

177



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

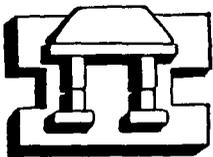
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

LA IMPORTANCIA TERAPEUTICA DEL JUEGO
SIMBOLICO EN EL TRATAMIENTO CON NIÑOS
Y ADOLESCENTES DENTRO DEL CONSULTORIO
PSICOPEDAGOGICO CAMINO AL CAMBIO.

REPORTE DE TRABAJO P R O F E S I O N A L

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
JOSE LUIS RANGEL RAMIREZ

ASESORA: LIC. BERTHA ESTHER GALLEGOS ORTEGA
DICTAMINADORES: DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES
LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO.

MAYO DEL 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES CON CARÍÑO Y GRATITUD

*Por una vida llena de sacrificios, en la cual no me faltaron nunca
Ni el cariño ni el apoyo que calurosamente me brindaron,
Y haberme transmitido la seguridad de que podría lograrlo,
Deseo que este triunfo corone su arduo esfuerzo.*

A MI HERMANA CARMEN

*Gracias por enseñarme la importancia tan grande que tiene
El saber que puedes contar con el apoyo de un hermano,
Por ser más que una hermana, una amiga.
No olvides que también puedes contar conmigo.*

A MARISOL Q.

*Gracias por haberme demostrado esa incondicional confianza,
Durante casi cuatro años, por tus desvelos, cariño,
Paciencia, comprensión, pero sobre todo por tu firmeza de espíritu
Para ser el pilar que necesitaba en los momentos más difíciles.*

A ELENA Y ESPERANZA V.

*Les agradezco por haberme permitido iniciar mi desarrollo profesional
Mediante el aprendizaje y la práctica,
Y al mismo tiempo, por contribuir a mi desarrollo personal
a través de su confianza y amistad.*

*"Pienso que cada niño debería tener
su propia montaña para escalar,
una estrella en el cielo que sólo fuera suya
y un árbol que le perteneciera."*

(Axline, 1964)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Resumen.	1
Introducción.	2
CAP. 1.-Los sistemas humanistas y existencial.	12
1.1. Surgimiento del enfoque humanista y principales autores.	14
1.2. Terapia centrada en el cliente.	17
1.3. Terapia racional-emotiva.	19
1.4. El humanismo dentro del Consultorio Psicopedagógico "Camino al Cambio".	25
CAP. 2.- Infancia y Adolescencia.	29
2.1. Características del desarrollo en la infancia y adolescencia.	29
2.2. Problemas psicológicos y pedagógicos que se manifiestan en la infancia.	43
2.3. Problemas psicológicos y pedagógicos que se manifiestan en la adolescencia.	52
2.4. Principales problemas de niños y adolescentes que acuden al consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".	57
CAP. 3.- El juego simbólico.	72
3.1. Definición y características del juego simbólico.	72
3.2. Uso y aplicación del juego en el trabajo con niños y adolescentes.	77
3.3. El constructivismo y el aprendizaje significativo (dos sustentos del juego simbólico).	79
3.4. Importancia del juego simbólico en el trabajo dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al cambio".	85
CAP. 4.- Sugerencias.	92
Referencias.	106

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Este trabajo describe las actividades realizadas por su autor durante los primeros doce meses de estar laborando en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", con el fin de exponer la importancia terapéutica del juego simbólico, tal como es utilizado en el citado consultorio al trabajar con niños y adolescentes.

En primera instancia, a lo largo de la introducción se plantea una descripción y reseña del papel del psicólogo dentro del área clínica, así como la descripción de las características del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", posteriormente se procede, dentro de este mismo apartado, a dar una descripción de las actividades realizadas por el autor dentro de dicha institución.

En seguida la información se divide en tres capítulos: en el primero se abordan aspectos concernientes al humanismo, ya que es la principal teoría psicológica que sustenta la labor terapéutica dentro del citado consultorio, así como la terapia racional-emotiva que ocasionalmente sirve de apoyo dentro de la práctica profesional en el mismo lugar; al final de este primer capítulo se explica como es que en la labor profesional estas teorías psicológicas son utilizadas dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

En el segundo capítulo se exponen las problemáticas de los niños y adolescentes, ya que es la labor con este tipo de población la que se reporta, por tal motivo al finalizar esta sección se describen las problemáticas de niños y adolescentes que el autor del presente ha atendido dentro del consultorio ya mencionado.

El tercer y último capítulo sirve para abordar el tema principal del trabajo: el juego simbólico. Aquí se exponen sus características generales y la forma en que ha sido utilizado por otros autores; luego se aborda el constructivismo y el aprendizaje significativo, ya que estos dos sistemas son un apoyo muy importante en el sustento del juego simbólico tal como es utilizado dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", dicho tema conforma la última parte del capítulo.

Finalmente en el apartado de sugerencias se presentan once juegos describiendo, en cada uno, la forma en como son utilizados dentro del consultorio, y las problemáticas en las cuales los hemos utilizado obteniendo buenos resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Como ciencia independiente, durante sus primeros años de vida la psicología era puramente experimental, si bien entonces carecía de una identidad claramente definida, como profesión no contaba con un rol específico y diferenciado dentro de la sociedad; se puede decir que en esta época la psicología únicamente tenía por objeto descubrir leyes generales de los procesos psíquicos. El establecimiento de dichas leyes iba a permitir el surgimiento, por un lado, de las distintas doctrinas psicológicas, y sus campos de aplicación por otro. A raíz de la preocupación por la conducta humana, surge la psicología clínica, que tiene como base la psicología de la personalidad e intenta conocer y comprender la singularidad del ser humano (Shein, Sicilia, y Sitt, 1981; citado en Harrch, 1994).

La psicología clínica, como una especialidad dentro del campo más amplio de la psicología, obviamente se encuentra muy relacionada con su tronco genealógico; por lo tanto, para presentar un panorama histórico acerca del surgimiento y desarrollo de este campo de aplicación de la psicología es necesario remitirse a tres grupos de hechos históricos y sociales, los cuales no solo contribuyeron proporcionándole sus características iniciales, sino que aun hoy en día continúan teniendo influencia sobre dicha área; los acontecimientos a los que se les ha hecho mención son: la utilización de métodos científicos en psicología, el desarrollo del interés por las diferencias individuales de los seres humanos, y las creencias respecto a los problemas o desórdenes conductuales (Bernstein, 1966).

Los factores antes mencionados son, en conjunto, determinantes tanto de las actividades profesionales del psicólogo clínico como de la forma en que realiza sus funciones, es decir son responsables de qué hacen y cómo lo hacen. La historia de la psicología comienza de forma oficial con la fundación del laboratorio de psicología de Wundt, en la Universidad de Leipzig, 1879; la psicología clínica surge 17 años después, momento en el cual ya estaba establecida la tradición de la investigación experimental en psicología, principalmente en la áreas de la sensación, la percepción, la memoria y los tiempos de reacciones (Bernstein, 1986). La aportación que realiza la tradición de investigación a la psicología clínica se observa en la metodología, ya que los psicólogos clínicos han utilizado métodos de laboratorio para evaluar a fondo su quehacer profesional, formando en ellos una sana actitud de autoanálisis. Por otra parte, dado que la psicología

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

clínica se ocupa de casos concretos no pudo aparecer como especialidad hasta que se reconocieron las diferencias individuales entre los seres humanos y se comenzaron a medir; fue a finales del siglo XIX cuando aparecieron dichos procedimientos de medición, que posteriormente llegarían a formar las bases del diagnóstico de la psicología clínica, estos procedimientos llamados ya hacia 1890 pruebas mentales, consisten en recopilar en forma sistemática muestras del comportamiento que se utilizaron como enunciados generales de las características mentales individuales, pero a medida que fue creciendo la complejidad estadística sirvieron para establecer normas grupales, a partir de las cuales se pudo calificar cuantitativamente a las personas. El tercer elemento que influyó en la psicología clínica son los cambios de opinión que a lo largo de la historia se operaron sobre la manera en cómo fueron tratados los desórdenes mentales; su repercusión se hace notable cuando a finales del siglo XIX se descubre que la sífilis es causante de un síndrome de deterioro cerebral, que hasta entonces se había tratado como locura, esto impulsa la idea de que todos los desordenes mentales tenían bases orgánicas, por lo cual se hizo necesaria la realización de investigaciones con el fin de descubrir dicha relación, dejando esa tarea en manos de los médicos. La investigación realizada para encontrar las causas orgánicas y el tratamiento físico de las enfermedades mentales, llevó a varios médicos a interesarse y examinar el fenómeno que Mesmer había llamado magnetismo animal, y que más tarde Braid llamo hipnotismo; al encontrar que existía cierta relación entre el hipnotismo y los desórdenes del comportamiento se provoca interés y controversia sobre la posibilidad de que las enfermedades mentales tuvieran origen psicológico y, por ende, respondieran a mejor a tratamiento psicológico que a tratamientos orgánicos. Este problema llamó la atención de un joven neurólogo vienés, Sigmund Freud, quien para 1896, ya había propuesto la primera versión de su teoría según la cual los desordenes de la conducta son resultado de una lucha dinámica de la mente humana para satisfacer dos condiciones, por una parte, los deseos instintivos que comienzan desde la infancia, y por otra parte, para adaptarse a las reglas sociales y a las exigencias y restricciones impuestas por el mundo exterior. A pesar de que la teoría propuesta por Freud causó reacciones completamente adversas, estas ideas se desarrollaron hasta convertirse en una teoría global de la naturaleza dinámica del comportamiento humano, determinando un curso completamente nuevo dentro de la psiquiatría; además esta teoría iba a tener una gran influencia en la psicología clínica, la

TEGIB CON
BARRA DE ORIGEN

consideración de dinamismo de la conducta, iniciada por Freud, determino las actividades de los psicólogos clínicos en otras áreas, y dio las bases para que la psicología clínica iniciara la terapia (Bernstein, 1986).

Con todo lo anterior observamos que a finales del siglo XIX estaban las condiciones dadas para que la psicología clínica pudiera aparecer como disciplina independiente.

Con el paso del tiempo la psicología clínica adquiere una imagen profesional propia incorporando diversas corrientes de pensamiento. Sin embargo, resulta importante aclarar las diferencias existentes entre el psicólogo clínico, el psiquiatra y el psicoanalista, debido a la frecuencia con que son confundidos sus roles dentro del conocimiento popular.

Los psiquiatras primero realizan sus estudios en medicina, para especializarse posteriormente en psiquiatría, su función radica en el cuidado y tratamiento de pacientes en hospitales psiquiátricos y consulta privada mediante la administración de medicamentos, tarea que no le es permitida al psicólogo clínico por carecer de estudios en medicina.

El psicoanalista realiza su formación en las teorías y técnicas terapéuticas originalmente propuestas por Freud, así como sus derivaciones en autores contemporáneos; su practica la realiza en hospitales psiquiátricos y la consultoría privada.

El psicólogo clínico estudia la licenciatura en psicología, especializándose en el campo de la aplicación de la clínica, después si se aboca a la psicoterapia, debe realizar un entrenamiento específico en psicoterapia, sea de corriente psicoanalista, conductista, gestaltista o humanista existencial (Harrch, 1994).

El primer psicólogo clínico así reconocido fue Lightner Witmer. Estudio en la Universidad de Pensilvania, realizó su doctorado en Leipzig con Wundt, en 1892 recibió su doctorado y fue nombrado director del laboratorio de psicología de la Universidad de Pensilvania. En 1896 una maestra preguntó a Witmer si podría hacer algo para ayudar a uno de sus discípulos que no podía aprender ortografía, al aceptar el caso se convirtió en el primer psicólogo clínico e inicio la primera clínica psicológica del mundo (Berstein, 1986).

La psicología en México tuvo un desarrollo distinto. En 1893 tiene lugar un acontecimiento primordial para el desarrollo de la psicología en nuestro país: el Doctor Ezequiel A. Chávez es nombrado fundador y primer profesor de un curso de psicología en la Escuela Preparatoria. Durante esos últimos años del siglo XIX y los primeros del XX, la

psicología en México se caracterizaba por una búsqueda de su identidad a través de la publicación de algunas obras sobre la materia y la traducción de otras (Harrch, 1994).

Además durante el Porfiriato se debatió ampliamente sobre diversos aspectos de la disciplina psicológica, desde su objeto de estudio, habiendo quienes consideran debía ser el alma y quienes atribuían al espíritu humano como dicho objeto, haciendo amplias distinciones entre uno y otro, hasta el hecho de si la psicología debía ser impartida solo en la educación superior dentro del estudio de la filosofía (y como apartado de la misma); durante las primeras décadas del siglo XX los psicólogos clínicos se ocupaban principalmente de la enseñanza y el trabajo en el sector salud con la apertura del Manicomio General, inaugurado en Septiembre de 1910 por Porfirio Díaz. Durante un largo periodo el psicólogo clínico se ocupaba del diagnóstico y tratamiento psicológico de casos psiquiátricos, criminalidad y rehabilitación de inválidos físicos y mentales. En el primer caso el psicólogo clínico constituye un auxiliar del psiquiatra, en el segundo el resolver por sí mismo los aspectos psicológicos de los problemas, para cuyo estudio integral colaboraba con médicos y trabajadores sociales. En colaboración con esos mismos profesionales y con maestros, el Psicólogo Pedagogo manejaba problemas de selección de alumnos, orientación vocacional y profesional, de diagnóstico y tratamiento de escolares niños y adolescentes con problemas de desajuste, todo eso durante la década de 1950 (Rivera, citado en López Ramos, 1989).

Desde su nacimiento, las actividades de los psicólogos clínicos se han ido ampliando y enriqueciendo, con base en las distintas corrientes psicológicas y la práctica misma; dentro de esa serie de actividades que el psicólogo clínico debe realizar pueden distinguirse siete rubros: diagnóstico o evaluación, tratamiento o psicoterapia, enseñanza, investigación, administración, supervisión clínica y consultoría. Estas actividades, aparentemente bien diferenciadas, entre sí, se encuentran en estrecha relación dentro de la práctica; sobre todo las primeras cuatro, además de fungir como actividades, se puede decir que son también las cuatro principales funciones que se realizan dentro de cualquier campo o ejercicio profesional del psicólogo, ya que se marcan como constantes para su trabajo sea el que sea dentro del área de la psicología; por ende, el diagnosticar, investigar, intervenir y enseñar, son funciones inherentes a la profesión.

Por otra parte, dentro de esa serie de actividades a que puede dedicarse el clínico, se puede observar que existe un creciente interés por parte de los psicólogos en el área de la consultoría privada. En este rubro Harrech (1994) establece que "el psicólogo clínico enfoca su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales o de adaptación" (p. 156). Phares (1996) indica que, en consultoría, "la meta consiste en incrementar la efectividad de aquellos a los que se dirigen los propios esfuerzos mediante la impartición de cierto grado de conocimiento experto" (p. 12).

De acuerdo a mi propia experiencia, ambas declaraciones resultan ciertas. Para comenzar, resulta necesario establecer ciertas generalidades respecto al trabajo que realizo y el lugar. A partir del mes de abril del año 2000 ingrese al consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", ubicado en la calle Revolución número 13, en la Colonia Santa María Nativitas, municipio de Naucalpan, Estado de México. Cabe señalar que la psicopedagogía es la rama de la psicología aplicada a la educación que investiga, por medio de métodos y conceptos psicológicos, problemas de ámbito educativo, con el fin de formular y aplicar métodos didácticos y pedagógicos más adecuados (Enciclopedia de psicopedagogía, 1998; y Diccionario de Pedagogía y Psicología, 1999). La acción de la psicopedagogía se dirige actualmente a una amplia gama de problemas entre ellas, en una circular aparecida en Francia hacia 1952, se precisaba que su acción estaba encaminada a niños de inteligencia normal con dificultades para la lectura, escritura, ortografía y lenguaje, hacia 1970 se establece un programa en el cual quedan mencionadas explícitamente las perturbaciones y dificultades del aprendizaje y de la utilización del cálculo y las matemáticas (Avanzini, 1982). Sin embargo, desde la misma área también se pueden atender a niños con problemas de conducta o hiperactividad, o con algún otro tipo de problemas emocionales, ya que estos tienden a obstaculizar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Por lo tanto mientras que la pedagogía tiene por objeto elaborar una doctrina de la educación teórica y práctica, la psicología promueve las bases sobre las cuales se fundamenta (Hubert, 1990). Es decir la pedagogía se encarga del estudio, planteamiento y reestructuración de los planes y métodos de enseñanza a nivel académico, mientras que la psicología participa en esa labor por medio de sus avances en materia del conocimiento del desarrollo humano, así como del planteamiento de estrategias que

posibilitan un más óptimo desarrollo de ciertas habilidades necesarias para que se facilite el estudio y aprendizaje.

En el consultorio antes mencionado trabajamos cinco personas: dos psicólogas egresadas de la ENEP Iztacala (una de ellas dueña y directora de mismo, Licenciada María Elena Vázquez Salgado), dos es psicólogos de la misma escuela, y una mujer (hermana de la directora) que cumple con labores secretariales.

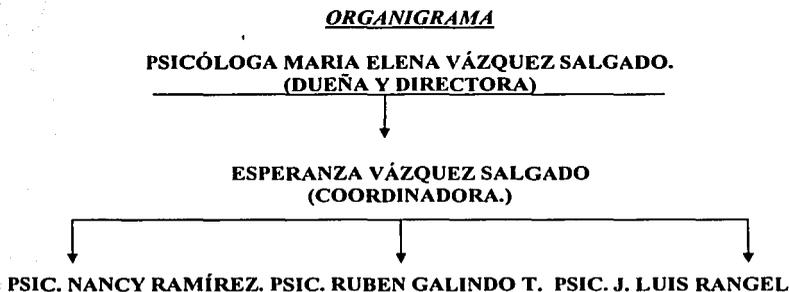


FIGURA 1.-La Licenciada María Elena Vázquez S. (arriba) inicia el consultorio en colaboración con una compañera suya de generación, un año más tarde dicha asociación se rompe y gradualmente más gente se incorpora. Esperanza Vázquez S. (en medio) se encarga de administrar adecuadamente nuestros horarios de trabajo. Abajo los tres psicólogos en el orden en el cual nos incorporamos al consultorio.

La población con quién se trabaja proviene principalmente de sectores socioeconómicos bajos, se cobran tarifas módicas con respecto a otros consultorios de la misma naturaleza, y se ajusta a la forma de pago de acuerdo a las necesidades económicas de cada cliente; este consultorio tiene aproximadamente diez años de estar prestando servicios (inicio en 1992). La finalidad con la cual nace es la de ofrecer un servicio integral y eficiente en psicología a un costo módico, ya que intenta dar una amplia cobertura a las necesidades y problemáticas en esta área, principalmente a la población de bajos recursos económicos.

Dado que el consultorio se funda con este objetivo, al comenzar a laborar, la Licenciada María Elena Vázquez decide adoptar como sistema de trabajo el humanismo, ya que considera que, en general toda la gente y en particular el tipo de personas a las que se le pretende brindar el servicio requieren, al ingresar a una terapia, de la comprensión y

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

empatía de parte del psicólogo; considera que precisamente el trato cálido que se propone desde el humanismo beneficia a las personas de múltiples formas, principalmente generando un ambiente agradable en la relación paciente-terapeuta, que propicia que el paciente sienta mayor confianza en relatar su problemática al psicólogo, condición esta última necesaria en la adecuada solución del problema. Por otra parte, una razón más por la cual adopto la terapia humanista, es por el hecho de considerar que otros enfoques psicológicos se colocaron en una posición de jueces del paciente, manifestando poca sensibilidad a la forma en como vivencia su problemática.

Así pues vemos que los casos que ahí se atienden son, dada la naturaleza psicopedagógica de la institución, en su mayoría a nivel infantil y lo que se trabaja principalmente es: problemas de conducta (como hiperactividad, agresividad o desobediencia), bajo rendimiento académico, problemas de lenguaje, maduración, identidad de género y desajustes emocionales; sin embargo, también se trabaja con adolescentes y jóvenes en cuanto a: depresión, estrés, agresividad, rebeldía, rendimiento escolar, superación personal y desajustes emocionales; y con adultos: terapias de pareja, problemas emocionales, superación personal y manejo de contingencias.

Desde los comienzos del consultorio el trabajo que se realiza (en su mayoría) es con niños y adolescentes, por tal motivo la licenciada decidió implementar un método, que además de funcional fuese atractivo para esta población, adoptando así el juego simbólico sustentado por el constructivismo y el aprendizaje significativo; debido al contenido e importancia que reviste a los últimos aspectos mencionados, hará falta hablar de ellos en un apartado específico del capitulado.

Volviendo a lo que se refiere a mi personal experiencia en este lugar, es importante destacar que no todos dentro del consultorio realizamos exactamente las mismas actividades; para dar una idea global respecto al trabajo que realizó dentro de esta institución y de cómo ha ido cambiando desde mi ingreso, es necesario primero que nada mencionar que las principales funciones ahí desempeñadas son: la realización de entrevistas iniciales, valoración o diagnóstico de los pacientes, calificación de las pruebas realizadas, entrega de la valoración, terapias uno a uno y en grupo, trabajo con padres, planeación y seguimiento. Cuando comencé a laborar, en el mes de Abril del 2000, mis actividades a desempeñar se reducían únicamente a la aplicación de la valoración y terapias uno a uno y

en grupo, y de hecho era tan solo la Licenciada Vázquez quien realizaba todas las funciones con sus pacientes e incluso completaba las actividades con los pacientes de los otros tres psicólogos que ahí laboramos. Pero aproximadamente dos meses después, debido a la demanda creciente de la población y por ende a la saturación que hubo, mis funciones, lo mismo que las de mis compañeros de trabajo, se vieron ampliadas; podemos decir que actualmente las actividades que realizó son las siguientes: aplicación de valoración, entrega de valoración, terapias uno a uno y en grupo, trabajo con padres, planeación y seguimiento.

La entrevista inicial en todos los casos es realizada por la Licenciada Vázquez, quien juzga la índole del caso y decide a quien lo asignará, una vez asignado el caso las actividades se realizan de la siguiente manera: anterior a la aplicación de las pruebas diagnósticas, se establece rapport con el paciente, en mi caso posterior a la presentación le ofrezco asiento y procuro entablar una charla respecto a su familia, la escuela, su grupo de amigos o algún otro tema que haya notado que le interesa, cuando observo alguna dificultad con el paciente para establecer cierto nivel de empatía, sea porque él es introvertido, tímido o esta en contra de su voluntad, le ofrezco jugar algún juego de mesa de su preferencia, con el fin de que se relaje un poco y acceda a trabajar con mayor agrado y disposición. Posteriormente procedemos al trabajo, las pruebas que se les realizan son entre ocho y nueve: Goodenough, Árbol, Casa, HTP, Familia, Kopitz, Bender, Académicas y frases incompletas de Sacks, estas últimas solo se aplican a adolescentes y adultos. La valoración dura de una a dos sesiones de acuerdo al ritmo de trabajo de los pacientes. Una vez terminada, se le entregan las pruebas a la Licenciada Vázquez, quien realiza la calificación, posteriormente en una reunión breve hablamos a cerca de los resultados encontrados y aclaramos dudas para que sea un servidor quien los entregue, sea a la familia o directamente al paciente. Así mismo, en esa reunión establecemos los aspectos sobre los cuales se debe de trabajar con el paciente y la forma en como se pueden llevar a cabo las sesiones.

Para realizar la entrega de los resultados al termino de la valoración establezco una próxima cita: si el paciente es un niño(a), la cita y la entrega de la valoración la hago con los padres, si es adolescente le pregunto si desea que los resultados se los entregué solo a él o ella, o si prefiere que sean entregados a sus padres o a ambos (sea en una misma reunión

o por separado). En una misma reunión entrego resultados y les hablo a cerca del plan de trabajo, es decir, las áreas generales sobre las cuales trabajaremos.

La planeación que realizo es muy breve, anoto en una hoja que contiene los datos más generales del paciente la actividad que se va a realizar y el área que se reforzará con ella, las planeaciones de todos mis pacientes se encuentran en una sola carpeta. Las terapias en grupo solamente las utilizamos con niños y niñas cuyo problema es similar, con adolescentes trabajamos siempre de forma individual (terapia uno a uno).

El trabajo con los padres se refiere a una terapia, que por lo regular procuro hacer quincenalmente con cada uno de los padres de familia de los niños que atiendo, y que es independiente de las terapias de sus hijos. Esa terapia sirve de retroalimentación, mientras les doy información respecto al trabajo que he ido realizando con los niños y la forma en como ellos se han desempeñado, los padres me hablan del comportamiento del niño en casa y de los posibles avances que puedan haber notado, proporcionándome con ello bases para ir guiando las subsecuentes terapias. Al mismo tiempo, en esas citas les doy a los padres de familia entrenamiento en manejo de contingencias. Generalmente no trabajo con los padres de los adolescentes, a menos que sea un problema que amerite su intervención (cómo cuando ha habido intentos de suicidio por parte de los adolescentes), entonces las citas para ellos son a escondidas de sus hijos, y les doy entrenamiento de intervención en crisis además de entrenamiento en asertividad para que mejoren su relación con el muchacho y le presten la ayuda adecuada en el hogar.

Por último, la clase de seguimiento que hasta ahora he dado a mis casos es por vía telefónica, con ello pretendo tener en cuenta la evolución del paciente que por uno u otro motivo ha tenido que abandonar las terapias.

Hasta ahora he señalado de modo general las funciones que desempeño dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", como preámbulo para poder abordar el tema del presente reporte de trabajo, dentro del cual he trazado como objetivo: puntualizar y señalar la relevancia terapéutica que tiene, dentro del lugar donde laboro, el juego simbólico en el trabajo con niños y adolescentes. Con esto pretendo dar a conocer, además de una forma de trabajo interesante tanto para el paciente como para el terapeuta, un tipo de terapia que resulta fácil de manejar así como efectiva casi en cualquier caso que se utilice. La importancia que tiene un trabajo del tipo que pretendo realizar, viene dada por el

hecho de que dentro de nuestra formación profesional en la ENEP Iztacala, se nos orienta dentro de la practica clínica solo al tipo de terapia que los profesores practican, restringiendo así el conocimiento respecto al trabajo que se realiza dentro de corrientes diferentes a las que ellos manejan, con lo cual, al salir de la carrera, la mayoría de los psicólogos, titubeamos respecto a si establecernos por nuestra cuenta o no, debido a la carencia de mayores bases teóricas a cerca del cómo se deben de manejar otro tipo de terapias. Considero que el presente trabajo puede resultar relevante para todo aquel estudiante, principalmente aquel que se encuentre a punto de graduar y que quiera conocer una forma en la cual puede desarrollar su trabajo clínico con niños y adolescentes.

Para poder cumplir con el objetivo trazado es necesario dividir el presente trabajo en cuatro capítulos. En el primero de ellos se presentan las bases teóricas del sistema humanista y existencial, ya que es por medio de esta corriente conceptual e ideológica que trabajamos dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", presentando también las bases de la terapia Racional-Emotiva y la forma como se trabaja el humanismo dentro del citado consultorio. Por ultimo se establece la forma como se trata a los pacientes que ahí llegan, definiendo la manera de trabajar.

En el segundo capítulo hablo de la infancia y la adolescencia, aclarando definiciones de ambos conceptos y abordando problemáticas específicas que se presentan dentro de ambas etapas del desarrollo humano; con lo anterior pretendo aclarar algunas cuestiones respecto al desarrollo físico, intelectual y emocional, que tienen lugar en esos periodos de vida y que son en sí mismos causas de algunas perturbaciones a nivel conductual. Así mismo, hablo de las problemáticas más frecuentemente presentadas por los pacientes que he atendido en el consultorio.

En el tercer capítulo comienzo a hablar del juego simbólico en cuanto a su definición, características y uso, también hablo del constructivismo y el aprendizaje significativo como sustentos del juego simbólico, finalmente relato la importancia que tiene esta forma de terapia dentro del consultorio en el cual trabajo.

Por ultimo se abre un cuarto apartado dentro del cual se plantean las sugerencias sobre la forma de trabajo, mediante el juego simbólico, tal como he aprendido a trabajarlo en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

CAPITULO 1.

LOS SISTEMAS HUMANISTA Y EXISTENCIAL.

Al hablar de humanismo y existencialismo resulta necesario abordar la temática de la fenomenología ya que los hilos de esas tres corrientes de pensamientos se hallan, dentro de la psicología, entretreídos. Lo anterior se debe a que la psicología humanista y existencial encuentran su método fundamental de intervención en el análisis fenomenológico. Se hace por eso indispensable realizar una breve descripción de la psicología fenomenológica para, posteriormente, exponer los postulados de los sistemas humanistas y existencial.

El promotor de la fenomenología contemporánea fue Edmund Husserl (1859-1938), surge de la vertiente filosófica de Bretano en Alemania. La fenomenología de Husserl describió al psiquismo como una forma de relacionarse con el mundo, y señala una psicología fundamentada en lo intencional e intersubjetivo; trató de descubrir el sentido de la experiencia humana por medio de conceptos como: orientación de la conciencia sobre objetos intencionales, distinción entre conciencia explícita del objeto y una conciencia implícita o potencial. La fenomenología trazo como propia tarea una investigación científica, no de los hechos sino de las formas de la conciencia de los objetos (Harrsch, 1994).

La fenomenología afirma que la conducta está determinada totalmente por el campo fenomenológico de la persona; con ese último concepto se refieren a todo aquello que experimenta el individuo en un momento dado en el tiempo. Por ello, para poder comprender la conducta de determinado sujeto se debe conocer algo de su campo fenomenológico; para tal efecto, deben efectuarse inferencias a partir de la conducta acerca de ese campo, y utilizar esa información para predecir y comprender la conducta en cuestión. Un importante concepto dentro de esta teoría es el "sí mismo fenomenológico", que es la parte del campo fenomenológico que la persona experimenta como el sí mismo fenomenológico; la autoestima se vuelve, por lo tanto, el origen de la conducta. Así mismo, los problemas de aceptación surgen cuando se amenaza al sí mismo. Pero cada persona experimenta la amenaza de forma distinta. Aquellos que se adaptan son quienes pueden integrar todas las experiencias dentro del campo fenomenológico, no solo aquellas experiencias que constituyen inmediatamente el autoconcepto (Phares, 1996).

Para Bernstein y Nietzel (1986) las teorías fenomenológicas suponen que cada persona es única, que la perspectiva de la realidad de cada persona es diferente de las demás y que la conducta de cada persona refleja esa perspectiva (cambiante) conforme se da de un momento a otro. Además se establece cuatro puntos en los que concuerda la mayoría de las versiones del modelo fenomenológico:

1. Los seres humanos, no son considerados como "portadores" de estructuras psíquicas o impulsos, ni como "receptoras" de reforzamiento, si no como personas activas, pensantes que son responsables individualmente por lo que hacen, capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento.
2. Les resta importancia a las necesidades biológicas como determinantes de la conducta y desarrollo. Supone que cada individuo nace con una potencia para el desarrollo, lo cual proporciona el motor de la conducta. Se considera a las personas como esencialmente buenas, que de forma natural se afanan en conseguir metas positivas como la creatividad, amor, felicidad, armonía, etc.
3. Nadie puede comprender verdaderamente a otra persona a menos que se perciba el mundo a través de sus ojos; este modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y el uso de otras etiquetas peyorativas para la conducta problema.
4. En el trabajo clínico a las personas no se les puede tratar como objetos que representan procesos psicológicos; son seres humanos y como tales hay que tratarlos. Los datos de evaluación orientados históricamente carecen de valor bajo este sistema, ya que el pasado es menos importante que el presente y porque se puede sofocar el crecimiento personal y crear dependencia.

Ahora abordare algunos aspectos generales del humanismo y existencialismo, con el objetivo de ofrecer una adecuada guía para que en el momento pertinente se aclare la forma de trabajo que realizo en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", también se ahondare más en humanismo al avanzar el presente capítulo, en otros apartados.

Phares (1996) destaca que el humanismo ha atribuido valores a la psicología. Las personas bajo la mirada humanista no son solo producto del pasado, ni del inconsciente o del ambiente, más bien ejercen su libre albedrío en la búsqueda de su potencial interno y autorrealización. No son vistos como una mezcla fragmentada de cogniciones, sentimientos y aspiraciones, sino como seres humanos completos, unificados y únicos. Dentro de esta

teoría el énfasis no se coloca en la enfermedad, desviaciones o etiquetas diagnósticas sino en los impulsos positivos, autorrealización, la libertad y la naturalidad; el humanismo se expresa como una resistencia al determinismo positivista de la ciencia y como una creencia activa en la humanidad de las personas.

Por su parte la psicología existencial considera que las personas participan en una búsqueda de significado que se lleva a cabo a través de la imaginación, la simbolización y juicio. Todo ello ocurre dentro de un contexto social. Una faceta crucial de la personalidad es la toma de decisiones, que recurre tanto al mundo de los hechos como al de las posibilidades. De este modo, la personalidad no es solo lo que uno es (ser biológico, social y psicológico) sino también lo que uno se puede volver. Así uno puede elegir el presente que representa falta de cambio y un compromiso con el pasado; dicha elección puede conducir a desarrollar sentimientos de culpa y remordimiento acerca de las oportunidades que no se aprovecharon. Pero también puede elegirse la alianza con el futuro, elección que impulsa al individuo al futuro con ansiedad derivada de la incapacidad de predecir y controlar lo desconocido. Esas experiencias de culpa y ansiedad no se aprenden sino que son parte de la vida. Requiere valor elegir el futuro y sufrir las ansiedades inevitables que implica; pero una persona puede encontrar ese valor mediante tener fe en sí mismo y reconociendo que elegir el pasado conduce inevitablemente a la culpa que incluso es más terrible que la ansiedad (Phares, 1996).

Una vez revisados estos principios del humanismo y del existencialismo es momento de revisar la forma en como surgió la psicología humanista, pues es la que interesa de forma particular, pues es la perspectiva bajo la cual laboro en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

1.1. Surgimiento del enfoque humanista y principales autores.

En el presente apartado ha de realizarse una revisión de dos importantes biografías del humanismo, la primera de Carl Rogers y la segunda de Abraham Maslow.

Carl Rogers nació el 8 de enero de 1902 en Oak Park, suburbio de Chicago, fue el cuarto de una familia de seis hijos. En su autobiografía de 1972, caracteriza el ambiente familiar de su infancia como marcado por íntimos lazos familiares, en una atmósfera muy estricta e incondicionalmente religiosa y ética; también describe que fue un niño bastante solitario. Cuando tenía 12 años de edad la familia se mudó a una granja en las afueras de

Chicago. En la etapa universitaria, en la Universidad de Winsconsin, Rogers se oriento sucesivamente en tres direcciones: su primera elección la dirige a la agronomía, sin embargo, durante sus primeros años de universidad entra en un período de cambio afirmándose en él tendencias diversas y contradictorias, es el momento en que cambia de orientación profesional y comienza su formación como Pastor o Ministro protestante, a los veinte años realiza un viaje a China que lo marca profundamente, descubre la diversidad de creencias humanas y se separa de sus anteriores convicciones religiosas (Castañedo, et al. 1993).

Para ese momento Rogers está convencido de que jamás podrá emprender un camino que le obligue a profesar creencias determinadas; le parece esencial poder preservar su propia capacidad para cambiar. En el momento en que se orienta a la profesión de psicólogo se reflejan ya dos polos de su vida intelectual: por una parte, el interés por la ciencia y la técnica y, por otra, el interés por la moral y la religión. También se observa que en la evolución personal de Rogers en el plano afectivo prefigura su pensamiento posterior. Se encuentran ya indicios de futuros temas Rogerianos. La rebelión contra los padres (amantes pero directivos), la conquista de la independencia, el desarrollo o maduración personal, objetivo espontáneo del individuo y bien esencial que se debe preservar (Castañedo, et al. 1993).

El alcance completo de la contribución de Rogers se puede palpar mejor, cuando recuerda que en el decenio de 1930 el mundo de la personalidad y la terapia están regidos, tanto en la teoría como en la práctica, por la fuerza dominante del psicoanálisis. En esa época Carl Rogers era un psicólogo clínico desconocido que vivía en Rochester, Nueva York, su practica la ejercía con niños. Mientras tanto entro en contacto con la terapia de voluntad de Otto Rank y la terapia de relación de Jessie Taft. El primero consideraba que debía permitir al paciente la libertad de ejercer su propia voluntad y de dominar al terapeuta. El segundo consideraba la relación entre el paciente y el terapeuta como de mayor importancia que cualquier explicación teórica o intelectual de la problemática del paciente, por ese motivo la situación terapéutica era permisiva.

En esos puntos de vista, Rogers encontró que congeniaban y que tenían consonancia tanto con sus convicciones religiosas y sociales como con sus ideas democráticas acerca de las relaciones sociales dentro de la sociedad. La creencia de que

ninguna persona tiene el derecho a controlar la vida de otro se manifiesto en sus conceptos terapéuticos de permisividad, aceptación y negativa a dar consejos.

Dentro de la teoría Rogers mantiene las siguientes suposiciones: 1) Que cada individuo existe en un mundo de experiencias cambiantes del cual es el centro, 2) Que el organismo responde a su campo perceptual (su realidad) de acuerdo a como lo experimenta y percibe, 3) Que el organismo responde a su campo fenomenológico como una totalidad organizada. También supone que las personas poseen una tendencia innata hacia el crecimiento, a lo cual denomina autorrealización; esta última la define como la tendencia directiva que es evidente en todos los organismos, sean estos humanos o no, que es la propensión a desarrollarse, extenderse, expandirse, madurar, a la disposición a expresar y activar todas las capacidades del organismo. Sostiene que el crecimiento de una persona y sus interacciones con el ambiente que lo llevan a un desarrollo, se ven acompañados por una diferenciación entre el "sí mismo" y el resto del mundo. Ese "sí mismo" o "autoconcepto" surge como un conjunto de experiencias evaluadas cuya valencia positiva o negativa se ve influida por valores y opiniones de otras personas. De acuerdo con Rogers las personas valoran a tal grado la estimación de quienes le rodean, que a menudo buscan lograrla aún cuando requiera actuar en forma incongruente con el motivo de autorrelación. Esta tendencia se fomenta a través de las condiciones de valor. Por otro lado, la manifestación de sentimientos, valores y conductas auténticas que difieren de las condiciones de valor pueden conducir a la pérdida de estima positiva de los demás y de sí mismo, pero para prevenir, reducir o evitar la incomodidad surgida de esa incongruencia, el individuo puede distorsionar la realidad o su experiencia de ella de manera que las otras personas perciban como problemática. Rogers establece que a mayor discrepancia o distorsión de sus propios sentimientos, mayor será la gravedad de la conducta problema que se produzca. Todo eso puede evitarse si el individuo solo experimentara la estima positiva incondicional, si estas condiciones óptimas se establecen en el presente pueden ayudar a la persona; así Rogers emplea la estima positiva incondicional y otros factores para ayudar a las personas a reducir la incongruencia sin verse obligados a distorsionar la realidad (Phares, et al. 1996; Bernstein y Nietzel, 1986).

A grandes rasgos este es el pensamiento de Carl Rogers. Por otra parte, un autor cuya obra también es de importancia dentro de la psicología humanística es Abraham

Maslow. Este autor enfatiza la importancia de la experiencia subjetiva y la percepción única de la realidad de cada persona; subraya el elemento positivo, creativo y único de los seres humanos. También considera que las personas tienen la capacidad y necesidad de autoactualización, pero sugiere que fracasan debido a la presencia de necesidades no cubiertas, y no por la incongruencia entre la autoexperiencia y la experiencia organísmica. Para Maslow las necesidades forman una jerarquía que incluye los requisitos fisiológicos básicos (comida, agua, etc.), así como los requisitos de nivel superior (seguridad, amor, pertenencia, autoestima y autoactualización); la satisfacción de cada nivel de necesidad debe ser precedida por la satisfacción de todas las necesidades de los niveles inferiores. Señala que los individuos están buscando satisfacer las necesidades que se encuentran por debajo del nivel de autoactualización, y por lo tanto, se orienta hacia aquellos que no poseen; estos individuos están "motivados por las deficiencias". A menudo se producen conductas adultas en busca de satisfacer sus necesidades de forma perturbada o problemática. No obstante, en algunos casos (raros) las necesidades de orden inferior se encuentran satisfechas, estas personas se encuentran en una posición que pueden contarse en lo que pueden ser y no lo que no tienen, a esto lo llamó "motivación de crecimiento".

Las elevaciones experimentales momentáneas o experiencias cúspides, en las que se alcanzan la autoactualización, representan lo mejor del ser humano. Maslow subraya la importancia de prestar ayuda a quienes sufren para que se sobrepongan a los obstáculos que les impiden el crecimiento natural y en última instancia los cuales conducirán a su felicidad y plenitud (Bersnstein y Nietzel, 1986).

1.2. Terapia centrada en el cliente.

La perspectiva de Carl Rogers es casi diametralmente opuesta al psicoanálisis; sin embargo, ambos puntos de vista comparten unas cuantas características. Como teorías, ambas se desarrollan con una base en los recuentos terapéuticos con personas que tenían problemas. Como resultado, ninguna de ellas puede comprenderse del todo sin una apreciación de los modos en que se relacionan con la terapia.

Para Rogers (1959; cit. en Phares, 1996) la psicoterapia constituye la liberación de una capacidad ya existente en un individuo potencialmente competente, no la manipulación experta de una personalidad más o menos pasiva; eso es lo que Rogers llamó "potencial de crecimiento". Todas las personas lo poseen, la cuestión es liberarlo. Precisamente el

objetivo de la terapia centrada en el cliente lo constituye la liberación de ese potencial, con lo cual obtengan preponderancia sobre factores internalizados con anterioridad y que restringen la aceptación de la valía personal. Habla también de tres características del terapeuta que precipitan todos estos son:

- 1) Comprensión precisa y empática.
- 2) Consideración incondicional positiva.
- 3) Autenticidad o congruencia.

Estas son a su vez las tres condiciones o actitudes necesarias para adoptar una actitud no-directiva o centrada en el cliente. La comprensión empática se logra cuando el terapeuta expresa una especie de sensibilidad hacia las necesidades, sentimientos y circunstancias del cliente; en palabras del propio Rogers es cuando el terapeuta adivina los sentimientos y las reacciones personales experimentadas por el cliente en cada momento. Cuando sabe percibirlos "desde dentro" tal y como aparecen en él, y cuando logra comunicar algo de esta comprensión al cliente. Cuando el terapeuta llega a captar el mundo privado del cliente como si fuera el propio, pero no olvidando esa cualidad de "como si".

La consideración incondicional positiva o aceptación incondicional significa que el terapeuta preste atención calurosa a su cliente; que no sea posesión, que no se exija ninguna gratificación personal. Cuando el terapeuta experimenta esa actitud calurosa, positiva y receptiva hacia lo que esta en su cliente, está facilitando el cambio. Esto significa que el terapeuta se preocupa por su cliente, pero no de manera posesiva, sino que le aprecia en su totalidad de manera no condicionada; es decir, no se contenta con aceptar el cliente sólo cuando tiene ciertos comportamientos y desaprobándole cuando tiene otros.

La congruencia Rogers la describe como el hecho de que el terapeuta sea él mismo, es decir, cuando las relaciones con su cliente son auténticas, sin máscaras, cuando expresa abiertamente los sentimientos y actitudes que le invaden en ese momento. Nadie alcanza a plenitud este estado, pero mientras más logre el terapeuta escuchar y aceptar sin temores lo que pasa en él mismo, la complejidad de sus propios sentimientos, más alto será su grado de congruencia; cuando más verdadero y congruente sea el terapeuta en sus relaciones, más posibilidades habrá de que el cambio de personalidad se produzca en el cliente (Rogers, 1972; cit. en Castanedo, et al. 1993).

Estas son las características del método de psicoterapia que propone Rogers. Para él la psicoterapia es un encuentro entre dos hombres: el terapeuta y el paciente. Los factores que operan en la terapia son las disposiciones profundas del terapeuta hacia el paciente, su mayor o menor disponibilidad hacia sus propias emociones y las del cliente, su grado de autenticidad y coherencia interna. El campo conceptual, metodológico y técnico del terapeuta solo sirve de vehículo a sus actitudes, pero que no tiene ninguna eficacia. Si el terapeuta considera que está dirigiendo racional y técnicamente la terapia, por un lado se engaña y por otro, se aleja de una terapia afectiva, ya que rehúsa aceptar sus propias emociones y la relación viva en el tiempo. Se debe concebir que el cliente no es ni objeto de conocimiento, ni objeto de acción; es más bien, un sujeto en relación respecto al cual, otro sujeto (el terapeuta) se sitúa. Concibe entonces la terapia como una relación humana integral y auténtica, puede decirse que se trata de un prototipo de relación humana.

Ahora debemos abordar de forma breve algunas consideraciones relacionadas con otro sistema psicológico, me refiero a la Terapia Racional-Emotiva, ya que en el trabajo dentro del consultorio llegamos a valernos de ciertos aspectos relacionados con ella.

1.3.Terapia Racional-Emotiva.

El punto de vista racional-emotivo comenzó su desarrollo en la década de 1950 gracias a los esfuerzos de Albert Ellis; el eje central en torno al cual Ellis fundamenta este tipo de terapia, es la idea de que, para que una postura terapéutica resulte ser eficaz, el cambio efectuado en los clientes, a través de la intervención, en cuanto a su sentir, pensar y actuar, debe mantenerse a lo largo del tiempo e incluso intensificarse. Los objetivos perseguidos dentro de la terapia racional-emotiva, instituidos por Albert Ellis, pueden dividirse en dos direcciones: primero, al finalizar el proceso terapéutico se pretende que el cliente disminuya al mínimo su ansiedad o autoinculpación así como sus tendencias hostiles o inculpación hacia los demás; y segundo, brindarle al paciente un método de autoobservación y autoevaluación, que asegure que durante el resto de su vida esa ansiedad y esa hostilidad se mantengan dentro de ese nivel mínimo (Hubert y Bauruth, 1991).

La terapia racional-emotiva (TRE) es un modelo que enfatiza en funciones tales como pensar, juzgar, decidir, analizar y actuar; esto es un rasgo característico que la distingue de otras escuelas, convirtiéndola además en un formato didáctico, directivo y ocupado más del pensamiento que de los sentimientos.

Sin embargo no siempre fue así. En sus inicios al igual que las primeras terapias cognitivo-conductuales, la TRE era marcadamente cognitiva, enormemente positivista y sumamente activa-directiva. Se basa en una teoría ABC, sosteniendo que las personas experimentan sucesos indeseables (A), que tienen creencias racionales e irracionales (B) sobre estos estímulos, y que, o crean consecuencias a nivel conductual y emocional apropiadas (aC) a sus creencias racionales (rB), u ocasionan consecuencias inapropiadas y disfuncionales (iC) de acuerdo con sus creencias irracionales (iB) (Ellis, 1962; citado en: Mahoney, 1995).

El proceso terapéutico se considera un desarrollo de enseñanza-aprendizaje que consiste en "curar" la irracionalidad por medio de la racionalidad, es decir, que las actividades terapéuticas tienen como meta ayudar al consultante a liberarse de ideas ilógicas para sustituirlas por lógicas. Para tal fin, el terapeuta debe cumplir con tareas específicas como mostrarle al cliente que sus problemas se relacionan con creencias irracionales; que sus alteraciones emocionales se mantienen activas porque continúa pensando en forma ilógica y repitiendo frases autodestructivas; se intenta que abandone dichas ideas irracionales y se le ayuda a desarrollar una filosofía racional de vida, para que de esa manera pueda liberarse de ser víctima de otras creencias irracionales. La técnica esencial de esta terapia es la enseñanza activa y directa (Alvarez-Gayou, et al. 1986); los seguidores de esta línea de pensamiento afirman que si se deja que el cliente se las arregle por sí mismo, recibirá menos ayuda y llegará a estar más perturbado que si se le guía y enseña desde un planteamiento más activo-directivo.

Por otra parte a pesar de algunos autores, tal es el caso de Alvarez-Gayou (1986), afirman que aunque Ellis reconoce como deseable una buena relación terapeuta-cliente, le parece de menor importancia la calidez, el afecto y la empatía; no obstante el mismo Ellis (1991; citado en Mahoney, 1995) afirma que ha practicado la TRE desde un marco claramente constructivista y humanista, y que los principales postulados de este sistema son:

- ♦ Los seres humanos aprenden a plantear sus objetivos y preferencias gracias al éxito y aprobación de su entorno sociocultural, experimentando frustración y molestia cuando fracasan o son desaprobados. Pero constituyen (ya que tienen esa tendencia innata) sus "deberías" y demandas absolutas en función de sus deseos. De ahí que

cuando son neuróticos, su trastorno no se deba a influencias nocivas del ambiente, sino a que se han hecho a sí mismos disfuncionales a nivel emocional y conductual.

- ◆ Cuando las personas realizan demandas irracionales sobre ellos mismos, los demás o sus condiciones de vida, tienden a construir percepciones, inferencias y atribuciones poco realistas que contribuyen a crear su trastorno.
- ◆ Al ayudar a las personas a sacar sus creencias disfuncionales y trastornos que las acompañan, la TRE les muestra sus imperativos que en forma de demandas, inconsciente y tácticamente, subyacen y guían estos imperativos disfuncionales.
- ◆ Las conductas, cogniciones y emociones no aparecen casi nunca en estado puro o por separado, sino que las tres interactúan de forma integral y holística influyéndose unas a otras. Los sentimientos y conductas tienen una gran influencia en las creencias, es decir, las creencias afectan a los sentimientos y conductas, y viceversa.
- ◆ Las personas están biológicamente predispuestas a construir de un modo muy poderoso, apasionado y rígido una serie de costumbres y creencias irracionales y aferrarse a ellas. Por ello se trata de persuadir y enseñar a los clientes una forma de pensar, fuerte y persistente, que se presente a sus demandas y las transforme en preferencias. Por consiguiente se utiliza en muchas ocasiones técnicas evocadoras de sentimientos.
- ◆ Las personas tienden a habituarse a sus pensamientos, sentimientos y acciones problemáticas y los repiten una y otra vez de forma automática, incluso a sabiendas de que no les traen más que malos resultados. Para lograr algún cambio, a menudo se tienen que forzar, con gran incomodidad por su parte, a moverse y romper con sus hábitos disfuncionales. Pero tienen con frecuencia baja tolerancia a la frustración y creencias irracionales del tipo "no debería tener que trabajar para cambiarme, tengo que encontrar caminos mágicos, más cómodos para cambiar". Además se presentan problemas secundarios de baja autoestima respecto a su problemática primaria, degradándose su autoimagen por no poder superar su problema. Motivo por el cual la TRE busca que emerja, no solo la problemática primaria, sino también la secundaria; utilizando para tal efecto métodos cognitivos y

emotivos, haciendo hincapié en la importancia de las tareas comportamentales para la casa, como el refuerzo y la penalización, la desensibilización en vivo, etc.

- ◆ La TRE tiene una orientación psicoeducativa, de ahí que utilice una gran cantidad de medios escritos y audiovisuales, cursos, talleres, lecciones y otros. Ayuda a cada persona integrada en un esquema disfuncional (como una familia promotora de crisis), a cambiar él o ella misma, a pesar del sistema. También enseña a resolver problemas, a entrenar en habilidades y métodos de cambio social, de manera que puedan modificar el ambiente y sistema en el que viven.
- ◆ Los seres humanos nacen con dos tendencias creativas opuestas: a) maldecirse y deificarse tanto a sí mismo como a los demás, y b) cambiar y realizarse de modo más saludable, menos perturbado. La TRE trata de mostrarle cómo utilizar su autorealización para reducir sus tolerancias autoperturbadoras, y construir de ese modo una vida más feliz.
- ◆ La TRE se opone a la rigidez, a la asunción de una perspectiva única sobre las causas, y define una apertura a la aprobación y apoyo, una búsqueda de alternativas, una perspectiva antidogmas y una mayor flexibilidad.
- ◆ La TRE define que la persona es innatamente creativa y constructiva, y que aunque se perturbe a sí misma, también tiene en sí la tendencia y la habilidad de pensar acerca de sus conductas, pensamientos y sentimientos para reconstruir caminos autoderrotistas que antes había construido.

Como se ha podido observar en las líneas que anteceden, la TRE tiene ciertas coincidencias con el existencialismo. Así mientras que Rogers y otros terapeutas existencialistas creían que el reconocimiento positivo e incondicional se obtenía gracias al modelado y reconocimiento de los terapeutas, la terapia racional-emotiva trata de ir un paso más adelante, y no solo da este tipo de aceptación a todos sus clientes, sino que les enseña también cómo dárselo a sí mismos. Por lo tanto, la TRE es tan humanista-existencialista como didáctica y activa-directiva.

Para dar por terminada la revisión teórica abordada en el presente capítulo, y con ello poder realizar una más o menos detallada explicación de la forma en que son utilizadas las corrientes psicológicas en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", es importante detenemos a elaborar un sucinto resumen respecto a la terapia centrada en el

cliente y la TRE. Para al efecto retomare las ideas expresadas por Marco Murueta (1996) en su trabajo "La Praxis Terapéutica". En dicho artículo presenta cinco enfoques terapéuticos, realizando además una cierta correlación entre ellos, lo cual permite vislumbrar superficialmente la génesis de cada una, sus coincidencias y sobre todo sus carencias, puesto que el trabajo esta realizado con una visión crítica, de manera que desemboca en el planteamiento de ciertas conclusiones en cuanto a la practica psicoterapéutica, las cuales no son plenamente compatibles dentro del presente trabajo, motivo por el cual únicamente son retomadas aquí aquellos aspectos referentes a los dos tipos de terapia que he mencionado. Para concluir con este comentario, cabe decir que la propuesta del Doctor Murueta gira en torno a "... impulsar la acción transformadora de los pacientes sobre la realidad que los rodea, a fin de que esta realidad responda cada vez más a sus necesidades más esenciales. Mediante el intercambio lingüístico entre un terapeuta y un paciente se puede lograr emprender acciones muy concretas y simples al principio, dependiendo de la disposición inicial de los pacientes, para después con la acumulación de la experiencia transformadora se abarquen niveles prácticos cada vez más complejos, hasta donde las condiciones en que vive el paciente lo permitan. Más que aprender a transformarse artificialmente a sí mismos, los pacientes y los terapeutas deben aprender a transformar su medio físico-social. Transformando y comprendiendo la realidad circundante los pacientes pueden comprenderse y transformarse cada vez más a sí mismos" (p. 44-45); de ahí parte en su análisis de estas dos perspectivas de terapia.

Así mismo, establece que las ideas de Rogers contrastan con las Freudianas respecto a la naturaleza del hombre; mientras que para Freud el ser humano es intrínsecamente irracional, para Rogers son inicialmente racionales, sociables y constructivos. Freud parte de los conflictos de intraindividuales, Rogers del autoconocimiento y de la liberación de sí mismo. El aspecto medular de la teoría Rogeriana es el que se refiere al concepto de autorrealización, rasgo inherente de los individuos caracterizados por la tendencia al desarrollo de sus capacidades dentro de sus relaciones interpersonales. Para alcanzar dicho estado debe existir congruencia racional entre la autopercepción de los individuos y el mundo que les rodea, así como la satisfacción que experimentan en el modo de inserción en su conjunto de relaciones sociales. En opinión del propio autor "la autorrealización es, sin duda, un elemento clave de la desenajenación. Se trata de lograr efectivamente lo que

cada quien quiere ser" (p. 29). De la misma manera, establece que, en relación a los pacientes, "que la esencial conflictividad de su vida práctica (...) se circunscribe a la búsqueda del éxito individual dentro de las relaciones sociales existentes (por lo tanto) no se trata de transformar la realidad circundante para transformarse así mismos, sino de acoplar nuestra Gestalt y modificar la propia personalidad, para adaptarse con éxito a la situación que prevalece" (p. 30).

En cuanto a la Terapia Racional Emotiva, establece que su premisa principal se refiere a que las emociones que experimentan los individuos dependen de la conceptualización que realicen de su acontecer cotidiano, así pues al modificar las personas sus creencias irracionales, se reduce la tensión emocional que es lo que produce la disfunción personal de los individuos. De este se desprende que la labor del terapeuta radica en promover un cambio en las valoraciones negativas que realizan los pacientes de sus experiencias.

Por supuesto, al igual que en la terapia centrada en el cliente, en la TRE también se pone de relieve la importancia que adquiere el lenguaje en relación a la experiencia emocional, ya que "mediante el intercambio de experiencias en la relación terapeuta-paciente, una persona puede aceptar -hasta cierto punto- concebir las cosas de una manera diferente y disminuir sus conflictos provocados por juicios equivocados sobre la realidad (...) este combate implica necesariamente la sustitución de una ideología por otra, la sustitución de una ideología cotidiana de los pacientes por la supuesta ideología científica de los terapeutas" (p. 43). A lo que se refiere entonces este enfoque, es que considera que los problemas de las personas son producto de una inadaptación o una adaptación insuficiente a su realidad. Por esto, surge la tendencia a hacer que el paciente acepte su realidad tal como es, para que de esta forma reduzca la tensión emocional.

Una vez revisados los anteriores planteamientos, cabe decir que, precisamente todo lo expuesto a lo largo de este primer capítulo es el marco teórico que ha servido de preámbulo para poder abordar el punto que a continuación sigue y que es el culminante del presente capítulo, pues en él describiré lo más detalladamente posible el por qué y él cómo son utilizados los sistemas racional-emotivo y humanista dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

1.4. El Humanismo dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

Como ya he mencionado dentro de la introducción, la población a quienes van dirigidos los servicios que ofrecemos dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio" es principalmente, aunque no por ello exclusivamente, gente que proviene de sectores socioeconómicos bajos; de igual forma, es importante para los fines perseguidos en el presente apartado, retomar algunos aspectos de nueva cuenta que también fueron descritos en la introducción, y se refieren al objetivo adoptado por el consultorio al momento de su surgimiento. Nace pues con la finalidad de brindar un servicio psicológico eficiente e integral a un accesible costo, puesto que pretende brindar una cobertura amplia a las necesidades y problemáticas que se manifiestan dentro de la población de escasos recursos económicos.

El motivo por el cual se adopto la teoría humanista como método principal de trabajo en el consultorio mencionado, es porque la Licenciada María Elena Vázquez consideró desde sus inicios que todas las personas en general y de manera particular aquel sector de la población al cual dirige su atención y esfuerzos, requieren de un trato amable, humano y empático para que enfrente y supere su problemática de una manera eficaz, y por supuesto la terapia centrada en el cliente ofrece una perspectiva particular del ser humano (como ya hemos visto); así, desde sus lineamientos se propicia el ambiente adecuado para que el cliente experimente la confianza necesaria para hablar con franqueza sobre los problemas que esta viviendo. Para que la relación terapéutica sea verdaderamente eficaz en el sentido antes planteado, Rogers (1957; cit. en Kleinke, 1998) establece que deben existir tres componentes en esta relación que son: autenticidad, empatía y aceptación incondicional positiva.

La autenticidad se refiere a que exista una entrega sincera por parte del terapeuta dentro de la relación, y se integra por cuatro elementos: 1) Comportamiento de rol, no se utiliza el "saber" o conocimiento para dominar o situarse emocionalmente distantes del cliente; 2) Congruencia, que las palabras y comportamientos no verbales del terapeuta están en consonancia con los sentimientos compartidos con el cliente; 3) Espontaneidad, que el terapeuta se pueda expresar con naturalidad, sin titubear al responder algo que el cliente dice; 4) Apertura, que el terapeuta este cercano al cliente y abierto a compartir con él su aquí y ahora.

El segundo componente, la empatía, se refiere a intentar ver las cosas desde el punto de vista del cliente, es decir, adoptar el marco de referencia del cliente; el terapeuta logra ser empático: cuando comunica en sus ademanes y tono que asume con seriedad la relación con su cliente, cuando es consciente de cómo se siente el cliente en cada momento y puede comunicar la comprensión acerca de los sentimientos del cliente congruentemente con ellos, también cuando es sensible a los sentimientos que el cliente tiene hacia él y a los que él tiene hacia el cliente, cuando es flexible y capaz de corregir las equivocaciones que pueda tener en la lectura de lo que el cliente pueda encontrar sus propias respuestas. Del mismo modo, cuando ingresé a laborar en el citado consultorio, la Licenciada Vázquez al hablarme de estos preceptos y particularmente de la empatía, se refirió a dos aspectos a los que de ninguna manera debía recurrir estos son el de dar consejos o realizar interpretaciones, puesto que con ello no solo no se está siendo empático, sino que además se rompe la eficacia de la relación terapéutica.

Por último, la aceptación positiva incondicional significa, tal como me fue transmitido al ingresar al consultorio, que se debe valorar a la persona, no colocarse en un papel de juez, estar a su lado y fungir como guía en la búsqueda de alternativas para actuar, pensar y sentir, establecer que el compromiso que se ha adquirido con el cliente no se va a ver inluido por los altibajos que este puede tener, y por último, motivar al cliente manifestándole que tenemos seguridad y confianza en que puede lograr el cambio que persigue. También se me dijo que en la vida cotidiana estamos más expuestos a la crítica destructiva que a la valoración positiva, por lo tanto recibir una aceptación positiva incondicional resulta un acontecimiento tan fuera de lo común que por sí misma puede tener efectos correctivos sobre la persona. Este último planteamiento coincide con lo que dice Yalom (1980; cit. en Kleinke, 1998) respecto a que "es la relación lo que cura" (p. 109).

En cuanto a la terapia racional emotiva, nos provee de las herramientas teóricas necesarias para ayudar a los clientes, y aún a nosotros como terapeutas, a ser más sistemáticos, no solo en la explicación de la problemática, sino también en su resolución. Este método se utiliza mayormente con adolescentes y adultos, particularmente con aquellas personas que manifiestan depresión, ansiedad, baja autoestima o algún desajuste emocional; pero también ha habido casos de niños que manifiestan depresión, y bajo estas

situaciones la TRE también es funcional sobre todo para explicar a los padres de familia la dinámica de la problemática de su hijo.

Tal es el caso, por ejemplo, de un niño a quien me dirigiré como "Manuel", tiene nueve años de edad, es el menor de tres hermanos (todos varones), asiste al tercer año de primaria; el motivo por el cual acude a terapia es porque, según reportaron sus padres, el niño es muy introvertido en la escuela, "al parecer la maestra le provoca temor" (relataron) el niño había bajado sus calificaciones respecto al ciclo escolar anterior, además la propia maestra le expuso a la mamá del chico que éste se mostraba introvertido y distraído en ocasiones, la señora dijo por último que pensaba que a su hijo le había afectado la muerte de su abuelita, ya que desde entonces (hacía tres años) se portaba un tanto rebelde en casa. Durante las primeras sesiones además de aplicar rapport, trabajé con el chico aspectos relacionados a su autoestima; sin embargo, después de un tiempo "Manuel" se mostró deprimido por la muerte de su abuelita, motivo por el cual dirigí la terapia hacia esta problemática que se erige como la raíz de los síntomas que presentaba, por ello apliqué algunas técnicas de afrontamiento, pero hubo una en particular que inquietó a sus padres: fue una tarea que le asigné y consistía en escribir una carta dirigida a su abuelita, en ella narraría todo lo que él sintiera con respecto a su muerte y aquellos factores que rodearon dicho suceso; la finalidad era enfrentarlo con la realidad que se negaba a aceptar y, de esta manera, superar el resentimiento que tenía con su familia por "no permitirle" estar cerca de su abuelita en sus últimos momentos, esperando que con ello terminara su depresión y rebeldía. Al escribirla, el siguiente paso sería dejarla ir atada a un globo para que le llegara a su abuelita, previo a esto, la leeríamos en una sesión o en caso de que no quisiera que la leyera yo (porque se mostró renuente), hablaríamos de lo que sentía después de haberla escrito. En la sesión siguiente, después de que escribió la carta, sus padres pudieron hablar conmigo; al ingresar me expresaron su preocupación por el estado anímico del niño puesto que habían encontrado la carta notando en ella que su hijo se mostraba "sumamente triste" por el fallecimiento de su abuelita, así como "demasiado enojado" con sus papás y sus tíos porque no pudo visitar a su abuelita cuando estuvo internada. En este punto fue donde me apoyé en la Terapia Racional-Emotiva para explicarles, mediante un análisis funcional, que la problemática de su niño se encontraba anclada en su renuencia ante la muerte de su abuelita, decirles también que toda conducta en el ser humano se encuentra sostenida por

un conjunto de ideas o pensamientos. De tal modo les dije que todas las personas experimentamos sucesos indeseables (en este caso la muerte de la abuelita y todos los factores que rodearon tal evento), que generan creencias racionales o irracionales (Manuel, con este suceso, comenzó a formularse ideas irracionales), creando así consecuencias a nivel conductual y emocional inapropiada y disfuncionales (depresión, desgano para el aprendizaje, introversión, rebeldía, etc.); por ultimo, les dije que por ello era necesario trabajar con técnicas de afrontamiento para que el chico aceptara la muerte de su abuelita. Al manejarles dicha información a los padres de familia por medio de los lineamientos de la TRE, reportan mayor satisfacción en la comprensión de lo que estaba sucediendo con su hijo, ya que se presenta la información de una manera sistemática.

CAPITULO 2. INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Para poder abordar la temática respecto al tipo de problemática que se manifiestan en estas etapas de la vida del ser humano, particularmente aquellos problemas que se presentan en la población de niños y adolescentes que acuden al consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", tenemos que hablar antes que nada de ciertos aspectos concernientes al desarrollo físico, cognitivo y moral en estas dos etapas. Pero, dado que estos puntos serán abordados en el siguiente apartado, por ahora solo resta decir que, al considerar el desarrollo global del ser humano, debe tenerse en cuenta que este implica dos procesos distintos: el crecimiento físico y el desarrollo. Ambos son procesos dinámicos, continuos, que ocurren desde la concepción hasta la madurez en una secuencia ordenada que es aproximadamente igual para todos los individuos normales aunque se encuentran variaciones que se reflejan en sus respuestas durante el crecimiento como resultado de innumerables factores hereditarios y ambientales.

Así pues, tenemos que el término desarrollo implica una maduración de los órganos y los sistemas, adquisición de habilidades, capacidad de adaptarse más fácilmente al estrés y capacidades de aceptar la máxima responsabilidad y alcanzar la libertad en la expresión creativa. El crecimiento denota un cambio de tamaño, resultado de un aumento en el número o tamaño de las células del organismo, por supuesto los datos de estatura y peso se tienen que considerar siempre en relación con la variabilidad dentro de una edad determinada (Kempe, 1988). Una vez realizada esta breve aclaración, es momento de abordar en el punto siguiente algunas generalidades respecto al desarrollo en estas etapas.

2.1. Características del desarrollo en la infancia y adolescencia.

Los cambios físicos durante la infancia suceden de forma vertiginosa; la altura aumenta a una velocidad que va declinando lentamente hasta la pubertad, época en la que ocurre un gran aumento en la talla. La altura del recién nacido se duplica aproximadamente a los cuatro años y se triplica a los trece años; el niño promedio crece poco más o menos 50 cm. durante los nueve meses anteriores al nacimiento, 25 cm en el primer año de vida, 12.7 cm en el segundo, de 8 a 10 cm en el tercero y aproximadamente entre 5.1 a 7.6 cm. cada año siguiente, hasta que se presenta la aceleración del crecimiento en la pubertad; las piernas y los pies crecen más rápido que el tronco durante esta etapa; a lo largo del primer

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

año de vida los niños crecen un poco más aprisa que las niñas, después de este primer año y hasta el noveno, los niños y las niñas crecen aproximadamente al mismo ritmo.

En cuanto al peso, puede decirse que constituye probablemente el mejor índice de nutrición y crecimiento. El incremento en el peso corporal es más o menos de 30 gramos al día durante los primeros meses de vida; entre los 3 y los 12 meses de edad, el peso del niño en kilogramos es igual a su edad más 11X0.454; el peso al nacer se duplica entre el cuarto y quinto mes de vida, se triplica al final del primer año y se cuadruplica al término del segundo año, entre los dos y los nueve años el incremento anual en el peso oscila alrededor de los 2 Kg por año; a los siete años el niño promedio tiene 7 veces el peso que tenía al nacer.

El crecimiento del cráneo, que se determina midiendo la circunferencia de la cabeza, representa un índice de crecimiento encefálico muy preciso. Mientras que los promedios de la circunferencia de la cabeza y del pecho son casi iguales durante los primeros cuatro años de vida, es posible que normalmente la circunferencia cefálica sea hasta 5 cm. mayor o hasta 7 cm. menor que la circunferencia torácica. El sistema nervioso se desarrolla sustancialmente durante el primero o segundo año de vida, siendo la mielinización de los nervios y aumento en el número de conexiones entre las neuronas los desarrollos más importantes. El cerebro se desarrolla en una secuencia particular, primero las áreas perceptivas, seguidas por las áreas motrices que implican el desarrollo de las manos, brazos, tronco, nervios y pies, en ese orden. Más o menos a los 2 años el cerebro alcanza su peso adulto; a los 5 años, viene a constituir el 95 % de dicho peso.

Mientras tanto, los músculos del cuerpo se estabilizan a la edad de 2 años su fortaleza se incrementa de forma significativa durante los 4 años siguientes; durante los primeros años los huesos se solidifican en secuencia: primero los brazos y las manos, luego los pies y las piernas. A los dos años es característico poder caminar y correr; entre los 2 años y los 6 años el desarrollo motor del niño, consistente en el perfeccionamiento de destrezas de movilidad y coordinación motora gruesa y fina. Las habilidades motrices dependen del crecimiento físico y del desarrollo, pero es indispensable cierta práctica para mantener el organismo; los niños a quienes se les brindan pocas oportunidades de movimiento y de otras prácticas, pueden presentar por ejemplo un retraso considerable en su desarrollo motriz (García, 1992).

Para dar un panorama general a cerca del desarrollo cognitivo en el periodo de la infancia, expondré de breve manera el punto de vista de dos de los principales estudiosos del tema: Piaget y Vigotski; esto con el propósito de contar con una guía a lo largo de la temática referida, sin que con ello se pretenda realizar una detallada explicación de la teoría completa de uno o ambos autores, en todo caso solo abordare los aspectos de interés para el presente trabajo de cada teoría comparándolas entre sí.

Para Piaget el desarrollo se da en etapas según la edad cronológica del niño. El desarrollo psíquico se inicia con el nacimiento y finaliza con la edad adulta y es comparable al desarrollo orgánico, ya que al igual que este consiste en un progresivo equilibrarse.

El termino "etapa" indica la existencia de una progresión ordenada de fases distinguibles del desarrollo que son cualitativamente distintas unas de otras y que, por lo general son características de los pequeños en una gama indeterminada de edad. Piaget ha señalado cuatro fases secuenciales o seriadas y cada una está marcada por las maneras de pensar y actuar características y distinguibles.

1. Etapa Sensoriomotriz (0-2 años).
2. Etapa Preoperativa (2-7 años) esta etapa a su vez se divide en dos subetapas.
 - ◆ Subetapa preconceptual (2-4 años).
 - ◆ Subetapa intuitiva (4-7 años).
3. Etapa de operaciones concretas (7-9 años)
4. Etapa de operaciones formales (11 ó 12 años en adelante).

La etapa que más me interesa por los fines perseguidos en el presente reporte obviamente es la entrada del niño a la escuela, la subetapa intuitiva: entre los 4 y los 7 años.

Piaget emplea el vocablo "intuitivo" en un sentido o empleo cotidiano, es decir, aquello que la mente capta de inmediato, sin la intervención de algún proceso cognitivo, racional y deliberado. El pensamiento se caracteriza por una incongruencia interna, por su plenitud y acierto los juicios del niño en edad preescolar son fragmentarios e incongruentes, debido a tres características: 1) El entendimiento que el niño tiene de los conceptos se basa principalmente en lo que ve; 2) La comprensión que el niño tiene de una situación, de un acontecimiento u objeto se basa en un único aspecto perceptivo del estímulo, le cuesta trabajo al niño combinar o procesar más de una relación por vez; 3) El pensamiento es

irreversible en ese momento, esto es, el niño no puede volver al punto de partida de la secuencia mental sin alterar su concepto del problema (Papalia, 1978).

Por su parte Vigotski no divide el desarrollo del niño en etapas, más bien hace referencia a zonas de desarrollo sin una clasificación cronológica.

La primera zona que menciona Vigotski es la zona de desarrollo actual, que se refiere a las actividades que el niño realiza por sí solo. La segunda es la zona de desarrollo potencial que se refiere a las actividades que el niño realiza por solo y las que realiza con ayuda de otras personas. La tercera y última es la zona de desarrollo próximo que menciona la distancia entre el nivel de desarrollo real del niño, determinado por la resolución independiente del problema por sí mismo y/o con ayuda de otros (Riviere, 1984).

Para tener una idea más exacta de lo que implica el desarrollo desde el punto de vista de Piaget y Vigotski, ahora realizaré una pequeña contrastación entre algunos de los principales postulados de los dos autores.

PIAGET.

- ◆ El desarrollo intelectual sigue su curso, a medida que el niño interpreta las nuevas experiencias anteriores.
- ◆ El aprendizaje y desarrollo son simultáneos.
- ◆ El desarrollo cognoscitivo resulta de la acumulación gradual la acumulación gradual de cambios independientes.
- ◆ La relación entre la evolución del niño y su aprendizaje, va en función de las tareas o actividades que el niño es capaz de realizar por sí solo.

VYGOTSKI.

- ◆ El desarrollo es condición del aprendizaje, que constituye un proceso externo de incorporación al medio.
- ◆ Los ciclos evolutivos del desarrollo preceden a los del aprendizaje.
- ◆ El desarrollo del niño es un proceso dialéctico complejo caracterizado por la periodicidad y la irregularidad en el desarrollo de distintas funciones.
- ◆ La evolución del niño parte de las actividades que el niño es capaz de realizar solo además de las que realiza con ayuda o guía de otros.

Con base en lo revisado se puede decir que las similitudes encontradas radican en: 1) la concepción del desarrollo como elaboración y sustitución de respuestas (ideas innatas (sea que se llamen reflejos incondicionados ó nociones de la mente); 2) y que ambas parten

de una concepción esencialmente solipsista del sujeto, esto es, la reducción del sujeto o complejo de mecanismos reactivos.

En lo que respecta al desarrollo emocional del niño, vemos que las habilidades sociales van a permitirle familiarizarse de manera estrecha con personas con las cuales tiene contacto frecuentemente. El contacto con personas cercanas va a dar paso a la formación de vínculos específicos, estos vínculos vendrían siendo los primeros apegos del niño con otros adultos, en especial con la madre.

Esta forma de apego va a repercutir en el desarrollo del niño, puesto que va a ser la base de la seguridad que pudiera llegar a sentir, de la capacidad para explorar su medio, así como adaptarse a situaciones nuevas (Pomerleau, 1992).

Ainsworth y cols. identifican tres tipos de apego a partir de la forma de actuar del niño:

- ◆ Apego Asegurado. Cuando el niño acoge a su madre con muestras de alegría, buscando su proximidad y reiniciando con rapidez sus juegos.
- ◆ Apego Ambivalente. Si el niño se resiste al contacto, al mismo tiempo que busca su proximidad y el mantener el contacto.
- ◆ Apego de Evitación. Cuando el niño evita el contacto y no busca proximidad con su madre.

Algunos observadores del desarrollo social destacan que se forman vínculos particulares a una edad muy temprana; y que algunos otros se van formando durante el transcurso de la vida. Para los que estudian el apego la relación madre-hijo es la más importante; siendo la base de la socialización y de las interacciones con el medio social y físico.

Los vínculos sociales que se adquieren a sus modos de expresión van a depender del contexto cultural. La importancia y significado de la forma de comportarse en una interacción social tendrá distinto significado y va a depender del contexto sociocultural. Ya que si a pesar de disponer de un repertorio de conductas el niño rara vez suscita reacciones apropiadas en su entorno, se ve privado de la oportunidad de aprender a controlar a las personas. Se convierte en un niño "inhibido" o "tímido". En cambio, aquel que experimenta diversos modos de interacciones es capaz de adoptarse más fácilmente a nuevas personas en ocasiones de encuentros posteriores (Pomerleau, 1992).

Las primeras relaciones sociales que un niño experimenta son las que tiene con sus padres y hermanos. La mayor parte de las investigaciones realizadas señalan que los niños entre los 3 y 5 años de edad mantienen un vínculo emocional más estrecho con la madre esto debido a que es ella quien pasa con el niño la mayor parte del tiempo, en comparación con el padre quien por lo general solo pasa pocas horas durante el día con el niño. Muchas veces el niño percibe al padre como un extraño que interrumpe la relación entre él y su madre.

La personalidad de un niño, en particular su comportamiento social en sus inicios está determinado por la actitud de sus padres, por lo que puede tomarse en cuenta los siguientes 4 factores.

1. Equilibrio del comportamiento.- Para su formación es primordial que la relación mutua entre padre y madre sea armoniosa y sin tensión; pero sobre todo que sus actitudes hacia el niño sean similares.
2. La estabilidad de su comportamiento.- los padres con un comportamiento imprevisible, retrasan la formación del yo en el niño, ya que si los padres constantemente descargan su mal humor sobre su hijo, éste quizá tarde más en reconocer los límites, se hará malhumorado, nervioso y ambivalente emocionalmente.
3. La actitud objetividad o subjetividad.- Esto se refiere a la formación de personalidad del niño, porque para muchos padres el hijo puede ser objeto de sus proyecciones, una madre puede tratar a su hijo como juguete con el cual puede ocupar su tiempo, impidiéndole esto al niño que desarrolle su propia personalidad, lo mismo sucede con un padre que intenta que su hijo sea aquello que él siempre quiso ser. Entonces, si el niño se forma según normas subjetivas, y no siguiendo su propio patrón de personalidad, su posterior desarrollo será perturbado por tendencias artificiales en vez de genuinas.
4. La actitud de superioridad o inferioridad.- La segunda es muy posible que se fomente si el adulto (la madre) a cargo del niño tiene actitudes exageradas sobre él. Pero también puede suceder lo contrario, cuando al niño se le conceden todos sus deseos, puede provocar inseguridad e inferioridad al experimentar la falta de atención de otras personas (Pomerleau, 1992).

Dentro de la familia, los hermanos constituyen una influencia importante además de la ejercida por los padres. Las familias son sistemas sociales complejos; forman redes de relaciones en las que cada individuo puede influir sobre cada uno de los demás, tanto directa como indirectamente.

Con el tiempo los hermanos son los compañeros de juego más regulares, tanto para los mayores como para los pequeños. Los hermanos o hermanas mayores constituyen los modelos primarios de actividades infantiles interesantes. Incluso cuando el niño entra en el jardín de niños o en la escuela y entabla nuevas relaciones con los compañeros, la relación entre hermanos no se rompe (Pomerleau, 1992).

Para comprender la socialización entre hermanos conviene prestar atención a dos cosas: por una parte, hay un grupo de variables que definen el estatus de cada hermano en el proceso de interacción que se establece, se trata de variables como el tamaño familiar; por otra parte es muy importante la naturaleza del propio proceso de interacción que se establece entre hermanos.

El ingreso a la escuela es un factor que plantea nuevos elementos que influyen en el desarrollo del infante, ya que es un contexto de socialización que favorece la actuación de otros agentes diferentes a los familiares. Los compañeros y el profesor continúan la tarea iniciada en el hogar.

La escolarización desempeña un papel muy importante en la socialización del niño. A partir de los 4 o 5 años la escuela es el centro de la vida del individuo. En ella confluye el influjo de los compañeros, del profesor y la propia escuela en cuanto institución.

La acción del profesor se ha estudiado en función del sexo, de sus características de personalidad, de su comportamiento en cuanto a suministrador de refuerzos y en cuanto un modelo con prestigio.

El sexo del profesor afecta al tipo de respuesta adecuada a su rol sexual que emiten los niños y él refuerza. Durante los primeros años son más frecuentes, como profesores en el contexto preescolar, las mujeres que los varones y se han encontrado que las profesoras de preescolar tienden a reforzar con más frecuencia comportamientos que podrían caracterizarse por estar quieto, ser obediente, complaciente y pasivo.

Reforzarían menos frecuentemente comportamientos caracterizados por la agresión, la competencia, la autoafirmación y el juego arriesgado. Este estilo de relación determina

en los niños el aprendizaje y fomento de patrones de conducta <<femeninos>>. De esta forma la socialización de las características consideradas como <<masculinas>> únicamente son mantenidas por el padre y los compañeros.

En este contexto los niños tienden a ver las actividades <<académicas>> como algo <<femenino>>, tienen mayores problemas en el ajuste escolar debido a que se encuentran menos motivados que las niñas, lo cual les lleva, en algunos casos, a un rendimiento académico más bajo y a manifestar algunos problemas de aprendizaje relacionados, por ejemplo, con la lectura. Esta situación sociológica de nivel preescolar da cierta superioridad académica a las niñas, aunque parece ser que esta superioridad se eliminaría posteriormente.

Tal vez el tipo de comportamiento que son inducidos por la profesora durante estos años resulten contraproducentes para los niveles educativos posteriores. Sin embargo, los datos en este sentido todavía no son muy concluyentes.

Se ha encontrado que algunas características de la personalidad del profesor, sobre todo su forma de relacionarse con los niños a través de las técnicas disciplinarias que utiliza y del tipo de comportamiento que refuerza o castiga, influyen en las socialización del niño. Se ha advertido:

- a) Aquellos profesores que podrían describirse como rígidos, autoritarios, dogmáticos e intolerantes con la complejidad y la incertidumbre, tienden a promover sistemas de funcionamiento en el aula con escasa participación de los niños y favorece poco la ayuda y la cooperación.
- b) Por su parte, aquellos profesores que pueden ser descritos como flexibles e independientes, relativistas en su pensamiento y normas morales, tolerantes con la complejidad y la incertidumbre, interesados en la novedad, afectuosos y relajados, que refuerzan la participación en las decisiones, la responsabilidad, la expresión libre de los sentimientos y los esfuerzos creativos, determinan que sus discípulos se muestren más integrados e implicados en la clase, se presten más frecuentemente, como voluntarios y aparezcan como activos en la toma de decisiones, independientes y libres. Estos alumnos participan más en las actividades y son más creativos, manifestando globalmente un mayor nivel de adquisición.

La capacidad del niño para desarrollar modos eficaces de expresión emocional y para evaluar la realidad social, se deriva de la interacción con otros niños, además de la interacción con adultos.

Esta adaptación social es favorecida tanto por el intercambio con compañeros de la misma edad, como con compañeros de edades diferentes. La mayor parte de los grupos infantiles son heterogéneos respecto a la edad cronológica, lo que proporciona una mayor variedad de situaciones de intercambio. La adaptación social requiere tanto buscar ayuda (dependencia) como ofrecerla (cuidado y afecto); ser pasivo y ser sociable; atacar (agresión) y controlar la hostilidad propia.

Es probable que alguna de estas situaciones se den con mayor frecuencia con compañeros más jóvenes (cuidados); otras con compañeros de la misma edad (agresión); y otras con niños mayores (dependencia). En general el tipo de interacción con compañeros de edades semejantes y diferentes cumple funciones diversas.

Los efectos concretos que los compañeros tienen sobre el niño en desarrollo son variados. Los mejores conocidos se refieren a la transmisión de información, las funciones terapéuticas, la personalidad, la agresión, el comportamiento típico del sexo, el comportamiento positivo y la inteligencia social. Una de las funciones más generales que cumplen los niños con sus compañeros es la transmisión de información.

Además el grado de aceptación de los compañeros es un buen predictor de la salud mental posterior. Se ha comprobado que el grado de aceptación de los compañeros durante los primeros años está relacionado con el comportamiento delictivo durante la adolescencia. El aislamiento y una baja aceptación por los compañeros es también un buen predictor de alteraciones neuróticas, psicóticas y sexuales de diversos tipos (Wolf, 1979).

Como podemos ver el proceso por el que atraviesa el niño y que tiene que ver directamente con una conducta de aceptación al ingresar a la escuela, es muy complejo, ya que existe una multiplicidad de relaciones, prácticamente desde su nacimiento y a lo largo de todo su desarrollo, tales como el apego, en particular la relación madre-hijo, padre-hijo, hermano-hermano; así como la interacción que se da en la escuela entre el profesor-alumno y compañeros-compañeros. Un desempeño adecuado en cada una de estas relaciones va a repercutir en un desarrollo y desenvolvimiento social adecuado.

Respecto a la adolescencia, es el periodo que se extiende entre la niñez y la adultez, se prolonga desde los cambios físicos de la madurez sexual (pubertad) hasta la realización social de adulto independiente.

El desarrollo físico de la adolescencia empieza en la pubertad que es un periodo de crecimiento rápido y de maduración sexual; se ha encontrado que en los adolescentes la circunferencia del cráneo aumenta de 3 a 4 cm. hasta alcanzar los 54 cm a los 18 años, así también se ha visto que el desarrollo de las mandíbulas y la nariz caracterizan la forma del rostro, en tanto que la circunferencia torácica se incrementa en una medida de 20 cm. hasta los 18 años. Por otra parte la fuerza muscular se incrementa de 6 a 7 veces respecto a la que tenía al comienzo de la pubertad, teniendo que la fuerza del hombre es el doble que la de la mujer; además comienza una secreción de hormonas que desencadenan un periodo de 2 años de rápido desarrollo que en las niñas, puede iniciar alrededor de los 11 años y en los varones alrededor de los 13 años. Durante este periodo los órganos reproductores o características sexuales primarias se desarrollan de forma evidente lo mismo que las características sexuales secundaria (vello facial, vello púbico, voz grave, ensanchamiento de caderas, aumento de tamaño de los senos etc.). Esta rápida maduración exige la adaptación de los adolescentes no solo a su apariencia física sino también el modo en que la gente de su entorno reacciona hacia su desarrollo físico implicando en ello cambios en su pensamiento (desarrollo cognoscitivo) en su adaptación social, en lo emocional, etc. (Moraleda, 1995).

La pubertad se caracteriza por cambios fisiológicos en todo el organismo buscando llegar a la madurez orgánica, la adolescencia se dirige más a los cambios que atañen al desarrollo intelectual involucrando la profundización en su vida interior, el descubrimiento de su identidad, etc., es decir, se aboca a las transformaciones psicoafectivas y personales.

Durante la pubertad el pensamiento se caracteriza por la aparición de una lógica que le permita al adolescente realizar abstracciones, hipótesis y reflexiones más formales, sin embargo Dale en 1970 y Dulit en 1972 (citados en Moraleda, 1995) mencionan que el pensamiento formal llega a darse plenamente hasta los 16 o 17 años e incluso en algunos casos hasta la juventud o edad adulta. En esta etapa el pensamiento formal (pleno y sistemático) se caracteriza por:

1.- Un uso creciente del pensamiento abstracto.

- 1.1 En la formación de conceptos. Predominio claro de las ordenaciones y agrupaciones de conceptos superiores.
- 1.2 Respecto a la solución de problema. Progresiva desvinculación de los contenidos concretos de los objetos a la par que se va imponiendo cada vez más su concepción.

2.- Un uso creciente de las operaciones lógico-formales.

- 2.1 Carácter hipotético-deductivo. Facilidad para crear hipótesis, comprobándolas y elaborando posibles soluciones.
- 2.2 Carácter proposicional. Opera más a través del lenguaje interior.
- 2.3 Capacidad de concebir lo real como un subconjunto de lo imposible. Enfoca la resolución de un problema invocando todas las situaciones y relaciones causales.
- 2.4 Uso creciente de metacognición. Reflexiona sobre sus propios procesos mentales.

El descubrimiento de la vida interior en el adolescente es gracias a la introversión activa, la cual está sometida a grandes variaciones interindividuales, condicionadas por la disposición personal y el ambiente. Debes en 1942 (citado en Moraleta, 1995) distingue 5 fases en el descubrimiento del mundo interior:

- ◆ El descubrimiento del "yo". Suele comenzar a los 13 y/o 14 años, está compuesto por 4 subfases: la autoobservación, el juicio de sí mismo, la formación de una autoimagen y la expresión de sí.
- ◆ El gusto por la soledad. Está íntimamente relacionado con el descubrimiento del "yo" reflexivo además en ocasiones el gusto por la soledad está acompañado por el uso de secretos, pues les da el placer de conocer cosas invisibles para los demás.
- ◆ El gusto por el recogimiento. Orienta sus reflexiones al futuro así como sus preocupaciones y problemas diarios, en una primera etapa predomina el recogimiento "pasivo" mientras que en la segunda se encuentra el "activo".
- ◆ El egotismo. Se entiende como culto que el adolescente profesa a toda originalidad y tiene dos elementos fundamentales:
 - a) Liberar y actualizar todas sus energías descubiertas.

b) Una profunda repulsa hacia todo aquello que pueda limitar sus potencialidades.

- ◆ Exaltación del "yo". El adolescente se siente único en medida de que se siente diferente a los demás.

En la adolescencia el descubrimiento de su mundo interior despierta en ellos el deseo de autoafirmación de discutir valores que le sean propios y que les conduzca a la conquista de un status en el mundo adulto, sin embargo este deseo de ser mayor promueve la espontaneidad de comportamientos y actitudes arrogantes contra lo que considera prohibido dentro de esta actitud arrogante se enfasca en una crítica frente al mundo de los padres; según diversas investigaciones sostienen que entre adolescentes existen 3 puntos principales que son objeto de sus críticas hacia los padres:

- 1.- Su modo de ser personal; las características de cómo los tratan, los comprenden y les permiten ser mayores.
- 2.- Su actitud hacia el cambio.
- 3.- Restricciones de la disciplina familiar.

Con todas estas críticas el adolescente busca incrementar su independencia, liberar y conseguir ciertos derechos como son:

- ◆ Libertad para estar fuera de casa, tener una vida fuera de la familia y elegir las propias distracciones personales.
- ◆ Libertad para asumir sus propias responsabilidades, sin verse sometido a la tutela familiar.
- ◆ Libertad para expresar sus opiniones.
- ◆ Libertad en las actividades escolares.

Otro punto importante dentro de la socialización de todo adolescente es el grupo de amigos, pues ofrece apoyo y consigue de él sentimientos de valoración personal y satisface sus necesidades de comunicación, información, amistad de relieve y de iniciación en el mundo adulto. Frecuentemente el adolescente desarrolla una amistad íntima con algún compañero con el que se identifica, pues pueden tener problemas similares, dudas, ansiedades, entusiasmos, rebeliones, etc. Esas amistades suelen ser exclusivas, fervientes y celosas; algunos autores entienden a esta amistad como una soledad de 2 y que marca un retroceso en el proceso de socialización e integración. El desarrollo de este tipo de amistades es característico del sexo femenino ya que para los varones el pertenecer a un

grupo es de suma importancia, aunque tampoco se niega por completo a tener amistades íntimas (Gilmer, 1974).

En lo referente al desarrollo del pensamiento moral Kohlberg (citado en Myers, 1994) sostiene que a medida que nos desarrollamos intelectualmente nuestro pensamiento moral recorre etapas desde el más simplista y concreto hasta el más abstracto y de principios. Las etapas de las que hace mención podemos ubicarlas en 3 niveles fundamentales que son el preconventional, el convencional y el posconventional:

- ◆ Nivel de la moral preconventional: Antes de los 9 años la mayoría de los niños tienen una mentalidad referida al interés propio. Obedecen para evitar ser castigados o para obtener recompensas concretas.
- ◆ Nivel de la moral convencional: Durante la pubertad la moral generalmente evoluciona hacia la obediencia de leyes y normas sociales sencillamente porque son leyes y las normas. Como están en condiciones de aplicar las perspectivas de otro, los pubertos pueden aprobar actos que les permitan obtener la aprobación social o que ayudaran a salvaguardar el orden social.
- ◆ Nivel de la moral posconventional. En esta etapa la moral se rige por principios abstractos donde se afirman los derechos otorgados o aceptados de la gente o se ajusta a lo que uno percibe personalmente como los principios éticos fundamentalmente que se derivan del descubrimiento de la vida interior donde la realidad comienza a ser percibida como propia y todas las acciones llevan ahora una intención.

Con el progreso del pensamiento abstracto y el acceso al mundo de los valores el adolescente corresponde de modo adecuado los conceptos morales y se da cuenta no solo que cada una de sus actividades pueden ser provechosas o perjudiciales según sus consecuencias inmediatas, sino que están relacionadas con ciertos valores morales objetivos y universales; así comienza la formación de una ética personal que se caracteriza por un gran racionalismo e intransigencia. Con ello cree captar la complejidad de la vida y establecer reglas morales comunes a sus congéneres que violentan a las de los adultos, además debido a su falta de experiencia en la vida moral adulta intenta simplificar todo y pretende dirigir su conducta y la de los demás por principios fijos que se apoyan en su juicio personal al decidir por ejemplo lo que está bien o mal.

Por otro lado el adolescente se desentiende de la autoridad adulta (en especial de aquellos que han pertenecido a su mundo infantil) y rechaza toda influencia extraña, sin embargo busca el apoyo de adultos que no ejercen una presión o autoridad completa para tomarlos como modelos o garantes morales; dicha relación a de estar dirigida por el mismo adolescente. La elección del modelo se realiza casi siempre inconscientemente y tampoco se realiza un análisis de los pros y contras del modelo elegido.

Lo anterior nos habla que los motivos morales pueden estar relacionados con 2 dimensiones: la racionalidad o irracionalidad y la referencia al "yo" y a los otros. Existe con ello una secuencia de desarrollo de los motivos morales según la predominancia en los sujetos de una u otra dimensión; una encuesta realizada por Moraleta en 1992 (cit. en Moraleta, 1995) reveló que los motivos que se encuentran en la base de la conducta moral son:

- a) La mayor parte de los adolescentes dan respuesta de tipo racional y altruista (con altruismo se alude a una moralidad de pacto de los derechos individuales y a una empatía que permite elevar la moralidad de pacto flexibilizando sus principios morales al tener en cuenta la finalidad de sus actos).
- b) Una disminución notable de las respuestas basadas de tipo irracional y egoísta.
- c) Descenso notable de la respuesta basada en principios autoritarios, de tipo conformista y legalista.
- d) La respuesta basada en motivos religiosos experimentan también un notable descenso, lo que orilla a pensar que la ética personal se va haciendo autónoma.

Al considerar que el adolescente va desarrollando una moral autónoma se deduce que tiene un mayor y profundo conocimiento del significado de su propia conducta moral (incluyendo la de los demás), lo anterior se relaciona con la responsabilidad que asume de sus actos morales creando un juicio de sus conductas buenas o malas que incluyen indudablemente la aparición de sentimientos que expresan su sentir moral por ejemplo, cuando considera su conducta buena o aceptable se muestra tranquilo, contento y alegre; en cambio una mala conciencia provoca sentimientos de inseguridad, vergüenza, remordimientos, culpabilidad e inquietudes. En la aparición de estos sentimientos de buena o mala conciencia participa la cultura, la educación recibida aunque no podemos negar que son expresión de un mayor sentido moral.

Con lo revisado, podemos sacar ciertas conclusiones lógicas respecto a algunas problemáticas que puedan presentarse en estos periodos; no obstante, en el entendido de que una faena así cumplida puede conducirnos a caer, en especulaciones, resultara de mayor utilidad detenernos un instante para hablar con más calma, en los próximos dos apartados, sobre el tipo de problemas a que se encuentra más propenso el ser humano en estas etapas, sobre todo en los dos ámbitos de mayor relevancia para el fin perseguido en el presente trabajo: el aspecto psicológico y el pedagógico.

2.2. Problemas psicológicos y pedagógicos que se manifiestan en la infancia.

Intentar cubrir por completo un tema como el que ahora se aborda resulta una empresa tan extensa que por sí mismo podría ser tema de un ensayo, por ello resulta necesario realizar una delimitación que precise de mejor manera no solo la información que presentaré sino también la forma en que la iré desarrollando. Como antes he referido el ser humano se desarrolla por etapas bien diferenciadas entre sí por ciertos rasgos característicos de cada una; pero en cada etapa del desarrollo se plantean distintas problemáticas que son inherentes a ellas y que plantean a los sujetos por un lado una necesidad de superación de estas crisis, y por otro lado dificultad para el logro satisfactorio de dicha superación que resulta igualmente intenso; de tal forma que no puede, ni debe menospreciarse el conflicto que representa, para los individuos, la confrontación a que se ven sometidos en cada situación en el transcurso de su vida. Ya que tanto el malestar como la incomodidad (e incluso frustración) pueden ser experimentadas por un niño al ingresar a la escuela, como por el hombre mayor que se enfrenta a su inminente jubilación.

Podría realizarse una exposición muy precisa sobre todo tipo de problemáticas a las que nos enfrentamos desde el nacimiento hasta la vejez y muerte, y contaríamos con una larga lista de hechos y situaciones; si además le añadimos los factores de índole social, económico, político, cultural y religioso, nuestra lista sería mucho más amplia. Sin embargo, el material que ahora requerimos es aquel que aborda las dificultades que se presentan con mayor frecuencia dentro de la terapia y se agrupan en dos bloques: los psicólogos en primer termino y los pedagógicos en segundo, sin olvidarnos que no existe entre ambos una división estricta pues se influyen y determinan mutuamente; es decir, los trastornos psicológicos repercuten de algún modo en el desempeño escolar, pero también los conflictos escolares pueden ser fuente de desordenes psicológicos. Los desordenes que

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

serán revisados en el primer bloque son: algunos trastornos de lenguaje, trastornos de sueño, del control esfinteriano, del carácter y la conducta, y algunos tipos de neurosis infantiles. En cuanto a los desordenes del segundo bloque solamente citare algunos factores o trastornos que influyen sobre las dificultades del aprendizaje, sin tomar en cuenta aquellos casos de educación especial.

Se sabe que con excepción de los trastornos emocionales y problemas de lento aprendizaje, existen más personas con problemas de lenguaje que con cualquier otro trastorno; además, aunque no se han dado explicaciones concluyentes al respecto, existen entre dos y cinco veces más hombres que mujeres con problemas de habla (Telford, 1980). Estos problemas lingüísticos se definen según Sánchez Escobedo (1977) como todas las desviaciones significativas de la norma en lo que respecta al grado, cantidad, calidad tiempo y ritmo lingüístico, que dificultan la expresión interpersonal. Otros autores consideran defectuosos al lenguaje cuando la manera de hablar entorpece la comunicación, cuando distrae la atención de lo que se dice o cuando el lenguaje es tal que el mismo individuo que habla se sorprende y extraña de su propia manera de hablar; en términos más precisos, el lenguaje será defectuoso siempre que la manera irregular de hablar entorpezca la comunicación, llame de un modo inusitado de atención o produzca tanta preocupación en la persona que habla que se consideren necesarias una educación especial o ciertas medidas correctivas (Telford, 1980).

Cabe señalar que muchas personas son incapaces de captar deficiencias en su propio lenguaje, mientras que otras se dan cuenta de ello y buscan remedio; generalmente estos problemas son detectados a muy temprana edad y son los padres, cuidadores o bien maestros los que notan las fallas del lenguaje. El tipo específico de problemas de lenguaje es muy variado, por lo regular obedecen también a una causa distinta. Lafora (1986) describe los trastornos lingüísticos agrupándolos en cinco bloques según sus características:

Defectos de articulación, consisten en la incapacidad de pronunciar bien una o varias letras, consonantes o vocales, o en su sustitución por otras; constituyen las llamadas dislalias.

Defectos de la voz, se manifiestan sobre todo al pronunciar vocales, se refieren a desviaciones en la fuerza, tono, calidad, duración o flexibilidad de los sonidos, son problemas como el jadeo, la bronquedad, la ronquera y la nasalización.

Perturbaciones en la elocución, consisten en la imposibilidad momentánea, o más ó menos prolongada y acompañada de ansiedad, tales como la tartamudez, el tartajeo y el balbuceo.

Defectos gramaticales y sintáxicos, consisten en una detención en la evolución del lenguaje, el cual queda en una fase primitiva; por ejemplo, cuando el niño omite los pronombres (menos el pronombre personal yo); los verbos son empleados en infinitivo o en la tercera persona del singular del presente indicativo, frases imperfectamente construidas y sin sintaxis.

Por ultimo se encuentra el auditivismo, esto es el mutismo sin sordera y es dependiente de un retraso intelectual.

Ahora precisare un poco más respecto a los problemas de lenguaje. La tartamudez es una disartria espasmódica producida por contracciones intermitentes del aparato fonarticulatorio. Es un desarreglo del flujo y del ritmo normales del lenguaje; implica bloqueos, indecisiones, prolongaciones y repeticiones de sonidos, silabas y palabras o frases; va acompañado de tensión muscular, parpadeo rápido, irregularidades de la respiración y gesticulación facial. En el canto y el cuchicheo desaparece y en las emociones aumenta.

El tartajeo se caracteriza por un apresuramiento al hablar, cuya consecuencia es que el niño se coma o trastrueque las palabras, silabas o letras. Este atropellamiento es agudizado por la nerviosidad del paciente.

En el balbuceo existe una mala articulación, las palabras oídas son repetidas de forma deficiente y las frases no son construidas correctamente. Herlin (1913; citado en Lafora, 1986) se refiere al balbuciente como alguien que quiere hablar pero no dice nada, comienza su frase pero no sabe que idea va a expresar o no ha encontrado los términos de que ha de servirse; por esa razón, comienza su frase de tres o cuatro modos distintos o intercala entre las palabras sonidos vocálicos alargados, o también expresiones inútiles.

Las funciones lingüísticas más vulnerables son las que se refieren a la formulación de la frase, la evocación de palabras, la comprensión de conceptos abstractos, la lectura y la escritura. Puede ser motora eferente, cuando la persona emitiendo lo que escucha pero no puede articular las palabras; o aferentes sensoriales, cuando puede repetir lo que oye aún sin entender. El niño afásico presenta retardo en su lenguaje debido a un daño cerebral;

comienza a hablar tardíamente y presenta dificultades en su expresión oral o en su comprensión verbal, así como torpeza e incapacidad para usar el lenguaje interno, es decir, todo lo que queda comprendido en la simbolización del lenguaje (Sánchez, 1997).

Por otra parte, en lo que se refiere a los trastornos del sueño, se observa que durante el segundo año se dan muestras de ansiedad en forma de dificultad para irse a la cama, porque ello supone separarse de la madre. Si la estimulación durante la vigilia no es adecuada y además no se acompaña de una buena calidad de relación madre-hijo, el sueño se verá interrumpido y aparecerán trastornos tales como: miedos, rituales, automatismos, pesadillas y temores nocturnos.

Los miedos son frecuentes entre los dos y los siete años pero no son persistentes; así, a los dos años o dos y medio años, los niños tienen miedo a la soledad y la oscuridad, por ello solicitan las luces de su cuarto encendidas y la presencia de la madre para lograr dormir. A los tres años y medio, le temen a los animales pequeños (bichos que se puedan encontrar en su cama). A los cinco años sus temores están centrados en los animales grandes (bestias salvajes). Estos miedos se calman bajo la presencia de los padres y pueden desaparecer sin constituir un problema importante, siempre y cuando los padres brinden seguridad y comprensión; en caso contrario los miedos pueden ir en aumento y ser síntomas de un trastorno de personalidad del niño.

Los rituales y automatismos son frecuentes entre los dos y los tres y medio; se refiere a acciones tales como: succionar el pulgar, hacer ruidos moviendo repetidamente la lengua, los labios y se acarician el pelo, las orejas o las mejillas con las manos, otros pueden dormirse con un trozo de tela, una almohada o cualquier otro objeto (siempre el mismo), con este el niño se frota la cara o lo aprieta entre las manos, o solo se duerme con él al lado; también puede ser que necesite de su muñeco o animal preferido para dormir. Los automatismos son ruidos o movimientos persistentes como el rechinar o entrechocar los dientes; en este periodo puede aparecer la somnolencia que es la emisión de palabras sueltas por parte del niño mientras duerme, en ocasiones persiste hasta edades escolares y se relaciona con la ansiedad.

Las pesadillas son otro frecuente trastorno del sueño. Durante ellas el niño se mueve, gime y se despierta; es una forma de expresión de la ansiedad que se concreta en

imágenes durante los sueños que el niño experimenta como reales, es posible que el niño no sepa explicar la naturaleza de lo que le ha sucedido.

En los episodios de terrores nocturnos, el niño, después de algunas horas de estar durmiendo, comienza a gritar, gesticula y se agita pidiendo auxilio, como si tratara de apartar de él fantasmas que lo atacan. Cuando sus progenitores acuden lo encuentran sentado en la cama o levantando, angustiado y con expresión de terror, diciendo cosas no del todo comprensibles. No reconoce a las personas que están con él, y no responden con coherencia las preguntas que le hacen. Sin despertarse del todo, se va tranquilizando y se vuelve a quedar dormido. Al día siguiente no recuerda lo ocurrido. Algunos niños que no presentan grandes dificultades sufren crisis ocasionales de terror nocturno. Este fenómeno aislado obedece a un momento de angustia en él y remitirá cuando está desaparezca, pero su reiteración es patológica (Campo, 1992).

Ha llegado el momento de hablar sobre los trastornos de control esfinteriano, para ello se debe aclarar en primer termino que todos los niños carecen de control vesical voluntario durante el primer o segundo año de vida, el control diurno se adquiere antes que el nocturno. Ya hacia los tres o cuatro años los niños adquieren, por lo regular, el control total, aunque a veces la madre tiene que intervenir despertándolo para que no moje la cama; dicho evento puede prolongarse hasta los cuatro o cinco años, sin ser considerado como patológico.

Cuando el niño dispone libremente de los mecanismos de retención y expulsión como forma de rebelión, expresa así sus sentimientos de rechazo hacia la madre, obligándola, por así decirlo a que lo siga atendiendo como un bebé, con resultados placenteros para él. Los trastornos referentes al control esfinteriano son la enuresis y la encopresis.

La enuresis es la falta de control en la emisión de la orina, estas micciones pueden aparecer en el día o la noche de forma inconsciente e involuntaria, y que se manifiesten o aparecen después de la edad de adquisición normal. Las causas pueden ser múltiples y deben ser vistas en relación a cada niño, según su personalidad y trastornos afectivos. En cualquier caso esta anunciado, a modo de síntoma, de algo que no anda bien y el chico requiere ayuda. Puede decirse que es el síntoma que el niño utiliza para reclamar atención

y dar a conocer su necesidad de ayuda. Lo más frecuente es que revele un conflicto emocional más o menos serio, eso es precisamente lo que se debe solucionar.

La encopresis es la evacuación intestinal parcial o total, que sucede pasada la edad normal de control; el encoprético es o ha sido también enurético. Paralelamente se puede presentar diarrea o estreñimiento, o pueden presentarse ambos de forma alternada. Los niños encopréticos padecen en general un tipo de trastorno de personalidad con características comunes: dificultades en el manejo de la agresión, son muy dependientes, toleran mal las frustraciones, son ansiosos e indecisos, tienen dificultades para relacionarse, con los demás, especialmente con la madre y experimentan constantemente sentimientos de fracaso. Por lo general no se presenta como síntoma aislado, sino que se acompaña de otras manifestaciones. Su evolución depende de la gravedad del conflicto que lo provoca y del mantenimiento del síntoma que lo encubre. Una buena evolución puede facilitar la una cierta modificación de la actitud de la madre o el sustituto materno, para crear una buena relación madre-hijo (Campo, 1992).

Existen también una serie de manifestaciones del carácter, que pueden ser consideradas evolutivamente normales, sin embargo en la medida en que tienden a permanecer fijadas o que se agudizan de forma extrema se constituyen en patologías. Ahora se presentan algunas de ellas acompañadas de una breve definición:

- ◆ La oposición y el negativismo, se manifiesta como una oposición a cualquier tipo de autoridad, al margen de los propios intereses de los niños; es decir, no responde a persuasiones razonables y su conducta opositora en muchas ocasiones va en contra de sus propios intereses.
- ◆ La agresividad es una manifestación externa de hostilidad, odio o furor contra sí mismo y/o los demás. Dichos impulsos agresivos entran en el terreno de las perversiones cuando están relacionados con la satisfacción y el placer.
- ◆ La inhibición de juego, no significa solamente que el niño no juega, ya que el retraimiento puede presentarse en distintos grados y formas, sino que tiene que ver con el persistente rechazo por ciertos juegos o con la falta de constancia respecto a todos.

La timidez infantil para que sea considerada un trastorno, debe caracterizarse por una persistente y excesiva disminución de la familiaridad en contacto con extraños, de

modo que interfiera en su relación con sus compañeros; intentan pasar desapercibidos cuando hay alguien que no conocen; en la escuela no se despegan de los cuidadores y susurran cualquier demanda. Su comunicación no se ve afectada, pero pueden permanecer mudos o articular mal cuando la timidez es severa. Esto retrasa la socialización adecuada a la edad, y provoca aislamiento y depresión.

En cuanto a los trastornos de conducta podría realizarse una larga lista de manifestaciones aisladas que son claras a la vista de las personas. Sin embargo, a continuación solo presentare dos de estos casos: el hurto y la mentira. A cerca del primero a pesar de que se pueda tener una idea clara sobre la propiedad, aun así tratan de apropiarse de aquello que les llama la atención. Solo en la medida que la conciencia moral se desarrolla, alrededor de los cinco años, el robo se convierte en algo prohibido e inaceptable, de acuerdo con las reglas y normas sociales. La finalidad del hurto puede tener variantes. Por ejemplo, puede robar a un compañero que odia en un acto de venganza, ya sea abiertamente y como provocación, o a escondidas si le teme. El dinero u objetos robados a los padres puede ser destinados a los compañeros con el fin de ganar amigos. El robo persistente va acompañado de otros síntomas que indican perturbaciones más profundas; en dichos casos, lo que inquieta a los padres es la negación y la aparente ausencia de sentimientos de culpa en los niños.

Sobre las mentiras, parece aceptable que un niño de tres o cuatro años recurra a ellas, pero puede convertirse en un trastorno, por ejemplo, cuando la mentira determinada por la fantasía, en el mejor de los casos, surge como consecuencia de la frustración frente a una realidad conflictiva, lo importante reside en la medida en que el niño llegue a creer en sus fantasías. Cuando no es capaz de reconocer aquello que no es cierto, su trastorno llega al terreno de la psicosis. Otro tipo de mentira es la "mentira delictiva", se refiere a una falsificación de hechos de forma consciente con el objetivo de eludir un castigo ú obtener algún otro beneficio.

De este modo hemos llegado al punto en que hemos de revisar algunas neurosis infantiles tales como: los estados de ansiedad crónica en niños aparentemente bien adaptados. Es una crisis de pánico intenso, se presentan palpitaciones y sudores, opresiones en el pecho, dolores de cabeza, estómago y vientre. En niños mayores puede asociarse estos síntomas con sentimientos de autoextrañamiento o despersonalización y de muerte

inminente, y pueden darse bajo la forma de ataques a los compañeros, bajo la consigna de que se les quiera dañar, a la vez que lloran y buscan refugio en los adultos que les rodean. El ataque puede durar de unos minutos a una hora y aparecer varias veces al día. Los estados de ansiedad crónica se manifiestan en niños con una actitud de defensa permanente, generalmente infelices, con miedo a todo, expectantes y difíciles de tranquilizar.

Las fobias infantiles son tan comunes que si son leves y transitorias son normales. El término fobia hace referencia a un temor angustioso e irracional ante un objeto o situación exterior que de modo persistente es vivido como amenazante por el sujeto. Debido a la gran ansiedad que la acompaña, engendra conductos de evitación. Las fobias tienden a volverse más problemáticas cuando más incapacitantes resultan para las funciones normales de los niños.

Durante mucho tiempo se consideró que la neurosis no afectaba al niño, pero actualmente se considera que el síndrome obsesivo-compulsivo puede aparecer entre los seis y los diez años. En el estado obsesivo la conciencia del niño es asaltada por pensamientos intrusos, por miedos o por dudas que son vividas como ajenos y poseen carácter indeseable. El estado compulsivo se caracteriza porque el niño realiza una serie de actos repetitivos y estereotipados, que son ejecutados porque el niño siente que de esta forma puede evitar alguna amenaza imaginaria. Los niños obsesivos se manifiestan como perfeccionistas, son excesivamente meticulosos y ordenados, y de obediencia modélica, sujetos a un rígido autocontrol, repiten tareas encomendadas, ritualizaciones en la limpieza o al acostarse, preocupándose por el contacto con la suciedad o con los órganos sexuales, etc. Están insertos en una malla de inhibiciones y autorrestricciones que pueden bloquear su creatividad o provocar un desarrollo desequilibrado.

El estado depresivo se caracteriza por un síndrome nuclear cuyos componentes son: tristeza, inhibición y sentimiento de culpa; con síntomas adicionales como: fatiga, falta de entusiasmo y de energía, retraimiento, etc., unidos a trastornos somáticos: insomnio, jaquecas, hipertensión, anorexia. El cuadro opuesto, el estado maniaco, presenta una exageración de las manifestaciones pulsionales, con euforia, fuga de ideas, bulimia, excitación psicomotriz, tendencias megalomaniacas.

Es momento de relatar algunos elementos concernientes al segundo bloque de información que acordamos esclarecer. Sabemos que el ingreso en la escuela representa una

importante separación de la familia, sobre todo, de la madre. El grado de adaptación que el niño logre dentro de la escuela, dependerá en cierta forma de cómo haya superado las fases anteriores de socialización; pero no significa que un niño que se encuentra bien adaptado a su familia necesariamente se ajustará bien a la escuela.

Los niños que se encuentran sumamente ligados a su madres son quienes tienen mucha más dificultad para poder separarse de ella; pueden incluso reaccionar con crisis de ansiedad así como negarse a asistir a la escuela, es decir que desarrolla fobia escolar. Es posible que dicha dificultad no las muestre directamente, aceptando de buena gana quedarse en la escuela, pero en cambio presentan regresiones a etapas anteriores, con la aparición de síntomas que se habían superado como: enuresis, encopresis, trastornos del lenguaje, dificultades en el sueño, etc. Entonces puede concluirse que la escuela, al ser un ámbito social diferente del familiar, es un terreno en el que se pone a prueba la capacidad infantil de socializar, al tiempo que se comprueba su estabilidad interior respecto al abandono de su madre.

Existen muchos grados y formas a través de los cuales el niño muestra su aversión al aprendizaje. Puede tratarse de un desagrado notorio o de lo que se identifica como simple pereza y en el fondo es una forma de rechazo a la escuela. Los trastornos escolares pueden deberse a múltiples causas, a continuación se revisan algunas.

- ◆ Fracaso escolar. Aunque estas dificultades pueden ser ocasionados por errores pedagógicos, en la mayoría de los casos la verdadera causa reside en factores psicológicos. Con regularidad es un síntoma tras el cual existe un trastorno emocional.
- ◆ Trastorno del lenguaje. Es una de las primeras dificultades con las que puede tropezar el niño que comienza su aprendizaje en lecto-escritura; es natural que el niño que pronuncia mal un fonema tenga problemas para su transcripción tanto a la hora de leer como a la hora de escribir.
- ◆ Trastornos de percepción. Pueden ser auditivos, visuales o espaciotemporales, y causan dificultades en la discriminación de las letras.
- ◆ Dificultades de adaptación. Pueden convertirse en inconvenientes específicos del aprendizaje, en cuyo caso con un síntoma más de problemas emocionales.

- ◆ Inmadurez afectiva. Se puede deber a un exceso o a una falta de protección familiar. Estos niños no están en disposición de ocuparse de tareas escolares porque no quieren crecer, sino continuar siendo pequeños y dependientes, por ello carecen del deseo de aprender, puesto que eso está ligado al crecimiento e independencia.
- ◆ Inestabilidad Emocional. Supone alteraciones de conducta que dificultan la adaptación del niño. Al pequeño le cuesta trabajo atender, se muestra agresivo, inquieto y tiene problemas en su integración al grupo. Si se le fuerza en su aprendizaje, presenta reacciones negativas y rechazo al medio escolar (Campo, et al. 1992).

Una aclaración que debe tomarse en cuenta es que, si bien la conducta problema tiende a ser molesta entre los maestros y los demás miembros de la familia, ello no necesariamente significa que toda conducta que disgusta y crea problemas deba considerarse una desadaptación. Los padres, por ejemplo, pueden variar en cuanto a su tolerancia respecto al comportamiento de sus hijos. De hecho, el concepto que tengan los padres en lo que se refiere a la conducta problema, y su preocupación por encontrar una adecuada orientación, pueden reflejar problemas en ellos mismos, más que en sus hijos, puede implicar por ejemplo extrema ansiedad o poca tolerancia. En cuanto a los maestros, se sabe que su experiencia hace variar las expectativas acerca del comportamiento de los niños; así los maestros con solo unos años de experiencia tienden a ver los actos indeseables como más serios de lo que realmente son, en cambio los maestros con diez o más años de servicio son más comprensivos (Berryman, 1994).

Para concluir, debemos tener presente que cada una de las conductas problema que pueden presentar los niños, se encuentran determinadas por diversos factores que deben ser tomados en cuenta dentro del trabajo terapéutico, tales como: nivel socioeconómico, determinantes ambientales, historia de maltratos, etc., ahora debemos conocer ciertas problemáticas o trastornos que son característicos de la adolescencia.

2.3. Problemas psicológicos y pedagógicos que se manifiestan en la adolescencia.

La adolescencia en la actualidad es una etapa muy difícil. Por un lado, el adolescente actual goza de mayor reconocimiento (sobre todo en sociedades como la nuestra), tiene cada vez una participación más amplia en los ámbitos sociales y políticos, lo cual implica que su papel en la vida adulta es más central que el de generaciones anteriores.

No obstante, al menos desde el principio y hasta la mitad de su adolescencia, continúan siendo niños dependientes; debido a ello los adolescentes se enfrentan a diversas contradicciones personales debido a los conflictos que se desarrollan entre estos dos papeles. Por si esto no fuera poco, durante esta etapa el ser humano experimenta una serie de cambios biológicos y físicos, lo cual viene a complicar aún más su situación; recordemos que un acercamiento a la definición de la adolescencia, desde un punto de vista biologicista, refiere que "la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general a esto se le conoce como inicio de la pubertad, pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas sexuales que producen la aparición de las características sexuales secundarias (...) sería imposible establecer la edad específica del comienzo de la pubertad. En la mayoría de los niños esta edad fluctúa entre los 10 y los 15 años, y en las niñas, generalmente entre los 9 y los 14 años. En realidad, en cada individuo la pubertad es un proceso gradual que abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa madurez sexual" (Horrokcs, 1993; p. 21).

Con frecuencia se considera al adolescente como una persona emocional, egocentrista y voluble, soñador (que tiene poco contacto con la realidad), que no es capaz de establecer una autocrítica, estereotipado, inestable, perfeccionista y sensible. Fountain (1961); cit en: Horrokcs, 1993) subraya cinco cualidades que caracterizan al adolescente y lo diferencian de los adultos:

1. Experimentan sentimientos especialmente intensos y volubles.
2. Necesitan de recompensas fuertes e inmediatas.
3. Tienen una capacidad limitada para examinar la realidad.
4. Incapacidad para la autocrítica.
5. Inconsciencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con su propia persona.

Debido a que es un periodo importante de transición y cambio, sería sorprendente que no hubiera problemas más graves durante la adolescencia; de acuerdo con Berryman (1994), aproximadamente uno de cada cinco adolescentes experimentan problemas psicológicos significativas. De entre estos, los que enseguida revisaremos son:

- a) Depresión e intentos de suicidios.
- b) Ansiedad.

- c) Problemas de conducta y delincuencia.
- d) Trastornos alimenticios.
- e) Toxicomanía.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que presenta una sintomatología muy variada y distintos grados de severidad; puede decirse que entre los síntomas de depresión el adolescente manifiesta: tristeza, desesperación, pesimismo, llora con facilidad, mal humor, irritabilidad, ideas autodespectivas, inadecuada culpabilidad, pérdida de apetito, problemas de insomnio, pérdida de energía, excesiva preocupación por la muerte, sentimiento de desesperanza y desconfianza, y en ciertos casos aparecen pensamientos suicidas. Entre las distintas explicaciones hipotéticas que se han realizado entorno a la depresión en niños y adolescentes, se ha descrito a la enfermedad depresiva dependiendo de la interacción de factores como: vulnerabilidad genética, acontecimientos del desarrollo, acontecimientos psicosociales, estresantes fisiológicos y rasgos de personalidad. En los adolescentes (y aún en los niños) son frecuentes los "trastornos adaptativos" con estado de ánimo ansioso o deprimido, su rasgo fundamental es una reacción desadaptativa ante un estrés psicosocial identificable (divorcio de los padres, desengaño amoroso, fuerte conflicto con los amigos, un problema escolar grave, entre otros). Se considera que es una reacción desadaptativa porque los síntomas presentan una intensidad superior a la que podemos considerar normal o esperable frente al estrés (Maciá, 1994).

En relación al suicidio se dice que una elevada proporción de adolescente ha tenido alguna vez ideas suicidas, de hecho, es mucho más frecuente la sola idea de suicidio que las amenazas o los intentos por llevar a efectos tal acción. Los métodos utilizados para suicidarse dependen en gran parte de la disponibilidad y costumbres socioculturales, tal acto por lo regular es cometido con arma de fuego, envenenamiento por intoxicación con medicamentos, ahorcamientos y desangramientos. Las principales razones para las ideas y los intentos de suicidios son: los problemas con los padres, problemas con los estudios, fracaso en exámenes, desengaños amorosos, conflictos familiares, etc; es una forma de escapar a situaciones o tensiones intolerantes para el adolescente o una forma de llamar la atención a los demás de su situación, o de dar a conocer su propia tristeza. El estado anímico de los jóvenes que tienen ideas suicidas se caracterizan por: rabia, tristeza, sensación de falta de afecto, preocupación por el futuro y desesperación. Respecto a

aquellos adolescentes que cometen suicidio se sabe que: experimentan fuertes estados depresivos y desesperanza, tienen tendencias al aislamiento, escasas relaciones interpersonales, dificultades escolares, antecedentes de tentativas de suicidios, y sobre todo que mantenían una relación conflictiva con sus padres (Maciá, 1994).

Como mencione en el apartado anterior, en el cual se habla de los problemas psicológicos y pedagógicos que presentan los niños, la ansiedad es una crisis intensa de pánico que se presenta acompañada de múltiples signos somáticos (como sudoración, palpitaciones, etc.); el adolescente se caracteriza por una cierta inestabilidad anímica, es decir que puede, sin un motivo aparente, pasar en muy poco tiempo de la alegría a la tristeza o viceversa.

Los trastornos de conducta incluyen diferentes problemáticas que tienen que ver con agresividad física y/o verbal, destructividad, irresponsabilidad, falta de docilidad y relaciones personales escasas. Los adolescentes que presentan problemas conductuales manifiestan una incapacidad o falta de deseo para adherirse a reglas y códigos de conducta prescritos por la sociedad en distintos niveles. Estos desordenes se relacionan con dificultades para aprender a controlarse o al hecho de que el individuo ha asumido reglas conductuales que no coinciden con las normas de que sector de la sociedad ha decretado. Sin embargo, hay otro grupo de adolescentes que no se inscriben en el que arriba se especifica, sino que más bien se encuentran en franca oposición con la legalidad. Lejos de surgir repentinamente dichas actividades ilegales en los jóvenes, forman parte de un proceso gradual de socialización desviada que se agrava poco a poco. Es precisamente en la adolescencia cuando se manifiesta más agudamente este proceso.

No puede considerarse un solo tipo de delincuente, ya que entre ellos hay distintos modos de comportamiento con actos de distinta gravedad. En ocasiones la delincuencia es transitoria y se utiliza para llamar la atención; para otros se convierte en norma de vida. La conducta juvenil delictiva comienza hacia los 13 o 14 años (aunque hay antecedentes de desviación ya a los 9 o 10 años) alcanza su punto culminante entre los 17 y 19 años. A pesar de que continúa ligándose a la delincuencia con la miseria, su practica se ha extendido a sectores socioeconómicos medios y altos. En los casos de conducta delictiva o desviada se conjugan distintos tipos de variables que la producen, como los sociales (organización social, política, económica, distribución de la riqueza, modo de producción,

medios masivos de comunicación, etc.), familiares (carencias afectivas, modelos paternos, errores educativos, etc.), el grupo de amigos, entre otros (Campo, et al. 1992).

En cuanto a los trastornos alimenticios, he de abordar tan solo aquel que se presenta con mayor frecuencia: la anorexia. Es un trastorno alimenticio que se manifiesta preferentemente en las mujeres adolescentes (de entre los 12 y 18 años), provenientes de todos los sectores socioeconómicos. Su rasgo sobresaliente es la implacable búsqueda de adelgazamiento, es decir, iniciar una dieta y restringir la comida hasta la inanición y a veces la muerte. Sus síntomas son: miedo intenso a la obesidad, pérdida significativa de peso en ausencia de la enfermedad somática, que lo justifique, alteración de la imagen corporal, rechazo a mantener el peso corporal dentro de límites normales, y en las mujeres amenorrea (cese de la menstruación). Es indudable que el aumento en el número de mujeres adolescente, anoréxicas, es consecuencia directa de la presión social y de las pautas imperantes sobre el atractivo femenino; además de la creciente tendencia entre los jóvenes a definir su valía personal en términos de apariencia física, o bien el miedo al rechazo por no responder a los cánones sociales (Maciá, 1994).

Quizá el problema más preocupante cuando se habla de adolescencia, es la cuestión del uso y abuso de drogas. El término droga puede aplicarse a muchas cosas desde el alcohol y los cigarrillos hasta la marihuana y heroína. La adolescencia puede significar un periodo de vida difícil para alguna gente joven, ya que se encuentra bajo la presión de la escuela, se encuentran en malos términos con sus padres o no tienen ninguna relación con sus coetáneos; para algunos el trabajo o la falta de éste es tan frustrante como aburrido. Todo conjugado significa una tentación al momento que se le ofrece algo que califican (quienes lo proporcionan) de "emocionante" o "divertido". Por otra parte, las razones individuales que llevan a los muchachos a consumir droga son muy variados, sin embargo, el nivel de desarrollo psicológico, físico o social pueden brindar indicios más claros al respecto. Por ejemplo, el adolescente con pocos recursos psicológicos puede encontrar en la drogadicción el medio para escapar de la inseguridad y al aislamiento que le produce la dificultad de adaptación a diversas situaciones, o puede buscar la droga para relajarse y experimentar la sensación de que cubre nuevas maneras de ser y sentir sin vivir la angustia del cambio (Campo, et al. 1992).

Por último, respecto a la escuela, es preciso señalar que las demandas que esta le plantea parecen sacar a relucir, y de hecho exacerbar, las dificultades del joven vulnerable. La escuela secundaria introduce a los adolescentes a relaciones sociales y laborales, así como a diversas formas de autoridad. Las áreas de éxito académico, conducta social, valores morales y elección vocacional, representan esferas importantes de influencia tanto de maestros como de padres, en la socialización de los jóvenes. Pero también ofrece un medio propicio para la rebelión de los adolescentes, así como para que se manifiesten los problemas de desgano frente al estudio de manera muy marcada, e incluso deserción escolar; todo lo cual puede remitirnos a trastornos en otras áreas, sean estas familiares, psicológicas, sociales, efectivas o emocionales.

Ahora, para cumplir con el objetivo primario del presente capítulo, es preciso hablar de aquellas problemáticas que presentan los niños y adolescentes que acuden al consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

2.4. Principales problemas de niños y adolescentes que acuden al consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

Tal como he mencionado anticipadamente las problemáticas que se atienden dentro del consultorio son diversas, debido a su rubro psicopedagógico la mayoría de las personas que acuden reportan o demandan un servicio más de tipo pedagógico que psicológico, y en gran parte de los casos se presentan debido a la presión que ejercen los maestros de sus hijos, también he dicho que atendemos más casos de niños que adolescentes, y el número de adolescentes atendidos es similar al de adultos. El tipo de casos que atendemos en orden de importancia de acuerdo a la demanda, de mayor a menor, son:

En niños:

- ◆ Maduración.
- ◆ Problemas académicos (hábitos de estudio, aprovechamiento, regularización).
- ◆ Problemas de conducta (sobre todo agresividad, pero también niños que mienten, toman dinero, que son introvertidos e hiperactivos).
- ◆ Problemas emocionales (depresión, estrés, timidez y ansiedad).
- ◆ Problemas de lenguaje; y por último,
- ◆ Identidad de género.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En adolescentes:

- ◆ Problemas de conducta (agresividad, rebeldía).
- ◆ Problemas académicos (aprovechamiento, hábitos de estudio, orientación vocacional).
- ◆ Problemas emocionales (depresión, estrés).

En adultos:

- ◆ Manejo de contingencias.
- ◆ Problemas emocionales.
- ◆ Terapia de pareja.

Cabe decir que la mayoría de los adultos con los que trabajamos son los padres de familia de los niños y adolescentes que atendemos, aunque no por eso significa que no haya adultos que lleguen al consultorio pidiendo el servicio para ellos; sin embargo, desde el momento en que los padres acuden solicitando que les brindemos el servicio a sus hijos, se les informa que el apoyo que nosotros les ofrecemos debe, para ser más afectivo y rápido el logro de los objetivos buscados, estar respaldado por el trabajo que realicen en casa con sus hijos, de manera que será necesario que trabajemos algunas sesiones con ellos. Estas sesiones con los padres de familia por lo regular son para trabajar sobre entrenamiento en manejo de contingencias, pero ante todo se programan y plantean en función de las necesidades o requerimientos para el apoyo de la labor realizada con sus hijos, o bien para esclarecer las dudas surgidas durante las sesiones con sus hijos o el desempeño de estos en sus hogares y escuelas.

Ahora bien, he hablado del tipo de casos en general que se atienden dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", pero de ninguna manera significa que un servidor haya atendido ya todo ese tipo de problemáticas; puede decirse que se ha dado dentro del consultorio una especie de división de los casos en base a los intereses y habilidades de los psicólogos que ahí trabajamos. Por supuesto que hay ciertas problemáticas en las que coincidimos, pero hay otras que alguno de nosotros no trabaja. Respecto a mí, el tipo de casos que he atendido desde que ingrese son:

En niños:

- ◆ Maduración.
- ◆ Problemas de conducta: agresividad y niños que mienten y/o toman dinero.

- ◆ Problemas emocionales: timidez, depresión y ansiedad; y,
- ◆ Problemas de lenguaje: tartamudeo.

En adolescentes:

- ◆ Problemas de conducta: agresividad, rebeldía, jóvenes que mienten y/o toman dinero.

Y, en adultos:

- ◆ Manejo de contingencias.

A continuación relatare los casos más representativos y descriptivos que he atendido durante mi estancia en el consultorio, para tal efecto recurriré a datos recabados durante la entrevista inicial y al resumen de la información obtenida de los tests aplicados, así mismo para la relatoría de estos casos me serviré de nombres ficticios.

CASO #1. MADURACIÓN.

Nombre: Israel. Edad: 5 años.

Acudió la mamá en busca del servicio motivada por la petición de la educadora del kinder a donde acude el niño y por el constante consejo de una de las tías del chico; el padre de Israel se oponía (y de hecho se opuso durante el tiempo que duro la terapia) a que llevaran a su hijo con un psicólogo. El motivo de la consulta era, por una parte que la maestra consideraba que el niño estaba desfasado con respecto a sus compañeros (porque no acudió dos años al kinder, solo uno, a diferencia del resto de sus compañeros), y por otra parte porque era muy grosero con su familia. Es hijo único y la señora reporto que todos sus tíos (tanto por parte de ella, como de su esposo) sus abuelitos e incluso su papá, lo consentían mucho, dándole todo lo que el niño quería. Presentaba una leve deficiencia en su lenguaje por falta de estimulación, debido quizá a que él, si quería algo, solo lo tenía que señalar para que se lo dieran. Dentro de las pruebas aplicadas, los indicadores más importantes que se encontraron fueron: inmadurez, falta de coordinación perceptual y probables actitudes hostiles hacia sus papás. Debido a que era evidente la necesidad de trabajar maduración con Israel se procedió con ello; se le ponían ejercicios de figura-fondo, rompecabezas, terminar dibujos de acuerdo a un modelo, juegos de coordinación visomotora, etc. con respecto a su familia, sabíamos que no contaba con el apoyo del padre del niño, por tal motivo se le dijo a su madre que a ella se le asignaría una sesión quincenal para trabajar sobre manejo de contingencias, sin embargo, pese a que la cita se confirmaba

con ella con anticipación, faltó a sus dos primeras sesiones, cuando se le avisó una tercera cita que le había adelantado, dejó de llevar al niño.

CASO #2 CONDUCTA.

Nombre: Claudia. Edad: 10 años.

Ambos padres acudieron en busca del servicio. La niña cursaba el 5to. año, fue la maestra quien sugirió que la llevaran. Sus padres reportaron varias quejas, en la escuela: la niña iba mal, era agresiva con sus compañeros (les pegaba, les quitaba sus cosas), no tenía amiguitos, era rebelde con la maestra, no la obedecía y no ponía atención a las clases; en la casa: hablaba mucho por teléfono y en ocasiones para insultar a sus compañeros, era muy desobediente y cuando hacía las cosas era de mala gana (haciendo gestos, azotando las puertas u otros objetos, sonando demasiado sus zapatos, murmuraba cosas, etc.), se peleaba con su hermano, decía mentiras, le tomaba dinero a su mamá del monedero y era muy grosera con sus papás y con su abuelita. La queja principal (así destacada por sus padres) era el tomar dinero (pues ¿para qué lo quería? Si ellos le daban todo lo que pidiera), así como su comportamiento en la escuela. El trabajo terapéutico con Claudia consistió en ejercicios y juegos de reflexión, autoestima, lecturas reflexivas sobre valores (las cuales eran reforzadas con diversos juegos de mesa, que serán revisados más adelante). Pero el mayor peso del trabajo recayó en los padres; debido a que ellos daban a su hija todo cuanto pedía y tenía muchas concesiones, se les entrenó en manejo de contingencias. Gracias a la abierta cooperación de los papás de Claudia, se obtuvieron excelentes resultados con la niña, los cambios producidos en ella comenzaron a notarse prácticamente desde las primeras sesiones, pero el cambio real y consistente se logró aproximadamente unos diez meses después de su ingreso con lo cual se le dio de alta.

CASO #3 CONDUCTA.

Nombre: Clara. Edad: 8 años.

Fue su mamá quien la llevo por iniciativa propia y al mismo tiempo pidió terapia para ella. La señora tiene 40 años, esta separada hace 5 años, tiene 5 hijos y al momento de acudir a la terapia, tenía tres meses de embarazo. Sus cuatro hijos mayores ya no estaban con ella, los 3 más grandes eran casados, el cuarto se le "perdió" cuando tenía 17 años, (año y medio antes de acudir al consultorio); Clara era la única mujer y la más chica (a parte del embarazo). El motivo por el cual llevo a su hija al consultorio, es porque consideraba que

necesitaba atención psicológica debido a que su comportamiento, que siempre había sido muy agresivo, se había agudizado aún más, primero a partir de que la señora comenzó una nueva relación (con el papá del bebé que estaba esperando), después cuando perdió a su hermano, y se había vuelto aún más rebelde y grosera cuando se enteró del embarazo de su mamá.

Debido a su carácter tan agresivo y a que Clara no estaba convencida de querer asistir a las terapias, lo primero que hice fue ganarme su confianza para que ella pudiera contarme sobre la situación en su casa tal como ella lo vivía. A través del juego (como el ajedrez) Clara proyectó algunos aspectos de su situación familiar, sobre todo reprochar el hecho de que la reina tuviera mayor dominio sobre el tablero que cualquier otra figura y, según sus propias palabras, "la reina se siente con tanta autoridad que siempre hace lo que se le da la gana además de que "siempre los chiquitos (se refería a los peones) son los que pagan las consecuencias de las peleas entre los grandes". En base a tal información se comenzó a indagar más respecto a su relación con su mamá. La niña, después de un tiempo, manifestó que se había estado comportando muy rebelde con su mamá debido a que ella ya no le hacía caso, textualmente dijo: ... "mi mamá ya desde antes no me hacía caso, él único que me entendía era mi hermano; pero luego él se fue de la casa cuando mi mamá comenzó a salir con este señor!". Argumentó además, que lo único que quería era que su mamá pasara un poco de tiempo con ella;

Clara entendía que su mamá tenía que trabajar y que el tiempo que pudiera pasar con ella sería poco, pero se conformaba, solo quería salir de vez en cuando con su mamá (sin su esposo). Con la niña se trabajó primero sobre relajación, al tiempo que, mediante la reflexión, se procuraba que se adaptara a la nueva situación que había en su casa. Lamentablemente el trabajo terapéutico con ella no dio resultado debido a dos situaciones: primero, su mamá nunca se prestó al trabajo que se estaba realizando con su hija, solamente quería que Clara cambiara pero ella estaba más ocupada en su empeño de no perder a su actual pareja, pues tenían problemas conyugales y estaban a punto de separarse; segundo, cuando al fin la niña pudo expresarle a su mamá su deseo de pasar con ella algún tiempo, le dijo que fueran a pasear al parque, pero la señora decidió que no irían solas y llevaron al paseo a su esposo, con lo cual Clara estaba muy defraudada, la situación se repitió dos ocasiones más, pese a que le fue recomendado a la señora que solo estuviera ella con su

hija las dos veces llevaron consigo a su esposo. Solo estuvieron en terapia cinco meses debido a que los últimos días de embarazo ya no podía salir y luego de que su bebé nació ya no regresaron. La mamá de Clara dijo que el tiempo que su hija estuvo en terapia le había servido, pues había visto ciertos cambios en ella. Durante las últimas sesiones la niña se había mostrado casi igual de agresiva que al inicio, pero definitivamente más reflexiva.

CASO # 4: TIMIDEZ Y DEPRESIÓN.

Nombre: Manuel. Edad: 9 años.

En el capítulo anterior ya expuse alguna información al respecto de este caso: el niño fue canalizado por su profesora por ser muy introvertido y conforme avanzamos en el trabajo mostró cada vez más un cuadro depresivo provocado por el fallecimiento de su abuelita, el cual aún no podía superar. Ya se explicaron pues algunos lineamientos que serían aplicados en su caso, sobre todo las técnicas de afrontamiento; cabe recordar que le había pedido que escribiera una carta dirigida a su abuelita, expresándole como se sentía a raíz de su fallecimiento, a partir de que se le asignó esta tarea el niño solo asistió, a cuatro sesiones más dentro de las cuales logramos avances significativos: Manuel había podido narrarme todo lo acontecido respecto al fallecimiento de su abuelita, de cómo se sintió entonces y del rencor que aún sentía hacia su familia, desahogándose así no solo con llanto sino también con palabras; reconoció él mismo en la sesión siguiente que ya se había sentido más tranquilo después de todo lo que me dijo, y me expresó que también quería poder hablar con sus padres para que ellos supieran como se sentía y hacerles muchas preguntas, pero le costaba trabajo iniciar la conversación. A mi parecer ese era el siguiente paso lógico en la terapia, de manera que inicié haciendo una breve evaluación para detectar cual era el problema que le impedía hablar con sus padres; Manuel sabía lo que quería decir y preguntar, en los ensayos fue muy asertivo, el problema era que ya estando con sus padres los nervios le traicionaban y comenzaba a gritar y agredir, terminaba llorando y no decía nada, por ese motivo comenzamos a trabajar sobre algunas técnicas de relajación, previamente se le explicó la importancia de esas técnicas mediante el juego de "El coyote y las gallinas", puesto que no se prestaba. Solo tuvimos una sesión de entrenamiento de relajación, después dejó de asistir por problemas familiares que les impedían llevarlo al consultorio sin embargo sus padres dijeron que retomarían la terapia en cuanto resolvieran algunos asuntos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO # 5. ANSIEDAD.

Nombre: Miguel. Edad: 8 años.

Ambos padres acudieron a la entrevista inicial, en ella informaron que los motivos por los cuales acudían a consulta eran dos: por un lado el niño era muy distraído, por otro, todo se lo llevaba a la boca, cualquier objeto que tuviera en sus manos se lo metía a la boca y lo mordía (sobre todo los lápices, plumas, colores, gomas) e incluso en ocasiones se los comía. Dentro de la valoración el niño manifestó: falta de maduración, mucha sobreprotección tanto de parte de sus padres como de su hermana, fantaseo, impulsividad, agresividad, inseguridad y baja autoestima, del mismo modo se mostró sociable y accesible en el trato con los demás, así como gran preocupación ante las exigencias de los adultos.

En el consultorio, luego de conocer los resultados de la evaluación, sustentamos que el problema principal es la baja autoestima y la inseguridad que manifestaba el chico, de forma que se procedió a trabajar para fortalecer su autoestima.

Se realizaron varias sesiones con esta finalidad realizando diversas actividades como lecturas, dibujos, juegos de domino, rompecabezas, narraciones, tangram, entre otras, al mismo tiempo se estimulaba su maduración. El trabajo terapéutico de Miguel tuvo una duración aproximada de nueve meses. Sus padres reportaron mejorías desde las primeras semanas, pero sufrió una recaída al entrar nuevamente a la escuela, al indagar sobre cuestiones escolares encontré que existía relación entre el autoritarismo de la maestra y su problema de morder el lápiz. Además existía otra preocupación por parte de sus padres que no habían manifestado de inicio, era que su hijo, todas las noches sin falta se levantaba como a las dos o tres de la mañana y se iba a dormir con ellos. Comenzó, así mismo, a destacarse la excesiva preocupación de Miguel ante las exigencias de los adultos, manifestándose en cólera e irritación contra sí mismo cuando consideraba que había fallado en algo o que les había fallado a sus padres o a su hermana, aún y cuando ninguno de ellos le reprochaba nada, él mismo se insultaba y se juzgaba con mucha severidad.

Con tal antecedente, paralelamente al trabajo para fortalecer su autoestima empecé a trabajar además tolerancia a la frustración; por medio de diversas actividades, sobre todo juegos de competencia o en los que tuviera que trabajar bajo presión (como serpientes y escaleras, ajedrez, domino, memorama, basta, el coyote y las gallinas y damas chinas), valiéndonos de la reflexión, se le comenzó a hacer notar que no siempre podemos obtener

lo que deseamos y que todos somos susceptibles de tener errores pero que también tenemos la capacidad de aprender de ellos para ir planeando u organizando las cosas de forma que cada vez que nos salgan mejor. También trabaje con sus papás sobre manejo de contingencias, para que en lugar de sobreprotegerlo, en casa cada vez le dieran mayor confianza en si mismo.

El tratamiento tuvo el éxito esperado, la conducta de llevarse el lápiz a la boca fue eliminada, el niño mostró mucha tranquilidad y seguridad, no solo en la valoración final, sino que se notaron estos cambios en su actitud dentro de diversas situaciones de su vida personal según relato su familia (por ejemplo, en la escuela el temor hacia su maestra lo controlaba, se volvió más participativo en clase, al grado de que, cuando tenía algún problema o cometía un error, en lugar de enojarse y ponerse nervioso, le buscaba una solución o pedía ayuda); tampoco se pasaba ya a dormir a la cama de sus padres. Por esos motivo sus sesiones se fueron reduciendo gradualmente hasta que dejo de asistir.

CASO # 6. LENGUAJE (AFASIA).

Nombre: Rolando. Edad: 8 años.

A la entrevista inicial acudió la mamá del niño, motivada por la exigencia de la maestra de Rolando; él cursaba el tercer grado de primaria y según relato la señora la forma de hablar de su hijo nunca antes le había causado conflictos en la escuela, pero la maestra le había explicado la necesidad de que lo llevaran a una terapia de lenguaje en términos de que a medida que el niño avanzara en sus estudios mayor dificultad le plantearía su problema de lenguaje para aprender, y que ya en ese grado ella había notado que se le dificultaba seguir el curso de las lecciones, sobre todo en el dictado; sin embargo, fue muy inconstante el tiempo que estuvo asistiendo, lo cual parecía indicar falta de interés de parte de su familia, de hecho la señora indico que su marido estaba en contra de que su hijo acudiera a terapia, pero que a fin de cuentas lo había convencido.

La afasia de Rolando le impedía distinguir correctamente los sonidos que escuchaba, confundía la "l" por la "r", "b" por "d", "t" por "d", "m" por "n", etc., de igual modo su pronunciación era inadecuada y apenas entendible.

Se planteo por lo tanto un programa de trabajo que cubriría tres aspectos: control de la respiración, ejercicios con la lengua y discriminación auditiva. Para el primer aspecto se realizarían actividades como inflar globos, soplar a una vela, soplar a través de un popote

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

para mover trozos de papel, etc.; los otros dos aspectos (ejercicios con la lengua y la discriminación auditiva) fueron las áreas sobre las que tuvimos mayor oportunidad para trabajar, en el primero de esos casos los ejercicios se hacían con dulces (oblecas y paletas principalmente), se trataba de retirar con la punta de la lengua la oblea del paladar, o de intentar tocar con la lengua (sin mover la cabeza) una paleta que yo sostenía fija en distintas zonas alrededor de sus labios. Respecto a los ejercicios de discriminación auditiva, trabajamos principalmente con sincinencias, se trataba de adivinar de entre un conjunto de objetos (como: llaves, una campana, monedas, canicas, lápices de colores, etc.) cual era el que en determinado momento estaba sonando.

No podemos precisar el grado de avances que hubo en este caso, si es que tal existió, pues como ya mencione su familia fue muy inconstante tanto en llevar al niño las terapias, como en asistir a las sesiones programadas para los padres y el trabajar con él en casa. En repetidas ocasiones se les exhortó a que procurasen no faltar y a que realizaran algunos ejercicios con su hijo en casa, se les explico la importancia de que fuera un trabajo conjunto el que se realizara, ambos padres siempre coincidían al afirmar que hacían los ejercicios en casa, pero en la siguiente sesión al preguntarle a Rolando él afirmaba que sus papás siempre le decían que me dijera que si lo habían hecho pero que nunca lo hacían. Rolando solo acudió a las terapias un tiempo aproximado de tres meses al inicio, después lo dejaron de llevar, tres o cuatro meses más o menos, regresaron explicando que lo habían dejado de llevar debido a problemas económicos y laborales pero que ya habían solucionado. Después de tres sesiones la mamá del paciente explico que en la escuela le estaban exigiendo un comprobante de que el niño estaba acudiendo a terapias, en la carta comprobante que se le entrego de parte del consultorio se le explicaba a la profesora del niño que lo habíamos atendido con anterioridad y que dejo de asistir por problemas familiares que nosotros entendíamos por lo cual había sido admitido nuevamente estableciendo la fecha reciente de ingreso; cuando la señora leyó el documento nos pidió que falseáramos, pues ella había dicho en la escuela que el niño asistía desde que la maestra lo solicitó y que no había dejado de ir; se le explico que no podíamos hacer algo así pues era nuestro trabajo el que estaba comprometido (no solo el mío si no el del consultorio en general). La señora se marchó un poco molesta y apenada, su hijo siguió asistiendo dos semanas más y luego lo dejaron de llevar definitivamente.

CASO # 7. LENGUAJE (TARTAMUDEO).

Nombre: Roberto. Edad: 5 años.

Su mamá acudió a la entrevista inicial, en el trascurso informo que su esposo estaba totalmente en contra de que su hijo fuera a terapia; sin embargo decidió llevarlo porque, dado que ella presenta el mismo problema desde que tenía cinco o seis años, dice saber lo difícil que es para un niño tener esta dificultad para hablar, ya que la burla entre los compañeros y amigos solo agravan el problema, por lo tanto ella no quería que su hijo pasara por una infancia así de difícil. En la valoración se encontró a un niño inmaduro emocional y perceptualmente, retraído, rebelde, agresivo, fantasioso, poco sociable y que reconocía en su padre una rigidez y dureza excesiva. Por ultimo a lo largo del trabajo con él se fueron descubriendo algunos aspectos de la dinámica familiar que contribuían y mantenían su deficiencia lingüística; los padres del niño tenían una difícil situación conyugal, la señora era posesiva y celosa, su esposo trabajaba y estudiaba (estaba terminando su carrera en ingeniería), tenían seis años de casados; la señora tenía 25 años y su esposo era dos años menor, ella había dejado de estudiar y se dedicaba al hogar, su situación económica era muy mala. La queja principal de la señora era que su marido continuamente se iba a fiestas y ni siquiera la invitaba y que muy seguido se iba de parranda y no le entregaba su gasto completo, ella temía que estuviera saliendo con una mujer más joven que ella y más bonita (puesto que consideraba que ya no era atractiva), además ella no tenía estudio y él conocía a muchas chicas de la escuela o en el trabajo que tenían alguna profesión. Todo esto, aunado a que continuaban viviendo en la casa de la mamá de la señora, constituían los motivos de las disputas entre ellos, en muchas ocasiones, sobre todo cuando él llegaba tomado (lo cual desde hacia algunos meses venía sucediendo cada ocho días), discutían muy acaloradamente e incluso él la había llegado a golpear varias veces, y todo este tipo de escenas las habían presenciado tanto Roberto como su hermanita de tres años. Dicha situación había repercutido ya en el niño puesto que además del tartamudeo, con el trascurso de las sesiones, informo la señora que su hijo presentaba también enuresis.

De manera que trabaje con Roberto en lo que es relajación, maduración y socialización. En el primer caso trabajamos de forma aislada con ejercicios de respiración y tensión relajación, en el segundo caso (maduración) se trabajaba mediante juegos

(rompecabezas, adivinanzas, memorama, etc.) que propician la reflexión o bien con pequeñas lecturas del mismo modo con él fin de que él reflexionara. Para trabajar el área de socialización se asigno un día a la semana (de dos días que asistía) para reunirlo con dos o tres niños de su misma edad y realizar actividades en grupos; esta fue el área en la que más se avanzo, inicialmente era muy introvertido y se aislaba de los demás, rehusaba realizar pequeñas tareas cuando estas implicaban contactar a alguna persona (por ejemplo, ir a pedir unas tijeras prestadas, ir a preguntarle a alguien su nombre, pedirle a otra persona que le escribiera algo en su cuaderno, etc.), pero con el tiempo podía entablar pequeñas conversaciones con otros adultos y se integraba fácilmente a las actividades de otros niños.

Pero igual de importante sería el trabajo que se realizara con la mamá de Roberto, a ella se le explico, de forma sutil, que los problemas entre ella y su esposo estaban repercutiendo en su hijo, recomendándole que procurase evitar discutir con él delante de los niños. Con el tiempo fui descubriendo que ella misma utilizaba a sus hijos para chantajear a su esposo; él le había pedido el divorcio ella no había accedido y decía que eso les haría daño a los niños y de hecho esperaba que yo aprobara esa idea, tal parece que quería la validación de un psicólogo para que su discurso tuviera mayor validez delante del marido. No obstante, se le explico que pudiera tener mayor repercusión negativa para sus dos hijos seguir viviendo bajo esa situación, que probablemente sería más sana una separación, pero que a fin de cuentas eso era algo que ella misma tenía que reflexionar para tomar su decisión. A raíz de ello la señora fue abandonando la terapia, primero dejo de asistir a sus sesiones luego dejo de llevar a Roberto, por lo cual el trabajo terapéutico duró tan solo cuatro meses.

CASO #8. CONDUCTA.

Nombre: Julio. Edad: 11 años.

Fue llevado al consultorio por recomendación de su maestro; Julio estaba en quinto año de primaria, su mamá fue quien se presentó e informo que los motivos de su consulta eran que su hijo era muy rebelde, grosero, desordenado, le pegaba mucho a su hermana y constantemente decía mentiras. Todo esto le estaba trayendo muchos problemas en la escuela y con sus tíos (la familia política de la señora, con quienes vivían); el papá de Julio trabajaba en los Estados Unidos, desde aproximadamente un año antes y los visitaba con cierta regularidad. La señora se había vuelto muy complaciente con su hijo desde que su

esposo no estaba en casa, en parte porque pensaba que la falta de su padre le habría afectado y también porque se sentía culpable debido a que en una ocasión, antes de la partida de su esposo, ella le dio a su esposo una queja sobre de una falta que cometió, ante las mentiras del chico su padre lo golpeo, esta escena Julio la utilizaba para chantajear a su mamá. En la valoración se encontró que era un chico muy agresivo, fantasioso, sociable, un poco preocupado por el aspecto sexual, rebelde, rencoroso y con una baja capacidad para la comprensión y el razonamiento e impulsivo. Debido a estas características de su forma de ser se trabajo mucho en el aspecto reflexivo mediante lecturas y juegos (damas chinas, ajedrez, domino, serpientes y escaleras, el coyote y las gallinas, tamgram, etc.), cabe destacar que mediante este tipo de juegos se le ejemplifico su situación familiar y con otras personas, con el fin de llevarlo a que se reflexionara sobre la actitud que asumía ante diversas situaciones tanto familiares como sociales y de las inconveniencias que le acarrea su carácter hostil; ello me permitió dar paso a la segunda área del trabajo terapéutico: el entrenamiento en asertividad. Todo esto dio buen resultado pues desde las primeras semanas la mamá de Julio reporto cambios en la conducta de su hijo, e incluso él narro que su maestro de la escuela lo había felicitado por su comportamiento, porque, según dijo, lo veía más comprometido con su estudio. Al cabo de cuatro meses (que fue lo que duro la terapia) él ya no se buscaba problemas ni con amigos, ni con sus primos, ni sus tíos; era más reflexivo y evitaba problemas mayores (como peleas a golpes o insultos), pero no era asertivo puesto que no solucionaba los problemas. El trabajo terapéutico se vio interrumpido puesto que dejaron de llevarlo por problemas económicos.

CASO # 9. CONDUCTA.

Nombre: Ismael. Edad: 12 años.

Cuando comenzó a asistir al consultorio estaba en primer año de secundaria; sus padres lo llevaron porque era muy problemático en la escuela, tenía ya una carta condicional por ser tan peleonero e incluso ya lo habían cambiado tres veces de salón por tener conflictos con sus compañeros; peleaba mucho con su hermano de 15 años. En la valoración se presentaron los siguientes indicadores; buena autoestima (en determinado momento se presentaba egocéntrico), muy sociable pero inseguro, introvertido, agresivo, impulsivo y muy inasertivo. El proceso terapéutico procedió de la misma forma que en el caso anterior; solo que con Ismael el tiempo de entrenamiento en asertividad tuvo una

duración mínima ya que él poseía las habilidades sociales necesarias para entablar relaciones de forma adecuada con las demás personas, lo único que tuvo que hacer fue aprender a diferenciar cuando reaccionaba adecuadamente y cuando lo hacía con cierta agresión de más. Posteriormente se dio entrenamiento en solución de problemas.

Con los padres se trabajó en manejo de contingencias, puesto que en ocasiones su hijo les hacía ciertos "berrinches" en casa (enojarse porque no hay la comida que le gusta, porque le mandan hacer algo, etc.), y ellos reaccionaban, o bien con mucha pasividad, o con gran severidad; de forma que se les enseñó a establecer claramente los parámetros bajo los cuales reaccionarían ante sucesos de esta índole, estableciendo castigos acordes a cada falta cometida, etc. En este caso la terapia tuvo mucho éxito; después de ocho meses se le dio de alta, los cambios alcanzados fueron contundentes: después de tener carta condicional y ser muy inestable con sus compañeros, se convirtió en un líder positivo dentro de su salón, estimado por sus maestros, emprendedor, dedicado, atento, cooperador, muy seguro, sociable, las rencillas con su hermano terminaron, mostraba mucha iniciativa en los quehaceres de casa. Es importante destacar que en todo momento se contó con el apoyo de la familia y que Ismael estaba realmente convencido de querer cambiar.

CASO # 10. CONDUCTA.

Nombre: Jorge. Edad: 13 años.

Vive con su mamá y sus tíos (hermanos de su mamá), ella quiso llevarlo porque se volvió muy rebelde, contestón tanto con sus tíos como con algunos de sus maestros en la secundaria, muy flojo, grosero, miente mucho, pero la gota que derramó el vaso es que comenzó a tomar dinero del bolso de su mamá (100, 200, 300 pesos). Siempre le ha dado todo aún sin que él se lo pida, estaba estudiando en una escuela militarizada, tal como él lo quería, tuvo que salirse porque las cuotas ya eran muy elevadas y la señora estaba pasando por algunos conflictos económicos, a partir de entonces fue que su comportamiento comenzó a ser tal como fue descrito; además se manifestó como una persona poco sociable, introvertido, fantasioso y muy pasivo. El trabajo con este paciente ha sido muy difícil por diversos motivos; para empezar iniciamos probando su capacidad de análisis y reflexión encontrando que es hábil en dichas tareas, a lo largo de las sesiones dio muestras de estar conscientes de las consecuencias que sus actos le traen. Trabajamos posteriormente sobre proyectos de vida y valores, logrando con ello que el chico hiciera compromisos

respecto a su actitud de tomar, dinero, así mismo estuvo trabajando durante sus vacaciones para pagar el dinero que le había tomado a su mamá, comenzó a ser más cooperativo con sus tíos; y los quehaceres que le corresponden en casa (barrer, trapear, recoger su cuarto, sacudir, etc.) los realiza sin necesidad de que se lo estén recordando. Pero existen dos aspectos en los cuales no ha habido ningún cambio positivo, y que más bien parecen estar agudizando su problemática: en la escuela además de los problemas que tenía con sus maestros por lo rebelde y desordenado que es dentro del salón, también sus calificaciones han bajado bastante (llegando a reprobar algunas materias) y continua mintiendo.

Es aquí donde radica la dificultad en este caso, desde el momento en el que ingreso estaba en completo desacuerdo y si asiste es porque su mamá lo obliga (no porque el este convencido), si hubo esos cambios es porque ya no quiere ir, pero con respecto a la escuela no hay un verdadero compromiso puesto que sabe que con un mínimo esfuerzo de su parte, puede salvar el año escolar, y confía demasiado en que su mamá, pese a que constantemente lo amenaza con cambiarlo a una escuela publica, esta convencida de que la escuela en donde se encuentra le proporciona una mejor preparación. Pese a que se han intentado otros métodos con el chico (recompensas, castigos, reflexiones ligadas a su proyecto de vida) no se han obtenido una respuesta positiva y se han convertido en un juego de poder donde Jorge parece pretender demostrarle a su mamá que es él quien tiene el control de la situación.

También puede observarse que buena parte de la responsabilidad recae en la mamá del paciente, puesto que al ver ella que con otros métodos no funcionaba a la primera lo dejaba de lado perdiendo la paciencia y haciendo de ellos una tarea inconstante, por ultimo cuando utilizo la amenaza de cambiarlo a la escuela publica (donde ella es maestra) le enfatizo que ella no estaba convencida de hacerlo, que era algo que ella no deseaba que pasara, mostrándose así delante de su hijo muy titubeante. Cuando observo que aún bajo amenaza las cosas continuaban igual decidió darle otra oportunidad; pero a la siguiente evaluación la situación era la misma, fue cuando la amenaza llego más lejos, pues al día siguiente de que fue a la escuela a preguntar las calificaciones de su hijo, ya se lo llevaba a la fuerza a la otra escuela, él iba haciendo escándalo y berrinche por toda la calle, cuando ya estaba cerca la señora se arrepintió y lo mando a su casa argumentando que no iba a entrar llorando como estaba. El no se fue a su casa sino a su escuela, luego las cosas

siguieron como si nada, solo con un fuerte regaño de parte de su mamá. Lo ultimo que se ha hecho en este caso es trabajar con la mamá del paciente haciéndole notar lo perjudicial que resulta el hacer una promesa o una amenaza y no cumplirla.

Una vez descritos estos casos es momento de abordar el tercer capitulo que es el que está enfocado directamente para hablar sobre el juego simbólico.

CAPITULO 3. EL JUEGO SIMBOLICO.

Hasta el punto en el cual nos encontramos en este instante se ha descrito ya la breve historia del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", señalando el marco teórico que sustenta el trabajo terapéutico dentro del citado consultorio, del mismo modo se han aclarado diversos aspectos concernientes al sector principal de la población que ocupa los servicios: los niños y adolescentes. De tal forma se ha llegado al capítulo que aborda el tema central del presente trabajo: "El juego simbólico".

Dentro de cada uno de los apartados que conforman el cuerpo del capítulo que se inicia, se expondrán las características del juego simbólico tal como la plantean diversos autores, la forma en que se aplica dentro del trabajo terapéutico con niños y adolescentes; posteriormente se citan las bases del constructivismo y del aprendizaje significativo, que son los dos sustentos del juego simbólico tal y como es utilizado en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", tema que abordare con cierto detalle en el ultimo apartado del capítulo.

3.1. Definición y características del juego simbólico.

El juego tiene un lugar de suma importancia en la vida y en el desarrollo de los niños; el juego es una actividad que el bebé practica desde los primeros meses de edad, ya sea con sus padres o con los medios y juguetes de que dispone en su entorno. El juego cumple una doble función en el desarrollo del ser humano: por una parte, se considera como un modo de emitir emociones y sentimientos sobre el mundo que rodea al niño, convirtiéndose así en una actividad divertida y gratificante; por otro lado, es concebido como una forma de aprendizaje, el medio a través del cual el niño es capaz de aprender los roles y relaciones sociales, las propiedades de los objetos y, en general, todos los hechos relacionados con el contexto en el que se desarrolla (Oppenheim, 1990; citado en Sánchez, 1995).

Por lo tanto, el juego es una actividad que ofrece al infante no solo diversión sino además la oportunidad de aprender, ya que a través de él va a ser capaz de estimular su desarrollo físico, social, cognitivo y emocional. Martínez (1994) en su Tesis de licenciatura, indica que en condiciones normales es la madre quien inicia la interacción de juego con su bebé; ella lo estimula físicamente buscando reacciones de agrado con él, le pone a su

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

disposición objetos que puedan llamar su atención e incluso algunas de las madres estimulan su desarrollo auditivo proporcionándoles sonidos y música suave, a la vez que se inician conversaciones con él (aunque estas más bien son monólogos). Por su parte, el niño participa cada vez más respondiendo a las conductas de su madre a medida que progresa en el control de sus movimientos, posteriormente es él mismo quien busca iniciar el contacto, a través del juego, con su madre lo mismo que con otras personas cercanas a él.

Con frecuencia el juego es utilizado por la madre como un método para distraer al bebé de alguna situación frustrante que en ese momento este apareciendo, de tal forma cumple otra función diferente: minimizar la gravedad de las consecuencias de alguna acción, ofreciendo la oportunidad de intentar combinaciones de conducta que de ninguna manera se podrían intentar bajo una situación real (Bruner, 1995). Pero el niño juega por jugar y cualquier cosa que llame su atención se convierte en un juguete, a medida que va creciendo van cambiando las formas y las motivaciones de sus juegos.

Llegar a una definición precisa de lo que es el juego implica dificultades obvias puesto que hay una gran cantidad y variedad de acciones y actividades que se engloban bajo este nombre. Lo que sí parece evidente en todas esas diversas actividades consideradas como juegos, y aún en otras que no son etiquetadas bajo dicho rubro, es que aquellos que las ejecutan encuentran un placer claro e intrínseco en realizarlas y lo hacen por la satisfacción que les produce (Deval, 1994). Sin embargo, aún en ese último aspecto pudiera existir cierta relación y no ser del todo exacto, por ejemplo en muchas ocasiones los juegos de competencia pueden resultar tan agotadores y estresantes para los participantes (todos o algunos) que de ser una diversión se convierte fácilmente en una actividad frustrante.

Pese a todo, existe una serie de elementos y aspectos que le son comunes a todos los juegos y que permiten identificarlos como tales.

La primera de las características que define al juego es el hecho de que es una actividad libre y espontánea, es decir que, contrario a las conductas denominadas como serias que buscan adaptarse a la realidad, el juego no está condicionado por las exigencias de la realidad externa. Otro aspecto destacable del juego es que proporciona placer (se juega por el juego mismo), es divertido y gratificante. El rasgo más claro y más ampliamente aceptado como definitorio del juego, se refiere a su desconexión con cualquier

otro fin o meta preestablecida que no sea la propia acción lúdica; es una actividad que tiene una finalidad en sí misma, que no trata de conseguir objetivos ajenos a ella misma, sino que el propio juego tiene su finalidad intrínseca. (Cohen; 1987, Linaza; 1982, y Deval, 1994; citados en: Sánchez, 1995). Posee también un importante factor de aprendizaje, a través del cual el niño conoce y comprende el mundo que lo rodea; frecuentemente se constituye como la primera oportunidad para el uso sistemático del lenguaje por parte del niño en su interacción con el adulto, permite que se dé la primera oportunidad de ver con que palabras se consiguen cosas hechas; además para explorar sin sufrir consecuencias serias, permitiéndole disociar medios y fines, en el sentido, de que hay varias formas de alcanzar los objetivos; cada uno de los juegos que realizan los niños y sus padres es una forma de vida con un contenido propio, por ello se convierte en un instrumento espontáneo de educación y puede ser usado didácticamente. El juego esta compuesto por elementos completamente inventados artificialmente, vinculados por un conjunto de reglas sólo ligeramente negociables, esta compuesto por una serie de actos constitutivos, que están formados siguiendo un orden particular y transformados también teniendo en cuenta las reglas (Bruner, 1995).

El juego es una actividad evolutiva, por ello cambia su forma a medida que el niño crece, participa de manera fundamental en el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños, promoviendo su imaginación y creatividad; cuando juega con sus coetáneos establecen lazos e interacciones y en ocasiones tienen que resolver conflictos (Sánchez, 1995).

Existen diversas teorías que pretenden dar una idea o aproximación que explique o plantee los motivos que permiten la existencia del juego, a continuación se describen algunas de ellas. Una de las primeras teorías sobre el juego hacen referencia al exceso de energía que tienen los niños en su interior y que gastan a través del juego, es Spencer (1855) quien formula esta idea, dice que estas actividades son un lujo, un gasto de energía, y están desconectadas de las que sirven para la supervivencia (Sánchez, 1995).

Freud y otros psicoanalistas entienden el juego como una forma de descargar tensiones y expresar sentimientos como la ira, ansiedad o frustración, que son provocados por eventos que suceden en la vida cotidiana. Su deseo de dominio, a través del cual pretenden imitar a sus padres (irse tarde a la cama, tener la capacidad de comprar cosas, y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en general, librarse de las restricciones infantiles normales) pueden actuarse por medio del juego en un ambiente seguro y libre de tensiones (Theron, Roodin, Gorman, 1980; Berryman, 1994).

Mientras que Freud enfatiza en el contenido emocional del juego, Piaget y otros autores, con respecto al juego, se sitúan dentro de la teoría general del desarrollo del pensamiento. Consideran que esta actividad permite a los niños explorar a través de la fantasía muchas respuestas cognoscitivas que tal vez no fueran posibles en su ambiente. Al sustituir la realidad con la fantasía, el niño no tendrá que pagar el precio que en realidad podría acarrear sus actos; pueden aparentar ser traviosos o desobedecer a los padres sin miedo al castigo. También ven al juego como aquella muestra de inclinación hacia la asimilación y acomodación; cuando los niños asimilan nuevos objetos y experiencias en sus esquemas existentes de pensamiento, están de manera activa en control de su mundo inmediato, la realidad se moldea para encajar en el pensamiento del niño, y para este autor esa es la esencia del juego (Theron, Roodin, Gorman, 1980; Berryman, 1994).

Para Vigotsky, el juego es una actividad social en la cual, gracias a la cooperación con los demás compañeros, se adquieren otros papeles sociales que son complementarios del papel propio; considera que la actividad lúdica constituye el motor del desarrollo (Rogoff, 1993; Sánchez, 1995).

Ahora bien, el logro más importante del período preescolar es la utilización de diversos símbolos, una de las principales expresiones de esto es el juego simbólico: es el mundo de la simulación, las mentirillas y la fantasía. Piaget, quien es el autor que ha abordado y descrito en mayor medida el juego simbólico, lo considera como pensamiento egocéntrico, representa un esfuerzo por parte del niño para tratar con la realidad; el juego se convierte en la manera de abordar el conflicto que se genera entre la percepción del niño sobre lo que le rodea y la realidad tal como es. Por la vía de la fantasía, puede superar las limitaciones impuestas por el mundo real de los padres, los compañeros o de sus propios temores, y de forma independiente puede solucionar problemas y ser más creativo.

Dolle (1993) comenta que el juego simbólico es la manifestación de la actividad imitativa interiorizada, es el terreno donde el niño actúa "como sí...", es decir, transforma lo real al antojo de su fantasía y sus deseos; manifiesta su necesidad de volver a crear al mundo según las exigencias de su imaginación lúdica, sus conflictos con las personas a

quien él revive personificándolas en sus juegos, así como sus deseos profundos (como el deseo de alejar al hermano pequeño que se transforma en el alejamiento de una muñeca, agresividad desahogada en una muñeca, etc.).

La característica fundamental del juego simbólico es la capacidad de evocar objetos ausentes sustituyéndolos (en la mayoría de los casos) por otros; así una caja puede convertirse en un coche, un palo en una serpiente o espada. El símbolo desempeña un lugar muy destacado en la vida lúdica del niño quien, conforme va socializando, pasa del juego simbólico individual (puramente egocéntrico) al juego simbólico colectivo.

En el primer caso la experiencia es privada y por tanto el manejo simbólico es exclusivo; en el segundo caso el símbolo se comparte, pero no por ello es concebido de idéntica manera (Díaz, 1997).

En el juego simbólico, el reemplazo de un objeto por otro que nada tiene que ver con éste, a no ser en la imaginación del niño; en un nivel más avanzado se puede prescindir del objeto o la persona, en este caso se incluyen estímulos y compañías imaginarias con las que se interactúa física y verbalmente. También existe la posibilidad de que el niño combine las dos opciones anteriores, es decir, que existen objetos reales (transformados) que establecen relaciones con compañías inexistentes físicamente; por ejemplo la niña que regala a su amiga imaginaria (sin estímulo aparente) ante sus amigos los juguetes (Díaz, 1997).

Podemos observar que existen múltiples tipos de juegos con funciones distintas que cubren requerimientos específicos según las necesidades del niño, que por lo general están acordes a sus edades o etapas evolutivas; el juego simbólico es tan solo uno de los tipos de juego en el cual se realizan representaciones ficticias, tanto de objetos como de hechos, y cumple tareas específicas en áreas diversas de su desarrollo, es decir que involucra aspectos cognoscitivos, emocionales y sociales. En conclusión el juego de un infante es simbólico en la medida en la que él mismo elabora representaciones, mediante la interiorización de la imitación, creando imágenes y transformándolas en los sustitutos interiorizados de los objetos dados a la percepción. Puede incluso decirse que el niño proporciona un significado propio a cada uno de los objetos presentes en un momento dado, o crea situaciones relacionadas con hechos vividos bajo un contexto que resulta fácil manejar.

Sin embargo, así como el niño cubre por medio del juego distintas necesidades, el terapeuta puede valerse del juego como un instrumento que le ayude en el trabajo con los niños, tal como vemos a continuación.

3.2. Uso y aplicación del juego simbólico en el trabajo con niños y adolescentes.

Desde una perspectiva Freudiana, la idea de que el juego es catártico, como vehículo para liberar tensión es la base de la terapia de juego. Por medio de este tipo de actividades se alienta a los niños para que expresen sus impulsos ocultos, que pueden ser agresivos o sexuales, en un contexto inofensivo, terapéutico en términos cotidianos también se puede ver que los niños representan sus preocupaciones y ansiedades mediante el juego; la ansiedad de ir al doctor, por ejemplo, puede liberarse a través del juego donde un osito visita al doctor o se le da una mezcla imaginaria.

Antes de continuar con la presente exposición es necesario establecer ciertas diferencias entre algunos tipos de juego que con frecuencia son utilizados en el trabajo clínico con los niños.

El juego espontáneo sucede cuando los niños juegan porque así lo desean y por ninguna otra razón; el juego es dirigido por el niño y los adultos con frecuencia son superfluos; este tipo de juego es en extremo valioso, debe alentarse y nutrirse ya que se considera como parte del desarrollo normal de la infancia.

El juego guiado lo determina el terapeuta su propósito es concederle al pequeño el permiso y la libertad para ser niño y jugar (y permitirse el seguimiento del juego espontáneo) y alentarlos a relajarse y divertirse. Constituye el medio para llegar a conocer al niño mejor ofreciéndole un ambiente no amenazante en el cual ambos puedan convivir. El juego guiado puede utilizarse para alentar a quienes cuidan del pequeño a interactuar de modo más favorable y disfrutar a sus hijos.

El juego de evaluación puede permitirnos la comprensión del niño de manera que no serían posibles si se dependiera de técnicas de entrevista empleadas con adultos.

El juego terapéutico enfocado con frecuencia resulta del juego de evaluación o de un conocimiento en detalle acerca del niño e intenta manejar uno o dos asuntos que se identificaron con anterioridad.

La terapia de juego posee elementos en común con las anteriores, implica una aproximación holística del empleo del juego como un medio para ayudar, en una forma no

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA
MÉXICO, D.F.

agresiva, a los aspectos físicos, espirituales, emocionales y cognoscitivos, tanto consciente como inconsciente; tomando en cuenta el pasado, presente y futuro del niño "completo". La terapia de juego se ocupa de los sentimientos de los niños, no solo de su conducta. El terapeuta "espera" y "asiste" al niño; lo acepta y respeta, y posee una fe implícita de que el proceso de la terapia de juego (cuarto de terapia de juego, alianza terapéutica, encuentros entre terapeuta de juego y el niño) "funciona" (West, 1994).

Por lo tanto, se puede ver al juego como recurso en el diagnóstico de conflictos infantiles; proporciona a los pequeños una mejor comprensión de sus propios conflictos aun sin resolver. A diferencia de los adultos, que tienen la capacidad de expresar verbalmente sus problemas, los niños están limitados en este sentido y en ocasiones tampoco los comprenden muy bien. Por tal motivo el terapeuta debe ser sensible a estos temas y actividades que los niños expresan en sus juegos, como la agresión, hostilidad hacia los padres, la dependencia o muerte.

El juego además de responder a una función terapéutica al ayudar a la superación de un problema emocional; el juego esta concebido no solo para ayudar al niño a descubrir sus conflictos, sino que además posibilita alternativas con las que enfrentarse a los problemas. Por ejemplo, un niño que se siente culpable por sus deseos hostiles hacia sus padres, puede encontrar en el juego terapéutico una ayuda para aceptar sus sentimientos y formas de resolver este problema o enfocar estos sentimientos (Theron, Roodin y Gorman, 1980).

Por otra parte, a partir del tipo de juego que los niños realicen también puede describirse su conducta; a continuación se retoma la descripción realizada por Parten (1932), Parten y Newhall (1943) citados en Theron, Roodin, Gorman (1980).

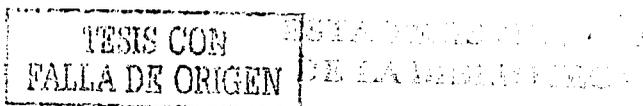
- ◆ Juego Desocupado. El niño no se compromete con otros; con frecuencia contempla pasivamente la marcha de las actividades de los demás.
- ◆ Juego Solitario. No se compromete con otros, juega de una forma independiente; el jugar con juguetes es su primera finalidad.
- ◆ El espectador. Observa a otros niños jugando y con frecuencia comenta o se ríe de lo que está viendo; hay mayor compromiso activo que en el juego desocupado.
- ◆ Juego paralelo. Los niños juegan próximos unos de otros, con los mismos juguetes u ocupándose en las mismas actividades. Aún así el juego es independiente y no compartido.

- ◆ Juego asociativo. Los niños juegan cerca y utilizan una gran variedad de intercambios sociales para dar a entender que reconocen al compañero. Se comunican haciendo preguntas a los otros, mostrando sus éxitos y utilizando los juguetes a los compañeros.
- ◆ Juego cooperativo. Los niños están comprometidos en organizaciones sociales complejas con las que comparten metas o intereses comunes. Hay una adopción de roles recíproca como en el caso de obedecer turnos, compartir un sentido de identificación con el grupo, con líderes y a menudo con las reglas formales que rigen varios juegos como el del escondite.

3.3. El constructivismo y el aprendizaje significativo (dos sustentos del juego simbólico).

Dentro del presente apartado abordare algunos aspectos concernientes al constructivismo y al aprendizaje significativo; ello no implica que detallare concienzudamente alguna de esas dos teorías, mi intención es únicamente establecer algunos aspectos medulares, de cada una, que son retomados dentro de la practica de la terapia de juego, por supuesto tal como lo utilizamos dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio". No pretendo por lo tanto, esclarecer la forma en como debe ser llevada una terapia constructivista, lo que sí es importante tener en cuenta es que el constructivismo, o terapia de los constructos personales, es uno de los principales enfoques de las "psicoterapias cognitivas", dentro de ese bloque además podemos agrupar a la terapia racional-emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el enfoque cognitivo-conductual de Meichenbaum (Martorell, 1996).

Uno de los grandes pioneros en terapias cognitivas es George Kelly, quien además es el precursor de la orientación constructivista en el estudio del ser humano. El punto de partida de Kelly es la consideración de que las personas organizamos perceptualmente nuestro entorno basándonos en constructos personales (dimensiones o categorías descriptivas); es decir, considera que la realidad no es algo que se nos manifiesta directamente sino a través de dichos constructos personales, por lo cual deriva el hecho de que una misma situación pueda ser vivida de formas muy distintas por personas diferentes, por ende implica también que una persona no es víctima de la realidad, sino de la construcción que realiza sobre dicha realidad. Para Kelly siempre existe una forma



alternativa de construir la realidad; el sufrimiento humano, según lo entiende, sobreviene a menudo a causa de que los constructos del individuo no son adecuados para anticipar la realidad, motivo por el cual es necesario sustituirlos por otros más útiles, por supuesto eso no implica que los constructos con los cuales se pretende cambiarlos sean "más reales" o "más verdaderos", sino simplemente que le sean más funcionales al sujeto (Cifuentes, 1989).

La teoría de los constructos personales se estructura sobre la base de un postulado fundamental y once corolarios; el postulado fundamental establece que los procesos de una persona se canalizan psicológicamente conforme a la dirección según la cual anticipa los acontecimientos. Los corolarios con los que Kelly desarrolla su teoría son los siguientes:

- ◆ Corolario de construcción: una persona anticipa los acontecimientos construyendo sus respuestas.
- ◆ Corolario de individualidad: las personas difieren unas de otras en la construcción de los acontecimientos.
- ◆ Corolario de organización: cada persona desarrolla, según su conveniencia en anticipar acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos.
- ◆ Corolario de dicotomía: el sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos.
- ◆ Corolario de elección: una persona elige en un constructo dicotomizado aquella alternativa mediante la cual prevé una mayor posibilidad para la extensión y definición de su sistema.
- ◆ Corolario de amplitud: un constructo sirve solamente para anticipar un número limitado de acontecimientos.
- ◆ Corolario de experiencia: el sistema de construcción de una persona varía conforme va construyendo las respuestas a los acontecimientos.
- ◆ Corolario de modulación: la variación del sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos dentro de cuyo rango de convivencia caen las variantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ◆ Corolario de fragmentación: una persona puede utilizar sucesivamente una variedad de subsistemas de construcción que son inferencialmente incompatibles con cualquier otra.
- ◆ Corolario de comunalidad: en el grado en que una persona utiliza una construcción de su experiencia que es semejante a la que emplea otra persona, sus procesos psicológicos serán semejantes a los de dicha persona.
- ◆ Corolario de sociabilidad: en el grado en que una persona construya los procesos de construcción de otra puede desempeñar un papel en un proceso social que implica a dicha persona (Martorell, 1996).

El postulado y sus corolarios indican que la construcción de la experiencia es el determinante primordial de la conducta. En coherencia con la teoría y la terapia de Kelly, se establece que la relación terapéutica debe estar gobernada por la "actitud crédula", la cual supone tomar el sistema de constructos personales del cliente tal como se manifiesta. Se toma lo que dice como punto de partida y reconocimiento de que sus palabras y conducta (manifiesta y simbólica) poseen un valor y dignidad de respetar. La "resistencia" y otras defensas son concebidas aquí como un gesto auténtico de preservación del propio sistema ante el señalamiento de un punto vulnerable a elaborar; el sistema no soporta el tipo de reflexión que le sugiere el terapeuta y conviene por tanto preservar sus estructuras nucleares (Cifuentes, 1989).

El clima que pretende crear el terapeuta es el de colaboración, donde ambos, cliente y terapeuta, diseñan conjuntamente "experimentos" para poner a prueba las hipótesis (constructos) del cliente. El psicoterapeuta ayuda al cliente a evitar que sus iniciativas se vean truncadas. De tal forma podemos entender que esa tarea de colaboración por parte del terapeuta es vista más como la de un instructor o bien, más como la de un facilitador de un contexto seguro donde experimentar nuevas alternativas (Cifuentes, 1989; Martorell, 1996).

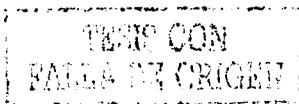
Así mismo, desde la perspectiva constructivista, los seres humanos no pueden acceder directamente a la realidad, sino solamente a través del lenguaje, el cual se define ampliamente como todo el repertorio de expresiones y acciones simbólicas que nos proporciona la cultura. Tal condición existencial relativiza el conocimiento y lleva a la proliferación de realidades diversas, muchas veces contradictorias en varios contextos, social, familiar e individual. No podemos aspirar a un conocimiento universalmente válido

que corresponda en un sentido directo a un "mundo real" externo a nosotros, pero si podemos y debemos utilizar los recursos simbólicos de nuestro lugar y época para formular teorías viables o ficciones útiles que nos permitan negociar nuestro mundo social.

Se ve a los seres humanos como predeterminados a percibir patrones en el mundo que les rodea. Al confrontar a una persona con la complejidad de vivir en el tiempo y el espacio, podría decirse que "armoniza su oído a temas recurrentes" para puntuar el flujo inacabable de la experiencia; de tal forma, las frases son acontecimientos distinguibles a través de los cuales los individuos expresan su experiencia para dotarla de sentido. Dichas frases son segmentos limitados de experiencia, que se basan en temas recurrentes, y en las cuales el hombre comienza a descubrir las bases de las similitudes y las diferencias. Por lo tanto, el acto básico de significado es la formulación de una diferencia que divide al mundo experiencial en unidades con significado personal y comunal; las bases de distinción que forman estas construcciones son en sí mismas predicados que organizan toda experiencia y que abarcan partes específicas y funciones de un sistema o estructura autoorganizada más amplia. El punto central en dichos sistemas de significado o teorías personales son ciertos constructos supraordenados, estructuras profundas y procesos de ordenamiento nuclear que definen la sensación de identidad de una persona y el modo de relacionarse con los demás.

Para los teóricos constructivistas la conversación es una metáfora, no es un conjunto de instrumentos que los terapeutas se puedan ver obligados a utilizar. Desde el punto de vista del constructivismo todas las terapias serán analizadas como procesos conversacionales co-construidos. La asignación de tareas emotivorracionales para realizar en el hogar y las interpretaciones psicoanalíticas de los sueños son formas de diálogo, que por supuesto pueden llevar a direcciones diferentes. El diálogo y el lenguaje son, como hasta ahora hemos visto, parte fundamental en la vida del ser humano, y la conversación es concebida como la encarnación de la experiencia humana por excelencia (McNamee y Kenneth, 1996).

Cabe destacar, que el marco constructivista establece las siguientes tres premisas: primero, que todas las personas tienen preferencias personales; segundo, que todas las personas tienen derecho a expresar esas preferencias; y tercero, que esas elecciones no deben disfrazarse de realidades o verdades objetivas.



En lo que respecta al aprendizaje significativo cabe decir, en primera instancia, que este es un concepto que ha sido extraído del campo de la docencia. Surge en respuesta a un problema planteado para la didáctica y que bien podría ser expresado mediante la siguiente pregunta: ¿cuál es propiamente la función del profesor en el aula, se reduce a la labor de informar o abarca también otros aspectos diferentes? La enseñanza formal parece equivaler al acto de explicar y transmitir un mensaje con el fin de producir un aprendizaje en el alumno.

Gutiérrez (1976) afirma que la función del profesor en el aula consiste en propiciar el "aprendizaje significativo" de sus alumnos, sostiene que el acto de enseñar intentara, por lo tanto, algo más que una simple repetición memorística por parte del alumno. En tal caso, el aprendizaje significativo requiere del profesor algo más que una simple exposición al modo usual. Ahora, en primer lugar, se debe establecer en que consiste el aprendizaje, para que posteriormente revisemos en que consiste lo significativo de un aprendizaje.

El significado literal de la palabra aprender es "apresar, aprehender, poner en prisión"; denota actividad, movimiento, ir en búsqueda de algo o de alguien, en este caso ir en búsqueda del conocimiento. Fundamentalmente aprender significa llegar a adquirir habilidades o aptitudes que permitan interpretar de forma más o menos acertada diferentes situaciones que plantean grados diversos de complejidad, y por ende poder actuar en consecuencia con nuestro mundo (Michel, 1997).

El aprendizaje es una de las experiencias humanas más importantes, gracias a la cual el hombre es capaz de modificar su entorno natural de modo consciente e intencional; con tal concepto se engloban también hechos que suceden a lo largo de toda la vida: el niño aprende a caminar y hablar, el escolar aprende las operaciones aritméticas, se aprende a amar, a ser responsable y a comunicarse.

El aprendizaje consiste en incorporar y asimilar nuevos datos, respuestas, actitudes, conductas y valores, aprender significa enriquecerse con nuevos elementos asimilados por facultades cognoscitivas, afectivas y motoras (Gutiérrez, 1976).

Ahora bien una vez que se ha esclarecido la noción de aprendizaje en su sentido global, se debe aclarar la cualidad que propicia que un aprendizaje sea una experiencia significativa para los individuos. Es importante considerar que hay dos modos, bien diferenciados, de aprender (trátase de una actividad o de un tema): el primer modo, el cual

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

consideraremos como no significativo, se trata de un aprender sin interés, podría decirse motivado por la coerción, por lo tanto es un conocimiento que se esta dispuesto a olvidar en cuanto cese la coerción, realmente el asunto carece de importancia para el individuo, por tal motivo no se internaliza ni envuelve o compromete a la persona.

El segundo modo de aprender tiene más autenticidad, el individuo realiza dicha operación con interés por el asunto mismo, en tal caso la motivación no proviene de la coerción recibida, capta el asunto como algo valioso, y siente que crece y se autorrealiza, experimentando así una satisfacción legítima en el hecho de aprender. Esto es el aprendizaje significativo, puesto que en el fondo la persona no sólo capta el significado objetivo de una explicación, de una lectura o bien de una nueva actividad, sino que además capta la relación estrecha de ese contenido con su propio mundo de experiencias e intereses personales, dicho de manera diferente el acto de aprender esta cargado de sentido pues tiene un significado en el marco de su vida personal (Gutiérrez, 1976). Resumiendo podemos precisar que el aprendizaje significativo es el que tiene sentido en la vida de una persona, es la asimilación de elementos que son captados como algo relacionado en forma personal con el sujeto que aprende, es una asimilación con sentido.

El rasgo quizá más importante del aprendizaje significativo, es su cualidad de promover y propiciar la autorrealización de la persona que así aprende. El ser humano tiene una tendencia natural hacia el crecimiento y la autorrealización, la cual queda satisfecha al lograr este tipo de aprendizaje. De tal cuestión podemos percatarnos al realizar un breve análisis de los eventos que por esta vía incorporamos a nuestra vida, como por ejemplo; el prender a caminar y hablar, los cuales son dos hechos que indudablemente están cargados de sentido en la vida de cada ser humano, y que van propiciando su crecimiento personal al dotarlos de cierta autonomía.

Para poder entender de mejor manera en que consiste el aprendizaje significativo, es necesario que tengamos en cuenta cinco características propuestas por Gutiérrez (1976):

- ◆ Esta en el plano del ser. De ningún modo se encuentra en el plano del tener. El aprendizaje significativo hace crecer a las personas como tal, en su propio ser, y no consiste en una serie de conocimientos más o menos intrascendentes, que se poseen externamente. El ser es el elemento constitutivo propio de la persona, por el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

contrario el tener es algo adyacente y no modifica a la persona; el aprendizaje significativo se internaliza, la envuelve y la involucra.

- ◆ Se integra con conocimientos anteriores. Con el aprendizaje significativo, el aprendizaje actual no se ve como algo aislado, sino que forma unidad con otros temas aprendidos, y ayuda a captar esas relaciones entre los diferentes contenidos.
- ◆ Tiene aplicaciones practicas. Se trata de que la persona entienda los nuevos conocimientos como proyectables, es decir como paralelos al proyecto de vida, cuando los nuevos conocimientos son vistos así el aprendizaje se vuelve más significativo. Debemos recordar que va dirigido al área de la docencia, por lo tanto, en tal caso se trata pues en este punto de que el profesor pueda (sin caer en pragmatismo) responder a la pregunta "esto ¿para qué me sirve?" que con frecuencia es formulada por los alumnos.
- ◆ Es autoiniciado. Esto quiere decir que debe ser el individuo quien dé el primer paso para aprender un tema o actividad, debe ser por elección personal y responsabilidad propia, ya que de esta manera el aprendizaje se vuelve realmente significativo.
- ◆ Es autoevaluado. Únicamente la persona interesada es quien puede juzgar y precisar si su aprendizaje ha sido significativo, es decir, solo ella puede establecer si comprendió o no el contenido de lo aprendido.

Una vez revisadas estas cinco características del aprendizaje significativo, la exposición teórica ha terminado; es tiempo de abordar el último apartado del presente capítulo, donde se retomara lo hasta aquí expuesto, articulándolo de tal forma que pueda explicar el modo en que es utilizado el juego simbólico dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

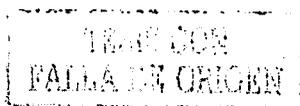
3.4. Importancia del juego simbólico en el trabajo dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio".

En primer lugar debo destacar que la mayor parte de los juegos que utilizamos dentro del consultorio son juegos de mesa. De ellos los más utilizados son los siguientes: "las damas chinas", "serpientes y escaleras", "rompecabezas", "el coyote y las gallinas", "el ajedrez" y "el domino". También se utilizan otros juegos que no son de mesa, e incluso algunos de ellos implican a más de dos participantes, por ejemplo: "la telaraña", "había un avión...", "pasar por en medio de una hoja", "la palma de la mano" y "la hoja en blanco". Es

importante destacar que cada uno de los juegos señalados tiene una utilidad diferente, de acuerdo a su estructura. La finalidad perseguida dentro del presente apartado, implica aclarar la importancia y utilidad que tiene el juego, dentro del consultorio en el cual laboro, en relación a lo que he expuesto a lo largo del capítulo; por tal motivo a través de las siguientes paginas abordare algunos de los juegos que he mencionado, de tal forma que ayuden a comprender al lector la participación que el juego tiene dentro de la terapia y por ende su utilidad. Pero una explicación más amplia de cada uno de los juegos citados, la estructura de cada uno, con los respectivos objetivos que se persiguen al utilizarlos dentro de la terapia en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", se presentaran a modo de sugerencias en el siguiente capítulo.

Ya vimos pues que el juego cumple tres funciones distintas: en primer lugar, es a través del juego que se pueden emitir ciertas emociones y sentimientos, sobre todo aquellas que son poco gratas o difíciles de comprender o de organizar para el infante o el adolescente, y que pueden hallar salida a partir de esta actividad; en segundo lugar, es la forma de minimizar la gravedad de las consecuencias de alguna acción, podría decirse que es el medio por el cual el individuo puede experimentar múltiples conductas, actitudes o respuestas, ante un evento dado, experimentando las consecuencias que tales actos acarrearían en el plano real pero sin que le resulten tan perjudiciales o aversivos; y en tercer lugar, es un medio de aprendizaje, retomando las descripciones de las dos primeras funciones descritas arriba, podemos establecer que el sujeto puede por la vía del juego, aprender a descargar o manifestar de una forma no perjudicial para él toda esa carga de emociones y sentimientos que a menudo se dificulta demostrar de otra manera, así mismo se aprende a desarrollar nuevas alternativas de conductas, respuestas o actitudes ante determinados eventos en situaciones seguras; pero cabe destacar que no son solo estas dos cosas las que los individuos pueden aprender por medio del juego, aunque si podemos tomarlas como generalidades, existen ciertas particularidades que son factibles de aprenderse por esta vía y de las cuales nos ocuparemos más adelante. Debemos recordar que como resultado de la triple función que cumple el juego, se convierte en una actividad que estimula el desarrollo de las personas en todos los aspectos.

También es a partir de las tres funciones que tiene el juego, que surgen tres teorías: la del psicoanálisis, la de Piaget y la de Vygostky. Brevemente recordemos que el



psicoanálisis hace énfasis en el contenido emocional, establece que a través del juego se descargan tensiones y se expresan sentimientos como la ira, la ansiedad y la frustración; lo cual concuerda con la primera función del juego que ya fue descrita. La teoría general del desarrollo del pensamiento, propuesta por Piaget, afirma que en el juego la realidad se moldea para encajar en el pensamiento del niño, y aprende a explorar a través de la fantasía muchas respuestas cognoscitivas; con tales propuestas nos podemos remitir a la segunda función del juego, aunque también retoma parte de la tercera pues establece que el niño aprende por el juego acerca de su realidad y su entorno. Para Vygostky el juego también es una forma de aprender, ya que es una actividad social que, mediante la cooperación, proporciona ayuda para que se puedan adquirir otros roles además del propio.

Dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", tomamos todo lo anterior en cuenta. Sin embargo no consideramos a las tres funciones cumplidas por el juego como desarticuladas, es decir, no creemos de ninguna manera que sean excluyentes unas de otras, por el contrario consideramos que ambas tienen la posibilidad de encontrarse presentes en el momento que el individuo realiza la acción.

Estamos de acuerdo pues con el psicoanálisis, pero solo en parte, no debe perderse de vista que dentro del ya citado consultorio la corriente psicológica que domina es el humanismo, por lo tanto no consideramos al ser humano del mismo modo que se hace en el psicoanálisis; pero si es importante en el punto en el que nos encontramos, retomar la opinión que de esa corriente surge, debido al énfasis que hace sobre el contenido emocional del juego, no obstante desde nuestra posición sostenemos que no son únicamente emociones que podríamos calificar de negativas como la ira, ansiedad, rechazo o frustración, las que pueden ser expresadas mediante el juego, también en actividades de esta naturaleza podemos encontrar manifestaciones de amor, ternura, cariño o felicidad. Un ejemplo se observa cuando una niña pequeña juega cariñosamente con su muñeca, la atiende, la arropa, la arrulla y le da de comer.

En lo que respecta a tal característica del juego, cabe decir que en el consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", nos valemos de ella en dos sentidos: a través del juego sondeamos el estado de ánimo o, mejor dicho, los sentimientos y las emociones que algún paciente experimenta en relación a su entorno familiar, escolar o social. Con los jóvenes a quienes les gusta el ajedrez y sabemos que hay algún tipo de disfunción familiar,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

o que existe algún conflicto entre él y alguno de sus padres, jugamos el juego y al terminar le preguntamos sobre las facultades que tienen las piezas más importante sobre el tablero (el rey y la reina), lo que se ha obtenido es que por lo general aquellos jóvenes que tienen problemas o conflictos con su madre, realizan críticas muy severas en torno a la figura de la reina, generalmente molestias por el hecho de que tiene demasiada libertad para moverse siendo que la figura más importante debe ser el rey (según ellos) en todos los sentidos; cuando el problema es con el padre lo proyecta en la figura del rey tachándolo de cobarde al lanzar a todas las piezas al frente y no querer "enfrenta la guerra que él mismo ocasiona", o que tal parece que es la reina quien lleva el mando y el rey se vuelve sumiso ante ella, o bien que el rey es muy estricto pues pone a todos a hacer su trabajo y él no hace nada.

Así mismo, cuando algún adolescente o un niño tiene problemas sea en la casa o en la escuela, jugamos con ellos el juego del coyote y las gallinas (mismo del que se darán mayores detalles en el próximo capítulo), por medio de esta actividad de manifiestan o proyectan los conflictos que tienen; al jugar tomando el lado de las gallinas, se quejan de las restricciones, la falta de igualdad, la debilidad de las gallinas ante su contrincante, la ferocidad del coyote, desobedecen las reglas, etc.; cuando les toca jugar tomando el lado del coyote, asumen una actitud sumamente estricta, y cuando el contrario realiza una jugada que no les convence reclaman de inmediato o se desesperan, confunden y enojan.

También dije que había otra forma en la cual nos valemos, dentro del consultorio, de la función del juego que nos habla de su contenido emocional, ahora me refiero a las ocasiones en que un individuo no sabe como expresar un sentimiento como el amor o el cariño. Por ejemplo, en un chico que proviene de una familia donde la comunicación es mínima o ineficiente, o muy fría y seca en cuanto a demostraciones de cariño, y el muchacho quiere aprender a decirle a sus padres lo que siente, pero no sabe como hacerlo, realizamos una actividad llamada "hoja en blanco", le damos al joven una hoja blanca poniendo previamente a su alcance; lápices, colores, tijeras, etc., y le decimos que le regalamos esa hoja, que puede hacer con ella lo que quiera, mientras tanto le hacemos hablar acerca de lo que siente por sus padres, o con la persona con la quisiera aprender a ser más cariñoso. Los jóvenes que son creativos, por lo regular el evocar pensamientos desagradables lo que hace con un objeto que se tiene en las manos es dañarlos, pero como la hoja la tienen al tiempo que evocamos pensamientos agradables

hacen un dibujo muy bonito o una figura de papiroflexia, posteriormente se les explica que eso que hicieron es algo que nació mientras ellos pensaban en las cosas agradables que sentían, y se les invita a que escriban en el papel una dedicatoria para la persona o personas de quien(es) estaba hablando, pues después de todo lo que se haya hecho nació de lo que siente y ese siempre es un buen detalle que la gente valora. Por supuesto en estos casos se habla previamente con la persona o personas a quienes va remitido el mensaje, para que en el momento que lo reciban lo hagan de buen agrado fortaleciendo así la confianza del paciente.

Con respecto a la segunda función o característica del juego, sobre el hecho de que a través del juego el individuo puede experimentar ciertas conductas y actitudes sin correr riesgo significativo por las consecuencias, eso es algo que también tenemos muy en cuenta en el trabajo terapéutico con el juego en los niños y en los jóvenes. El ejemplo más claro, lo tenemos en el juego de las damas chinas, antes de jugarlo se le pide al paciente que escriba 10 metas u objetivos que tenga, se le asigna un número a cada meta y se pega un papel con un número del 1 al 10 en cada canica, y al jugar se le indica al paciente que cada canica representará, según el número cada uno de sus objetivos, y que el hecho de que una canica llegue al otro lado implica que la meta fue cumplida. A través del juego los pacientes experimentan muchas posibilidades que tienen respecto a sus metas desde el desgano hasta la euforia, es decir, experimentan lo que se siente el no haber logrado mucho por no haberse empeñado lo suficiente, o sienten la frustración que se puede experimentar por haber logrado poco por su desesperación y su falta de planeación; pero también pueden experimentar la satisfacción de lograr sus sueños y metas si se esfuerzan y empeñan inteligentemente.

Ahora bien, el aprendizaje es la tercera función del juego, pero es también la más importante para nosotros. Cabe decir que de todos los juegos sacamos una enseñanza, tal premisa será analizada con mayor detalle en el capítulo de sugerencias. Por ahora debemos recordar que el juego es simbólico a partir de que se evocan objetos o hechos ausentes y se sustituyen por otros, es decir que en el juego simbólico se realizan representaciones ficticias tanto de objetos como de hechos. En nuestro caso, somos nosotros como terapeutas quienes debemos invitar a los pacientes a evocar ciertos acontecimientos de su vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De esta tercera función o característica del juego, el aprendizaje, es de la cual nosotros nos valemos en mayor medida. Para los psicólogos que trabajamos dentro del consultorio, el juego simbólico es una alternativa de terapia muy importante, ya que dadas las características de los clientes mayoritarios les resulta atractiva y les entretiene por ello ponen todo su empeño en tal actividad. También se sienten a gusto al realizarla porque en todo momento se toma en cuenta lo que ellos establecen de la situación en que viven como algo plenamente real, es decir, no se les cuestiona, ni califica, tampoco se les contradice o se les insinúa que se encuentran equivocados o que están cometiendo un error al calificar su situación como lo hacen, de tal forma se refuerza la confianza que el cliente le tiene al terapeuta, se siente comprendido, que es tomado en cuenta y que sus ideas son escuchadas con respeto y atención. También les explicamos que lo que ellos manifiestan es correcto pues así lo están viviendo y de ese modo lo sienten, pero les explicamos que también es muy posible que no hayan observado más que una parte de la situación y que deberían tomar en cuenta otros ángulos para poder emitir un juicio basado en una percepción más amplia. Ya que a través del juego simbólico se pretende ayudar a los pacientes en la solución de sus problemas es necesario elegir alguno cuyas características y estructura nos permita por un lado a nosotros explicar de un modo diferente la problemática que el paciente plantea, así como a él observar que puede tener un enfoque distinto de la realidad; en términos constructivistas se plantearía de la siguiente forma: hacemos consciente al individuo de que no esta siendo víctima de la realidad sino de la construcción que él mismo esta haciendo de dicha realidad, y a través del juego también se da cuenta de que siempre existe una forma alternativa de construir la realidad, sustituyendo nuestros constructos por otros que sean más útiles o funcionales para adaptarnos a la realidad.

Esta es una característica de especial relevancia sobre todo al trabajar con adolescentes que se sienten incomprendidos, inadaptados, pero que no les gusta de ningún modo que se les critique o se les diga abiertamente que se encuentran en un error. Les enseñamos, pues a construir su realidad de una manera mas adecuada, menos perjudicial para ellos, les enseñamos por la vía del juego simbólico que deben construir bases firmes para su futuro y a que deben ser más comprometidos consigo mismos. Al enseñarles por medio del juego simbólico el aprendizaje se vuelve automáticamente significativo, ya que el individuo realiza la operación con interés por el asunto mismo y lo capta como algo

valioso, puesto que lo involucra plenamente, y el aprendizaje se encuentra plenamente ligado a su mundo de intereses y experiencias personales; es decir, lo que asimila por medio del juego lo hace con sentido, también está claro que lo que se les enseña por medio del juego simbólico promueve y propicia la autorrealización de la persona.

Para concluir, podemos decir que al jugar proveemos al juego de cierto simbolismo evocando en él vivencias, situaciones, hechos y demás acontecimientos relevantes en la vida de los sujetos, posteriormente enseñamos por medio de la actividad diversos valores (lo convertimos en un aprendizaje para el niño y el adolescente), y de esta manera lo que aprende se vuelve significativo y le ayuda verdaderamente a construir su realidad de forma más funcional para él.

CAPITULO 4.

SUGERENCIAS.

La capacidad de analizar y reflexionar por parte del ser humano es quizá la herramienta más importante con que se cuenta dentro de la terapia psicológica, por tal motivo son aspectos medulares para la resolución de los conflictos que los pacientes reportan; de tal forma, es necesario ejercitar tales habilidades, puesto que así no solo resuelven la problemática presente, sino que además aprenden a afrontar conflictos que se presentan posteriormente de forma efectiva y satisfactoria.

Al utilizar el juego simbólico como recurso didáctico se le facilita al paciente el desarrollar tanto la habilidad reflexiva como la analítica al tiempo que se le muestra una forma de aprendizaje que le brinda entretenimiento y diversión.

No pretendemos sin embargo, que el juego simbólico sea el único instrumento terapéutico del cual debemos valernos para lograr el cambio deseado, se trata solamente de una herramientas que adquiere un papel central al momento de aclarar diversos aspectos concernientes a la temática de la terapia. El juego simbólico, tal como lo utilizamos dentro del consultorio psicopedagógico "Camino al Cambio", es un magnifico auxiliar que adquiere un papel protagónico al demostrar que a través de él se logran los mejores avances redituando mayores beneficios para los pacientes. A continuación se presentan algunos juegos (los de mayor importancia dentro del consultorio) tal y como son utilizados por nosotros.

Juego: Domino.

Material:

Un juego de domino compuesto por 7 figuras distintas combinadas en 28 fichas.

Objetivos:

- ♦ Se analiza la importancia y trascendencia de las decisiones que tomamos. El terapeuta enfatiza en la fuerza y en las implicaciones que conlleva cada una de las acciones que realizamos en la vida diaria, induciendo a que el paciente concluya que por lo tanto es necesario pensar cuidadosamente antes de tomar una decisión, sobre todo si se trata de resolver un problema, ya que en esos casos se le debe dar solución sin que esta nos lleve a otros conflictos. Por supuesto este tipo de reflexión se logra con adolescentes o gente mayor.

- ◆ Con niños menores de nueve o diez años el objetivo es similar pero se maneja de forma diferente: después de haber jugado (en la misma sesión) dos o tres veces se le pide que en sus propias palabras explique la forma en que se juega, una vez que llega a la conclusión de que se trata de que los jugadores vayan colocando sus fichas sobre la mesa de forma sucesiva, haciendo coincidir los extremos de las fichas, se le indica que es un juego donde un jugador hace una propuesta (al colocar una ficha cualquiera) y el otro responde en consecuencia a tal acción; de modo que si alguien pone una figura X, el otro pone una ficha con la misma figura X para que coincida y a la vez lanza una nueva propuesta, a la cual el primer jugador debe dar una respuesta que coincida. Para que el niño entienda con mayor facilidad se le ejemplifica con algunos sucesos de la vida cotidiana, planteándosele la siguiente cuestión: "Cuando tu le desobedeces a tu mamá o a tu papá, ellos ¿cómo responden?, ¿qué es lo que hacen?". La gran mayoría de las veces se obtiene como respuesta que por lo general viene o un regaño o un castigo; entonces se enfatiza en que cuando hace algo indebido o inadecuado lo que le sucede es negativo (sus acciones tienen un efecto negativo sobre él mismo); y también se le pone el caso contrario: cuando se porta bien, es obediente o saca buenas calificaciones, se le pregunta ¿qué ocurre con sus padres?, por lo general dicen que los felicitan, le dan un regalo o los llevan a pasear; de tal forma se les hace la observación de que cuando hacen algo bueno lo que les sucede es positivo. Así se les hace ver que, al igual que en el domino, en nuestra vida cotidiana toda acción que realizamos provoca que los demás nos den una respuesta de la misma naturaleza o que coincida con lo que hicimos nosotros.

Descripción:

El domino es un juego que utilizamos principalmente en niños y adolescentes con problemas de conducta y problemas académicos, ya que cuando se va mal en la escuela y/o se tienen problemas ocasionados por su conducta, lo primero que suelen hacer es culpar a los demás de su situación, pero a través del domino ellos van tomando conciencia del grado de responsabilidad que tienen en la problemática que están viviendo; es decir, se trata de responsabilizarlos de su situación, más no con el fin de culpabilizarlos o juzgarlos por los problemas que tienen, sino más bien con la intención de que asuman una actitud autocrítica

en base a la cual comprendan que la solución de sus problemas solo la pueden encontrar ellos mismos.

Más específicamente, el domino nos da la pauta para comenzar el trabajo en asertividad en las relaciones interpersonales, así como para valorar la importancia del análisis de problema y la toma de decisiones. En niños y adolescentes que son muy agresivos y problemáticos en la casa o en la escuela, con el domino se les enseña de forma sutil, que ellos tienen el "control" de lo que les sucede, o bien que pueden "controlar" la actitud de los demás hacia ellos, en el sentido de que las respuestas que obtenemos de las personas esta en función de nuestros actos; dicho de otra manera si deseamos que nos traten bien, de esa forma debemos tratar a los demás, porque cuando los tratamos mal ellos responden igual.

Juego: Damas Chinas.

Material:

Un tablero de Damas Chinas de madera, diez canicas rojas y diez canicas verdes, una hoja blanca o de cuaderno, diez trocitos de papel y cinta adhesiva.

Objetivos:

- ◆ Destacar la importancia de plantearse metas y objetivos que les permitan reconocer lo que quiere realizar descubriendo así que cosas le estimulan y motivan para ser mejor en su vida.

Descripción:

En primer lugar se le explica al paciente que requiere establecer por escrito diez metas a las cuales él quisiera comprometerse a trabajar por sí mismo para mejorar su situación, y en cierta medida, resolver su problemática; posteriormente se le explica que cada una de las canicas que tiene el tablero de las Damas Chinas, para él, dentro del juego implican cada una de las metas que escribió y tiene que llevarlas hasta la otra punta donde se encuentran las canicas del terapeuta; incluso se enumeran cada uno de los papelitos para pegarlos en las canicas, de tal manera que el paciente pueda reconocer cuales de sus objetivos prefiere mover.

Generalmente los jóvenes se comportan muy impulsivos, dedicándose a mover una por una sus canicas debido a que se entusiasman tanto con este juego que la mayoría de ellos prefieren (así lo manifiestan) asegurar el cumplimiento de aquel objetivo que en ese

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

momento consideren de mayor importancia en su vida. El juego se da por terminado una vez que uno de los dos jugadores gana; obviamente con los movimientos tan limitados que realizan, lo más que logran introducir en la meta son dos o tres de sus canicas, lo cual representa que solo consiguieron dos de sus objetivos perseguidos; de tal forma se les hace reflexionar respecto a cuáles fueron los motivos que ellos consideran que se interpusieron en el logro del resto de sus objetivos, a tal cuestión responden generalmente que se debe a que prefirieron asegurar lo más importante, o bien que es culpa del terapeuta por ir tan rápido haciendo que sus canicas se brincaran unas con otras, de igual manera se les hace que consideren a cerca de todo lo que no pudieron conseguir, debido a que le dieron más importancia a unos que a otros.

Así es como ellos van llegando poco a poco a la conclusión de que su vida esta conformada por múltiples aspectos, que deben ser considerados igual de importantes, y por lo tanto deben dedicarse a ello con el mismo empeño. Comprenden que todos y cada uno de sus objetivos son de igual valor, que deben aprender a llevarlos a cabo todos juntos y no abandonar los demás por darle mayor atención a uno de ellos.

Dentro de las Damas Chinas hay que hacerlos reflexionar que pueden cambiar su situación o avanzar más rápido en ella si utilizan su camino por vía del ejemplo de la experiencia, de las atenciones de los otros o simplemente por las oportunidades que se les presentan y que probablemente no han observado. Si saben utilizar los caminos y ver más allá de lo que tienen, sus canicas (que representan sus objetivos) van a brincar más rápido y llegar a la meta (logro satisfactorio de sus objetivos). A través de la practica de este juego, constantemente se les debe hacer ver más allá de lo que pueden ver en uno solo de sus caminos que probablemente ha señalado, a explorar mayores opciones para que trabajen sus objetivos, obteniendo mejores beneficios.

El juego de las Damas Chinas contribuye dentro del proceso terapéutico ayudando a que los pacientes tengan más visión, obtengan más confianza en él terapeuta y por lo tanto exista mayor apertura de trabajo, aprenden a obtener más metas; pero sobre todo, una vez que han identificado todas las metas que quieren trabajar, se aboquen a un solo objetivo en el cual involucren todas las metas que se han fijado para formar un solo objetivo de vida; de la misma manera, se vuelven más decididos, aprenden a analizar las cosas en un sentido

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

crítico que les permite ser más propositivos en su vida; también aprenden a tomar decisiones en forma más rápida.

Juego: El coyote y las gallinas.

Material:

Un tablero de juego, doce fichas de color blanco (las gallinas) y una ficha azul (el coyote)

Objetivos:

- ◆ Reforzar el trabajo que se inicia con las Damas Chinas.
- ◆ Concientizar al paciente de la importancia de respetar a las personas que tienen autoridad dentro de su vida, más específicamente sus padres.
- ◆ Que el paciente comience a entender el valor que tiene el ejercicio de la asertividad, por los beneficios que le proporciona en cada una de sus relaciones interpersonales, sobre todo al tratarse de la relación con sus padres.

Descripción:

Para este juego se le pide al paciente que agregue dos objetivos más a su lista, al igual que en el juego anterior las fichas se enumeran. Primeramente se juega una partida sin mayor explicación que las reglas básicas, recalcando que por cada tiro de una de sus gallinas el coyote también avanza un espacio, y que las gallinas solamente pueden ir hacia delante y a los lados pero no pueden retroceder, el coyote en cambio puede trasladarse por todo el tablero.

Con tal información se comienza el juego. Los pacientes al no saber jugar se comportan durante la partida de una de las dos siguientes maneras: desorganizados, es decir, avanzan sus fichas sin orden haciendo que en cada jugada salga una gallina diferente, en este caso raramente logran salvar algunas; otras personas se comportan muy impulsivos, jugando una por una sus fichas provocando así una carrera contra el coyote buscando que alguna de sus gallinas logre escapar y llegar hasta el otro lado (zona de resguardo), en estos casos pueden llegar a rescatar a dos o tres de sus gallinas, pero no más. En ambos casos los pacientes empiezan el juego de forma muy entusiasta, pero al ver que no logran gran cosa, se desesperan y desaniman. Luego se les pregunta sobre cómo se sintieron al jugar. En todas las respuestas que emiten hacen notar que se sienten frustrados y molestos, principalmente su reacción se dirige en dos sentidos: por una parte expresan

cierta molestia por el dominio que tiene el coyote sobre el tablero, por otra parte culpan a la falta de practica que ellos tienen en comparación con el terapeuta.

Al volver a jugar el juego se le explica que durante esa partida imaginen que el coyote representa la vía social, o contingencias externas, a las cuales se enfrentan para poder llevar adelante y, por ende, lograr sus objetivos; o bien, que el coyote esta representando a nuestros padres y maestros (las personas con autoridad dentro de su vida), y que por lo tanto, al tener autoridad, tienen así mismo bastante libertad de movimiento. Pero sobre todo, se le hace hincapié en que la libertad que estas personas tienen para planearle ciertas restricciones radica en que son los responsables de educarlos; por ello, deben aprender de los trucos que tienen las gallinitas, no para burlar al coyote, sino para "convencerlo" de que las deje pasar. En ese sentido lo que aprenden los jóvenes es a llevar sus objetivos de vida de forma organizada y tranquila, comprenden que la impulsividad y la desorganización, en todo lo que realizan, son dos factores que afectan su correcto desempeño; además se dan cuenta que para conseguir sus objetivos debe aprender a respaldarlos unos con otros. Se les ejemplifica poniéndoles la situación de la vida cotidiana: al pedir ellos permiso para ir a una fiesta, se les pregunta que diría su padre en esos casos, generalmente la respuesta de sus padres es negativa, entonces se continua preguntando sobre lo que sucedería a lo que responde que lo que sigue es un enojo de parte de ellos y comienzan una discusión con sus padres; ya a través del juego se les da un ejemplo de cómo respaldar una petición de esa naturaleza, puntualizando que no hay ninguna necesidad de molestarse, lo que deben hacer es negociar con ellos mediante los puntos favorables que hayan conseguido hasta el momento con afirmaciones como "ya arregle mi cuarto", "mis calificaciones van bien", "le he estado ayudando a mi mamá", etcétera, se les infunde la seguridad de que si cumplen con sus deberes podrán ganar en su negociación sin necesidad de problemas.

Con este juego aprender también la importancia de la asertividad en la regulación de sus relaciones con personas adultas.

Juego: Ajedrez.

Material:

Un tablero de ajedrez, 16 piezas negras y 16 blancas.

Objetivos:

- ◆ Mediante la proyección del sujeto, averiguar ciertos patrones en la dinámica familiar.
- ◆ Mostrar la importancia del trabajo en equipo dentro del núcleo familiar.
- ◆ Plantear la necesidad de una convivencia familiar estrecha, llena de comprensión y comunicación.

Descripción:

El juego de ajedrez es utilizado en dos situaciones distintas: primero como método proyectivo para indagar sobre el estado del paciente respecto a sus padres, y familia en general; segundo cuando se trata de que el joven retome cierto tipo de aprendizaje para que su vida en familia sea más sana.

En el primer caso, después de jugar una partida, se le cuestiona al paciente en relación al funcionamiento de las dos piezas principales y en razón de eso se pone atención tanto en lo que dice como en la forma en que lo hace para tener una aproximación de cómo percibe a sus padres; esto con la finalidad de encontrar elementos de los cuales podamos valernos ya sea para ayudarnos a mejorar la relación con sus padres, o para observar de que forma nos podemos apoyar en los padres de familia para contribuir positivamente en la problemática del paciente.

En el segundo caso se trata de que el paciente analice su situación familiar en dos aspectos diferentes: en el primero, es destacar la dificultad que entraña para los padres de familia el cumplir esa función, es decir, que considere que no es fácil tal tarea y que en cierta forma la madre (representada en el juego por la reina) tiene mayor dominio sobre el tablero, porque la mujer en el hogar cumple un mayor número de funciones que el hombre, puesto que además de ser ama de casa, trabajar fuera de ella, también tiene que estar bien enterada de la situación de los hijos; y por lo tanto ambos padres están sometidos a un gran estrés, situación por la cual deben ser más comprensivos y contribuir en lo que puedan para mejorar la relación familiar, y este es precisamente el segundo aspecto a analizar que se persigue, el hecho de que cada miembro de la familia debe cumplir una función específica,

y por lo tanto, todos en la familia son responsables del tipo de convivencia que se dé entre ellos.

Juego: Rompecabezas.

Material:

Un rompecabezas (cualquiera) de entre 60 y 100 piezas.

Objetivos:

- ◆ Lograr que el paciente sea más analítico y que se encuentre en la reflexión de que los problemas no llegan por azar sino que cada quien los va construyendo, pero que somos todos igualmente capaces de saber construir soluciones.

Descripción:

Mientras el paciente va armando el rompecabezas se le pide que imagine que es como cuando él tiene un problema, no tiene las cosas claras, se encuentra confundido y generalmente no sabe por donde empezar. Sin embargo, una vez que se pone las manos a la obra tiene la capacidad de concentrarse, estar atento y ser paciente, para poder organizar el problema, de tal forma que en el proceso lo vaya entendiendo y por tanto su solución se simplifica.

El rompecabezas es un juego que demuestra de mejor manera la capacidad del ser humano para construir, y esto es algo de lo que se debe hacer conciente y aprender a sacarle provecho.

Juego: Serpientes y Escaleras.

Material:

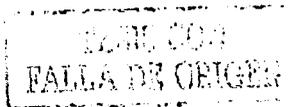
Un tablero de juego, dos fichas de diferente color y un dado.

Objetivos:

- ◆ Enfrentar al paciente con la realidad de un modo directo, al tiempo que se le invita a tener deseos de superarse cada día.

Descripción:

El juego es muy explícito. Tienen cien casillas por las que se van avanzando de acuerdo al dado, la mayoría de las casillas tiene figuras de animales. Pero a lo largo del juego hay serpientes y escaleras distribuidas, y las casillas que estas conectan tienen otro tipo de representaciones. Se puede decir que el juego ejemplifica por medio de actos y consecuencias.



En el caso de las serpientes, transportan a la ficha de la casilla que conecta la cola de la serpiente a una casilla más abajo en la que se encuentra su cabeza; y las imágenes que se refieren con acciones negativas que son castigadas. En el caso de las escaleras sucede al contrario, van en plan ascendente y conectan una acción positiva con una recompensa.

Es importante explicarle al paciente a lo largo del juego que él es el arquitecto de su propio camino, y que por lo tanto es el responsable directo de todos los triunfos y fracasos que puede tener. Pero así mismo, deben aprender de cada caída que pudieran tener, levantarse y seguir adelante sin titubear.

Juego: Había un avión...

Material:

Una bola de estambre, es un juego grupal.

Objetivos:

- ◆ Animación y convivencia.
- ◆ Razonamiento.
- ◆ Expresión, y superación personal.

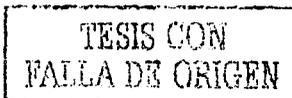
Descripción:

Se juega a partir tres o cuatro integrantes, generalmente después de algún trabajo que hubiese cansado a los muchachos. Nos sentamos de frente unos a otros, tratando de formar un círculo; el terapeuta toma la bola de estambre y lanza la consigna: "había un avión cargado de..." y se agrega alguna categoría que escoja, por ejemplo "colores" y dice un color, lanza el estambre a alguien más que deberá decir otro color y lanzarlo a su vez de forma sucesiva hasta que alguien se equivoca, después comienza el juego de nuevo cambiando la categoría.

Se usa para razonamiento cuando se requiere que los jóvenes o los niños se comprometan consigo mismos y adopten una actitud autocrítica, usando entonces la consigna con categorías como "metas" ("había un avión cargado de metas"), "ideales", "profesiones", "oficios", "intereses", "gustos", etc.

Cuando es para expresión, se usan categorías como "sentimientos", "ideas", etc.

Los participantes permanecen entretenidos y aprenden a ser más sociables, abiertos y creativos.



Juego: Pasar en medio de una hoja.**Material:**

Varias hojas y un par de tijeras.

Objetivos:

- ◆ Superación personal.
- ◆ Reflexión. Que el paciente comprenda que los problemas por difíciles que parezcan siempre tienen solución y lo único que se debe hacer es tener mayor amplitud y flexibilidad, tanto en su criterio, como en su visión de las cosas.

Descripción:

Luego de poner frente al paciente varias hojas y tijeras, se le expresa la siguiente consigna: "quiero que modifica una sola de estas hojas de tal forma que todo tu cuerpo pueda pasar por en medio de ella". La primera impresión que tienen es de desconcierto; algunos comentan que eso es imposible, los más animosos dice que debe haber alguna solución. Todos los intentos se basan en cortar el centro de la hoja, haciendo hoyos cada vez más grandes, hasta que se rinden.

Una vez que consideran que han agotado todas las posibilidades, procedemos a solucionar el problema mientras el paciente sigue los pasos:

1. Se dobla la hoja por la mitad.
2. Se toma por el centro, es decir por el lado donde queda el doble (el lado contrario es donde los extremos se ajustan).
3. Por el lado por el cual tomamos la hoja, realizamos un par de cortes a un centímetro de distancia de cada orilla, y no debe ser completo, es decir ese par de tiras de la hoja deben colgar de la misma, el corte debe parar aproximadamente a centímetro y medio del extremo contrario.
4. Posteriormente, olvidándonos de ese par de tiras, cortamos el centro de la hoja abriéndolo, de tal forma al extender la hoja los cortes hechos en el centro de ella representan una "H".
5. Se vuelve a doblar la hoja y comienzan a hacerse nuevos cortes similares a los cortes de los extremos, igual sin contarlos por completo, y cada vez avanzamos de un lado a otro, pero se intercalan los cortes, es decir si los primeros fueron del

centro hacia las uniones, el siguiente a la inversa y así sucesivamente. Entre un corte y otro debe haber una separación mínima de un centímetro.

6. Al abrir la hoja resulta que las tiras simulan un círculo bastante extenso, a través del cual es muy fácil pasar todo nuestro cuerpo.

Al realizar este ejercicio los jóvenes se muestran muy entretenidos y se sorprenden de que el problema haya tenido solución. Cuando se realiza una reflexión en torno a la dinámica los pacientes comentan que eso significa para ellos que no hay problema, por difícil que parezca, que no puedan solucionar. Después se comenta sobre la necesidad de que amplíemos nuestra visión y criterio para poder observar todas las posibles soluciones que existen y solo tenemos que descubrir, haciendo la analogía de cómo la hoja también se amplio, modificándose pero sin perder su esencia; así mismo se comenta sobre los beneficios que puede traernos el escuchar o pedir consejos a personas de mayor experiencia (como los maestros o sus padres), se ahonda en tal comentario sobre todo con jóvenes rebeldes que tienen una mala relación con sus padres.

Este tipo de reflexiones dejan especialmente marcados a los jóvenes, con una sensación (que manifiestan) de querer cambiar y mejorar cada vez más.

Juego: La hoja en blanco.

Material:

Una o dos hojas, lápices.

Objetivos:

- ◆ Destacar la importancia de la persona como agente de cambio dentro de su entorno.
- ◆ Rescatar la valía de la persona como constructor social, tanto en sus relaciones interpersonales como en sí mismo.

Descripción:

Es más común que esta dinámica se aplique como auxiliar en el trabajo con padres de familia, que con niños o adolescentes.

Mientras se esta hablando con los padres respecto a sus hijos, se les proporciona una hoja en blanco (y debe haber a su alcance algunos lápices) y se les dice que les obsequiamos esa hoja para que se entretengan en lo que hablamos.

Muchas personas que son ansiosas o nerviosas comienzan a doblar la hoja o cortarla sin sentido; los más creativos, hacen una papiroflexia o un dibujo. Después de que se

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

termina la charla se les hace la analogía de que sus hijos son como una hoja en blanco que ellos reciben, pero que nada que pasa por nuestra vida queda intacto, siempre imprimimos un cambio tanto en las personas como en los objetos, de forma que es decisión de cada quien lo que hace con "la hoja en blanco", a los creativos se les invita a que con esa imaginación y creatividad ayuden a sus hijos para que estos se desarrollen de forma optima; a los otros se les invita a que impriman un cambio positivo en las vidas de sus hijos ya que después de todo, como padres, son quienes más influyen en ellos.

Juego: La palma de la mano.

Material:

Hojas blancas y un lápiz.

Objetivo:

- ♦ Poner de manifiesto la importancia de una eficaz comunicación entre padres e hijos.

Descripción:

Esta dinámica se realiza con los padres de los pacientes, principalmente los padres de los niños o adolescentes que muestran una actitud desordenada, rebelde y agresiva. En tal caso, al inicio de la sesión se comienza a charlar con ellos sobre diversos aspectos concernientes a la vida de sus hijos, para sondear el tipo de relación que tienen con ellos; en la mayoría de los casos los padres consideran estar muy pendientes de sus hijos, pero no existe esa consistencia al hacer preguntas directas sobre los gustos e intereses de los jóvenes, o bien existe discrepancia entre lo que dicen los muchachos y lo que dicen los padres.

Sin embargo al enfrentar a los padres con ese hecho tienden a sentirse agredidos e incomprendidos, así que se hace necesario hacer notar esa verdad de un modo sutil, cosa que se consigue mediante esta dinámica. Después de pedirles que coloquen en una hoja su mano izquierda y la marquen por el contorno con un lápiz, se le indica que coloquen su mano izquierda detrás de su espalda y por ultimo se les pide que dibujen en el sitio adecuado las líneas de su mano izquierda que quedo plasmada en el papel. Al realizar ese ejercicio y contrastar su mano con el dibujo, se les hace notar que pese a que generalmente se dice que se conoce a los hijos como la palma de la mano, esa cuestión difícilmente es cierta pues por más que se les conozca a las personas, esta siempre están en constante

desarrollo y es por lo tanto imposible que se conozca a los demás a la perfección, pues ni siquiera nosotros nos conocemos como pensamos y como muestra el dibujo (pues siempre es distinto que la mano que pretendía representar).

De esa manera, se les guía hacia la reflexión de la importancia que tiene tanto la comunicación como la convivencia familiar.

Juego: La telaraña.

Material:

Una bola de estambre y un salón amplio.

Objetivo:

- ◆ Demostrar la importancia que tiene la convivencia, la comunicación familiar y la unión.

Descripción:

Este juego se realiza con la familia completa. En un lugar espacioso se colocan todos los participantes formando un círculo, el que comienza el juego es el terapeuta e inicia dando un par de vueltas al cordón o estambre en una de sus manos, al tiempo que lanza una sentencia que los demás tendrán que imitar dotándola de un sentido personal, por ejemplo: "mi color favorito es..." y cada uno dirá la frase terminándola con la especificación que se pide (en este caso el color); una vez que el terapeuta ha dicho esto pasara la bola de estambre a alguien más que de igual forma lo enredara en su mano mientras repite la frase para después pasarlo a alguien más (al azar), pero luego que todos han dicho lo que se les pedía, el estambre vuelve al terapeuta que vuelve a repetir la operación con una nueva frase. Cabe destacar que todas las frases que se utilizan son expresando solo aspectos positivos de uno mismo y de las personas con las que estamos (por ello es el terapeuta quien lo inicia). Después de un buen rato de juego, se ha formado una telaraña. Lo que se pretende es demostrar que lo que ahí se ha hecho no es otra cosa sino "comunicarnos", y mediante esa comunicación hemos transmitidos mensajes que nos enriquecen, pues permiten que nos conozcamos más y mejor; y siempre que hacemos un ejercicio de esa naturaleza los mensajes son como esos hilos que nos unen y acercan más a las personas que queremos, por lo tanto entre más nos conozcamos más cercanos y unidos estaremos, además de que los lazos se fortalecen volviéndose más resistentes. También se hace hincapié en que los reproches perjudican en lugar de ayudar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este ejercicio además de divertir a los participantes los hace reflexionar y adoptar nuevas formas de convivencia que los benefician. Es importante que esta reflexión se dé después de terminada la dinámica, propiciando una charla llena de comentarios críticos y propuestas para mejorar la situación familiar.

Para terminar con el presente trabajo cabe destacar que, no obstante la facilidad para manejar este tipo de juegos, se debe tener la debida precaución de que el juego no se convierta en un fin en sí mismo, sino que prevalezca como medio para que se logre un aprendizaje significativo, esto es que los pacientes no pierdan de vista la verdadera intención del juego.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS.

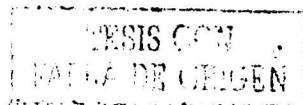
1. Acebedo, A. I. (1997) Aprender Jugando. Tomos 1, 2, 3. México. Ed. Limusa.
2. Álvarez-Gayou, G. L; Sánchez D. G; y Delfin F. (1986) Sexoterapia Integral. México: Manual Moderno. pp 237 -239.
3. Avanzini, G. (1982). La Pedagogía en el siglo XX. Madrid. Ed. Narcea.
4. Axline, V. M. (1983) Terapia de juego. Trad. Sara María Reyes De Fuentes. México. Ed. Diana.
5. Bernstein, D. A. y Nietzel, M. T. (1986) Introducción a la psicología clínica. México McGraw-Hill.
6. Berryman, B. J (1994) Psicología del desarrollo. pp. 179-209. Cap. 5
7. Bruner, J. (1995) El habla del niño: "Cognición y desarrollo humano". Buenos Aires: Paidós. Cap. 3.
8. Buisan, C. S.; y Marín, Ma. Á. G. (1987) Como realizar un diagnostico pedagógico. Barcelona, Ed. Oikos-Tau.
9. Castañedo, C.; Brenes, A.; Jensen, H.; Lucke, H.; Rodríguez, G.; y Thomas, P. (1993). Seis enfoques psicoterapéuticos. México. M. Moderno.
10. Campo, A. J; Tubav, M; y Olmo, T (1992) Enciclopedia de la psicología. Vol 2 y 3. España. ediciones Océano.
11. Canda, F. M. (1999) Diccionario de Pedagogía. Madrid. Ed. Cultura.
12. Charles, F. (1989) Tratamiento de adolescentes con problemas: Un enfoque de terapia familia. México. Paidós.
13. Craig, R. y Clarizio, H. (1988) Psicología Educativa. México: Limusa. Cap. 3.
14. García, S. J. (1992) Psicología evolutiva y educación preescolar. México: Santillana. Cap. 8.
15. Garfield, S. L. (1997) Psicología Clínica: El estudio de la personalidad y la conducta. México. M. Moderno.
16. Díaz, B. A. (1998) Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: Una interpretación constructivista. México: McGraw-Hill Interamericana.
17. Dolle, J. (1993) Para comprender a Jean Piaget. México: Trillas. pp 26-31, 128-133.

**TESIS CON
FALLA DE CRICEN**

18. Gil, R. (1979) Estado actual de la pedagogía. Argentina. Ed. Karelusz.
19. Gilbert, R. (1985) Psicopedagogía de la infancia a la adolescencia. España (Bilbao) Ed. Mensajero.
20. Gilmer, C. (1974) Psicología general. México, Ed. Harla, pp. 60-63.
21. Gispert, C.; Gay, J. y Vidal, J. (1998) Enciclopedia de la psicología. Pedagogía y psicología. España. Edición Océano.
22. Harach, C. (1994). Identidad del psicólogo. México. Ed. Alhambra Mexicana.
23. Horrocks, J. E (1993) Psicología de la adolescencia. México: Trillas. pp 15-31.
24. Hubert, R. (1990) Tratado de psicología general. México. Ed. El Atenco.
25. Hubert, C. H y Baruth, L. G. (1991) Terapia familiar racional- emotiva. Perspectivas sistemáticas. Barcelona: Herder. Cap. 2.
26. Jay, H. (1980) Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. Buenos Aires.
27. Jay, L. S.; y Garske, J. P. (1988). Psicoterapias Contemporáneas: Modelos y Métodos. Bilbao (España) Ed. Descieé.
28. Kempe, C. H. (1998) Diagnostico y tratamiento pediátrico. México. Manual Moderno. Cap. 2.
29. Kleinke, C. L (1998) Principios comunes en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Browuwer. Cap. 4.
30. Kimble, G.; Garmezy, N.; Zingler, E. (1996) Fundamentos de psicología general. México, Ed. Limusa, Cap. 15.
31. Lafora R. G. (1986) Los niños mentalmente anormales. España. Ed. La lectura. Cap. XIII.
32. López, R. S. (1989) Historia de la Psicología en México. Escuela Nacional de Estudios profesionales Iztacala.
33. Macia, A. D. (1994) Un adolescente en mi vida. Madrid. Ed. Pirámide. pp. 40-111.
34. Martínez Z. L (1994) Interacción madre-hijo en la realización de tareas. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. México. pp. 40-50.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

35. Martorell, J. L. (1996) Psicoterapias escuelas y conceptos básicos. Madrid: Pirámide.
36. Michell, G. (1997) Aprende a ser tu mismo. México: Trillas
37. Mahoney, M. J. (1995) Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, Investigación y practica.
38. Moraleda, M. (1995) Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia, madurez y senectud. España, Ed. Boixareu Universidad, Cap. 9
39. Murueta, M. (1996) La praxis terapéutica. México: Amapsi.
40. Myer, D. (1994) Psicología. Madrid, Ed. Medica Panamericana. pp. 103-110.
41. Novembre, J. (1985) Experiencias de juego con preescolares. Traducción: Juana Ma. Sancho, Madrid. Ed. Morata.
42. Papalia, D. (1978). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. México. McGraw Hill. PP. 241-248.
43. Phares, E. J. (1996). Psicología clínica: Conceptos, Método y Práctica. México. M. Moderno.
44. Pormeleau, L. (1992) El niño y su ambiente. México: Trillas. Cap. 9.
45. Riviere, A. (1984) Las relaciones entre aprendizaje y desarrollo y la zona de desarrollo potencial. Infancia y aprendizaje. Madrid. pp. 49-56.
46. Sánchez, E. P. (1997) Compendio de educación especial México. Manual Moderno.
47. Sánchez, L. P. (1995) Los estilos maternos Malaga. Aljibe
48. Shea, T. M. (1986) La enseñanza en niños y adolescentes con problemas de conducta. México. Ed. Panamericana.
49. Snyders, G.; Leon, A.; y Vial, J. (1974) Historia de la pedagogía II España. Oikos-Tau.
50. Telford, C. W. (1980) El individuo excepcional. México. Pretince-Hall. Cap. 14.
51. Theron, A; Roodin, P. y Gorman, B. (1980) Psicología evolutiva. México: Pirámide. Cap. 9.
52. West, J. (1994) Terapia de juego centrada en el niño. México Ed. Manual Moderno.



53. West, J. M.a. (1994) Terapia de juego centrada en el niño. Trad. Psicóloga Padilla Sierra Gloria. Facultad de psicología de la UNAM. México. Ed. Manual Moderno.
54. Wolf, W. (1979). La personalidad del niño en edad preescolar. Buenos Aires: Universitaria. Cap.5.
55. Zapata, O. A. y Aquino, Fro. (1980) Psicopedagogía de la motricidad. México. Trillas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN