibición o tensión. Estas respuestas se correlacionaran posteriormente con las variables de disposición ante la prueba y de manipulación de muñecos.

Este tipo de reacción de quedarse callado corresponde al 18,4% del total de respuestas. En un análisis por grupos se encontró una tendencia a la significación ($t = 2,022$; $p=0,05$), es decir la distribución de este tipo de respuestas es similar tanto en el grupo control como en el grupo clínico, siendo ligeramente mayor en el grupo clínico.

6.2.2 HISTORIA DE ACATAMIENTO DE ÓRDENES

En esta historia (Historia 4: La madre pide al niño que apague la t.v, porque tiene dolor de cabeza) se evalúa la capacidad de los niños para respetar las órdenes dadas por los adultos y qué tipo de alternativas pueden dar para evitar quebrantar la orden. Aquí se

observa que 47 niños obedecen la orden, frente a 46 que no obedecen la orden y 6 que se quedan callados. La distribución por grupos es mas o menos similar con una diferencia especial en el número de niños que se quedan callados en el grupo clínico es de 5 y en el grupo control de 1. (Ver tabla 5).

Tabla 5

Frecuencias de las respuestas de la historia N°4

Obedece Orden	Clínico	Control	Total
No	11	35	46
Sí	15	32	47
Se queda callado	5	1	6
Total	31	68	99

Al realizar la prueba de chi cuadrado de estas variables, se encuentra una diferencia en las respuestas dadas por los niños de acuerdo con su grupo de estudio ($\chi^2 = 8,728$; $gl=2$; $p= 0,013$). Lo que indica que el tipo de respuestas dadas frente a este conflicto se diferencian especialmente cuando el niño se queda callado.

Cuando el niño obedece la orden aparece un mecanismo de afrontamiento que le obliga a dar una alternativa a su conducta, las opciones más frecuentes encontradas en este apartado fueron las siguientes: jugar, irse a otro lugar o no dejar entrar al amigo para de esa manera no ver la televisión y obedecer la orden de la madre. Ver tabla 6.

Tabla 6

Alternativas que el niño da frente al acatamiento de la orden

	Grupo de estudio	

Alternativa	Clínico	Control	Total
Jugar	8	15	24
Irse a otro lugar	5	13	18
No le deja entrar	2	4	6
TOTAL	15	32	47

La prueba de chi cuadrado para ésta variable no muestra diferencias en las respuestas dadas por ambos grupos ($\chi^2=0,234$; $gl=2$; $p=0,889$).

6.2.3 HISTORIAS DE VÍNCULO

Estas historias son la 7 (viaje), 8 (reunión) y 9 (exclusión) (ver anexo 4) del MacArthur Story Stem Battery, el tema principal es el vínculo y la forma de resolver los conflictos gira en torno a la relación familiar, aquí se valora la resolución del conflicto que nos informan del tipo de relaciones familiares del niño y como éste afronta la separación y reunión con sus padres. La mala resolución o la no-resolución de estos conflictos nos indicaría una dificultad para afrontar la separación de los padres, además nos puede indicar rasgos de ansiedad.

La mayoría de los niños de ambos grupos resuelven los conflictos de vínculo, solamente 2 niños no resuelven ninguno de los conflictos y 6 niños son los que se quedan callados frente a estas historias. La media de resolución de los conflictos en el grupo clínico es 1,9 (DE 0,9) y en el grupo control la media de resolución es de 2,9 (DE 0,5).

Al comparar el número de conflictos resueltos en las historias de vínculo se observa diferencias en cuanto al grupo de estudio ($t=-5,525$ $p<0,0005$). Los niños del grupo clínico tienen mayor dificultad para resolver este tipo de conflictos.

- **Tipo de respuesta en las Historias de vínculo**

En estas historias las respuestas fueron clasificadas de la misma forma que las historias de *contenido moral*, es decir en respuestas *prosociales* y respuestas *no*

sociales, dentro de las respuestas *prosociales* se incluyó las respuestas *afectivas* que se refieren a una expresión por parte del niño de actos como besos y abrazos por parte de cualquiera de los miembros de la familia. En las respuestas *no sociales* se incluyó las respuestas *agresivas*. Ver tabla 7.

Tabla 7

Tipo de Respuestas en las historias de Vínculo por grupo

Tipo de Respuestas	Grupo Clínico	Grupo Control
Respuestas prosociales	53,1%	79,3%
Respuestas Afectivas	4,1%	2,4%
Respuestas no sociales	42,8%	18,3%
Total	100%	100%

El número de respuestas dadas en las historias de vínculo, al ser comparadas por grupos a través de la prueba de muestras independientes, muestra una relación estadísticamente significativa para las respuestas *prosociales* ($t = -6,847$; $p < 0,005$). Con una confianza del 95% esta diferencia oscila entre una y dos veces más en el grupo control, lo que indica que los niños del grupo control responden de una forma *prosocial* dos veces más que los niños del grupo clínico, mientras que los niños del grupo clínico responden en mayor proporción a las *historias de vínculo* con respuestas *no sociales*, encontrándose diferencias entre los grupos de estudio ($t = 4,703$; $p < 0,0005$). El intervalo de confianza del 95% se encuentra entre 0,493 - 1,236. (Ver tabla 8).

Tabla 8

Media de Respuestas Prosociales y No Sociales en Las Historias de Vínculo

Tipo de Respuestas	Grupo de estudio	
	Clínico	Control
Media R. Prosociales	1,29	2,54
Desviación estándar	0,902	0,818
Media R. <i>No sociales</i>	1,13	0,26
Desviación estándar	0,957	0,536
N	31	68

Las historias de *vínculo* se analizarán en mayor detalle en el apartado 6.5, en el cual se estudiará el tipo de emociones que presentan los niños, el nivel de ansiedad y la disposición ante la prueba. Se analizará cada historia por separado, ya que cada una aborda un aspecto diferente sobre el tema del vínculo.

6.3 TIPOS DE CONSECUENCIAS EN LAS HISTORIAS DEL MSSB

Este objetivo hace referencia al tipo de consecuencias que los niños mencionan cuando no solucionan un conflicto o cuando lo resuelven de una forma no prosocial. Entre las consecuencias más frecuentes se presenta el castigo, por ello haremos un análisis especial de los tipos de castigo más frecuentes que los niños mencionan.

6.3.1 CONSECUENCIAS EN LAS HISTORIAS DE CONTENIDO MORAL

El 44,6% de las consecuencias dadas en las historias de *contenido moral*, corresponden a los casos en que las respuestas de los niños fueron *evasivas* o *agresivas*, dentro de este porcentaje se encontró un 3,6% que correspondía a aquellos casos en los que a pesar de haber resuelto el conflicto el niño sufrió alguna consecuencia, especialmente el

enfado de los padres. A continuación se detalla el tipo de consecuencias que se encontraron al no resolver el conflicto en las historias de *contenido moral* (ver tabla 9).

Tabla 9

Tipo de consecuencias en las historias de contenido moral.

Tipo de consecuencias	Grupo Clínico	Grupo Control
Ninguna	60%	53,5%
Castigo	22%	22,1%
Enfado de los padres	16%	10,2%
Daño Físico	2%	4%
Reñir	0%	10,2%
Total	100%	100%

En el análisis por grupos de las consecuencias no se encontró ninguna diferencia en las consecuencias de castigo, ni de enfado de los padres. Además se observa que la ausencia de consecuencias es similar en ambos grupos.

Al comparar el número de consecuencias de *daño físico* mencionadas por los niños de cada grupo se observa una diferencia significativa en el grupo control ($t=-3,510$ $p<0,0001$), es decir este tipo de respuesta se presenta dos veces más en el grupo control que en el grupo clínico.

6.3.2 EL CASTIGO

La consecuencia del castigo fue mencionada por 45 niños (12 del grupo clínico y 33 grupo control), entre los castigos más frecuentes se encuentran el de ir a la habitación con 9 casos, seguido por la riña por parte de los padres que se encontró en 8 casos, quedarse sin cena y el enfado de los padres se mencionaron en 5 casos. Es necesario hacer la diferencia entre la riña y el enfado, *la riña* implica una llamada de atención y corrección del comportamiento por parte del padre hacia el niño, además incluye una advertencia, por otro lado *el enfado* se refiere al malestar que la acción del niño ha causado en los padres.

Existen 18 casos que mencionan el castigo sin determinar el tipo, sin embargo esta respuesta nos indica el tipo de consecuencia al que se ven expuestos cuando no realizan algo de la forma esperada por los padres. (Ver tabla 10).

Tabla 10
Tipos de Castigos más frecuentes en los niños

Tipo de Castigo	Grupo Clínico	Grupo Control	Total
Sin determinar	8	10	18
Sin Cena	3	2	5
A la Habitación	0	9	9
Reñir	1	7	8
Enfado	0	5	5
Total	12	33	45

6.3.3 HISTORIA DE ACATAMIENTO DE ORDEN

Esta historia (historia 4:dolor de cabeza) evalúa la capacidad del niño de seguir la orden de un adulto, vemos que apenas un 48,5% obedecen la orden del adulto y además proponen alternativas para evitar transgredir la orden, sin embargo existe un 45,5% de niños que no obedecen la orden, estos niños intentan seguir sus impulsos con el riesgo de sufrir algún tipo de consecuencias, otros intentan engañar a su madre y evitar alguna consecuencia mayor, de todas maneras ellos son conscientes de la transgresión de la regla y reconocen las consecuencias que pueden padecer, incluyendo los diferentes castigos impuestos por sus padres.

Entre las respuestas más comunes que se recogen en esta historia están las siguientes:

- Poner la tele flojita para que no se oiga.
- La mamá duerme mucho y no se entera.
- Apagar la tele cuando se oye que la madre se acerca.
- El programa se acaba antes de que la madre se despierte.

Las consecuencias de enfado y castigo ocurren cuando el niño se ha dado cuenta de la presencia de la madre y pone en ella la reacción esperada ante esta situación. A continuación se detallan el tipo de consecuencias que los niños plantean frente a la transgresión de la regla y observamos que el castigo se presenta en un 48,8% de los casos.

Tabla 11

Consecuencias cuando el niño no obedece la orden de la madre

Consecuencias	Porcentajes
Ninguna	8.9%
Grita	6.7%
Castigo	48.8%
No se entera	20%
Se enfada	15.6%
Total	100%

Las consecuencias de tipo de castigos más frecuentes encontrados para esta historia en el grupo control fueron, 5 casos que mencionaron el castigo sin determinar, 6 niños mencionaron el castigo sin cena, 1 ir a la habitación y 7 el enfado de la madre. En el grupo clínico apenas 3 casos mencionaron el castigo, 2 refieren la riña y 1 no determina el castigo. (Ver tabla 12).

Tabla 12

Consecuencias de No Obedecer La Orden de Acuerdo Al Grupo

Tipos de castigo	Clínico	Control
Sin determinar	1	5
Sin Cena	0	6
Ir a la habitación	0	1
Enfado de los padres	0	7
Riña	2	0
Total	3	19

6.3.4 HISTORIAS DE VÍNCULO

En las historias de vínculo no se espera encontrar ninguna consecuencia de este tipo, sino valorar el tipo de emociones ligadas a la separación y reunión con los padres y que se describen en el apartado 6.4.

6.4 CONDUCTAS QUE SE PRESENTAN EN LAS HISTORIAS DE VÍNCULO

El objetivo planteado fue el de observar las conductas que el niño tiene frente a una situación de separación y reunión con los padres. Este objetivo hace referencia al tipo de conductas y emociones que los niños demuestran y representan en cada una de las historias de este tipo (historias 7,8,9. Ver anexo 4) y como resuelven los conflictos de separación y reunión con los padres.

En estas historias se describirá la forma de resolver el conflicto, el tipo de respuestas y las emociones que los niños dan en cada historia.

6.4.1 HISTORIA 7: VIAJE DE LOS PADRES (SEPARACIÓN)

En la historia N 7 el conflicto se refiere a la separación física de los padres a causa de un viaje, los niños quedan bajo el cuidado de la abuela. En esta historia nos interesa percibir como los niños afrontan la separación y ausencia de sus padres y como acepta la presencia de la abuela.

En esta historia 12 niños no resolvieron el conflicto, de los cuales 2 pertenecen al grupo control y 10 al grupo clínico. Hay 6 niños que no contestan a esta historia, solo 1 pertenece al grupo control. (Ver tabla 13).

Tabla 13

Resolución del conflicto frente a la separación de los padres.

Resolución de conflicto	Grupo Clínico	Grupo Control
Sí	16	65
No	10	2
Se queda callado	5	1
Total	31	68

- **Emociones**

Los niños que resuelven el conflicto en su mayoría se sienten tranquilos frente a la ausencia de sus padres y aceptan bastante bien la presencia de la abuela como sustituta de sus padres. En el grupo control aunque los niños comprenden y aceptan la ausencia de los padres, 9 de ellos manifiestan que ante esta ausencia se sienten tristes. (ver tabla 14)

Entre los niños que no aceptan la separación de sus padres en el grupo clínico encontramos 5 casos que rechazan la presencia de la abuela, 3 niños manifiestan llanto en los muñecos y 2 no aceptan la ausencia de sus padres y salen en su búsqueda. En el grupo control en cambio los 2 niños que no resuelven el conflicto, 1 rechaza a la abuela y otro se pelea con su hermano. (ver tabla 14)

- **Disposición ante al prueba y Ansiedad**

La escala de ansiedad utilizada en este instrumento, nos indica que en el grupo clínico existen 5 niños que manifiestan síntomas de inhibición en esta historia, mientras que 3 niños manifiestan una clara tensión al enfrentarse a la separación de los padres. En el grupo control se observa 2 casos en los que los niños presenta una ligera ansiedad o inhibición, estos datos concuerdan con los arriba mencionados.

Tabla 14

Emociones que los niños presentan cuando se separan de sus padres.

Emociones	Grupo Clínico	Grupo Control
Tranquilidad	16	56
Tristes	0	9
Llanto	3	0
Pelea	0	1
Rechazo a la abuela	5	1
Busca Padres	2	0
Se queda Callado	5	1
Total	31	68

6.4.2 HISTORIA 8: REGRESO DE LOS PADRES (REUNIÓN)

En la historia 8 que es la historia del reencuentro con los padres vemos que 84 niños responden favorablemente este conflicto, 7 niños en el grupo clínico no lo resuelven y en el grupo control 2 casos. Los niños que no contestan a esta historia son 4 en el grupo clínico y 2 en el grupo control (Ver tabla 15).

Tabla 15

Resolución del conflicto frente al regreso de los padres.

Resolución de conflicto	Grupo Clínico	Grupo Control
Sí	19	65
No	7	2
Se queda callado	4	2
Total	31	68

La gran mayoría de los niños han resuelto este conflicto de una forma favorable. A continuación presentaremos el tipo de emociones manifestadas por los niños en esta historia.

- **Emociones**

De los niños que resuelven el conflicto, hay 2 niños en el grupo clínico que muestran dificultades en esta situación, 1 se muestra indiferente y otro rechaza a los padres en un primer momento, pero después cambian y aceptan la presencia de los padres. En el grupo control se ve el mismo comportamiento, un niño rechaza a los padres y no quiere irse de casa de su abuela y 3 se muestran un tanto indiferentes al ver a los padres.

Una de las manifestaciones que llama la atención en esta historia es que pocos sujetos demostraron el afecto y la felicidad por medio de besos y abrazos, esta emoción se observó en 2 niños del grupo control y 1 en el grupo clínico.

De los niños que no resuelven el conflicto, 7 pertenecen al grupo clínico manifestando 3 de ellos indiferencia hacia los padres y 4 no muestran ninguna emoción frente a esta situación. Se encontraron 2 casos de niños que no resuelven este conflicto en el grupo control y de ellos 1 no demuestra ninguna emoción y el otro se pelea con su hermano. Ver tabla 16.

Tabla 16

Emociones de los niños frente al encuentro con sus padres.

Emociones	Grupo Clínico		Grupo Control	
	Resolución de conflicto		Resolución de conflicto	
	Sí	No	Sí	No
Felicidad	14	0	41	0
Abrazos	1	0	2	0
Indiferencia	1	3	3	0
Pelea	0	0	0	1
Rechazo a los padres	1	0	1	0
Ninguna	3	4	17	1
Se queda callado	0	4	0	2
Total	20	11	64	4

- **Disposición ante la prueba y ansiedad**

En esta historia encontramos que 7 niños del grupo clínico manifestaron inhibición y 2 tensión al llegar a esta historia, en el grupo control sólo 1 niño mostró síntomas de inhibición. Los demás niños tanto del grupo control como del clínico no mostraron ninguna alteración en su estado de ánimo, mostrando una disposición placentera en esta historia. Los 6 niños que se quedan callados presentan inhibición.

6.4.3 HISTORIA 9: PADRES QUIEREN ESTAR SOLOS (EXCLUSIÓN)

La historia 9 se refiere a la exclusión de los niños cuando los padres quieren estar a solas. (Ver anexo 4). En esta historia existen 13 niños que no resuelven el conflicto, 11 de los cuales pertenecen al grupo clínico y 2 al grupo control. Los niños que se quedaron callados fueron 7 (4 grupo clínico y 3 grupo control). Ver tabla 17.

Este número de fracasos en la resolución del este conflicto, es el mismo para el grupo control y aumenta en 1 caso en el grupo clínico, esto nos indica que los niños que no afrontan la separación de los padres son los mismos en ambos casos y que además el

hecho que desencadena el malestar es la separación de sus padres, independientemente del lugar y de que exista una persona sustituta. (Ver tabla 17)

Tabla 17

Resolución del conflicto frente a la exclusión del niño por parte de los padres.

Resolución de conflicto	Grupo Clínico	Grupo Control
Sí	16	63
No	11	2
No contesta	4	3
Total	31	68

- **Emociones**

Existen 79 niños que resuelven este conflicto favorablemente, 16 de los cuales pertenecen al grupo clínico y de estos sólo 1 manifestó agresividad al pelear con su hermano. De los 62 niños del grupo control se encontró 3 que mostraron agresividad al pelear con su hermano y 2 que rechazaban en un principio ir a la habitación, pero que después lo aceptaban. (Ver tabla 18)

De los 11 niños que no resolvieron el conflicto en el grupo clínico, 9 rechazaron a ir a la habitación y 2 no se movieron del lado de sus padres, en el grupo control 2 casos rechazaron a ir a la habitación y 1 buscó a los padres. (Ver tabla 18)

- **Disposición ante la prueba y Ansiedad.**

La mayoría de los niños del grupo control se muestran tranquilos en la exposición de esta historia, solo los 3 niños que se quedan callados presentan inhibición y una ligera ansiedad. En el grupo control 26 niños no presentan ansiedad durante esta historia, 1 niño de los que no resuelve el conflicto presenta inhibición y de los niños que se quedan callados, 3 presentan una ligera ansiedad y sólo 1 se muestra tenso.

Tabla 18

Emociones frente a la exclusión de los niños por parte de los padres.

Emociones	Grupo Clínico		Grupo Control	
	Resuelve el conflicto		Resuelve el conflicto	
	Sí	No	Sí	No
Tranquilidad	4	0	13	0
Ninguna	11	0	44	0
No va a habitación	0	9	2	2
Pelea	1	0	3	0
Busca Padres	0	2	0	1
No contesta	0	4	0	3
Total	16	15	62	6

6.5 PERSONAJES MÁS FRECUENTES EN LAS HISTORIAS DEL MSSB QUE AYUDAN AL NIÑO EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Para cumplir este objetivo analizaremos las historias de *contenido moral* (historias 1, 2, 3, 5 y 6), ya que en estas historias la participación de los personajes depende de sí el niño pide ayuda y a quien se dirige para esto, a pesar de que la historia determina la presencia de la madre, el niño es libre de elegir algún otro personaje. También veremos cual es la percepción del niño frente a este personaje.

En la mayoría de historias la presencia de la madre viene determinada por la propia historia, sin embargo la inclusión de otros personajes depende del niño, así como la forma en que la madre actúa dentro de la historia, por eso haremos un pequeño recuento de la presencia de los principales personajes por cada historia en función de la resolución del conflicto. (Ver tabla 19).

En la historia 1 (zumo derramado) la intervención de la madre representa un 28.9%, mientras que el 4,4% menciona la presencia de otras personas entre las que se incluyen el policía y otros familiares, un 1,2% se refiere o pide ayuda al padre. Ver tabla 19

En la historia número 2 (Buscando al perro) se observa que la interacción con la madre se da en un 20% y el 3% pide ayuda al padre. Ver tabla 19.

En la historia 3 (El cuento), el niño resuelve pide ayuda al padre el 10,5 % de las veces y recurre a la madre en un 31,6% . Ver tabla 19.

La historia 5 (salsa caliente), es la historia en que más colabora la madre, representa un 44,6%, el 3,2% piden ayuda al padre, un 3,3% piden ayuda al médico y un 19,1% piden ayuda a los dos padres. Ver tabla 19

Tabla 19

Personajes que ayudan a la solución del conflicto en las historias de contenido moral

Personaje	Historia 1	Historia 2	Historia 3	Historia 5	Historia 6
Ninguno	65,5%	77%	57,9%	29,8%	15,2%
Padre	1,2%	3%	10,5%	3,2%	24,4%
Madre	28,9%	20%	31,6%	44,6%	11,6%
Otros	4,4%	0%	0%	0%	10,4%
Médico	0%	0%	0%	3,3%	0%
Padres	0%	0%	0%	19,1%	1,2%
Niño	0%	0%	0%	0%	37,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

En la historia 6 (llaves pérdidas) se manifiesta un conflicto entre los padres y es de gran importancia detectar como el 37,2% de los niños se encargan de solucionar el conflicto y ayudan a la madre a encontrar las llaves, en un 24,4% esta responsabilidad recae en el padre. La madre se encarga de la búsqueda de las llaves en un 11,6 % y un 1,2% de los casos son los dos padres los que buscan las llaves, un 10,4% se refiere a otros

personajes entre los que se incluye una persona del servicio doméstico, el perro o los ladrones. Ver tabla 19

6.5.1 REPRESENTACIONES DE LA FIGURA MATERNA.

Como se ha observado la mayoría de las veces el personaje que más interactúa con el niño es la madre, seguido del padre y de la intervención conjunta de ambos padres. (Ver tabla 19)

De acuerdo con estos datos, nos interesa conocer cual es la percepción del niño frente a su madre, para obtener estos datos se ha utilizado los casos en los que las madres interactúan y la información sobre el tipo de consecuencias que el niño sufre en la historia, con esta información y basándonos en las categorías de representación materna descritas por Goldin (1969) en Oppenheim, Emde y Warren (1997c) los resultados se presentan a continuación.

La *representación positiva*, incluye a madres afectivas, cuidadoras y cooperadoras, hemos incluido en este grupo, a las madres que ayudaban a sus hijos, se mostraban comprensivas con ellos y no les castigaban. En la historia 1 se encontraron 19 casos de representación positiva, en la historia 2 el número fue de 18, en la historia 3 fueron 6 los casos, en la historia 5 se encontraron 30 casos y en la historia 6 fueron 11 los casos de representación positiva. (Ver tabla 20).

La *representación negativa* se refiere a madres que imponen algún tipo de castigo, que atacaban verbalmente al niño y aquellas que tenían un comportamiento ambivalente o atípico. Hemos incluido en esta categoría a las madres que ante el comportamiento de sus hijos, se enfadaban y les castigaban. En esta investigación se encontraron 11 casos de este tipo de representación materna, 7 casos en la historia 1, un caso en la historia 2 y 3 casos en la historia 5. (Ver tabla 20).

La *representación disciplinaria* incluye la imposición de disciplina por parte de la madre, en esta categoría se encuentran las madres que actúan con sus hijos, colaboran

con ellos pero no les castigan, sino que les hacen una advertencia o imponen una norma de conducta para esa situación. Este tipo de representación materna se presentó solamente en 9 casos en la historia 5. (Ver tabla 20).

Tabla 20

Tipos de Representación Materna encontradas en las historias de Contenido moral.

Representación Materna	Historia 1		Historia 2		Historia 3		Historia 5		Historia 6	
	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control
Positiva	6	13	5	13	1	5	9	21	0	11
Negativa	0	7	1	0	0	0	1	2	0	0
Disciplinaria	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0
Total	6	20	6	13	1	5	10	32	0	11

6.6 DETECTAR EL TIPO DE JUEGO QUE SE REALIZA DURANTE EL TRANCURSO DE LA APLICACIÓN DEL MSSB.

El MSSB utiliza los muñecos de la familia para facilitar la comprensión de la historia por parte del niño y permite que el niño se identifique con algún personaje, así como que atribuya distintas acciones o frases a los muñecos.

El tipo de juego que el niño realiza es de gran interés en esta investigación ya que nos permite conocer la calidad de juego que tienen los niños y si esto tiene alguna relación con la resolución de conflictos. Los tipos de juego que se evalúan son el juego simple, el juego exploratorio y el juego simbólico, descritos en el apartado de materiales.

Los resultados encontrados al analizar las nueve historias del MSSB nos muestran que el juego simple se presenta en igual porcentaje en los niños de ambos grupos (69% en el grupo clínico y 69,1% en el grupo control), el juego simbólico es utilizado por más niños

del grupo control (30,9%), mientras que el juego exploratorio se presenta exclusivamente en los niños del grupo clínico (20,7%). (Ver tabla 21).

Las pruebas de chi cuadrado nos indica diferencias entre los tipos de juego ($\chi^2=17.535$; $gl=2$; $P= 0,0001$) se observó que el juego con mayor calidad que es el juego simbólico y se presenta mayoritariamente en el grupo control.

Tabla 21

Tipos de juego utilizado en las historias del MSSB

Tipo de Juego	Grupo de estudio	
	Clínico	Control
Juego Simple	69%	69,1%
Juego Exploratorio	20,7%	0%
Juego Simbólico	10,3%	30,9%
Total	100%	100%

6.6.1 TIPO DE JUEGO Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTO

Los tipos de juego que encontramos al resolver las historias del MSSB fueron el juego exploratorio, el juego simple y el juego simbólico. Esto lo comparamos con el número de conflictos resueltos, como el juego exploratorio sólo se presentó en el grupo clínico con una media de 3,17 conflictos resueltos (Ver tabla 22). Se decidió realizar un análisis de la variancia solamente entre el juego simple y el juego simbólico que eran los tipos de juegos presentes en ambos grupos.

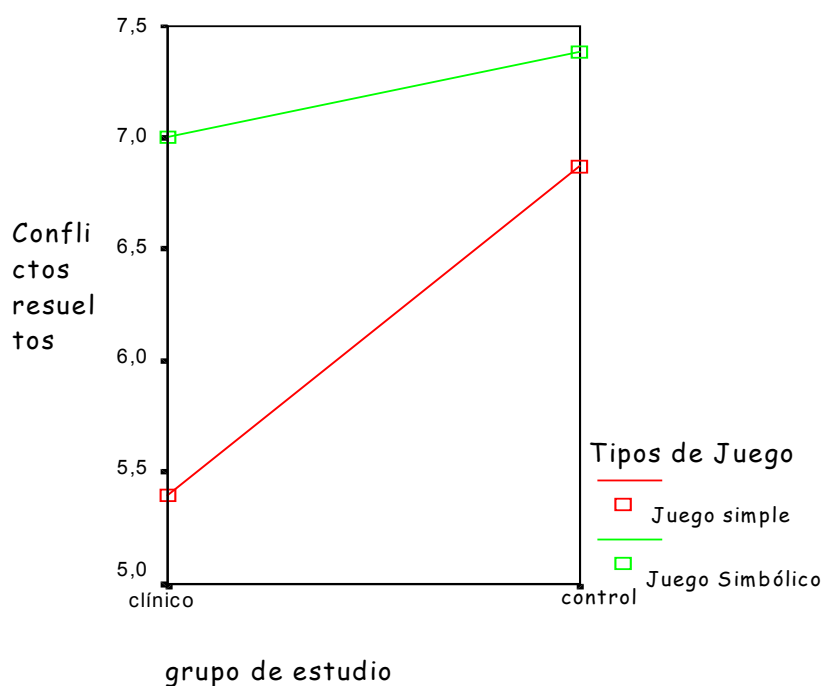
Tabla 22

Medias del juego utilizado en la resolución de conflictos del MSSB de acuerdo al grupo de estudio

Tipo de Juego	Grupo clínico		Grupo Control	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Juego Exploratorio	3,17	1,169		
Juego Simple	5,40	2,272	6,87	1,262
Juego Simbólico	7,00	1,732	7,38	1,465

Los resultados de comparar el número de conflictos resueltos en función del tipo de juego y del grupo de estudio, mostró que la interacción tipo de juego y grupo de estudio es significativa ($F=5,094$; $gl=2$; $p=0,008$). En el gráfico 1 se observa que en el grupo clínico al utilizar el juego simple la resolución de conflictos fue baja, mientras que en el grupo control el número de conflictos resueltos aumentó. En cambio al utilizar el juego simbólico, el número de conflictos resueltos en ambos grupos fue mayor y similar entre ambos.

Gráfico 1 Media de conflictos resueltos de acuerdo al Juego y grupo de estudio



6.7 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LAS HISTORIAS DEL MSSB

A través del Early Childhood Inventory (ECI) (versión padres) obtuvimos información sobre el tipo de trastornos psicológicos que los niños de ambos grupos padecen, como se ha descrito en el apartado de materiales se ha considerado la presencia de trastorno sólo si el número de ítems coincidía con el necesario para que se cumpla el criterio diagnóstico.

6.7.1 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS DE ACUERDO AL GRUPO DE ESTUDIO, SEXO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Los niños que presentaron algún tipo de trastorno eran 64, de los cuales 26 (83,8%) niños pertenecían al grupo clínico y 39 (57,3%) niños al grupo control. (Ver tabla 23). Se encontró diferencias en cuanto al grupo de estudio ($\chi^2=9,524$; $gl=1$; $p=0,002$) existiendo mayor porcentaje de niños con trastornos en el grupo clínico.

Tabla 23

Total de Trastornos de acuerdo al grupo de estudio y al sexo.

	Clínico			Control			Total
	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	
Sin trastorno	4	1	5	11	18	29	34
Con trastorno	18	8	26	24	15	39	65
Total	22	9	31	35	33	68	99

Al analizar la presencia de trastorno por la variable del sexo se observa que 57 sujetos son niños y 42 son niñas, de los cuales 42 niños varones presentan algún tipo de trastorno frente a 23 niñas que padecen algún trastorno. Al comparar el número de niños que padecen algún trastorno de acuerdo al grupo de estudio vemos que la

proporción de niños con trastornos es alrededor del doble que el de niñas en ambos grupos. Ver tabla 23.

En cuanto al nivel socioeconómico se observa que la mayoría de los niños que padecen algún trastorno proceden de un nivel socioeconómico medio, seguido por el nivel medio alto, alto y medio bajo. En el grupo control no se encontró niños de procedencia del nivel socioeconómico bajo y en el grupo clínico el único caso que se encontró no padecía trastorno. (Ver tabla 24).

Tabla 24

Nivel socioeconómico por grupo de estudio y presencia de trastorno.

Nivel socioeconómico	Clínico		Control	
	Sin trastorno	Con Trastorno	Sin trastorno	Con Trastorno
Alto	20%	26,9%	13,8%	20,5%
Media Alto	60%	23,1%	37,9%	28,2%
Medio	20%	34,6%	20,7%	30,7%
Media Bajo	0%	15,4%	27,6%	17,9%
Bajo	0%	0%	0%	3,7%
Total	100%	100%	100%	100%

6.7.2 TIPOS DE TRASTORNOS

A continuación se presenta los principales trastornos que se encontraron en los niños del estudio. Los más comunes son el Trastorno de Déficit de atención, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y trastorno del vínculo. (Ver tabla 25) Por lo tanto serán estos los trastornos que utilizaremos para comparar el contenido de las historias, el nivel de ansiedad, el nivel de coherencia y la disposición ante la prueba de los niños de ambos grupos. También se encontró niños que padecían trastornos del estado del ánimo, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de fobia social y trastorno de conducta. Además se encontraron niños que padecían alguno de los siguientes trastornos: trastornos del sueño, eliminación o alimentación que se encontraban en relación con

alguno de los trastornos antes citados y que se presentan como consecuencia de otro trastorno.

Es importante señalar que varios niños presentan más de un trastorno a la vez, tanto en el grupo clínico como en el grupo control, el máximo de trastornos por niños es de 5 en ambos grupos, el porcentaje de niños con trastorno en el grupo clínico es de 83,8% (N= 26) y la media de trastorno en este grupo es de dos trastornos por niño. En el grupo control el porcentaje de niños con trastornos representa el 57,3% (N=39) y la media de trastorno por niño es de 1. Aquí se aprecia una diferencia de acuerdo al grupo de estudio ($t=2,218$; $p=0,30$), con una confianza del 95% los trastornos se presentan entre una y dos veces más en el grupo clínico que en el grupo control.

Tabla 25

Frecuencia de trastorno de acuerdo al grupo de estudio

Tipo de Trastorno	Clínico	Control
Déficit atención	17	12
Ansiedad de Separación	8	12
Trastorno del Vínculo	7	8
T. Oposicionista	3	5
T. Ansiedad Generalizada	2	1
T. del Estado de animo	0	3
Fobia Social	2	2
Trastorno de Conducta	1	1
Trastornos del Sueño	5	7
Trastornos de la eliminación	4	2
Trastornos de la Alimentación	1	2
TOTAL	50	55

6.7.3 GRAVEDAD DE LOS TRASTORNOS

El Manual del ECI propone dos formas de detección de los trastornos en los niños, la una es la que hemos utilizado anteriormente a través de la suma de la presencia de síntomas y si estos son iguales o mayores al número que se necesita para el criterio diagnóstico, se considera que el niño padece ese trastorno. La segunda forma de detección de los trastornos es a través de puntuar la gravedad de la presencia de los síntomas, dando una puntuación de 0 cuando la respuesta frente a la presencia de un síntoma era nunca, 1= a veces, 2= a menudo y 3 = muy a menudo

A pesar de que Sprafkin y Gadow (1996) no han realizado muchos estudios utilizando este tipo de calificación, esta investigación presenta una adaptación de esta propuesta utilizando los datos de nuestras poblaciones. Se obtuvieron las puntuaciones utilizando las puntuaciones mencionadas anteriormente y después se agruparon las puntuaciones por rangos y por categorías que se describen a continuación:

- Primera categoría de 0 a 14 puntos = sin trastorno.
- Segunda categoría de 15 a 29 puntos = Trastorno Leve.
- Tercera categoría de 30 a 44 puntos = Trastorno Moderado.
- Cuarta Categoría de 45 a 59 puntos = Trastorno Severo.
- Quinta Categoría de 60 a 74 puntos = Grave.
- Sexta categoría más de 75 puntos = Muy grave.

Los trastornos han sido agrupados y distribuidos de acuerdo al grupo de estudio y al tipo de gravedad. Se observa que la mayoría de niños con trastornos del grupo clínico tienen una valoración de trastornos severos, mientras que en el grupo control el nivel predominante es el moderado. Ver tabla 26.

Tabla 26

Distribución de trastornos de acuerdo a la gravedad.

Gravedad del trastorno	Grupo de Estudio	
	Clínico	Control
Leve	7,7%	12,8%
Moderado	23,1%	46,2%
Severo	46,2%	28,2%
Grave	23,1%	10,3%
Muy grave	0%	2,6%
Total	100,0%	100,0%

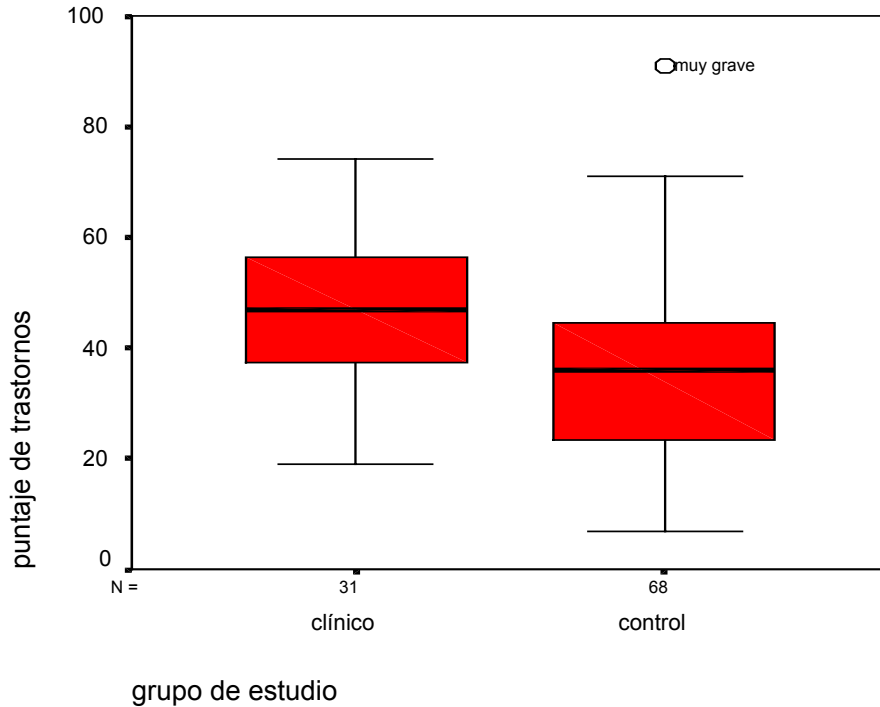
Al comparar la gravedad de los trastornos de acuerdo al grupo de estudio se encontró que la puntuación media de gravedad en el grupo clínico fue de 46,9 puntos (DE 13,9). El intervalo de confianza se encontraba entre 41,7 y 52 puntos. Sin embargo la puntuación mínima fue de 19 y la máxima de 74 puntos.

Para el grupo control la puntuación media fue de 35,6 puntos (DE 16,7). El intervalo de confianza se encontraba entre 31,6 puntos y 39,7 puntos. La puntuación mínima fue de 7 y la máxima de 91 puntos. En una comparación de medias las puntuaciones del grupo clínico son 11 puntos mayores que las del grupo control ($t= 3,479$; $p = 0,001$). El intervalo de confianza de esta diferencia se encuentra entre 4,8 y 17,7 puntos.

En el gráfico 2 se presenta las medias de las puntuaciones de gravedad de los trastornos, se observa que la media de los niños del grupo clínico es superior a la media de los niños del grupo control.

Gráfico 2

Medias de las puntuaciones de gravedad obtenidas en los trastornos de acuerdo al grupo de estudio.



6.7.4 TIPO DE RESPUESTAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE TRASTORNO

A continuación se presenta la comparación del número de respuestas *prosociales* y *no sociales* dadas a las historias de *contenido moral* (historias 1,2,3,5 y6) cuando existe la presencia de algún trastorno.

Tabla 27

Media de Respuestas Prosociales de acuerdo al grupo de estudio y a la presencia de Trastorno.

Presencia de Trastorno	Grupo Clínico			Grupo Control		
	Media	Desviación Estándar	N	Media	Desviación Estándar	N
Sin Trastorno	2,80	1,483	5	3,59	1,053	29
Con Trastorno	2,92	1,598	26	3,62	0,990	39
Total	2,90	1,557	31	3,60	1,010	68

A través del análisis de variancia univariante se encontró que el número de respuestas *prosociales* dadas por el grupo de niños del grupo control era mayor si no existía la presencia de trastorno ($F = 3,409$; $P = 0,037$). Ver tabla 27.

Tabla 28

Media de Respuestas No Sociales de acuerdo al grupo de estudio y a la presencia de Trastorno.

Presencia de Trastorno	Grupo Clínico			Grupo Control		
	Media	Desviación Estándar	N	Media	Desviación Estándar	N
Sin Trastorno	1,80	1,095	5	1,17	0,805	29
Con Trastorno	1,50	1,304	26	1,28	0,944	39
Total	1,55	1,261	31	1,24	0,883	68

En cambio al analizar el tipo de respuestas *no sociales* se observó un comportamiento diferente, los niños del grupo clínico que no padecían trastorno daban mayor número de respuestas *no sociales* que los niños del mismo grupo con presencia de trastorno y que los niños del grupo control. (Ver tabla 28). Las diferencias que se encuentran en este tipo de respuesta no son significativas ($F = 1,158$; $P = 0,319$)

Estos resultados muestran que las diferencias en las respuestas *prosociales* y *no sociales* se relacionan con el grupo de estudio más que con la presencia de trastorno.

A continuación se describen los trastornos de déficit de atención, ansiedad de separación y trastorno del vínculo, contrastando con las respuestas obtenidas en el MSSB.

6.8 DESCRIPCIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE ACUERDO CON LA PRESENCIA DE TRASTORNOS.

6.8.1 TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

En este tipo de trastorno se encontraron tres subcategorías de trastornos, el trastorno con déficit de atención, el trastorno de hiperactividad y el trastorno combinado que incluye síntomas tanto de atención como de hiperactividad. Ver tabla 29.

Un total de 29 niños presentaron alguna de las categorías de trastorno de déficit de atención que se detalla en la tabla 25.

Tabla 29

Subcategorías del Trastorno Déficit de Atención de acuerdo al grupo de estudio

	Grupo de estudio		Total
	Clínico	Control	
Hiperactividad	8	2	10
Trastorno combinado	5	9	14
Déficit de atención	4	1	5
Total	17	12	29

- **Déficit de atención y Respuestas Prosociales de las historias de Contenido moral**
Como se ha visto el trastorno por déficit de atención es el de mayor presencia en nuestra población preescolar, es por ello que describiremos el porcentaje y el tipo de relación entre este trastorno y las respuestas *prosociales* de las historias de *contenido moral*.

El 3,4% de los niños que padecen déficit de atención no dan ninguna respuesta prosocial en las historias de *contenido moral*. El 13,8% dan una respuesta prosocial en este tipo de historias y el mismo porcentaje de niños logra dar cinco respuestas *prosociales* en estas historias. Mientras que el 17,2% de los niños otorgan 2

respuestas *prosociales*, el 24,1% logra dar 3 respuestas *prosociales* a estas historias y el 27, 8% dan 4 respuestas *prosociales* a las historias de *contenido moral*. Es importante considerar que los niños que dan mayor número de respuestas *prosociales* a pesar de la presencia de trastorno pertenecen al grupo control de la investigación.

- **Déficit de atención, respuestas No sociales y Agresivas de las historias de Contenido moral**

A continuación se detalla los porcentajes alcanzados en las respuestas *no sociales*. El 13,8% de los niños no dan ninguna respuesta no social en las historias de *contenido moral*, el 44,8% da una respuesta no social, mientras que el 17,2% llega a dar dos respuestas *no sociales* en estas historias. El 20,7% da tres respuestas *no sociales* en las historias de *contenido moral* y apenas un 3,4% da cuatro respuestas *no sociales* a las historias de *contenido moral*.

En cuanto a las respuestas de agresividad sólo un 20,7% de los niños dan este tipo de respuestas en las historias de *contenido moral*.

- **Déficit de atención y Consecuencias de Castigo en las historias de Contenido moral**

El 58,6% de los niños que padecen déficit de atención reciben alguna consecuencia negativa, siendo la consecuencia más frecuente para estos niños el castigo, representa un 70,6%. Por otra parte existe un 41,4% de niños que padecen el trastorno pero que no sufren ninguna consecuencia.

- **Déficit de atención y el acatamiento de órdenes**

El 51,7% de los niños que padecen este trastorno no obedecen la orden, el 31% si la obedecen y un 17,2% se quedan callados en esta historia, la prueba de chi Cuadrado indica que no existe ninguna relación entre la presencia del trastorno y el acatamiento de órdenes ($\chi^2=2,147$; $gl=2$; $p=0,356$). Es decir las respuestas son

similares tanto en los niños que padecen el trastorno, como en aquellos que no lo tienen.

De los niños que no cumplen la orden, los castigos más frecuentes son el enfado de los padres en un 33,3%, seguido por la riña 22,2%, quedarse sin cena 22,2% y el castigo sin determinar 22,2%.

- **Déficit de atención y nivel de coherencia**

Los niños que padecen déficit de atención tienen un menor nivel de coherencia, encontrándose un 10,3% en el nivel más bajo y ninguno en el nivel excelente. (Ver tabla 28). Mientras que los niños que no padecen este trastorno presentan en un 50 % un nivel bueno de coherencia y apenas el 1,4% tiene un nivel bajo de coherencia (Ver tabla 30).

Tabla 30

Porcentajes de niveles de coherencia en niños con Déficit de Atención

Niveles de coherencia	Con Trastorno	Sin Trastorno
Bajo	10,3%	1,4%
Regular	17,3%	8,6%
Bueno	34,5%	35,7%
Muy bueno	37,9%	50%
Excelente	0%	4,3%
Total	100%	100%

Al analizar los porcentajes de los niveles de coherencia vemos que los niños con déficit de atención tienden a realizar historias menos coherentes que los niños sin este trastorno. ($\chi^2=6,035$; $gl=1$; $p=0,014$). El nivel de coherencia Bajo y regular se presentan en mayor proporción en el grupo que padece el trastorno, mientras que en el grupo sin trastorno el nivel de coherencia es muy bueno y excelente.

- **Déficit de Atención y Ansiedad**

En los niños que padecen este trastorno existe una diferencia significativa entre el grupo que padece déficit de atención y el grupo que no lo padece ($\chi^2=4,461$; $gl=1$; $p=0,035$). En los niños que tienen este trastorno se encuentra un nivel más alto (10,3%) de inhibición y tensión durante la aplicación del MSSB, que en los niños que no padecen déficit de atención (2,9%). En el grupo con trastorno, el nivel de disposición placentera ante la prueba es de 79,3%, mientras que en el grupo sin trastorno ésta representa el 94,3%.

- **Tipo de juego.**

De los niños que padecen déficit de atención se ha visto que en el grupo clínico 3 casos utilizan el juego exploratorio, 9 el juego simple y 6 el juego simbólico. En el grupo control, no se encontró ningún caso de juego exploratorio, 8 casos de juego simple y un caso de juego simbólico.

6.8.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.

El trastorno de Ansiedad de Separación se refiere a la dificultad al separarse de los padres o de las figuras de vínculo, este trastorno puede aparecer a edades tan tempranas como los 8, 9 meses y se evalúa con precisión a los 11 meses, por eso es de gran importancia a edad preescolar.

A continuación se describirá el tipo de relación entre los niños que padecen este trastorno y las historias de vínculo del MSSB que exploran estos aspectos de la relación padres-niños.

- **Trastorno de Ansiedad de Separación y Disposición ante la prueba.**

En todas las historias del MSSB se midió la disposición ante la prueba con la finalidad de conocer el nivel de ansiedad que el niño muestre en una determinada historia.

En las historias de vínculo es de especial importancia este dato, ya que lo contrastaremos con la presencia del trastorno de ansiedad de separación.

En la tabla 31 vemos el porcentaje de niños que muestran una disposición placentera durante la presentación de estas tres historias, se observa que los niños del grupo control se muestran en su totalidad (N=12) más tranquilos que los niños del grupo clínico y que en éste último grupo existe un 25% (N=2) de tensión durante la presentación de las historias. Ver tabla 31

Tabla 31

Disposición ante la prueba de los niños que padecen Ansiedad de Separación de acuerdo al grupo de estudio

Disposición ante la prueba	Grupo clínico	Grupo control
Placentera	62,5%	100%
Inhibición	12,5%	0%
Tensión	25%	0%
Total	100%	100%

- **Trastorno de Ansiedad de Separación e Historia 7 (Separación).**

En esta historia los padres se van de viaje y los niños se quedan en casa bajo el cuidado de la abuela. Los niños que padecen trastorno de Ansiedad de separación son 20 y la disposición ante la prueba es placentera la totalidad de los niños del grupo control (12) y en la mayoría de los niños del grupo clínico(6). Se encontró 1 niño que presentó inhibición y 1 se puso tenso durante la presentación de esta historia. Ver tabla 32

En cuanto a la resolución de conflictos sólo 2 niños que padecen trastorno de ansiedad y que pertenecen al grupo clínico no resuelven el conflicto, de los 18 niños restantes, 12 pertenecen al grupo control y 6 al grupo clínico.

En cuanto a las emociones que se manifiestan en esta historia los 2 niños que no resuelven el conflicto, 1 llora y otro rechaza quedarse con la abuela, los demás niños del grupo clínico resuelven el conflicto tranquilamente. De los niños del grupo control, 10 niños no manifiestan ninguna emoción negativa, 1 se muestra triste y otro pelea con su hermano.

Con relación al tipo de juego, los niños que padecen trastorno de ansiedad de separación, 4 niños no juegan (2 grupo clínico y 2 grupo control), 9 niños ejecutan juego simple (4 grupo clínico y 5 grupo control) y 7 niños que realizan juego simbólico (2 grupo clínico y 5 grupo control).

Tabla 32

Disposición ante la prueba en las historias de vínculo de los niños que padecen trastorno de Ansiedad de Separación de acuerdo al grupo de estudio

Disposición ante la Prueba	Historia 7		Historia 8		Historia 9	
	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control
Placentera	6	12	6	11	3	11
Inhibición	1	0	2	1	3	0
Tensión	1	0	0	0	2	1
Total	8	12	8	12	8	12

- **Trastorno de Ansiedad de Separación e Historia 8 (Reunión)**

En la historia número 8 se desarrolla el regreso de los padres del viaje y la reunión con sus hijos. En esta historia la gran mayoría de los niños (18) solucionan el conflicto favorablemente. Las emociones que se manifiestan en esta historia son de felicidad en 18 casos, de los 2 casos que no resuelven el conflicto, 1 caso del grupo control manifiesta resistencia a separarse con los padres y 1 caso del grupo clínico se muestra indiferente frente a la presencia de los padres.

En cuanto al nivel de ansiedad y la disposición ante la prueba sólo se presentaron 3 casos de inhibición, 2 en el grupo clínico y 1 del grupo control. Ver Tabla 32

Con relación al tipo de juego que los niños utilizaron, se encontraron 2 casos en que los niños no jugaron en esta historia, que coincide con los niños que no solucionaron el conflicto, de los niños restantes, 9 niños realizaron juego simple (5 grupo clínico y 4 grupo control) y 9 niños utilizaron el juego simbólico (2 grupo clínico y 7 grupo control).

- **Trastorno de Ansiedad de Separación e Historia 9 (Exclusión)**

En esta historia los padres piden a los niños que vayan a la habitación porque ellos quieren estar un momento solos, la reacción de los niños frente a esta situación fue positiva en 14 casos, negativa en 4 casos y en 2 casos los niños no contestaron a esta historia.

Las emociones de estos niños en esta historia fueron las siguientes, 14 niños se mostraron tranquilos y resolvieron este conflicto, 3 se negaron ir a la habitación y 1 niño del grupo control se puso a pelear con su hermano.

Con relación al nivel de ansiedad y a la disposición ante la prueba, 3 niños del grupo clínico mostraron inhibición, 1 niño del grupo control se mostró tenso y los 2 casos de niños que no contestan a esta historia y padecen trastorno de ansiedad de separación se observaron tensos. Ver tabla 32.

En cuanto al tipo de juego en 2 casos no se realizó ningún tipo de juego, en 12 casos los niños utilizaron el juego simple (6 grupo clínico y 6 grupo control) y 6 niños utilizaron el juego simbólico para resolver esta historia (2 grupo clínico y 4 grupo control).

6.8.3 TRASTORNO DEL VÍNCULO

De acuerdo con el DSM IV el trastorno del vínculo se describe como disturbios en las relaciones sociales en las que el niño se muestra inhibido o mezcla patrones de acercamiento y evitación hacia sus cuidadores o exhibe vínculos indiscriminados hacia adultos como resultado de su cuidado inconsistente e inadecuado.

Este tipo de trastorno también es frecuente en niños pequeños y en nuestra muestra se manifiesta en 15 casos, 7 pertenecientes al grupo clínico y 8 al grupo control, a continuación presentamos los resultados encontrados al comparar el trastorno del vínculo y las historias de vínculo del MSSB. (Historias 7, 8 y 9. Ver anexo 4).

- **Trastorno del Vínculo e Historia 7 (separación)**

En esta historia 10 de los niños que presentaron trastorno del vínculo solucionaron el conflicto favorablemente (2 grupo clínico y 8 grupo control), 4 niños del grupo clínico no solucionaron este conflicto y 1 niño de este grupo se quedó callado.

De estos niños los 10 niños que solucionaron el conflicto se mostraron tranquilos frente a esta historia, de los 4 niños que no lo solucionaron, 2 rechazaron estar con la abuela, 1 lloró y otro se sentía triste.

Con relación a la disposición ante la prueba y el nivel de ansiedad, 12 niños no mostraron ansiedad en la confrontación de esta historia, aquí se incluyen 2 casos de niños que no resuelven el conflicto de una forma *prosocial*. Los 2 niños que dieron respuestas *no sociales* mostraron inhibición y el niño que se quedó callado se le notó tenso durante la presentación de esta historia. Ver tabla 33

En cuanto al tipo de juego existen 5 niños del grupo clínico no utilizaron ningún tipo de juego, incluyendo al niño que se quedó callado. 3 niños utilizaron juego simple (1 grupo clínico y 2 grupo control) y 7 niños utilizaron el juego simbólico en la resolución de esta historia (1 grupo clínico y 6 grupo control).

Tabla 33

Disposición ante la prueba en las historias de vínculo de los niños que padecen Trastorno del Vínculo de acuerdo al grupo de estudio

Disposición ante la Prueba	Historia 7		Historia 8		Historia 9	
	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control
Placentera	5	7	4	8	5	6
Inhibición	1	1	3	0	2	2
Tensión	1	0	0	0	0	0
Total	7	8	7	8	7	8

- **Trastorno del Vínculo e Historia 8 (reunión)**

En esta historia de los niños que padecen trastorno del vínculo, 13 niños solucionaron el conflicto de una forma *prosocial* (6 grupo clínico, 7 grupo control) y 2 niños, uno de cada grupo, solucionaron este conflicto de una *forma no social*.

Las emociones que se presentaron en esta historia fueron de felicidad en 11 casos (5 grupo clínico y 6 grupo control), en 2 casos, uno de cada grupo, los niños manifestaron un abierto afecto hacia sus padres demostrándolo con besos y abrazos. Los 2 casos que no solucionaron este conflicto muestran rechazo a estar con la abuela.

Con relación al nivel de ansiedad y a la disposición de la prueba se observó una disposición placentera en 12 niños y 3 niños del grupo clínico presentaron inhibición durante la presentación de esta historia. Ver tabla 33.

El tipo de juego que se observó en esta historia fue mayoritariamente simbólico (1 niño grupo clínico y 5 niños grupo control), seguido por la ausencia de juego en 5 niños

(3 grupo clínico y 2 grupo control) y finalmente se encontró 4 niños que utilizaron el juego simple para la resolución de esta historia (3 grupo clínico y 1 grupo control)

- **Trastorno del Vínculo e Historia 9 (exclusión)**

En esta historia los niños que padecen trastornos del vínculo 11 niños solucionaron de una forma *prosocial* este conflicto (3 grupo clínico y 8 grupo control) y 4 niños del grupo clínico resolvieron éste conflicto de forma *no social*.

La emoción que se encontró en los niños que resolvieron el conflicto fue de tranquilidad en 10 casos y en 1 caso se observó la intención de quedarse con sus padres, pero después lo solucionó. En los niños que no resolvieron el conflicto se observó rechazo a irse a la habitación.

Con relación al nivel de ansiedad y disposición ante la prueba se encontraron 11 casos en los que se manifestaba ausencia de ansiedad y 4 casos en los que se detectó inhibición durante la aplicación de esta prueba. Estos datos concuerdan con los niños observados en la resolución de conflictos. Ver tabla 33.

En cuanto al tipo de juego utilizado en la resolución de esta historia, encontramos 5 niños que no realizaron ningún tipo de juego (3 grupo clínico y 2 grupo control), 5 niños que utilizaron el juego simple (3 grupo clínico y 2 grupo control) y 5 niños que utilizaron el juego simbólico en la resolución de esta historia (1 grupo clínico y 4 grupo control).

CAPITULO VII

7.- DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación nos muestran la existencia de diferencias en la resolución de conflictos de contenido moral, en el acatamiento de órdenes y en los conflictos de vínculo de acuerdo al grupo de estudio.

Por lo tanto a continuación primero se comentaran los datos demográficos y después se discute los resultados obtenidos en función de las hipótesis planteadas.

7.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

La muestra estuvo compuesta por dos poblaciones diferentes, la primera es una población escolar, denominada "grupo control" cuya distribución por sexo, composición familiar y nivel socioeconómico es similar a las mencionadas por Warren, Emde y Oppenheim (1996); Oppenheim, Emde, Nir y Warren (1997 a); Warren (2000); Woolgar, Steele, Yabseley y Fongy (2001).

La segunda población esta compuesta por los niños que padecen algún trastorno psicológico importante que ha sido diagnosticado y se encuentra bajo tratamiento psicológico, su distribución en cuanto al nivel socioeconómico y familiar es similar a la anterior. Sin embargo en este grupo se encontraron resultados que son parecidos a los obtenidos en las poblaciones denominadas de riesgo. (Steele, Hodges 1999, Macfie, Toth, Rogosh, Robinson, Emde y Cichetti 1999; Robinson, Herot, Haynes y Mattz-Simmons 2000).

En cuanto al nivel de lenguaje no se encontró datos que influyera en la resolución de los conflictos al igual que en el estudio de Woolgar (2001). En la presente investigación la presencia de dificultades del lenguaje esta asociado al grupo de estudio y es probable que también tenga relación con la presencia de algún trastorno psicológico.

La presencia de trastornos psicológicos detectados a través del Early Child Inventory (ECI versión padres) nos permite obtener resultados parecidos a los encontrados en los estudios antes citados, ya que éste instrumento utiliza la clasificación de trastornos de aparición en la infancia o adolescencia basado en el DSM IV, que son trastornos que incluyen los síntomas externalizantes e internalizantes del Child Behavior Checklist (CBC Achenback 1991).

La muestra clínica de esta investigación presenta la distribución esperada en poblaciones clínicas, en las que el sexo predominante es el masculino (70%), esta distribución es similar a la encontrada en otro estudio realizado con población preescolar (Bennett, Lipman, Brown, Racine, Boyle y Offord 1999).

7.2 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN LAS HISTORIAS DE CONTENIDO MORAL DEL MACARTHUR STORY STEM BATTERY (MSSB)

La mayoría de los niños de ambos grupos resuelven las historias de esta categoría, sin embargo los del grupo control resuelven estos conflictos de una forma prosocial el doble de veces que los niños del grupo clínico, esto demuestra que los niños del grupo control tienen un desarrollo de la moral más avanzado que los niños del grupo clínico. Esta diferencia probablemente se deba a que los niños del grupo control han interiorizado más pronto las normas de convivencia y reconocen las consecuencias de sus comportamientos que los niños del grupo clínico. (Bushbaum y Emde 1990)

La resolución de forma no social se presenta de modo similar en ambos grupos, lo que nos indica que en ambos grupos hay algunos niños que no reconocen el daño ni las consecuencias de sus actos, dando respuestas evasivas o agresivas a sus comportamientos, a estos niños les cuesta un poco más establecer el desarrollo correcto de sus actos.

Las respuestas de tipo agresivo incluyen dos clases: la agresión dirigida hacia ellos y la agresión dirigida hacia otras personas. El grupo clínico se caracteriza por la agresión dirigida hacia sí mismo y representa una consecuencia de sus actos, en el grupo control la agresión se dirige hacia otro, especialmente hacia el hermano del niño.

Estas respuestas son de gran importancia ya que la presencia de agresión de cualquier forma es una señal externa de dificultad para manejar los impulsos y que en el futuro podría ocasionar problemas mayores. (Campbell, Pierce, March, Ewing y Szumowski 1994). Además los síntomas externalizantes coinciden con comportamientos antisociales observados por los padres y durante la aplicación del MSSB (Woolgar y col 2001). En los estudios de Warren y col. (1996) y Oppenheim y col (1997 a) las respuestas agresivas se mantuvieron estables en los niños de los 4 a los 5 años y se relacionaban con síntomas externalizantes detectados por los padres.

7.3 TIPOS DE CONSECUENCIAS EN LAS HISTORIAS DEL MSSB

Hemos visto que cuando los niños no solucionan el conflicto, o lo solucionan de una manera no social se produce una consecuencia, que muchas veces está relacionada con el castigo ejercido por la madre, este comportamiento mencionado por Woolgard (2001) nos permite estudiar el comportamiento de los niños frente al castigo, en la mayoría de los casos los niños que reconocían que habían actuado de una manera no acorde con lo esperado, mencionaba el castigo sin especificar el tipo, lo que nos indica que muchos de estos niños ya sabían que frente a una violación de una regla existe una consecuencia de

estilo desagradable y denominada castigo. Demostrando así las bases del desarrollo moral (Buchbaum y Emde 1990).

Este mismo proceso se observó mayoritariamente en el grupo de niños control, ellos saben que el castigo es una consecuencia de su comportamiento, independientemente de la emoción. Mientras que en el grupo clínico la consecuencia más mencionada fue el enfado de los padres, esto nos indica un comportamiento inmaduro en este grupo ya que la emoción de los padres se asocia al malestar en el niño, pero no como consecuencia de su comportamiento, esto demuestra que estos niños tienen poco interiorizado la diferencia entre lo bueno y lo malo.

Probablemente una de las razones por las cuales la existencia de castigo es menor en el grupo clínico se deba a la actitud sobreprotectora que las madres ejercen hacia los niños evitando que estos se sientan mal o simplemente evitando llamarles la atención, ya que debido al hecho de padecer alguna dificultad los consideran especiales y los cuidan más. Además es probable que estos padres pongan menos límites.

7.3.1 HISTORIA DE ACATAMIENTO DE ORDEN

Gracias a esta historia podemos comprobar que la adherencia de los niños a las reglas es un arduo trabajo y que en este caso no depende de la edad, ni del sexo, ni del padecimiento de un trastorno, ya que en ambos grupos la cantidad de niños que obedeció la orden correspondía a casi la mitad, mientras que la otra mitad la desobedecía y se dejaba llevar por el impulso de satisfacer el impulso, a diferencia de lo encontrado por Buchbaum y Emde (1990) que vieron que a partir de los 3 $\frac{1}{2}$ años los niños ya acataban las órdenes de los adultos.

En esta misma historia se observó que el grupo control reconocía la violación de la regla y lo rectificaba utilizando un castigo como medio corrector. En el grupo clínico en cambio no hubo consecuencias o se enfatizó el enfado de los padres.

Los niños que obedecían la orden mostraban un desarrollo de la *moral* más adecuado, ya que obedecían la orden, al dar alternativas sobre las actividades que podían realizar sin afectar a la madre y mostrando actitudes empáticas hacia ella (Woolgard y col 2001).

7.4 CONDUCTAS QUE SE PRESENTAN EN LAS HISTORIAS DE VÍNCULO

Estas historias pretendían mostrar el tipo de vínculo que existe ente el niño y sus padres y cuan fácil o difícil es afrontar la separación y qué emociones sentían los niños frente al reencuentro con sus padres.

En la historia 7 la resolución del conflicto ha sido en su mayoría favorable, es decir, los niños aceptaban la ausencia de los padres y quedarse bajo el cuidado de la abuela.

En ambos grupos las emociones fueron diversas, poniendo de manifiesto el proceso de separación y la aceptación de la sustitución, sólo pocos casos del grupo clínico mostraron un comportamiento llamativo en los cuales la ansiedad del niño era sumamente alta e incontrolable.

También en algunos casos del grupo control, algunos niños se mostraron inhibidos evitando contestar a esta historia debido a que no han vivido antes esta situación o a un bloqueo de tipo emocional frente a la suposición de esta situación.

Como se ha visto en el estudio de Oppenheim y col (1997 a) los niños que construían historias coherentes y acordes con las emociones esperadas, resolvían las historias de una forma prosocial. En esta investigación, la mayoría de los niños se mostraron tranquilos y las historias tuvieron una resolución prosocial, en los casos en que los niños manifiestan un poco de tristeza, se daban menos resoluciones *prosociales*.

7.5 PERSONAJES MÁS FRECUENTES EN LAS HISTORIAS DE CONTENIDO MORAL DEL MSSB QUE AYUDAN AL NIÑO

La madre es la persona que más interactúa con el niño, ya sea cuando éste le pide ayuda o cuando tiene que premiar o castigar su comportamiento. Esta actitud de la madre es parte fundamental del desarrollo *moral* del niño, ya que es a través de ella como éste aprende las reglas y normas de convivencia. De igual manera vemos que cuando el conflicto se efectúa entre los padres, la persona que actúa como mediador es el niño, seguramente con la intención de evitar discusiones o enfrentamientos mayores.

En esta investigación no sólo hemos cumplido con la hipótesis propuesta, sino que además hemos aprovechado esta información para detectar el tipo de representación materna que tienen los niños. Los resultados obtenidos nos muestran que en esta investigación la mayoría de los niños tenían una representación positiva, especialmente los del grupo control, esto coincide con los resultados obtenidos por Oppenheim, Emde y Warren (1997c). En el grupo clínico existía una representación positiva de las madres en menor proporción, la representación negativa y disciplinaria era más o menos similar en ambos grupos, lo que nos indica que la presencia de la madre en esta investigación es catalogada como negativa por el niño cuando ella aplica algún tipo de castigo como consecuencia de un comportamiento inadecuado.

La actitud disciplinaria está relacionada con la actitud de la madre de corregir al niño y marcar la norma que se debe aplicar en esta situación.

Creo que el hecho de que los niños tengan una representación positiva de sus madres ayuda en el sentido de que ellos respetan la norma impuesta por la madre y saben que no deben violar la regla, con lo cual nos indica que los niños tienen un buen desarrollo de su moral. La representación disciplinaria de las madres nos indica que los niños dudan de su comportamiento o piensan que no importan el hecho de que se haya violado la regla, por

tanto este tipo de madre me parece que puede ser como un recordatorio de lo que se debe de hacer.

La representación negativa percibida por el niño, se refiere a que éste ha hecho algo no adecuado y por tanto la madre se ve obligada a corregir y enseñarle de alguna forma el comportamiento adecuado para esa situación.

7.6 DETECTAR EL TIPO DE JUEGO QUE SE REALIZA DURANTE EL TRANCURSO DE LA APLICACIÓN DEL MSSB.

En este instrumento hemos valorado el tipo de juego que el niño ejecuta, ya que esto nos da pautas sobre el nivel de simbolización que el niño ha adquirido.

En el estudio de se valora el juego pero dividiéndolo en dos partes, contando las acciones y verbalizaciones que el niño realiza, lo que nos indica los elementos de juego que el niño puede combinar y utilizar durante la resolución del conflicto.

Nosotros hemos hecho esta valoración un tanto diferente clasificándola más bien por tipo de juego y hemos visto que se dan tres tipos: el juego simple que se refiere a acciones que el niño realiza con el muñeco, sin emitir verbalizaciones que nos indica un nivel básico de juego en la que el niño representa la acción pero no complementa el juego con el lenguaje, según Elkonin (1980) éste sería un primer nivel de juego, el juego exploratorio, visto únicamente en el grupo clínico que nos indica un nivel aún más bajo, debido a que el interés no es jugar, ni representar nada, sino explorar el objeto que posee, reconocerlo, y una vez aceptado empieza el juego y finalmente el juego simbólico en el que interviene el juego con acciones y verbalizaciones, el niño guía las acciones y diálogos de los muñecos en función de la resolución del conflicto que da.

El juego exploratorio se relaciona con un menor porcentaje de resolución de conflictos y coincide con el grupo de niños que padecen el trastorno por déficit de atención. Esta información es similar a la encontrada por Alessandri (1992) que observó que los niños que padecían déficit de atención tenían un juego más inmaduro, caracterizado por ser menos constructivo y sociodramático que el de sus compañeros.

El juego simple nos indica los intentos del niño por complementar la narración de su historia con el uso de los muñecos, en este tipo de juego el niño realiza dos acciones, por un lado representa una acción con el muñeco y por otro narra lo que hace. Aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa en cuanto a la edad, se observó que los niños que realizaban juegos simples eran los más pequeños de ambos grupos.

El juego simbólico nos permite ver la integración del juego y el lenguaje en una sola acción del muñeco, ya que en este caso el niño le otorga el protagonismo de la historia al muñeco. Este tipo de juego además nos muestra una buena adaptación y comprensión de la historia ya que cuando el niño lo utiliza ofrece en la mayoría de veces una solución de conflicto de tipo *prosocial*.

7.7 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LAS HISTORIAS DEL MSSB

En esta investigación se utilizó el Early Childhood Inventory (ECI) (Sprafkin y Gadow 1996) que es un cuestionario de síntomas para padres y maestros que se basa en la clasificación del DSM IV para los trastornos de Inicio en la Infancia y la adolescencia. Este cuestionario nos permite conocer si el niño, de acuerdo con los síntomas que presenta, padece algún tipo de trastorno psicológico.

En nuestro caso los trastornos más frecuentes fueron el déficit de Atención, la ansiedad de separación y el trastorno de vínculo, los demás trastornos como la ansiedad

generalizada, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno opocisionista o de conducta se encontraban asociados a uno o más de los anteriores, con lo cual la gravedad de la presencia de trastorno estaba determinado por el número de trastornos que el niño presentaba.

Los resultados nos han mostrado que aquellos niños que padecen déficit de atención presentan menos resoluciones de conflictos en ambos grupos y presentan más respuestas *no sociales*. Sólo en el grupo control el déficit de atención se asoció a respuestas agresivas.

En el grupo clínico los niños que padecían otros trastornos obtenían una puntuación más baja en cuanto a la resolución de conflictos. Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios anteriores (Warren, Emde y Oppemhein 1996; Oppemhein, Emdre, Nir y Warren 1997a)en los que la menor resolución de conflictos se relaciona con los niños que presentaron síntomas externalizantes medidos por el Child Behavior Cheklist (Achenback 1991).

En cuanto a los trastornos de Ansiedad de Separación y Trastorno de vínculo, los resultados obtenidos en las historias del MSSB fueron más favorables que los obtenidos en el cuestionario ECI, es decir, en las historias hubo muchos niños que superaron este conflicto de forma prosocial tanto frente a la separación como a la exclusión de sus padres, sin embargo los datos obtenidos por el ECI podrían mostrar que los padres hacen una valoración exagerada de estos síntomas.

Seguramente estos resultados reflejan la diferencia entre la vivencia de un hecho en la realidad y en la ficción, es decir, los niños y los padres ante una situación real de separación sufren un poco más, mientras que ante una situación imaginaria el niño es capaz de manejar mejor sus miedos y ansiedades. Lo cual es bastante útil ya que de esta manera el niño reproduce y aprende que frente a una separación de sus padres siempre puede haber una solución mejor, ésta es una situación en la cual se puede trabajar el

modelamiento y el pensamiento asertivo propuesto por la terapia cognitiva para el tratamiento de los niños (Knell y Moore 1990).

CAPÍTULO VIII

8.- LIMITACIONES Y CONCLUSIONES

Este es un estudio que a pesar de brindar nuevas ideas sobre el comportamiento preescolar ha tenido algunas limitaciones que han impedido obtener mejores resultados y que se presentan a continuación:

- Debido a la corta estancia de la investigadora en este país, este estudio no se ha podido desarrollar de forma longitudinal.
- La información hubiera sido más enriquecedora si los maestros respondían algún cuestionario acerca del comportamiento de los niños.

8.1 CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades encontradas a lo largo del desarrollo de este proceso de investigación, los resultados obtenidos son satisfactorios y nos permiten tener mayor información sobre el comportamiento de los niños preescolares y además nos ha permitido introducir el MSSB como instrumento de diagnóstico en esta población.

La conclusión general a la que hemos llegado es que los niños entre 4 y 6 años muestran formas distintas de afrontar y resolver los conflictos planteados dependiendo del grupo de estudio y de la presencia de uno o varios trastornos psicológicos. Los niños del grupo control muestran un mejor desarrollo de la moral y mejores relaciones familiares que los niños del grupo clínico.

A continuación se presentan otras conclusiones a las que se ha llegado después de la realización de esta investigación.

- La aplicación del MacArthur Story Stem Battery dentro de los centros escolares, ha sido de utilidad ya que es un instrumento que permite conocer la forma en que un niño resuelve un conflicto y que mecanismos utiliza. Además la utilización de población escolar permite generalizar los resultados, puesto que en estos centros se encuentra una distribución parecida a la población general.
- La aplicación del MSSB en medios clínicos nos permite valorar la influencia de los trastornos psicológicos en el desarrollo del niño y además utilizarlo como método de diagnóstico para conocer el desarrollo de la moral y de las emociones de este grupo de niños.
- Tanto en la población escolar como en la población clínica, este instrumento puede utilizarse en el tratamiento y superación de las dificultades que se detecten.
- La resolución prosocial de los conflictos nos indica la adaptación y aceptación de las normas morales del contexto en el que vive el niño.
- Se confirma que la interiorización del castigo sirve para que los niños controlen y adapten sus deseos y sus actos a los esperados por la sociedad que les rodea.
- No se encontró representaciones maternas de violencia física en ninguna de las poblaciones de estudio.
- La madre es el personaje a quien acude con mayor frecuencia el niño en busca de ayuda o protección y la representación que el niño hace de ella es positiva en la mayoría de los casos.

- En cuanto a la representación de la relación entre padres e hijos, se encontró que incluso en aquellas familiar monoparentales, la autoridad estaba representada por el padre. No se encontró ninguna inversión de roles entre padres e hijos.
- El niño acepta de mejor manera quedarse bajo el cuidado de otra persona en sustitución de sus padres, que sentirse excluido por ellos.
- El tipo de juego que el niño realiza permite determinar el nivel de desarrollo lúdico que éste tiene y de esa manera conocer las dificultades o los beneficios de ese desarrollo.
- La presencia de uno o más trastornos influye sobre la resolución de conflictos de los niños tanto en la forma como en el contenido.
- El trastorno de Déficit de atención es uno de los trastornos más frecuentes encontrados en las poblaciones de esta investigación e influye directamente en la resolución de conflictos, siendo ésta tipo negativo o agresivo.
- La presencia del trastorno de ansiedad de separación, del trastorno del vínculo, del trastorno de ansiedad generalizada o de trastornos del estado de ánimo, ha mostrado un pequeño porcentaje de niños con inhibición y tensión durante la presentación de las historias de vínculo del MSSB.
- El nivel de coherencia en las historias del MSSB se relaciona positivamente con los niños que no padecen ningún trastorno y que resuelven las historias de una forma prosocial.
- Se encontró que mientras mayor era el nivel de coherencia del total de las historias, menor era el nivel de ansiedad que los niños mostraban.

- En la población escolar, el juego simbólico correlacionaba con un nivel alto de coherencia y con un mayor número de conflictos resueltos.
- En la población clínica, el juego exploratorio correlacionaba con un bajo nivel de coherencia y con pocos conflictos resueltos.
- La proporción de niños que presentan inhibición y tensión durante las historias de vínculo es mayor en el grupo clínico que en el grupo control.
- Los resultados de esta investigación pueden ser utilizados en la prevención de trastornos psicológicos futuros, así como en la educación y orientación de los padres de niños preescolares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aberastury, A. (1984) *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños*. Barcelona: Paidós.
- Aberastury, A. (1991) *El niño y sus juegos*. Buenos Aires: Paidós.
- Achenbach, T. M. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alessandri, S. (1992) Attention, Play and Social Behavior in ADHD preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*. **20**, 289-302
- Alvarez, A. y Phillips, A. (1998) The importance of play: A child psychotherapist's view. *Child Psychology and Psychiatry Review*, **3**,99-103.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington, DC: Author.
- Anzieu, A.; Anzieu-premmereur, C. y Daymas, S. (2001) *El Juego en Psicoterapia del Niño*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arkin, E. (1948) *La edad preescolar*. Moscú.
- Axline, V. (1969) *Play Therapy*. Rev. Ed. New York: Ballantine Books
- Bayley, N. (1980) *Escala de Desarrollo Infantil*. Madrid: Tea Ediciones.
- Beck, A. (1964) Thinking and Depression : II Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, **10**, 561-571.
- Beck, A. (1976) *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Berger, P. y Luckman, T. (1966) Social construction of Reality. In T, Luckman (eds). *The Sociology of knowledge*. New York: Anchor Book Doubleday.
- Bennet, K.; Brown, S.; Lipman, E.; Racine, Y.; Boyle, M. y Offord, D. (1999) Predicting Conduct Problems: Can High Risk Children Be Identified in Kindergarten and Grade 1? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **67(4)**, 470-480.

- Bloch, H.; Chemana, R.; Gallo, A.; Leconate, P.; Leny, J.F.; Pastel, J.; Moscovici, S.; Renschlin, M. y Vurpillot, E. (1996). *Gran diccionario de Psicología*. Madrid: Ediciones del Prado.
- Bowlby, J (1973) *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basis Books.
- Bowlby, J (1980) *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. New York: Basis Books.
- Bretherton, I. y Beehly-smith, M (1982) Talking about Internal States: the Acquisition on an explicit theory of mind. *Developmental Psychology*, **18**, 906-921.
- Bretherton, I. (1984). Representing the social world in symbolic play: reality and fantasy. In I. Bretherton (ed.). *Symbolic Play. The development of social understanding*. 3-41. New York: Academic Press.
- Bretherton, I.; Fritz, J.; Zahn-Waxler, C.; y Ridgeway, D. (1986) Learning to talk about emotion: A functionalist perspective. *Child Development*, **57**, 529-548.
- Bretherton, I. (1990) Open communication and internal working models: Their role in attachment relationship. In R. Thompson (ed.). *Nebraska Symposium on motivation: vol. 36 Social emotional development*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bretherton, I.; Oppenheim, D.; Buchsbaum, H.; Emde, R. y The MacArthur Narrative Working Group (1990). *MacArthur Story Stem Battery*. Unpublished manual.
- Bretherton, I.; Ridgeway, D. y Cassidy, J. (1990) Assessing internal working models of the Attachment Relationship. In M. Greenberg, D. Cicchetti y E. Cummings (eds.) *Attachment in the preschool Years: Theory, Research and Intervention*. 273-308.
- Brunet, O. y Lezine, F. (1980) *Escala para medir el Desarrollo Psicomotor de la Primera infancia*. Madrid: Pablo del Río. 2da Edición.
- Buchsbaum, H. y Emde, R. (1990) Play Narratives in 36 Month Old Children: Early moral development and family relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*. **40**, 129-155.
- Bühler, C (1951) The World Test: a projective technique. *Journal of Child Psychology*. **2**, 4.

- Campbell, S.; Pierce, E.; March, C.; Ewing, L. y Szumowski, E. (1994) Hard to Manage preschool boys: Symptomathic behavior across contexts and time. *Child Development*, **65**, 836-851.
- Campbell, S (1995) Behavior Problems in Preschool Children: A review of Recent Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. **36 (1)**, 115-149.
- Craik (1943) *The nature of explanation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- De Borja, M (1980) *El juego infantil: Organización de ludotecas*. Barcelona: Oikos tau.
- Derogatis, L. y Spencer, P. (1982) *The Brief Symptom Inventory (BSI): administration, scoring and procedures manual*. I. Baltimore : John Hopkins University School of Medicine.
- Domènech, E.; Canals, F.; Viñas, F.; Bugié, C. y Jané, Ma. C. (1990) *Qüestionari Pels Pares*. Unitat de Psicopatología Infanto- Juvenil, Universidad de Barcelona.
- Dorsch, F. (1991) *Diccionario de Psicología*. Herder. Barcelona
- Elkonin, D. (1966) El simbolismo y sus funciones en el juego. Revista *Doshcólnoye vospitanie Educación preescolar*, **3**.
- Elkonin, D. (1980) *La Psicología del Juego*. Visor Libros. Madrid.
- Elmer, E (1977) *Fragile Family, troubled children*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Finke, H (1947) *Changes in the expression of emotionalized attitudes in six cases of Play Therapy*. Unpublished Masters Thesis. University of Chicago.
- Fivush, R. (1991) The Social Construction of personal narratives. *Merrill-Palmer Quarterly*. **37**, 59-82.
- Fleisher, C. (1987) EL pensamiento a partir del lenguaje la construcción lingüística de las representaciones cognitivas. *La elaboración del sentido: la construcción del mundo por el niño*. Paidós. Barcelona. 125-138.
- Fogel, A (1991). *Developing through relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freud, A. (1951) *Psicoanálisis del Niño*. Buenos Aires: Editorial Imán.

- Garvey, C. (1983) *El juego infantil*. Madrid: Ediciones Morata. 3ra Edición.
- Gadamer, H.G. (1982) *Truth and Method*. New York: Crossroads.
- Garaigordobil, M. (1990) *Juego y Desarrollo Infantil*. Madrid: Seco Olea Ediciones. S.L.
- Gardner, R (1971) *Therapeutic Communication with Children: The mutual story telling technique*. New York: Science House.
- Ginsberg, B.; Stutman, J. y Hummel, J (1978) Notes for practice: Group Filial Therapy. *Social Work*. **23 (2)**, 154-156.
- Goodman, N. (1984) *Of Mind and others Matters*. Cambridge: Harvard University Press.
- Goldin, P. (1969) A review of children's reports of parent behaviors. *Psychological Bulletin*, **71**, 222-236.
- Goldman, F. (1975) Manual for non directive play sessions. In a School Setting. Mimeographed manuscript.
- Greenberg, M; Cicchetti, D. y Cummings, M (1990) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Guerney, B (1964) Filial Therapy: Description and Rationale. *Journal of Consulting Psychology*. **28**, 303-310.
- Herman, P. y Bretherton, I., (In Press) "He was the Best Daddy": Postdivorce Preschooler's Representations of Loss and Family Life. In Göncü, A. And Klein, E. (Eds.), *Children in Play, Story, and School*. 177-203.
- Hernandes i Encuentra, E. (1994) *EL Joc com a marc d'emergència dels primers símbols*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología.
- Hoffman, M. (1983) Affective and cognitive processes in moral internalization. In E. Higgins, D. Rubble and W. Hartrup (eds.). *Social Cognition and social Development*. New York: Cambridge University Press.
- Hollingshead, A. (1975) Four Factor Index of Social Status (unpublished working paper) Department of Sociology. Yale University.
- Howells, I. y Townsend, D (1973) Puppetry as a medium for play diagnosis. *Child Psychiatry Quarterly*. **6 (1)**, 9-14.

- Hudson, J. (1990) The emergence of autobiographic memory in mother-child conversation. In R. Fivush and J. Hudson (eds.). *Knowing and remembering in young children*. 166-196. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Irwin, E. y Malloy, E. (1975) Family puppet interview. *Family Process*. **14**, 179-191.
- Irwin, E. y Shapiro, M. (1975) Puppetry as a Diagnostic and Therapeutic Technique. In I. Jakob (Eds.) *Psychiatry and Art*. Basel: Karger.
- Johnson Laird, P. (1983) *Mental Models*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Katz, R. (1991) *Creecer Jugando: La expresión corporal y el niño pequeño*. Quito: Mañana Editores.
- Klein, M (1987) *EL Psicoanálisis de Niños 2*. Barcelona: Ediciones Paidós. 1ra edición española.
- Knell, S. (1994) Cognitive-Behavioral Play Therapy. In K. O'Connor and C. Schaefer (Eds.) *Handbook of play therapy: vol. 2. Advances and innovations*. 111-142. New York: Wiley.
- Knell, S. (1998) Cognitive-Behavioral Play Therapy. *Journal of Clinical Child Psychology*. **27 (1)**, 28-33.
- Knell, S. y Moore, D (1990) Cognitive- Behavioral play therapy in the treatment of encoepresis. *Journal of clinical Child Psychology*, **19**, 55-60.
- Kramer, L. (1996) What's real in children's fantasy play?: Fantasy play across the transition to becoming a sibling. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. **37**, 329-337.
- Lewis, M. (1974) Interpretation in Child Analysis: Development considerations. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*. **13**, 32-53.
- London, P y Bowers, P (1973) The Dramatic Acting Test: A role playing test for Children. University of Illinois. PH. D. Service Research Grant, NIMH.
- Lownfeld, M. (1964) *The Non-verbal thinking of Children and its place in Psychotherapy*. London: Waterlow and Son.
- Luborsky, L. (1990) The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. In Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference- the CCRT Method*. 109-122. New York: Basic Books.

- Lukov (1937) *De cómo el niño va conociendo el habla durante el juego*. Tesis Doctoral no publicada. Leningrado.
- Macfie, J.; Toth, S. L.; Rogosh, F.; Robinson, J.; Emde, R. y Cichetti, D. (1999) Effect of Maltreatment on Preschoolers' Narrative Representations of Response to Relieve distress and of Role Reversal. *Developmental Psychology*. **35 (2)**, 460-465.
- Maccoby, E., y Martin, J. (1983) Socialization in the context of the family: Parent-Child interaction. In E. M. Hetherington (Ed) P. H. Mussen (Series Ed.) *Handbook of Child Psychology: Vol 4. Socialization, personality and social development*. 1 - 102 New York:Wiley.
- Mannle, S. y Tomassello, M. (1987) Fathers, siblings and the bridge hypothesis. In K. Nelson and A. Van Kleeck (eds.). *Children's language*, vol. 6. Hillsdale, NJ: Erlbaum 23-42.
- Mc Cabe, A. y Peterson, C. (1991) Getting the story: a longitudinal study of parental styles in eliciting narratives and developing narrative skill. In A. Mc Cabe and C. Peterson (eds.), *Developing narrative structure*. 217-253. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mc Carthy, D. (1972) *Escala de Aptitudes y Psicomotricidad*. Madrid: Tea Ediciones.
- McHale, J. P.; Neugebauer, A.; ASCH, A. R. y Schwartz, A. (1999) Preschooler's Characterization of Multiple Family Relationship During Doll Play. *Journal of Clinical Child Psychology*. **28 (2)**, 256-268.
- Mc Reynolds, P y De Voge, S. (1971) The use of Improvisational Techniques in Assessment. In P. Mc Reynolds (Ed). *Advances in Psychological Assessment*. Palo Alto: Science and Behavior Book 222-227.
- Menzherrítskaya, D. (1946) El juego. *Revista de pedagogía preescolar*.
- Mijalenko, N. (1975) *La formación del juego protagonizado y de argumento en la niñez temprana*. Tesis Doctoral no publicada. Leningrado.
- Millar, S. (1972) *Psicología del juego Infantil*. Editorial Fontanella. S.A. Barcelona.
- Miller, P.; Mintz, J.; Hoogstra, L.; Fung, H. y Potts, R. (1992) The narrated self: Young Children's construction of self in relation to others in conversational stories of personal experience. *Merrill-Palmer Quarterly*, **38**, 45-67.

- Miro, Ma. T. y Mitjavila, M (1994) La Psicoterapia Psicoanalítica en la Infancia y la Adolescencia. En *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Avila, A. & Poch i Bullich, J (comps). Madrid, 493-522.
- Mize, J. y Ladd, G. (1988) Predicting Preschoolers' Peer Behavior and Status From Their Interpersonal Strategies: A comparison of Verbal and Enactive Response to Hypothetical Social Dilemmas. *Developmental Psychology* **24 (6)**, 782- 788.
- Mook, B. (1999) Interpretación del Juego Imaginativo en la Psicoterapia Infantil: Hacia un enfoque Hermenéutico Fenomenológico. *Revista de Psicoterapia*. **11(44)**, 83-93.
- Moyles, J.R (1990) *El Juego en la Educación infantil y primaria*. Ediciones Morata. Madrid.
- Murphy, L. (1956) *Methods for the Study of Personality in Young Children*. Vol. 1 New York: Basic Book.
- Murray, L.; Woolgar, M.; Hipwell, A. y Briers, S. (In press). Children's social representation in Doll's House Play and theory of mind task, and their relation to family adversity and child disturbance. *Social Development*.
- Navarro, J. (1999) *Consecuencias psicopatológicas del divorcio sobre los hijos de la pareja; estudio a través del juego infantil*. Trabajo de investigación para el programa de doctorado de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- November, J. (1983) *Experiencias de Juego con Preescolares*. Madrid: Ediciones Morata. S.A.
- Oppenheim, D.; Nir, A.; Warren, S. y Emde, R. (1997a) Emotion Regulation in Mother-Child Narrative Co-Construction: Associations with Children's Narratives and Adaptation. *Developmental Psychology*. **33 (2)**, 284-294.
- Oppenheim, D.; Emde, R.; Hasson, M. y Warren, S. (1997b) Preschoolers face moral dilemmas: A longitudinal Study of Acknowledging and Resolving internal conflict. *International Journal of Psycho-Analysis*. **78**, 943-956.
- Oppenheim, D.; Emde, R. y Warren, S. (1997c) Children's narrative Representation of mothers: Their Development and Association with Child and Mother Adaptation. *Child Development*. **68 (1)**, 127-138.
- Ortega, R (1991) El juego sociodramático y el desarrollo de la comprensión y el aprendizaje social. *Infancia y Aprendizaje*. **55**, 103-120.

- Philips, R. (1945) Doll play as a function of the realism and the length of the experimental session. *Child Development*. **16**, 123-143.
- Piaget, J. (1951) *The origin of intelligence in children*. New York: international University Press.
- Piaget, J. (1954) *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1975) *Psicología del Niño*. Madrid: Ediciones Morata, S.A. 7 ma. Edición.
- Piaget, J. (1986) *La Formación del símbolo en el niño*. Mexico D.F: Fondo de Cultura Económica. 9na. Reimpresión.
- Pintler, M. (1945) Doll play as a function of experimenter-child interaction and initial organization of materials. *Child Development* **16**, 145-156.
- Portellano, J.; Mateos, R.; Martinez, R.; Tapia, A. y Granados, Ma.J. (2000). *Cuestionario de madurez Neuropsicológica infantil (CUMANI)*. Madrid: Tea ediciones.
- Ramberte, M (1949) *Children in Conflict*. New York: International University Press.
- Reese, E. y Fivush, R. (1993) Parental Styles of talking about the past. *Development Psychology*, **29**, 596-606.
- Ricouer, P (1981) *Hermeneutics and the human Science*. New York: Cambridge University Press.
- Robinson, E.F. (1946) Doll play as a function of the Doll family constellation. *Child Development* **17**, 99-118.
- Robinson, J.; Hérot, C.; Haynes, P. y Mantz-Simmons, L. (2000) Children's Story Stem response: A Measure of Program impact on Developmental Risk Associated with Dysfunctional Parenting. *Child Abuse & Neglect*. **24(1)**, 99-110.
- Rogers, C (1957) *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rudik, P. (1948) *Los juegos de los niños y su significado psicológico*. Moscú.
- Sailor, C., Sweson, C., Powell, P. (1992) Hurricane Hugo blows down the broccoli: Preschooler's post-disaster play adjustment. *Child Psychiatry and Human Development*, **22**, 139-149.

- Schaefer, CH. y O'Connor, K. (1988) *Manual de Terapia de Juego*. Mexico. D. F: Editorial Manual Moderno, S.A.
- Slavina, L. (1948) Sobre el desarrollo de los temas de la actividad lúdica a edad preescolar. *Investigación de la Academia de Ciencias Pedagógicas de la RSFSR. San Petersburgo. 14.*
- Slobin, D. (1964) The Fruits of the first Season: A discussion of the role of play in Childhood. *Journal of Humanistic Psychology. 4, 59-78.*
- Sprafkin, J. y Gadow, K. (1996) *Early Childhood Inventories Manual*. New York: Checkmate Plus. Ltd.
- Steele, M.; Hodges, J.; Kaniuk, J.; Henderson, K.; Hillman, K. y Bennett, P. (1999). The use of Story Stem Narratives in Assessing the inner world of the Child: for adoptive placements. *Assessment, Preparation and Support; Implication from Research* published by British Agencies for Adoption and fostering Publications.
- Stern, D.N. (1989) Developmental prerequisites for the sense of a narrated self en Cooper, A. et al. (Eds.), *Psychoanalysis: Toward the second century*. Yale University Press.
- Stern, D.N. (1991) *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Usova, A. (1947) Sobre la caracterización de los juegos creativos de los niños y de las reglas que los rigen. *Uchonie zpiski del Instituto Pedagógico Herzen de Leningrado. 56.*
- Vigotsky, L. (1966) El juego y su papel en el desarrollo psíquico del niño. *Voprosi Psijologii. 6.*
- Wallon, H . (1980) *Psicología del Niño: Una comprensión dialéctica del Desarrollo Infantil*. Madrid: Pablo del Rio.
- Warren, S.; Matz- Simmons, L. y Emde, R (1993) *Narrative Emotion Coding*. Unpublished manuscript.
- Warren, S.; Oppenheim, D. y Emde, R. (1996) Can Emotions and themes in Children's Play Predict Behavior Problems? *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*

- Warren, S.; Huston, L.; Egeland, B. y Sroufe, A. (1997) Child And Adolescent Anxiety disorders and Early Attachment. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. **36(5)**, 637- 644.
- Warren, S. (2000) Predicting Anxiety From Children's Play Narratives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. **39 (1)**, 100-107.
- Waters, E. y Deane, K. (1985) Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In I. Bretherton and E. Waters (eds.) *Growing points of attachment theory and research. Monography of the Society for Research in Child Development*. **50** (1-2, Serial nº 209), 41-65.
- Winnicott, D. W. (1986) *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa. Tercera Edición.
- Wolf, D. y Hicks, D (1989) The voices with narratives: The development of intertextuality in young children's stories. *Discourse Processes* **12**, 329-351.
- Wolf, D.; Rygh, J. y Altshuler, J. (1984) Agency and experience: Actions and states in play narratives. In Bretherton (Ed.), *Symbolic Play: The development of social understanding*, 195-217. London: Academic Press.
- Woltmann, A. (1940) The use of Puppets in understanding Children. *Mental Hygiene*. **24**, 445-458.
- Woltmann, A. (1951) The Use of Puppetry as a Projective Method in Therapy. In W. Anderson and G. Anderson (Eds.) *An Introduction to projective Techniques*. New York: Prentice Hall.
- Woltmann, A (1971) Spontaneous Puppetry as a Projective Method. In A. Rabin and M. Harvards (Eds.) *Projective techniques with Children*. New York: Grune and Stratton.
- Woolgar, M (1999) Projective Doll Play Methodologies for Preschool Children. *Child Psychology and Psychiatry Review*. **4 (3)**, 126-134.
- Woolgar, M, Steele, H., Steele M, Yabsley, S., Fonagy, P., (2001) Children's play narrative responses to hypothetical dilemmas and their awareness of moral emotions. *British Journal of Development Psychology*, **19**, 115-128.
- Zulliguer, H. (1975) *Los niños difíciles*. Ediciones Morata.

ANEXO 1

Early Childhood Inventory.

Anexo 2: Cuestionario de Padres

Anexo 3 : Evaluación del Nivel socioeconómico

**Anexo4: Historias del MacArthur Story Stem
Battery.**

**Anexo 5: Codificación de las historias del MacArthur
Story Stem Battery**

Anexo 6: Escala Verbal del Cumani

1. - Zumo Derramado

"La familia está sentada alrededor de la mesa tomando zumo. Jordi todavía tiene mucha sed y quiere más zumo, así que él intenta coger el vaso y.... uh ohiii, el zumo cae al suelo!"

2. - Buscando a Lucas

"Todo el día Jordi ha estado esperando para jugar con su perro Lucas. Cuando llega a casa, él pregunta a su madre:

Niño: "¿Puedo ir al patio para jugar con Lucas?"

Madre: Seguro

Entonces Jordi va al patio, pero Lucas no está (se ha ido)

3. - Tres son multitud: el cuento

El Hno. de Jordi está sentado en la pierna de su padre, mientras este le lee un cuento.

Jordi llega y pide a su padre que también le lea el cuento.

Padre: Jordi espera un momento que acabe con tu hermano.

4. - La madre con dolor de Cabeza

Mamá y Jordi están viendo la T.V

Mamá: Jordi, tengo un poco de dolor de cabeza, quisiera apagar la T.V. y recostarme.

¿Podrías hacer algo tranquilo por unos momentos?

Niño: Seguro mamá, leeré un cuento.

El mejor amigo de Jordi llega.

Amigo: ¿Jordi hay un buen programa en la T.V. Puedo entrar y verlo contigo?

5. - Salsa Caliente

Madre: Estoy haciendo algo de cena, pero todavía no está lista. No te acerques demasiado a la estufa.

Niño: "mmm, se ve bueno, no quiero esperar. Me gustaría comer algo ahora. (El niño coge y riega toda la olla).

Niño: ¡oh! Me queme el dedo, Necesito una tiritita.

6. - Llaves Perdidas

Madre (Enfadada con el padre): Tu perdiste mis llaves.

Padre (A la madre): NO

Madre: si, tu siempre pierdes mis llaves.

Padre: No las he perdido esta vez

7. - Despedida

Mamá y papá se van de viaje. El coche esta aparcado frente a la casa"

Madre: Niños, papá y yo nos vamos de viaje ahora. Nos veremos mañana. La Abuela (yaya) estará con vosotros.

8. - Reunión

"Es el día siguiente y la abuela mira por la ventana"

yAbuela: Miren niños, creo que mamá y papá han regresado del viaje. Creo que veo su coche.

9. - Exclusión

Mama y Papá están sentados en el sillón hablando.

Padre: A la mama y yo nos gustaría estar un momento a solas. Podrían éir a su habitación a jugar con sus juguetes?

Por favor cierren la puerta así estaremos tranquilos.