



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA DE JUEGO PARA MEJORAR EL APEGO ENTRE
PADRES CON HIJOS CON SÍNDROME DE DOWN

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
GUADALUPE FLORES GASTELUM

DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. AÍDA ARACELI MENDOZA IBARROLA



Ciudad Universitaria, D.F.

Octubre, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

MI profundo amor, agradecimiento y respeto a:

MI PAPÁ MARIO JORGE.

MI ejemplo de vida: GRACE.

MI MAMITA LUPITA.

MI PAPITO MARIO.

Porque:

- Siempre han estado conmigo.
- Me han dado lo mejor de ustedes. Han formado mí carácter y mí determinación.
- Me han enseñado que cada decisión, es determinante en la vida.
- Me han brindado la mejor educación con principios y valores; no terminaría, de enumerar todo lo que me han dado.
- **Gracias por:** su apoyo, paciencia, atención, conocimientos. Y sobre todo, lo más importante, su **amor**.

LOS ADORO Y SIEMPRE, SERÁN MI GUÍA. HASTA EL FINAL DE MI VIDA.

ALAN:

Gracias por ser parte de mi vida, de mis logros y anhelos. **TE AMO**, estar a tu lado es perfecto. Agradezco infinitamente tu apoyo incondicional en todos los aspectos y por darme mucha tranquilidad.

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCION.....	6
Capítulo I. Factores genéticos determinantes en el Síndrome de Down (SD)	
1.1 División celular.....	8
1.2 Cromosomas: cuando se presentan errores de distribución.....	11
1.3 Diagnóstico prenatal	15
1.4 Características físicas de los niños SD.....	19
Capítulo II. Enfermedades más comunes	
2.1 Enfermedades infecciosas.....	22
2.2 Cardiopatías congénitas.....	23
2.3 Enfermedades del aparato digestivo.....	24
2.4 Enfermedades de la glándula tiroides.....	24
2.5 Trastornos visuales.....	24
2.6 Esperanza de vida.....	25
Capítulo III. Expectativas de los padres sobre el nacimiento de un niño	
3.1 Psicología de la mujer embarazada y la percepción de ser madre.....	28
3.2 Expectativas de la mujer embarazada.....	36
3.3 Impacto emocional de los padres ante el nacimiento de un hijo con (SD)....	39
3.4 Principales reacciones psicológicas de los padres.....	47
3.5 Principales factores que influyen en la aceptación del niño con (SD).....	62
Capítulo IV. Dinámica de grupo	
4.1 Dinámica.....	68
4.2 Cohesión de grupo.....	73
4.3 Funcionamiento del grupo presupuestos base según Bion.....	73
4.4 Historia de los grupos terapéuticos.....	74

4.4.1 Grupos de encuentro.....	76
4.4.2 Grupos de apoyo.....	77
4.4.3 Grupos de autoayuda.....	79
4.5 Psicoterapia en el proceso grupal.....	80
Capítulo V. Familia	
5.1 Familia.....	82
5.2 Ciclo vital de la familia.....	84
5.3 Funciones de la familia.....	85
5.4 Tipos de familia.....	87
5.5 Modelos de estructura familiar y límites.....	88
5.6 Modelos de interacción familiar.....	96
Capítulo VI. Terapia de Juego	
6.1 Terapia de juego.....	103
6.2 Tipos de juego.....	109
6.2.1 Juego en el niño.....	113
6.2.2 Juego en el adulto.....	115
6.2.3 El juego adulto y su potencial restaurador.....	124
6.3 Terapia de juego: Enfoque Psicoanalítico.....	126
6.4 Terapia de juego: Enfoque Gestalt.....	128
6.5 Terapia de juego: Enfoque Cognitivo- Conductual.....	129
6.6 Terapia juego para niños con retraso mental (RM).....	130
6.7 Terajuego.....	140
TALLER: TERAPIA DE JUEGO PARA MEJORAR EL APEGO ENTRE PADRES CON HIJOS CON SINDROME DE DOWN.....	148
ALCANCES.....	164
LIMITACIONES.....	166
REFERENCIAS.....	168
ANEXOS.....	172

RESUMEN

El nacimiento de un niño generalmente es muy importante para los padres, alrededor del sexto mes del embarazo en adelante; el hombre y la mujer tienen una predisposición por la llegada del hijo, el niño tendrá ya un lugar dentro de la casa, incluso ya le habrán comprado ropa, cuna, etc.

Las expectativas de los padres son ideales, es el niño que existe en el deseo y las fantasías de los padres. Que ocupa ya, una imagen en la mente de la pareja desde antes de la concepción.

Cuando nace ya el hijo, la imagen preconcebida y el niño real son muy significativas, ya que el niño real, procederá a adaptarse a esa imagen idealizada teniendo en cuenta sus propias aptitudes.

Es aquí cuando se presenta el posible o imposible trabajo psíquico de los padres denominado la reorganización fantasmiosa, la cual consiste en el duelo del niño fantasma o idealizado para poder así adaptarse al niño real.

El impacto que les ocasiona a los padres, recibir la noticia de que tienen un hijo con Síndrome de Down, es alto. Frecuentemente, entran en un periodo de crisis, los estados emocionales por los que suelen pasar son: choque, negación, duelo, transición y aceptación, esto es el Proceso de Adaptación y Aceptación; a través del cual, los padres confrontan la condición de su hijo.

Es por ello que en éste documento, se propone el TALLER: TERAPIA DE JUEGO PARA MEJORAR EL APEGO ENTRE PADRES CON HIJOS CON SINDROME DE DOWN, porque es deseable que los padres sean sensibles a las señales de su hijo, para dar una respuesta adecuada a la demandas del niño, generando así un apego o vinculo especial, seguro y positivo.

ABSTRACT

The birth of a child is usually very important for parents, around the sixth month of pregnancy onwards, men and women have a predisposition for the arrival of the child, he or she has already a place in the house, parent have even bought clothes, a crib, etc.

The expectations of parents are ideal; the child exists in the desire and fantasies of the parents. That ideal image occupies the minds of the couple before conception.

When the child is born, the child's preconceived image and reality are very significant. The real child shall proceed to adapt the idealized image considering their own skills.

It is here when the possible or impossible psychic job of parents, called the reorganization fanciful, is present. This consists on mourning the idealized child to adapt him or her to the real child.

The news of having a child with Down Syndrome causes an important impact on parents. They often enter a period of crisis. The emotional states they may go through are: shock, denial, grief, transition and acceptance, this is known as Adaptation and Acceptance Process, through which, parents face the condition of their child.

All above is the reason this document suggests the WORKSHOP: PLAY THERAPY FOR BETTER ATTACHMENT PARENT WITH CHILDREN WITH DOWN SYNDROME, because is convenient that parents are sensitive to their child's signals, to respond appropriate to the child's demands, generating a special, safe and positive attachment or link.

Keywords: Down Syndrome (DS), Mental Retardation (MR), Adaptation and Acceptance Process, Attachment.

INTRODUCCION

Cuando nace un miembro con necesidades especiales en la familia, los padres se enfrentan con presiones sociales, además de eso, las familias de personas con capacidades diferentes confrontan diversas demandas y necesidades especiales para tratar, educar, etc., en este caso a un niño con Síndrome de Down (SD).

La llegada de un niño con (SD), los padres lo experimentan en primera instancia como un conflicto y después durante el proceso, suele llegar la aceptación, es importante tener información adecuada y organizada con respecto al tema. El taller que se propone aquí, pretende mejorar la relación entre padres e hijos.

En el presente trabajo, se abordan los factores genéticos, las enfermedades más comunes y la esperanza de vida de los niños con (SD). Ante el tema del nacimiento de un niño, se comentan cuáles son las expectativas de los padres, la psicología de la mujer embarazada, el impacto emocional de los padres, cuando reciben la noticia de que su hijo tiene el síndrome, sus principales reacciones psicológicas y los principales factores que influyen en la aceptación del niño con (SD).

También encontrarán lo que es la dinámica de grupos, la historia de los grupos terapéuticos, es decir, los grupos de encuentro, los grupos de apoyo y los grupos de autoayuda.

La familia, es muy importante, para generar el apego y la aceptación, se aborda su ciclo vital, funciones y tipos de familia, los modelos de estructura familiar, límites y los modelos de interacción familiar o modelos de crianza.

El taller, se basa en la terapia de juego, por lo que, se investigó acerca de los tipos de juego; el juego adulto y juego en el niño, los principales enfoques de la terapia de juego (Enfoque Psicoanalítico, Enfoque Gestalt, Enfoque Cognitivo-Conductual). La terapia de juego para niños con (RM) y el terajuego, que ayuda a generar el apego y seguridad en el niño.

Y por último, encontrarán El taller, el cual, pretende generar el apego entre padres e hijos y, como consecuencia generar a la aceptación.

CAPITULO I

FACTORES GENÉTICOS DETERMINANTES EN EL SINDROME DE DOWN (SD)

1.1 División celular

Al nacer las niñas poseen aproximadamente 400,000 óvulos inmaduros en los dos ovarios, cuando la mujer llega la maduración sexual y hasta la menopausia; la ovulación se presenta más o menos una vez cada veintiocho días. Cuando el folículo maduro (bolsa en la que se encuentra el óvulo), se rompe en uno de los ovarios y expulsa al óvulo, éste viaja a través de la trompa de Falopio impulsado por pequeñas células capilares (cilios), hasta llegar al útero o matriz.

El espermatozoide es una de las células más pequeñas, sólo mide 0.004 centímetros de la cabeza a la cola y tiene el parecido a un renacuajo. Ésta célula se produce en las glándulas reproductoras de un hombre maduro, produce varios cientos de millones en el momento de la eyaculación (en el semen), durante el clímax de una relación sexual.

Los espermatozoides penetran en la vagina y comienzan nadar hacia la cerviz (cuello del útero) y se dirigen a la trompa de Falopio. Los espermatozoides poseen receptores de olores que utilizan para localizar al huevo fértil. Se estima que alrededor de veinte millones de espermatozoides entran en la vagina y sólo uno logra desgastar la capa protectora que rodea al óvulo por rozamiento.

A la unión de espermatozoide con el óvulo se le conoce como la fecundación, éste suceso permite la formación de un nuevo ser. Es decir la célula sexual femenina, el óvulo y el espermatozoide célula sexual masculina se funden para formar una nueva célula llamada cigoto o huevo fertilizado. La fertilización es posible que ocurra con mayor probabilidad en los 14 días posteriores al comienzo del ciclo menstrual de la mujer.

La fecundación, forma un cigoto (un organismo unicelular). Para que después se reproduzca y se transforme en un organismo complejo (pluricelular), con miles de millones de células con una especialidad y funciones específicas. Lo anterior se

logra por medio de un proceso de división celular, existen dos tipos la mitosis y la meiosis. Estos dos procesos se encargan de garantizar la reproducción de la célula en otras células hijas, con el objetivo de formar un organismo o para la renovación del mismo.

La mitosis es un proceso que pasa por cinco fases (interfase, profase, metafase, anafase y telofase), durante las cuales la célula va sufriendo cambios con el fin de prepararse para la división celular. Durante la mitosis el material genético se duplica (interfase), para que posteriormente se organice en pequeños filamentos llamados cromosomas; los cuales a su vez están compuestos por dos cromátides unidos por un centrómero.

A través de los centrómeros el cromosoma se inserta en los hilos del huso (profase), para alinearse en el ecuador de la célula (metafase), esto para que después se dividan los dos cromátides que viajarán y se acomodarán en los polos de la célula (anafase). La célula comenzará a dividirse, dando como resultado dos células nuevas con la misma cantidad de material genético que la célula original (telofase).

La meiosis es el otro tipo de división celular que ocurre aproximadamente en la quinta semana después de la fecundación y solamente se presenta en las células sexuales. Debido a la meiosis las mujeres producen óvulos y los hombres espermatozoides. El proceso consta de dos etapas que se conocen como división meiótica I y división meiótica II y cada una de ellas pasan por diferentes fases.

División meiótica I: en la interfase del proceso meiótico la célula duplica su ADN. Durante la profase I, los cromosomas homólogos se aparean, al ya presentarse avanzada la profase los cromosomas homólogos intercambian la información genética y los cromosomas se alinean en el ecuador y a esto se le conoce como la metafase I.

Durante la anafase los cromátides que conforman a cada cromosoma, no se separan sino que viajan juntos hacia uno de los polos de la célula. Al no separarse los cromátides y al viajar un cromosoma hacia un polo y el otro hacia el opuesto, la

consecuencia es que cada célula hija tendrá veintitrés cromosomas (tienen la mitad de cromosomas que la célula original); pero con información duplicada.

Para lograr que las células germinales cuenten con sólo veintitrés cromosomas se inicia el segundo proceso llamado división meiótica II, durante éste proceso no existe la duplicación del ADN, ni tampoco el entrecruzamiento de los cromosomas. Cada célula hija se prepara para la segunda división.

Durante la anafase II, los centrómeros se dividen y los cromátides se separan y comienzan el viaje hacia los polos de la célula. En la telofase, las células originales se dividen en dos células hijas, cada una ahora ya posee un número haploide de cromosomas, en total veintitrés.

Es necesario que cada célula hija posea veintitrés cromosomas haploides con el objetivo de que cuando se presente una nueva célula fecundada se origine un organismo con cuarenta y seis cromosomas. En el proceso meiótico específicamente para las células sexuales del hombre y de la mujer se le denominan espermatogénesis y ovogénesis respectivamente.

La diferencia entre la espermatogénesis y la ovogénesis, es que en la espermatogénesis se originan cuatro células disponibles para fecundar, esto por cada espermatogonio que lleva a término el proceso meiótico. En la ovogénesis solamente se produce una célula viable para fecundar y esto se produce por cada ogonio que pasa dicho proceso.

Otra diferencia observada es el proceso meiótico que en las mujeres da inicio antes del nacimiento y se suspende hasta la pubertad, en ésta etapa de la vida es cuando el proceso se reanuda. En los hombres dicho proceso comienza cuando llega la pubertad. Una vez concluida la división meiótica ya se está preparado para poder intercambiar la información genética y por ende, culminar con la formación de un nuevo ser.

1.2 Cromosomas: cuando se presentan errores de distribución

Stratford menciona (Morales y López, 2006) que en 1998, indicó que el Síndrome de Down es un padecimiento genético por la presencia de un cromosoma extra en las células, por lo que, como consecuencia éste cromosoma extra en la mayoría de los casos se encuentra en todas las células de quienes presentan dicho síndrome.

El (SD) es uno de los trastornos de nacimiento genéticos más comunes, se considera que es la combinación de defectos de nacimiento incluye cierto grado de (RM) y rasgos faciales característicos, el síndrome puede llegar a presentarse sin excepciones de nivel socioeconómicas ni tampoco raciales.

A principios del siglo XX, se encontró una gran variedad de explicaciones acerca de la etiología de ésta enfermedad. Stratford en 1998 y López, P. en el año 2000 (Morales y López, 2006), mencionan que en la década de 1930 algunos autores plantearon la posibilidad de que el origen del (SD) fuera cromosómico, entre dichos autores se encuentre Wardenburg, quien propuso que la causa podría ser la duplicación de los cromosomas o la falta de algunos de ellos.

Bleyer sostenía que la causa era la migración desigual de los cromosomas y en 1959 Lejeune demostró que existía un cromosoma extra en la mayoría de las células y lo fundamentó por medio de la no disyunción de algún cromosoma durante la meiosis.

En la actualidad, es claro que el (SD) se encuentra relacionado con la presencia de un cromosoma extra en las células, dicho accidente cromosómico es el resultado de un desorden u alteración llamado trisomía. En el caso muy poco frecuente, en el que se observe la ausencia de un cromosoma se le conoce como autosomía.

Ahora se sabe que el (SD) es el resultado de una disyunción (no separación) de los cromosomas durante el proceso de división celular o por error de distribución.

Las divisiones meiótica y mitótica son muy complejas, durante el proceso de ambas suelen surgir complicaciones que por lo tanto, pueden dar origen a un desequilibrio o alteración y es en ése momento en el que se origina el (SD).

Con respecto a la alteración del cromosoma 21, puede darse antes de la fecundación, es decir, en la célula sexual masculina o en la femenina sin embargo, también puede llegar a ocurrir después de la fecundación; durante las primeras divisiones mitóticas.

“En el 20 – 30% de los casos, el cromosoma 21 extra es el resultado de una división celular defectuosa de una célula en el esperma, el cromosoma extra proviene del padre. En el 70 – 80 % de los casos proviene de la madre” (Estrada, 2004, P. 9).

Dependiendo del momento en el que se de la anomalía de distribución numérica de los cromosomas, será el (SD) que la persona presentará. “cuanto más temprano sea la aparición o unión de la célula trisómica puede producir mayores alteraciones en el ser que esta en formación” (Jasso, 2001, P.53).

Se conocen tres tipos de (SD) y se ubican como:

a) trisomía 21 regular.

b) mosaicismo.

c) traslocación.

a) La trisomía 21 regular se presenta un cromosoma extra en el par 21 de todas las células, no se sabe porque ocurre y se cree que su aparición es azarosa. El error de distribución ocurre durante la producción de las células sexuales masculinas o femeninas, específicamente durante la primera división meiótica.

Se presenta durante el momento de la fecundación, el espermatozoide o el óvulo aporta el cromosoma extra (21), y es más probable que el cromosoma defectuoso sea aportado por la madre. El resultado es el que todas las células hijas cuenten con tres cromosomas 21 en lugar de dos.

La célula original con cuarenta y siete cromosomas comienza a dividirse hasta convertirse en dos copias exactas de la misma y por ende, las células hijas contienen el juego idéntico de de cuarenta y siete cromosomas. Al nacer el niño todas las células tendrán un total de cuarenta y siete cromosomas.

La trisomía 21 regular también puede ser el resultado de una no disyunción. Por ejemplo los cromosomas no se separan debidamente después de la fecundación, durante la mitosis después de haberse formado el cigoto normal con 46 cromosomas; a éste desorden se le llama no disyunción postcigótica del cromosoma 21.

b) En el caso del (SD) por mosaico. Estrada (2004), señala:

La no disyunción postcigótica del cromosoma 21, produce una célula con 47 cromosomas trisómicas 21 y una mosómica de 45 cromosomas, la célula trisómica sigue dividiéndose y forma una población de células trisómicas, mientras que la monosómica que no es viable, muere sin reproducirse. Por otro lado, las células normales forman una población normal. (p.10)

Las personas que padecen el (SD) por mosaico poseen una mezcla de células y por lo mismo presentan dos tipos de poblaciones celulares, las normales y las trisómicas.

c) En el (SD) por traslocación, Morales y López (2006) indican que este tipo de desorden se presenta cuando una parte o el total de un cromosoma se une a otro, el cromosoma 21 o parte de él se fusiona con otro cromosoma que no es el par 21. Frecuentemente sucede en los pares 12, 14, 15. Kingston observó que de manera ocasional el cromosoma se funde con dos cromosomas del par 21 o 22.

La traslocación es espontánea y generalmente se produce en la primera división celular, una vez efectuada la fecundación. Otra de las formas de traslocación es la heredada de padres a hijos; en éste caso los portadores de la traslocación

poseen cuarenta y cinco cromosomas sin que la persona presente alteraciones físicas o mentales.

En el caso de que el gameto recibiera cromosomas normales y es fecundado, el producto será genotípica (patrón genético invisible subyacente, que origina la presencia de algunos rasgos) y fenotípicamente (rasgos que pueden observarse), normal. Papalia y Wendkos (1999).

Si el gameto recibe un cromosoma trastocado, la fecundación produciría un individuo genotípicamente portador de una traslocación balanceada y fenotípicamente normal. Por lo que es importante conocer que los portadores de una traslocación poseen cuarenta y cinco cromosomas sin que la persona presente alteraciones físicas y/o mentales, éste fenómeno se debe a que el cromosoma traslocado cuenta por dos cromosomas. (Estrada, 2004; Morales, 2006).

Cuando el gameto fecundado contiene el cromosoma traslocado, más el homólogo 21 el producto presentará la trisomía 21, la cual se caracteriza por poseer cuarenta y seis cromosomas. Uno de los pares (por ejemplo el 14 o el 15), contiene información genética de más, una porción o la totalidad de uno de los cromosomas 21 se unió a éste.

El caso de trisomía 21 por traslocación heredada, es específicamente la de las células sexuales (óvulo o espermatozoide); éstas pueden llegar a aportar una traslocación 14/21 que se origina cuando ocurre la fecundación. Por lo que, existe una probabilidad muy alta de que el cigoto presente dicha trisomía.

Cuando se presente el caso de que el producto posea copias exactas de cuarenta y siete cromosomas en todas las células (trisomía 21 regular), el pequeño presentará alteraciones en el funcionamiento del organismo y los rasgos físicos característicos de ésta condición.

Si el producto presenta dos poblaciones de células, las normales y las trisómicas (mosaismo), el pequeño evolucionará mejor en comparación de los niños que

presentan todas sus células afectadas; además de que en ocasiones éstos pequeños no presentan rasgos característicos por lo que el diagnóstico resulta difícil.

1.3 Diagnóstico prenatal

El (SD) se determina por la presencia de un cromosoma extra en el núcleo de las células del pequeño, teniendo así un total de cuarenta y siete cromosomas.

Mientras más tarde se inicia la maternidad, mayor es el riesgo de concebir un hijo con (SD). Situación que se incrementa alrededor de los 40 años. Si a los 25 años, la posibilidad de tener un hijo con esta condición es de 1 en 1.250 casos, a los 40 esa probabilidad aumenta a 1 en 100 casos, y a los 45, se incrementa a 1 en cada 30 casos (Hiriart, 2011).

En la actualidad, la maternidad tardía se establece socialmente de acuerdo al promedio de años en que las mujeres gestan a su primer hijo, ya sea por motivos personales, laborales y económicos. Desde el punto de vista médico, el significado tardío de la gestación del embarazo en términos biológicos, se refiere a todas aquellas mujeres que conciben su primer embarazo con 35 años o más.

De acuerdo con cifras del INEGI en México, la fecundidad por grupos de edad nos muestra que de 1976 al 2010, el grupo al que corresponde el máximo de la tasa de fecundidad es el de las mujeres de entre 20 y 24 años. Una situación que marca una disminución importante en la tasa de fecundidad propia de los grupos de mayor edad. Los datos indican que, a partir de los 35 años, la fecundidad empieza a disminuir de manera significativa; por lo que, las mujeres mayores a los 40 años sólo aportan el 2.1% de los nacimientos registrados para el 2009 (INEGI, 2011).

La edad es importante en la mujer porque el ciclo reproductivo envejece rápidamente en comparación con el del hombre, cuando el óvulo es viejo y se presenta la fecundación la probabilidad de que la repartición del material genético sea incorrecta es muy elevada.

Sin embargo, el riesgo también se presenta con la edad del padre especialmente entre los hombres de 50 años. Durante muchos años la influencia del padre fue subestimada por los investigadores, no se consideraba el hecho de que si la mujer es mayor es posible que el esposo también lo sea, aunque el análisis del DNA ha demostrado que es más frecuente que el cromosoma extra parece provenir del óvulo. (Papalia y Wendkos, op. Cit.)

Sin embargo, al saber que las células germinales del hombre se encuentran activas y en constante producción. Científicos de Islandia señalaron que la edad del padre es un factor de riesgo para la salud de los hijos; a diferencia de lo que se creía.

El estudio hecho por investigadores de Islandia, dirigido por Augustine Kong para CODE Genetics, indica que de 20 a 30 por ciento de los casos de desórdenes genéticos, podrían estar ligados a hombres que tuvieron hijos después de los 40 años. (CNN México, 2012).

Lo que demuestra, que los hombres que se convierten en padres a mayor edad generan más riesgo de transmitir mutaciones genéticas a los hijos, más que las mujeres, especialmente enfermedades como autismo y esquizofrenia. El estudio apuntó a que por cada 16.5 años aumenta al doble el riesgo de transmitir mutaciones genéticas negativas.

Los investigadores estudiaron varias mutaciones en los genes que están ligadas al autismo y la esquizofrenia. De una muestra de 78 familias, los científicos encontraron que en un hijo de un padre de 20 años había 25 mutaciones en sus genes, mientras que en otro, de padres mayores de 40 años se detectaron 65.

Otras posibles causas del origen del (SD) son las enfermedades autoinmunes en la madre, la exposición a radiaciones en el primer trimestre del embarazo, deficiencia de vitaminas, desordenes tiroideos en la madre (bocios) y por herencia. (Papalia y Wendkos, op. Cit.)

Para el diagnóstico prenatal existen diferentes pruebas, una de las más utilizadas es la amniocentesis, se realiza durante la catorceava semana del embarazo y

consiste en tomar una muestra del líquido amniótico que el lugar donde flota el producto dentro de la matriz. La amniocentesis se utiliza para poder analizar las células contenidas en el líquido y poder hacer un cariotipo.

Con ayuda de la asesoría genética las parejas pueden saber si tienen algún riesgo de procrear un niño con deficiencias de nacimiento. Por lo cual, les es recomendado a las parejas que ya hayan procreado a un niño con capacidades diferentes o bien, que posean un historial familiar de enfermedades hereditarias.

Después de haber analizado la historia familiar de los padres, se deben someter a pruebas para saber si son portadores de defectos genéticos. Algunas de las pruebas a las que se recurren son: análisis de sangre, piel, orina, etcétera.

Papalia y Wendkos (op. Cit.), indica que los cromosomas se toman del tejido corporal y se fotografían y analizan. Estas fotografías ampliadas se recortan y arreglan según el tamaño y la estructura en un diagrama denominado cariotipo. El objetivo del cariotipo es detectar si se presenta alguna anomalía cromosómica mediante de la probabilidad matemática.

Frecuentemente se recurre a la amniocentesis para detectar la posible presencia de los casi doscientos (entre cuatro mil) defectos congénitos y desordenes cromosómicos reconocibles, ente otros problemas se encuentran incluidos los defectos de los tubos neurales.

Papalia y Wendkos (op. Cit.), afirman que en un estudio revelado por Haddow en el año 2002, indica que al usar tres pruebas de sangre provenientes de muestras tomadas entre la décimo quinta y la vigésima semana de gestación, para medir la cantidad de alfa fetoproteína (AFP) y dos hormonas más llamadas estriol no conjugado y gonadotropina coriónica, se ha detectado en casi el 60% de los casos el (SD).

Otra prueba a la que se recurre es a la de la muestra del vello coriónico (CUS); consiste en tomar una muestra de los vellos, protuberancias parecidas al cabello que surgen de la membrana del embrión que están constituidos por células

fetales. Posteriormente se analizarán para detectar la presencia de diversos desordenes.

El procedimiento puede ser aplicado antes de que se practique la amniocentesis, aproximadamente entre las ocho y las trece semanas de embarazo, sin embargo, el riesgo de aborto o muerte fetal es ligeramente mayor en comparación con la amniocentesis. Entre algunas mujeres sometidas a la CVS, se experimento casi un 5% más de muerte del feto que entre las que se sometieron a la amniocentesis. Papalia y Wendkos (op. cit).

La ecografía es una fotografía del útero, el feto y la placenta. Lo anterior se logra a través de ondas sonoras de alta frecuencia que son dirigidas al abdomen de la mujer, éste método permite obtener una imagen clara de un feto dentro del vientre materno y no causa ninguna molestia.

Se utiliza para medir el crecimiento del feto, estimar el tiempo de gestación, se pueden detectar embarazos múltiples, evaluar anomalías en la estructura del feto, permite observar si el producto está muerto. Sirve como guía para otros procedimientos como la amniocentesis, además ésta última junto con la ecografía son herramientas a las que se recurren para confirmar o refutar diagnósticos.

El diagnóstico de reimplantación genética, es utilizado con gran eficacia para el diagnóstico prenatal. Permite la identificación de defectos genéticos en los embriones de entre cuatro a ocho células que fueron concebidos a través de la fecundación in vitro. El objetivo es determinar cuáles son los embriones defectuosos, los cuales no serán implantados.

Y es precisamente gracias a los avances de la ciencia que actualmente hay varias formas para lograr que las mujeres después de los 35 años logre un embarazo con un menor riesgo.

1.4 Características físicas de los niños con Síndrome de Down

Los niños con (SD) presentan rasgos en común debido a que existe material genético extra en las células. Los rasgos variarán dependiendo del tipo de trisomía 21 que cada pequeño presente.

La única forma de realizar el diagnóstico del Síndrome es por medio del cariotipo. Se cuentan con algunas características físicas observadas con mayor frecuencia en los niños, por lo que se consideran típicas del mismo.

Morales y López (2006) indica que los rasgos más observados en las personas con (SD) según Santos y Morizon en 1999, Jasso en 1991, Lamber y Rondal en 1989, son los siguientes:

Cabeza pequeña, ojos rasgados, párpados caídos, sobrepeso, cuello corto y ancho, cabello fino, nariz pequeña y aplanada, piel amoratada, lengua prominente, orejas, dientes y manos pequeños, extremidades cortas, hipotonía, etcétera.

Es de interés mencionar que García en 1986, indica que en el desarrollo prenatal aproximadamente durante la sexta y duodécima semana comienza a aparecer un retardo; dicha anomalía puede consistir en la malformación de las estructuras de cráneo con los consecuentes efectos en el sistema nervioso central (Estrada, 2004).

En el cráneo de los niños con (SD) se observa un cráneo redondo y aplanado, a ésta condición se le conoce como braquicefálea, lo que está comprobado es que el volumen del cráneo es inferior al promedio. Algunos niños presentan hipoplasia ósea de marcizo facial medio, en el cual se destaca el tamaño y el agrupamiento de los rasgos faciales medios; por todo lo anterior es que los ojos, nariz, y boca estén agrupados mas al centro de la cara y son pequeños.

Los ojos parecen estar colocados hacia arriba y hacia fuera, la orilla interna o canto se encuentran distantes uno del otro. Jasso (2001) hace la observación de que los niños Down se identifican por tener hipertelorismo, es la apariencia de

mayor distancia entre un ojo y otro o viceversa se observa el hipotelorismo que es la apariencia de menor distancia entre los ojos.

El hipertelorismo es la consecuencia de un puente nasal plano y del pliegue epicantal, es la piel redundante del párpado que cubre el ángulo interno del ojo. El hipotelorismo, se debe al poco crecimiento de los huesos correspondientes a la estructura media de la cara. Los niños con (SD), suelen presentar manchas de color dorado o blancuzcas (Brushfield), se observan así, por la presencia de tejido conjuntivo o por el adelgazamiento del estroma del iris y también por una mala distribución del pigmento anormal.

El abdomen de los pequeños se denota distendido y protuberante por lo que, se presenta la hipotonía muscular lo que favorece la aparición de hernias umbilicales. El cabello durante el crecimiento se mantiene fino, lacio y sedoso; pero al paso de los años se torna seco y por último aparece la calvicie.

El cuello se nota corto, ancho y posee mayor flexibilidad que el de los niños regulares, dan una impresión de que les sobra la piel en la parte posterior del cuello (mayor grasa por debajo de la piel), al paso de los años se va haciendo menos evidente.

La cara de éstos niños se observa plana porque el puente de la nariz es mas bajo, esto se origina por el subdesarrollo de los huesos nasales o también se puede presentar por la ausencia de los mismos. No es raro que presenten desviación del tabique nasal, los pómulos se encuentran altos y como consecuencia la nariz tiene una apariencia de ser mas pequeña y achatada, la ventana nasales son estrechas por lo que suelen desarrollar una anteversión con mucosa gruesa y constante.

La piel al nacer es inmadura, elástica, fina y delgada; en los primeros años de vida presentan infecciones fácilmente causadas por bacterias normales de la piel. Al nacer la tez del cutis se observa un tono marmorata, sufren de una intensa fotosensibilidad por lo que suelen sufrir de eritemas exageradas de las partes expuestas al sol y padecen de un envejecimiento prematuro, la piel con el paso de los años se vuelve gruesa y menos elástica.

La lengua desde el nacimiento se percibe lisa, con una textura normal redondeada, suele también observarse como punta roma. La lengua es prominente, como consecuencia obliga a los niños a mantener la boca abierta permanentemente, esta condición la padecen más las niñas.

La prominencia de la lengua se debe a que el hueso maxilar es más pequeño, por lo que el paladar es más estrecho, las encías más amplias, las amígdalas y adenoides más grandes es por esto que la cavidad bucal es pequeña. Aproximadamente a la edad de cuatro a cinco años la lengua presenta fisuras en casi toda su extensión y se debe a los frecuentes movimientos de succión y masticación.

Las orejas se observan pequeñas regularmente y se encuentran implantadas más abajo en relación con los niños sin alteraciones cromosómicas, se encuentran ligeramente oblicuas. Otra característica es el sobreplegamiento en el hélix o hay ocasiones en las que no está presente el lóbulo o bien se encuentra pegado al resto de la cabeza. El conducto auditivo externo se presenta más estrecho.

La cavidad bucal es pequeña se observa una desproporción en el maxilar superior con el inferior. El maxilar superior es normal y el maxilar inferior es más grande con relación al cráneo, el paladar presenta estrechez en un 60%.

Las manos se denotan planas, blandas y de forma redonda, las líneas de la mano y los patrones dermatoglíficos son anormales ya que, la línea del corazón es transversal y se le llama línea simiesca. Los dedos son cortos, el meñique es curvo y falta frecuentemente la falangina, el pulgar tiene una implantación baja.

Las extremidades son cortas, los huesos largos se encuentran afectados y los huesos metacarpianos (las falanges son más cortas). se presenta un espacio amplio entre el primero y el segundo dedo del pie. Al palparse los músculos del cuerpo sobre todo en las extremidades la fuerza se posee disminuida, sin embargo, durante el crecimiento esta condición se va haciendo menos evidente y la mayor movilidad de las extremidades es un signo común para esta población.

CAPITULO II

ENFERMEDADES MÁS COMUNES

Es de gran inquietud entre los padres de familia, familiares y maestros saber un poco más sobre las diferentes causas que pueden llegar a producir la muerte de un niño con (SD), ya que desde el primer momento del nacimiento y durante toda la vida, éstos pequeños requieren de atención especializada.

Los niños nacen prematuramente pesando aproximadamente dos kilos y medio, nacen débiles con poca movilidad y presentan dificultades para respirar. Casi siempre suelen nacer con alteraciones congénitas que los pueden poner en peligro de muerte.

2.1 Enfermedades infecciosas

En el pasado, las enfermedades infecciosas eran las responsables de la mayor mortandad registrada en los pequeños con (SD). Las infecciones respiratorias son las más peligrosas para los niños sobre todo para los que padecen cardiopatías e hipertensión arterial pulmonar, así como la otitis media.

En los adolescentes a menudo se originan infecciones cutáneas en las zonas de los músculos en las nalgas y en la región perigenital, debido al déficit inmunológico presente, Perea (1995).

El aparato inmunológico es muy deficiente durante el primer año de vida por eso las infecciones son muy frecuentes. Lo más interesante es que es muy frecuente que varias de las infecciones no son clasificadas adecuadamente, porque se diagnostican como enfermedades pulmonares como consecuencia hay una gran variedad de casos que no son identificados como enfermedades infecciosas. Por ejemplo: gripes, bronquitis, neumonías; otro tipo de infecciones que se presentan son los casos de diarrea, infecciones de los riñones, por hongos, entre otras.

Entre las infecciones más recurrentes son la otitis media (infecciones del oído medio), catarro, faringitis (inflamación de la garganta), amigdalitis (inflamación de las anginas), la neumonía (infección pulmonar).

El sistema inmunológico se encarga de fabricar anticuerpos (sustancias proteicas), que poseen la función de destruir a los microbios, también el sistema cuenta con los glóbulos blancos de la sangre y la función de éstas células es ingerir las partículas extrañas del organismo al igual que los microbios.

2.2 Cardiopatías congénitas

Jasso (2001) indica que del total de trescientas veinticuatro defunciones que se suscitan en una muestra de 1,340 niños en un lapso de 30 años, el mayor número de ellas fue debido a las malformaciones del corazón, estadísticamente se encuentran entre un total de doscientos tres casos.

Las cardiopatías congénitas se presentan en al 50% de los casos, pueden ser graves ya que al presentar una insuficiencia cardiaca, es decir, tener el desarrollo pondostatural inadecuado y adquirir hipertensión arterial pulmonar (grado de obstrucción en el paso de aire en las vías superiores), durante el primer año de vida.

Al neonato se le debe practicar un ultrasonido para diagnosticar malformaciones o defectos cardiacos y por medio de éste medio analizar la presión de la arteria pulmonar. Se recomienda hacer esto antes del primer semestre de vida para poder así impedir la enfermedad vascular-pulmonar obstructiva severa.

Las lesiones más recurrentes son, “El canal aurículo ventricular, comunicación interventricular, la tetralogía de fallot, la persistencia del conducto arterioso, la comunicación interauricular y otras”. (Perea, 1995, p. 68).

Los síntomas más observados es que el niño respira de prisa rechazando el alimento ya que, es un gran esfuerzo tomar el biberón se cansa, como consecuencia lógica empieza a tener problemas en el desarrollo y pérdida de peso.

Los tratamientos utilizados son la administración digital de diuréticos, corrección quirúrgica de defecto cardiaco sin embargo, después de la operación y si ésta se práctica tardíamente puede persistir la hipertensión pulmonar.

2.3 Enfermedades del aparato digestivo

Las anomalías congénitas digestivas son numerosas, la muerte por ésta causa está relacionada con las malformaciones del aparato digestivo. Entre las cuales se encuentran la fístula traqueo esofágica, estenosis pilórica, atresia duodenal, páncreas anular, megacolon agangliónico, ano imperforado, entre otras.

2.4 Enfermedades de la glándula tiroides

La glándula tiroides se encuentra localizada a la altura del cuello, en la zona conocida como la manzana de Adán, las personas con (SD) es baja la probabilidad de que sufra alguna enfermedad con respecto a ésta glándula. De las pocas personas que la sufren, se presentan estadísticamente más casos de hipotiroidismo.

La importancia de identificar si existe alguna enfermedad en la tiroides es la de mantener sin ningún deterioro las funciones intelectuales y las capacidades de aprendizaje, así como la calidad de vida. Si se llegase a presentar alguna enfermedad en la glándula las funciones se reducirán sustancialmente.

Es recomendable que por lo menos de cada tres a cinco años se realice una determinación de las hormonas tiroideas para asegurar que no existe ninguna enfermedad en la glándula tiroides.

2.5 trastornos visuales

El niño recién nacido tiene el sistema visual preformado, para poder entender la imagen visual se tienen que conectar la imagen con otras áreas cerebrales y con otros sistemas funcionales tales como: el sistema motor, el sistema auditivo, el sistema de atención global, en general en todo el cerebro y la inteligencia. Algunos

trastornos pueden sufrir los niños con (SD), y son: cataratas, estrabismo, miopía, queratocono.

Las cataratas pueden presentarse en la edad infantil y frecuentemente se observa en adultos, se caracterizan por la opacidad anormal del cristalino y se manifiestan por la visión borrosa que se hace más evidente al pasar de los años, generalmente no afecta de manera importante la visión.

El estrabismo es cuando los ojos se desvían (se perciben bizcos), éste trastorno puede llegar a presentarse durante el primer año de vida después desaparecerá espontáneamente. Si persiste el problema después del año es necesario que sea valorado por el médico y como consecuencia se puede llegar a la pérdida de visión en alguno de los ojos.

La miopía es un trastorno que es de prioridad tratarlo ya que, si no se corrige con prontitud; como consecuencia se dificultará notablemente el aprendizaje del niño y por ende el desarrollo será lento.

El queratocono es el más agresivo y peligroso. Se manifiesta con la reducción rápida y progresiva de la agudeza visual porque se adelgaza y abulta la córnea, los síntomas más comunes son el dolor en los ojos, enrojecimiento, lagrimeo constante y opacidad de la córnea; incluso se puede llegar a la ceguera por lo que se recomienda la valoración oftalmológica cuando menos una vez al año.

2.6 Esperanza de vida

La mejoría en los tratamientos de las enfermedades asociadas al (SD), ha aumentado la esperanza de vida de estas personas, en países desarrollados entre los 50 a 60 años.

Por medio de la creación de planes y programas de salud y educativos se ha logrado llevar a las personas que sufren dicho síndrome a una integración cada vez mayor en la sociedad. Un ejemplo de esto es la CONFE, Confederación Mexicana de Organizaciones a favor de la Persona con Discapacidad Intelectual, A.C.

Para la CONFE, La discapacidad intelectual no es una enfermedad. Es una condición de vida que se manifiesta con limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, como el razonamiento, lenguaje, la comprensión y resolución de problemas. Y en la adaptación social, por ejemplo, en la toma de decisiones, independencia, el manejo del dinero y actividades de la vida cotidiana.

Las cifras sobre la discapacidad intelectual, de acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, un 3% de la población en el planeta presenta alguna discapacidad intelectual. De ellas, el 70% vive en países en vías de desarrollo y poco más del 40% son pobres y no tienen acceso a servicios de salud e integración social.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, para el año 2000 había en México cerca de 300 mil personas con alguna discapacidad intelectual, aunque ese dato es polémico, dado el alto número de hogares con información no especificada para esta pregunta y por la definición que empleó el Instituto para decidir quién debía contarse como persona con discapacidad intelectual.

La incidencia global del (SD) se aproxima a 1 de cada 700 nacimientos. Los nacimientos de niños con (SD), en madres de 15-29 años es de 1 por cada 1,500 nacidos; en madres de 30-34 años es de 1 por cada 800; en madres de 35-39 años es de 1 por cada 385; en madres de 40-44 años es de 1 por cada 106; en madres de 45 años es de 1 por cada 30.

Independientemente de la cifra final, en la CONFE menciona que la mayoría de las personas con discapacidad intelectual vive sin acceso a los servicios de salud e integración social que verdaderamente necesita, y que la vasta red de asociaciones civiles y servicios gubernamentales y privados que existe en México todavía no es suficiente para atenderlos y para incluirlos a la sociedad de manera digna y efectiva (CONFE, 2012).

La CONFEE tiene un espacio, dice: *yo también quiero trabajar* y los servicios que brindan son la jardinería, intendencia, galletas, costura y maquila. Gracias a los talleres de capacitación laboral que brindan.

El aumento de la esperanza de vida, es entonces, el resultado de estrategias bien definidas entre las cuales vale la pena hacer mención, a los avances en el diagnóstico con la utilización de herramientas de tecnología, tratamiento de enfermedades, conocimientos educativos, estimulación temprana.

Es por eso que la a preparación adecuada del personal en las distintas esferas de la sociedad, es de vital importancia para la realización de programas de intervención temprana, apoyando la orientación hacia programas multidisciplinarios para la adecuada vigilancia y cuidado de las personas con (SD).

El lema de CONFEE es: *Lo normal es un trato normal*, porque las personas con discapacidad intelectual y sus familias tienen la capacidad de valorar la construcción de su propia visión de futuro y la posibilidad de hacerla realidad.

CAPITULO III

EXPECTATIVAS DE LOS PADRES SOBRE DEL NACIMIENTO DE UN NIÑO

3.1 Psicología de la mujer embarazada y percepción de ser madre

La Psicología de la mujer embarazada es el resumen de la culminación del proceso evolutivo, el embarazo es un proceso fundamental corporal y psicológico que se entremezclan dando origen a diferentes fenómenos.

Dichos fenómenos son los temores y expectativas que la mujer comparte con la pareja. Los temores son de dos clases: la primera clase son los temores ocultos más comunes, la segunda clase son los temores personales y específicos, en esta ocasión se van a abordar algunos de los temores personales.

Videla (1997), mencionó doce principales temores:

a) Temor a perder el atractivo físico.

La mujer se va a enfrentar a un cambio físico para el cual no siempre se encuentra preparada y tampoco su pareja. Muchas mujeres poseen rasgos marcadamente narcisistas por lo cual, presentan un estado de angustia imaginando que no volverán a ser como antes.

En contraste, otras mujeres abandonan totalmente el cuidado de la dieta engordando así más de veinte kilos durante la gestación. Ante esto se recomienda a la mujer embarazada tomar conciencia de los cambios corporales que vive junto al crecimiento del feto y que por lo general tiende a negarlos.

Al hacer consiente el cambio podrá ir incorporando de manera inconsciente todos los contenidos relacionados al hecho de ser madre. El proceso entraña dos aspectos: el logro de ser madre y la pérdida del cuerpo que poseía antes del embarazo.

Varias madres se niegan a dar el pecho a sus hijos, por el temor a perder la tonicidad. Lo anterior se origina por un problema interno al temor a la deformación y se interpreta como, el temor y la tendencia al abandono.

b) Temor a tener un hijo anormal.

Este temor lo padecen más las madres primerizas. El temor proviene de identificar al feto con ideas agresivas muy reprimidas. La idea de tener un hijo deformado es también atribuida a la influencia de una mala educación sexual.

Algunas niñas escuchan a los padres que los contenidos de su cuerpo son sucios, por lo que se origina en el útero, será proyectado de la misma manera, si inicialmente se inculca la idea que el sexo es sucio, malo y la menstruación se le percibe como algo repugnante, el producto genital es decir el hijo, también se observara para la mente como algo repugnante.

c) Temor a engendrar a un niño Down.

A pesar de existir diversas clases de patologías genéticas las mujeres embarazadas la gran mayoría temen haber gestado un niño con esas características. Los niños Down, son seres que conviven socialmente, por lo que, se les ve con mucha frecuencia en la calle y ese es uno de los motivos influyentes para que la pareja le teman a dicho síndrome más que a otro. Aunque el porcentaje de posibilidades sea menor.

d) Temor a no tener leche.

Actualmente las mujeres carecen de tiempo y al fenómeno denominado agalactia se presenta con mayor frecuencia, porque la mujer después del post-parto tiene que hacer una sana distribución de energía.

Distribuir debidamente la energía entre el trabajo, estudio, quehaceres domésticos, sexualidad, diversiones, otros hijos y la lactancia. De esto dependerá tener o no mas leche además de tener la tendencia de repetir experiencias (si a ella le dieron o no leche) o bien, repara (darle al hijo (a)) lo que no le dieron a ella.

e) Temor a morir en el parto.

La tecnología ha contribuido a evitar los decesos al momento del parto es mucho menor estadísticamente en la actualidad.

Sin embargo, la mujer sigue presentando ese temor ya que en el parto es un momento crucial donde se pone en juego la capacidad de vivir y morir, se reviven angustias y depresiones que se vivieron en el propio parto. La mujer presenta una sensación de volver a nacer.

Las mujeres primerizas por lo general no presentan ese temor, el cual, es casi exclusivo de las secundarias, paras o multíparas, esto sucede porque ya tienen hijos a los que temen dejar solos.

f) Miedo a la muerte del hijo.

Este miedo se desarrolla por razones inconscientes que tiene que ver con una serie de conflictos no resueltos con la madre (la madre interna) y sale hacia alguna agresión por parte de alguna enfermera, dicho temor es inconsciente. Muchas niñas cuando la madre espera a un bebe la quieren agredir para que no naciere el bebe, este hecho se proyecta y se vuelve un temor a que le hagan lo que ella de niña, quiso hacerle a su madre.

Otro motivo del miedo, es que la madre no desee al bebe pero que de alguna manera ya se ha adaptado a el embarazo, el deseo se convierte en lo opuesto y el temor es que pueda suceder realmente.

g) Temor a sufrir mucho dolor en el parto.

Se sostiene que la mujer posee una tendencia a buscar el dolor, este es inherente a un masoquismo básico, y primario de la personalidad. Por lo que, las mujeres se preparan para un sacrificio y ya se está mentalmente sometida y resignada a pasar por el dolor, no hay otra manera. El miedo al dolor se ha transmitido de generación en generación y cada versión se observa con mayor dramaticidad.

h) Preocupación con respecto a la anestesia.

Existen dos tipos de mujeres, las que se resisten a ser anestesiadas porque lo perciben como un robo de vivencia y las mujeres que si solicitan la anestesia porque sienten que el parto las enfrentara con la muerte o la locura.

Sin embargo, la mayoría de las mujeres prefieren un parto normal sin anestesia, ya que desean vivir la experiencia de la salida del hijo por el canal vaginal,

escuchar el primer llanto, saber el sexo del bebe. Si reciben anestesia sin previo aviso al despertar presentan angustia y cierta traición.

Langer da una explicación completa sobre la anestesia explicando que (Videla 1997): Muchos anestesistas y obstetras se afanan por obtener el mejor medio para evitar el dolor del parto. Actualmente se tiene métodos médicamente perfectos, sin embargo, siempre envuelve cierto peligro la anestesia especialmente para el bebe.

Eastman sostiene que (Videla op. cit.): La causa más frecuente de la mortalidad fetal durante el parto del recién nacido o del lactante, es la aplicación de anestésicos durante el parto que reduce como consecuencia el oxígeno de la sangre materna. Lo anterior ocurre si la anestesia se prolonga por más de tres minutos.

El 60% de muertes de niños recién nacidos se debe a la anoxia causada por la anestesia, haciendo daño a los centros respiratorios durante el parto. Antes de los anestésicos durante el parto aproximadamente el 90-95% de los niños recién nacidos respiraban y gritaban durante el parto y actualmente solo lo hacen el 75% en la condición normal sin anestesia.

Se ha comprobado que a partir de la utilización de anestesia a las madres que no se les avisa después de haber nacido su hijo, a los tres o cuatro meses después; no esperan el tiempo prudente para evitar la ruptura uterina, siendo ésta una complicación y causa de muerte materna; vuelven a embarazarse.

Dicha conducta se explica que la mujer todavía no sabe que es parir. Es una vivencia que no pudo vivir por lo que, inconscientemente presenta una frustración ya que si se anestesia a la mujer sin el consentimiento lo vive como un robo vivencial.

La mayoría de los anestésicos descritos favorecen la relajación muscular provocando la dilatación del cuello uterino. En el caso en que se aplica la anestesia para perder sensibilidad en la zona genital se permite a la madre observar lo que sucede.

La anestesia epidural se recomienda para las cesáreas. Sin embargo, hay muchas ocasiones en las que se aplica la anestesia con el objetivo de analgesia o para acelerar el proceso, ya que el médico tiene muchos partos que atender o bien para acabar mucho más rápido el proceso de parto.

Además de considerarse un parto normal sin anestesia, como antieconómico ya que cuesta más la cesárea que el parto natural. La cesárea suele ser mucho más dolorosa y por supuesto artificial.

i) Temor a la episiotomía.

La episiotomía se realiza porque algunas mujeres no poseen la suficiente elasticidad del periné, necesaria para que el feto grande salga sin desgarrar la vulva. También se realiza cuando se manipulan los fórceps o el vacum. Sin embargo, la episiotomía se realiza a una gran mayoría de las pacientes y no siempre es necesaria. Esta es una herida en la vulva, que arde y no permite llevar una vida genital normal.

Por lo mismo, puede haber una separación de la pareja. Incluso la mujer podría presentar una sensación de humillación y en ocasiones genera una apatía hacia el hijo, que a veces lo percibe como el culpable. Aunado a que en muchos hospitales la sutura de la episiotomía se realiza sin anestesia.

j) Temor a la cesárea, al fórceps y a ventosa extractora.

Las mujeres le temen a estas técnicas por los peligros que representan, ya que atacan al cuerpo y atacan al hijo; se recibe mucha agresión física y psicológica.

Las cesáreas son realizadas de forma masiva y se dice que es una intervención sencilla actual y rápida, ya que evita horas de parto.

Las consecuencias de las cesáreas son duras ya que daña tanto al niño como a la madre, esta última suele presentar sentimientos de desvalorización como mujer, puesto que vive como inútil el largo y esperado proceso previo al parto, al no participar activamente. Aunque dicha percepción, no puede ser generalizada para todas las mujeres.

Los casos en los que si es necesario realizar una intervención cesárea son:

1.- Evitar un obstáculo en las vías naturales. (pelvis estrecha, tamaño excesivo del feto, tumores previos, entre otros).

2.- Se indica para evitar peligros que acarrea el parto por las vías naturales.

(placenta previa, procesos infecciosos serios de los genitales exteriores, varices vulgares y vaginales, cáncer de cuello, cesárea anterior, etc.)

3.- Terminar el parto para salvar la vida de la madre por diversos problemas (preeclampsia grave, desprendimiento prematuro de la placenta ectópica, rotura uterina, etc.)

4.- Con el objetivo de salvar al niño (presencia de cordón, sufrimiento fetal, embarazo prolongado, primiparidad tardía, entre otros.).

En el caso del vacum comúnmente conocido como vacuo extractor, es un aparato que en el parto extrae al feto por medio de la succión o vacío y se posiciona sobre la cabeza del feto y ayuda al desprendimiento fetal.

El uso de vacum es peligroso porque ha provocado desgarros vaginales y de cuello de útero, ha habido incidencias de desprendimiento placentario. En los niños, la mayoría provoca un tumor serosanguíneo en forma de hongo, lesiones superficiales en que cuero cabelludo, equimosis, ulceraciones, surcos bastante profundos, entre otros. Todas las lesiones son graves, ya que se infecta con facilidad y dañan al niño puesto que se les deja cicatrices y alteraciones cefálicas, incluso se les puede ocasionar (RM).

En el plano psicológico a los niños extraídos con ventosa no succionan demuestran una gran debilidad y se observan intranquilos, quejosos, asustados y sobresaltados.

La madre puede sufrir desgarros, lesiones en el canal blando, fracturas, luxaciones, infecciones puerperal es entre otros. Los daños en el niño son escoriaciones y heridas cutáneas, lesiones en los centros nerviosos, lesiones

faciales, heridas de corneas, arrancamiento de la oreja externa, hundimiento y fractura de cráneo provocando este ultimo epilepsias temporales y/ o (RM).

k) Temor a no desempeñar bien el rol de madre.

Cuando ya nace el bebe se cae en cuenta de que no sabe actuar ante las diversas necesidades del hijo, por lo que considera que es necesaria mayor información. La cual sacan de revistas, libros, preguntándole al pediatra.

Por lo cual, temen a la maternidad y buscan como asumir la concepción de ser madre es la de atender, cuidar, asistir al niño en todos los aspectos, lo que supone un acto de amor.

Schaffer (1997), indica que “el amor supone una implicación emocional con respecto a otra persona” (p. 134). Se pueden observar diferentes concepciones de ser madre:

- a) La madre se identifica con el hijo, le considera como parte de sí misma y experimenta las alegrías y las tristezas del hijo como propias.
- b) Toda reacción amorosa implica una acentuación de las emociones el amor-odio la mas afectuosa de las madres es capaz de sentir una intensa ira hacia el hijo.
- c) El amor en sí, supone una preocupación con respecto a el objeto, el deseo de estar en la presencia, una alegría por compartir, la compañía, el anhelo de poseerle, el disgusto y cuando se separa por mucho tiempo y una continúa orientación hacia el objeto incluso si este se encuentra ausente. El amor materno manifiesta todo lo anterior representado o por el apego del hijo, el cual tiene su origen por la necesidad de proximidad física. Sin embargo, los actos de la madre no son por satisfacer las necesidades del hijo sino por las propias, la necesidad de estar juntos.
- d) El amor por lo tanto, es una sensibilidad incrementada con respecto al objeto. En el caso de las madres que son tan sensibles a las necesidades del hijo, son las que pueden sintonizarse.

La Sensibilidad materna, va de la mano de la sincronía con el hijo, el amor conlleva sensibilidad, lo que facilita la empatía y la rápida respuesta de la madre hacia el hijo.

Schaffer R (1997), menciona que Mary Ainsworth, creó una escala de sensibilidad- en donde indica que la escala se basa en la respuesta de la madre a las señales y comunicación de su hijo.

La madre sensible, es capaz de ver las cosas desde el punto de vista del bebe, es decir, se encuentra sincronizada para recibir las señales del niño; las cuales las interpreta de forma correcta y responde a las señales de forma rápida y adecuada. La madre sensible no puede rechazar, interferir o ignorar las señales.

La madre insensible realiza intervenciones e interactúa en términos de sus propios deseos, estados de humor y actividades y no responde a las señales del hijo en lo absoluto.

De acuerdo a la sensibilidad o insensibilidad de la madre, el hijo en el primer caso toma a la madre como puerto de refugio al cual vuelven cuando exploran situaciones desconocidas y estos son niños seguros. En el segundo caso, los hijos se denotan inseguros y no pueden perder a su madre de vista o bien los niños son incapaces de apoyarse en la madre como una base segura, es decir juegan y exploran sin importarles que la madre se encuentre cerca.

De la sensibilidad materna depende el desarrollo normal para poder establecer relaciones funcionales. Con frecuencia algunas madres no se dan cuenta ni interpretan adecuadamente las señales de los niños porque se encuentran fatigadas, deprimidas o bien preocupadas.

Como conclusión, el desarrollo del ser madre es la que procede desde la propia infancia de la madre, el amor siempre se desarrolla en la etapa infantil, teniendo como una base una reciprocidad de una experiencia de ser amado por los padres.

Lo cual, fomenta la capacidad de amar al hijo, permitiéndole a su vez, responderle con el mismo sentimiento y más adelante el niño puede transferir a otras

personas. El hecho de ser amado permite la disposición para amar. Las madres que hayan sufrido de la privación de afecto materno, están condicionadas a tener hijos que sufran de la misma privación.

En la actualidad, se sabe que el instinto materno no existe, sino que es una cuestión social, por lo que Schaffer (1997) destaca que “no puede haber mejor medio de perfeccionar la calidad de ser <<madre>> que convertirlo en una cuestión de elección auténticamente libre”. (p. 157).

l) Otros temores de la embarazada.

Temor a quedar sola en el parto y sin ayuda, temor a que el médico no se encuentre en el momento preciso, temor al parto prematuro, al aborto en los primeros meses, temor a las hemorragias, problemas económicos entre otros.

3.2 Expectativas de la mujer embarazada

Al principio de la segunda mitad del embarazo, se presentan los movimientos fetales, en esta etapa se presentan las terroríficas fantasías que padecen algunas mujeres u hombres al evidenciar que viven un conflicto con la paternidad, este fenómeno la minoría.

A partir de que la mujer experimenta físicamente el lenguaje corporal del niño, ella empieza a soñar con respecto al bebe con mayor claridad y comienza a atribuirle rasgos que van definiendo la personalidad del hijo.

Durante esta época la madre comienza a hacerle un lugar en la casa, elige muebles y adornos, comienzan a decidir nombre y discutirlos. La mujer comienza a disfrutar del embarazo, y se origina un reajuste con la pareja en el plano sexual.

Exactamente al quinto mes el niño ya es lo suficientemente grande para que la madre y el padre lo sienta y durante los últimos días del embarazo las expectativas han aumentado.

La madre disfruta de la presencia del hijo dentro de sí, pero el sentimiento se entremezcla con el deseo de verlo ya, y acunarlo entre los brazos, de darle forma

con la mirada. El ritmo de sueño se modifica de acuerdo a la misma periodicidad en la que el bebe necesitará ser alimentado.

La mujer sufre un cambio psicológico a partir de un parto, ya que según Bleger afirma que “La existencia de núcleos aglutinados” del yo, renacen con el parto (Videla 1997, p 135), es por ello, que la mujer se siente con mayor lucidez frente al desempeño intelectual, con mayor capacidad de rendimiento físico y un nivel alto de conexión con los compañeros de trabajo, es decir sufre un enriquecimiento en el aspecto laboral, afectivo y sexual.

A partir del sexto mes en adelante el hombre y la mujer tendrán una predisposición para la llegada del hijo. El bebe tendrá ya un espacio dentro de la casa, se le comprará ropa, cuna.

El padre trabajará más y mucho mejor que nunca. Si hay hermanos, perderán signos de maduración lograda debido a la regresión que experimentan. El padre y la madre se conmocionaran después de haber esperado nueve meses. Dicha conmoción, se debe a la proyección sobre los sueños e ideales de los aspectos de sí mismos, de expectativas personales y de las esperanzas que van pronto a concretarse ante la inmensa dicha de la llegada de un hijo.

Cabe aclarar que las expectativas son ideales, es el niño que existe en el deseo y las fantasías de los padres y que ocupa ya una imagen en la mente de la pareja desde antes de la concepción.

Cuando nace ya el hijo, la imagen preconcebida y el niño real son muy significantes, ya que el niño real, procederá a adaptarse a esa imagen idealizada teniendo en cuenta sus propias aptitudes.

Es aquí cuando se presenta el posible o imposible trabajo psíquico de los padres denominado la reorganización fantasiosa, la cual consiste en el duelo del niño fantasma o idealizado para poder así adaptarse al niño real.

El deseo de un hijo se percibe de diversas formas, entre las cuales se encuentra: demostrar la fertilidad, afirmar la categoría de adulto, el deseo de un embarazo, el

deseo de tener a un niño, a una niña, el deseo en sí de tener un hijo, cumplimiento de expectativas de los padres, curar la depresión, sustituir a un hijo perdido, etc.

Lo mencionado anteriormente son motivaciones consientes del deseo de un hijo, dichas motivaciones consientes enmascaran las disposiciones preconscientes e inconscientes de los adultos en la situación de ser padres.

El hijo viene y debe ocupar su lugar en la dinámica psíquica de los padres, teniendo en cuenta la problemática edípica del padre y de la madre.

Los padres frecuentemente concretan a través del hijo un futuro ideal. Por lo que, Ajuria (1992), propone tres estructuras parentales interdependientes.

a) Estructura tecnocrática:

Consiste en la educación del niño. Se utiliza la puericultura y la etología humana, la madre tiene una relación diádica con el hijo, es decir, la relación es madre-hijo. El fantasma que se presenta en esa estructura es el de la seducción, conscientemente la madre se pregunta ¿seré capaz de cuidar a mi hijo? Y en los procesos inconscientes la pregunta es ¿seré capaz de seducir a mi hijo?

b) La estructura capitalista

Es el deseo o la necesidad de tener un hijo. Se centra en la ginecología obstétrica, en la actualidad se recurre frecuentemente a la fecundación artificial.

Aquí los padres se enfrentan a un hijo fruto de su fantasía y que ocupa un lugar en la neurosis edípica de cada uno, en una relación triangular sincrónica cuyo sinónimo es la relación padre-madre-hijo.

El fantasma que se origina es el fantasma del cuadro primitivo. La expresión consiente es ¿puedo tener un hijo? Y la expresión inconsciente se traduce como ¿seré capaz de ocupar el lugar de mi padre/ madre en el dormitorio parental?

c) La estructura simbólica

Qué significa ser padre. Se enfoca en la etnología y la religión. En esta estructura, lo más importante es el hijo real y después el hijo imaginario. Los padres lo

proyectan en una relación triangular, diacrónica, transgeneracional cuyo sinónimo es la relación entre abuelos-padres-hijo.

El fantasma que se origina es el de mito de orígenes, en la cual, la expresión consiente de los padres con respecto al hijo es ¿que llegará a ser? Y cuya recepción en el niño es ¿de dónde procedo?

En ocasiones, las diversas estructuras parentales no siempre recaen en los progenitores, dichas estructuras recaen sobre las personas que se encargan del niño. Por lo que, se observa una disyunción entre el hecho de tener un hijo, educar a un hijo o ser padre.

Así, se evidencia el papel tan importante y fundamental de la familia en el desarrollo del niño.

3.3 Impacto emocional de los padres ante el nacimiento de un niño con Síndrome de Down

El nacimiento de un niño en general, es un acontecimiento muy feliz primordialmente para los padres, estos desean que sea sano, hermoso, inteligente y que pueda hacer un buen papel socialmente.

Así que, los padres imaginan y planifican el futuro del hijo antes de que nazca, es decir, los planes futuros reflejan las expectativas de ambición o necesidad de los padres.

Estrada (2004) indica que la pareja se transforma en una triada al nacer un niño, los roles de la pareja cambian, se reestructuran y se delimitan nuevas funciones, como padres.

La mayor adaptación y cambio de vida lo realiza la madre al nacer un hijo, las madres tienden a preguntarse el significado y la importancia del hijo y el padre siente un profundo sentimiento de continuidad.

Sin embargo, el impacto que le ocasiona a los padres recibir la noticia de que tienen un hijo con (SD), entran en un periodo de crisis, a el cual, los padres se

someten para afrontar la situación inicial de una aproximación especial para sus hijos.

El enfoque de la teoría de la crisis de los estados emocionales (Morales & López, 2006) fundamenta lo que es una crisis y visualiza los estados emocionales de los padres de niños con (SD) y el impacto de la noticia puede variar de grado y significancia:

Choque.

El impacto de la noticia puede transformar la felicidad en una reacción de crisis, se generan sentimientos de miedo, confusión y preocupación.

El impacto dificulta que los padres asimilen todo lo que se les dice, por lo cual es importante elegir el momento en que se les proporcionara la información más importante.

Es mejor esperar un tiempo para que la impresión de la noticia disminuya, porque si no es así el modo y cada una de las palabras del médico que comunica la noticia es determinante en el grado de la crisis que se presenta ante lo inesperado. Los padres sufren una modificación de esperanzas respecto al hijo que nació, ya que se percibe como un intruso, no es reconocido como propio.

Estrada (2004) menciona que el alumbramiento se vuelve un encuentro y drama, es el encuentro del niño imaginado en el cual se vacían las expectativas y deseos con el niño de la realidad. El drama del nacimiento es un instante de verdad, realidad, desilusión y la pérdida por lo tanto, de renuncia del hijo fantaseado. El impacto de los padres es variable.

Algunos padres son calmados por naturaleza y poco emotivos, por lo que, aceptan la condición del niño sin inmutarse exteriormente, otras personas emotivas por naturaleza tienden a reaccionar, de formas exageradas ante la situación, culpándose a sí mismo o a otros de forma irracional.

La Negación.

En esta etapa la persona se rehúsa a aceptar la realidad, funciona como mecanismo de autoprotección. El sujeto solo admite lo que puede soportar.

Los padres difícilmente pueden admitir el diagnóstico durante el periodo de negación y presentan muchas dificultades para comprender lo que implica, ya que la negación sirve como medio para mantener aun viva una esperanza de que el diagnóstico sea un error.

El Duelo.

Durante el duelo la persona experimenta una serie de sentimientos penosos y contradictorios entre la realidad y el deseo.

En ocasiones los padres pueden sentir vergüenza ante la familia y amigos, en otras, desean encontrar un culpable, por ende, se juzgan a sí mismos.

Dependiendo del estilo de atribución del problema por parte del padre y la madre, se observa un efecto sobre la forma de aceptar la situación.

Las madres que atribuyen la situación del hijo a otros, presentan mayores niveles de enojo, ansiedad, depresión, estrés entre otras actitudes negativas hacia sus hijos; a diferencia de las madres que no lo hacen, esto lo indica Slaikeu en 1996, (Morales & López 2006).

Los resultados anteriores demuestran el impacto de los pensamientos y creencias sobre la manera, de cómo resolvemos un determinado problema. Durante el duelo se viven emociones, dolorosas que pueden percibirse como un desafío, una amenaza o bien una pérdida.

La forma en que una persona experimenta un evento, se manifiesta en las expresiones conductuales, cognitivas o biofísicas. Desde la perspectiva cognitiva dependiendo de la evaluación cognitiva emocional que la persona tenga de un evento, determina la manera en que va a procesar y percibir el evento.

Lo anterior, impacta en el estilo de afrontamiento que la persona tomará para solucionar la situación y los problemas. El modelo cognitivo explica que los problemas emocionales o conductuales son el resultado de interpretaciones inadecuadas de la situación o distorsiones cognitivas.

Las cuales se definen como errores en el procesamiento de la información del medio externo y permiten mantener la validez de los esquemas o autoesquemas. Beck en el 2000 (Morales & López, 2006) proporciona una lista de 12 errores de pensamiento más comunes.

- Filtración
Es centrar la atención en solo aspectos de información. Por ejemplo: el padre o la madre del niño con (SD) presta atención solo a la información negativa de la que dispone.
- Pensamiento polarizado.
Solo se ven los extremos opuestos de una situación. Por ejemplo: se considera que en una situación no hay esperanza ni aspectos positivos. La situación es buena vs. Mala y generalmente se elige la mala.
- Sobre generalización.
Llevan la conclusión más allá de lo que realmente es. Por ejemplo: si a un niño con (SD) le resulta un tratamiento, entonces, a mi hijo también le servirá.
- Leer la mente.
Sentir que se sabe lo que otros piensan o sienten sin necesidad de pregunta o considerar otras posibilidades. Por ejemplo: infiere que los demás piensan que es un exagerado, que no sabe nada de la vida, porque no entiende su problema.

- **Visión catastrófica.**
 Creer que se sabe lo que va a suceder, particularmente dándole un toque de desastre o de negatividad al evento futuro. Por ejemplo: se piensa que la situación presente empeorará y no habrá solución.
- **Personalización.**
 Creer que todo lo que hacen y dicen otras personas es dirigido hacia usted y causado por usted. Por ejemplo: cree que las sugerencias de los profesionales son despectivas y mal intencionadas, porque lo consideran un inexperto en el tema.
- **Pensamiento hiperactivo (debo y tengo que)**
 Se tiene una idea rígida acerca de lo que se tiene que hacer, si no lo cumple al pie de la letra, se juzga duramente. Por ejemplo: cree que porque no llevo a su hijo a una atención temprana es un mal padre, sin tomar en cuenta los factores que contribuyeron.
- **Razonamiento emocional**
 Considerar que algo es cierto solo porque lo siente, sin considerar hechos, evidencias o datos reales. Por ejemplo: siente que absoluta y completamente es el responsable de todo lo que pasa con el hijo, y no considera la opinión médica ni otras opciones como posibles explicaciones a lo que está sucediendo.
- **Etiquetar catalogar**
 Rotularse a sí mismo o a otros por un rasgo o característica sin tomar en cuenta todos los aspectos. Por ejemplo: se considera como una mala persona, por sentir vergüenza ante los demás cuando le preguntan por lo que tiene su hijo, sin considerar el proceso de adaptación por el que está pasando.
- **Magnificación y minimización**
 Cuando da un valor negativo de manera excesiva a una persona, situación, etc. Y minimiza los aspectos positivos. Por ejemplo: considera que su

atención es peor que la de cualquier otra persona con un hijo con (SD) o cualquier otra condición.

- **Visión de Túnel**

Cuando solo puede percibir los aspectos negativos de una situación. Por ejemplo: no se contemplan las opciones que se les ofrecen, ni sus beneficios. Sólo se ven los defectos de los recursos con los que se disponen.

- **Descalificación**

Se define de manera negativa a sí mismo y descalifica todo o casi todas sus características positivas. Por ejemplo: percibe que tiene dificultades para adaptarse a un nuevo estilo de vida, por lo que se siente frustrado e incompetente, y no da importancia a las características de su personalidad que le pueden ayudar a superar la situación.

En cualquiera de sus formas, las distorsiones cognitivas pueden llevar a un periodo de preocupación, depresión y desorganización emocional. Si es que, no se proporcionan herramientas para combatirlas.

Transición

Cuando los padres comienzan a desarrollar habilidades para enfrentar de manera adecuada la situación. Según Bahr, 1980 (Morales & López, op. cit.). Los padres se encuentran en la etapa del enfoque hacia fuera, es el comienzo de una reorganización emocional y posiblemente familiar.

Los padres reestructuran sus expectativas de vida y comienzan a dirigir sus esfuerzos para lograr una mejor calidad de vida para sí mismos, su hijo y el resto de la familia.

Aceptación.

Es un proceso gradual y es la resolución de una crisis el proceso es difícil y requiere un tiempo considerable. Un indicador de aceptación es cuando los padres

logran establecer patrones funcionales de afrontamiento del estrés, la solución de problemas y son capaces de evaluar detenida y conscientemente las opciones que se les presentan.

Todo lo anterior para ayudar a sus hijos sin dejarse llevar por la necesidad de probar lo que sea, cualquier tratamiento a costa del bienestar físico, mental y económico propios y por ende del núcleo familiar. La información juega un papel importante, pero debe ser de forma dosificada y debe ir de acuerdo a la etapa en la que se encuentren.

El objetivo es que los padres comprendan que el (SD) es una anomalía genética. Causado por un accidente cromosómico, y que no se puede hacer nada para controlarlo.

Además, es importante mencionar que el retraso mental es una de las características fundamentales del (SD) y la mayoría de los niños que padecen este síndrome presentan un retraso entre moderado y grave.

Los tipos de (RM) según Kaplan, Benjamín y Sadok (1999), son los siguientes:

Rango de Coeficiente Intelectual		Edad Mental (años)
50 - 69	Educable	9 a menos de 12
35 - 49	Entrenable	6 a menos de 9
20 - 34	Custodiable	3 a menos de 6
Por debajo de 20	Custodiable	menos de 3

El desarrollo mental de los pequeños con (SD) parece progresar normalmente desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. Sin embargo, las puntuaciones de coeficiente intelectual van disminuyendo progresivamente desde el año hasta alrededor de los 30.

Los niños con (SD) son placidos, alegres y cooperadores y se adaptan fácilmente a la vida familiar. En la adolescencia el cuadro cambia, los adolescentes pueden llegar a experimentar dificultades emocionales, trastornos de conducta y rara vez trastornos psicóticos.

Los adultos con (SD), tienden a presentar un deterioro importante en el lenguaje, memoria, capacidad de autocuidado y resolución de problemas a partir de los 30 años. Los estudios post-mortem de aquellos con más de 40 años, muestra una alta incidencia de placas seniles y ovillos neurofibrilares iguales a los observados en el Alzheimer.

Los ovillos neurofibrilares se encuentran en toda variedad de enfermedades degenerativas, mientras que las placas seniles aparecen sobre todo en el Alzheimer y el (SD) por lo que ambos trastornos comparten cierto grado de fisiopatología.

Los niños con retardo mental, con coeficiente intelectual de entre 35-49 son entrenables y con 50- 69 son educables. Desarrollan las habilidades para la comunicación lentamente y llegan a beneficiarse de una atención individual en la escuela, centrada en el desarrollo de habilidades de autoayuda. Estos niños son conscientes de sus deficiencias y a menudo se sienten rechazados por sus compañeros y frustrados por sus limitaciones. Pueden llegar a ser competentes en tareas ocupacionales en medios protegidos. Los niños con (RM) custodiable, con un coeficiente intelectual entre 20- 34 y por debajo de 20, el lenguaje es mínimo y el desarrollo mayor escaso. En los años de colegio o escolarización pueden llegar a lograr cierto desarrollo del lenguaje.

En la adolescencia, si el lenguaje sigue siendo escaso, las formas no verbales de comunicación pueden desarrollarlo mejor. Puede conseguir cierto grado de autocuidado, aunque generalmente necesitan una supervisión.

En el caso de los niños con (RM) educable, con un coeficiente intelectual de entre 50- 69 y aproximadamente 70. Son capaces de alcanzar un funcionamiento académico en el nivel de primaria y su capacidad laboral les permite mantenerse a sí mismos, suele lograr cierto grado de éxito social y laboral en un ambiente protegido. Algunas de estas personas pueden caer en manos de compañeros que exploten sus limitaciones.

Los niños con (RM) custodiables, con coeficiente intelectual por debajo de 20. Requieren una supervisión constante y están muy limitados en sus capacidades

de comunicación y motoras. En la edad adulta pueden tener desarrollo en el lenguaje y haber adquirido habilidades muy simples de auto-ayuda. Sin embargo, sigue necesitando de cuidados profesionales.

La información dosificada y el adiestramiento de habilidades, los padres están listos para recibirlas una vez que alcanzan la etapa de la aceptación. Por lo que, los padres pueden recibir diferentes clases de información, entre ellas lo relacionado con la educación de su hijo, los métodos y técnicas que pueden utilizar para afrontar el stress que genera la vida cotidiana, entre otros factores.

Se recomienda que la información vaya acorde a la etapa en la que estén, ya que en general el padre o la madre en estos casos no procesaran toda la información requerida o lo hacen de forma distorsionada. Es importante determinar cuándo se ha llegado a la fase de aceptación.

3.4 Principales reacciones psicológicas de los padres

Las reacciones de los padres ante el suceso del hijo con (SD) variaran de acuerdo a la personalidad, experiencia previa, habilidad de afrontamiento y expectativas.

Los sentimientos como ira, frustración y hostilidad están en función de la intensidad de los deseos y expectativas de los padres, es importante reconocer los sentimientos pero es mucho más importante saber controlarlos.

El enojo de los padres necesita una salida y frecuentemente surge la culpabilidad que es a su vez agotadora. Los padres se sienten responsables por la condición del niño y surge el- si hubiera-. Barbaranne (1997), menciona que los padres al poco tiempo de descubrir una incapacidad en el hijo, se sienten más culpables de lo que pudieran soportar.

Como siguiente fase es transferir la culpa a alguien, puede ser a la pareja, al médico, a los miembros de la familia, etc. El estado puede poner en riesgo las relaciones interpersonales.

Es importante que la pareja se de en este estado apoyo mutuo, ya que al haber recriminaciones, algunos padres no logran liberarse del ciclo de inculpación y culpabilidad por lo que, llega el divorcio.

Otras parejas observan que solo se golpean verbalmente, al caer en cuenta de ello, se proponen hacer la culpa y las recriminaciones a un lado. La culpabilidad es la base de la sobreprotección hacia el hijo.

La sobreprotección se basa en el sentimiento profundamente arraigado de la culpa del problema del niño. Es tratar de enmendar el fracaso de tener a un niño no regular o anormal. La sobreprotección impide el desarrollo del niño y esta puede ser el resultado de la información de más, ya que como se ha mencionado, se puede distorsionar y los padres caen en angustia y por lo tanto, en la sobreprotección hacia el hijo.

La ira de los padres ha sido interpretada como una autodefensa contra la ansiedad y la culpa. La ira también es provocada por la insensibilidad de los médicos al darle la noticia.

Estrada (2004) menciona que el shock, la negación, el enojo y la depresión forman parte del proceso natural de ajuste.

Durante el periodo de ajuste, es decir, del cambio de la situación antes y después del nacimiento, el cambio de expectativas, la mayoría de los padres sienten que avanzan un poco y retroceden mucho más. Este estado es signo de una reacción depresiva. La depresión propiamente dicha, es cuando los padres presentan una profunda tristeza y falta de ganas para hacer cosas, incluso continuar en la lucha.

Pueden ocurrir dos cosas:

- 1) los padres se encierran en su enojo y en su soledad por sentirse desvalidos ante los problemas.
- 2) Los padres refuerzan el enojo, generando escalas mayores de violencia. En la etapa de depresión se recomienda que la pareja hable de sus sentimientos, que conozcan el (SD), que sientan apoyo de personas de

confianza, que se integren a grupos de padres que tienen los mismos problemas y así poder resolver preguntas y comenzar la sanación del mundo ideal e interno de los padres.

En la depresión de los padres reconocen lo que les sucede y paso a paso se genera el cambio en el mundo interno, es decir de sus ilusiones, pensamientos, sentimientos. Les ayuda a no sentirse tan desprotegidos ante la realidad.

Los padres al iniciar la etapa de la adaptación se presentan dos reacciones importantes y que son las del amor-rechazo, esto significa la lucha entre el amor existente de los padres hacia los hijos y el rechazo ante la condición del hijo deficiente y por ende a la frustración ante la capacidad de ser padres y la negación de las expectativas futuras rotas.

Los sentimientos de rechazo inconscientemente conducen al abandono del lactante o bien, el abandono puede ser manifiesto, lo que puede provocar la falta de interés por el estado del niño, la indiferencia o la negación del padecimiento.

El rechazo se puede dar de dos maneras, según Medina y Puebla (1997):

- 1) El rechazo emocional: se presenta cuando los padres deciden mantener a su hijo con (SD) pero no aceptan que presenta retraso mental, por lo que, no alcanzarán logros esperados para los niños de su edad. Niegan la posibilidad de desarrollarse correctamente con su apoyo y comprensión.
- 2) El rechazo físico: es cuando los padres deciden abandonar a su hijo con (SD) en alguna institución especializada. Estos tipos de rechazo van de la mano de la negación de la realidad y hasta donde sea posible, los pueden llegar a alejar de la vida social.

La negación es una reacción inconsciente y automática ante una situación de ansiedad. Es la defensa que se explica en función del nivel de madurez y de los antecedentes de la persona, es decir, a mayor madurez del padre, mayor será la

ansiedad ante la situación, por lo tanto, mayor amplitud de las reacciones defensivas.

Al presentar niveles altos de ansiedad y la energía puesta en juego para combatirla, el mecanismo de la negación se hace más resistente al cambio, aunque se tenga ante los ojos pruebas evidentes de la condición del hijo.

Por tal motivo, los padres tratan de ocultar el Síndrome, Estrada (2004) menciona que Schorn en 1999 indica que el secreto es un elemento estructural.

Se trata de informaciones vinculadas con la historia del grupo familiar, cargado de un significado adicional. Los secretos familiares sirven para acentuar lo ausente, posiblemente el mecanismo que opera es la renegación, es regenerar la falta.

Es decir, el que nace con una falta también nace con un lugar de mucha presencia, porque la mirada del otro lo presentifica. Los padres que tratan de ocultar y ocultarse a sí mismos que su hijo tiene (SD), ponen de por medio miles de explicaciones que piensan que van a atenuar la condición del niño.

Los padres actúan así porque reconocen que hay un problema en su hijo, pero no lo pueden admitir y lo llevan a múltiples terapias para mejorar la condición, todo ello, para que en el futuro no sea discriminado, ni ofendido o rechazado.

Con esta actitud lo único que protegen, es a ellos mismos y lo hacen porque en estos casos la autoestima y el autoconcepto de los padres se encuentra muy deteriorado.

En el campo de la aceptación, los padres poseen sentimientos de protección de forma cálida y con amor, así que, los padres lo evidencian en la forma de pensar. Comienza la etapa de asimilar la situación e inician la búsqueda de alternativas, apoyan al niño en su desarrollo. Sin embargo, en la etapa de aceptación puede ser confundida con la resignación y la diferencia entre éstas dos, es la actitud de los padres.

El desgano, la falta de interés o bien, se puede presentar la actitud de compensar más de la cuenta con cuidados de forma extrema, esas actitudes demuestran la resignación.

La aceptación completa comienza cuando los padres comienzan a llamar a su hijo por su nombre, con esto ya les están brindando una identidad, aparece las sonrisas, el contacto visual, por la cual los padres se sentirán más vinculados al pequeño.

El vínculo que se forma con el hijo y los conflictos de los padres, no empiezan con la vida de pareja, o con la llegada de los hijos; sino que se remontan a la etapa de gestación de los individuos y al trato inicial que recibimos de los padres o de las personas encargadas de cuidarnos, los cuales, se les denomina figuras de apego.

Por lo que, la formación de las primeras relaciones emocionales de cualquier persona por lo general es con la madre, a estos se les conoce como el vínculo de apego y se considera como uno de los logros más importantes durante la infancia.

Los modos en que habitualmente se comportan los padres para influir en una u otra dirección en la conducta del niño se le conoce como pautas de crianza y dan lugar a los diferentes estilos de apego.

Heredia (2005), indica que la teoría del apego actual se asocia con los sucesos que forman la base sobre la que se rige el desarrollo emocional humano.

John Bowlby (Heredia, 2005) elaboró la teoría del apego para utilizarla en el diagnóstico y tratamiento de familias y pacientes perturbados emocionalmente, por lo que, adoptó una visión etológica-evolutiva al estudiar en hospicios e instituciones públicas los comportamientos entre padres e hijos.

Mary Dinsmore Salter Ainsworth colaboró con Bowlby durante la década de 1950, investigando los efectos de la separación materna temprana en la personalidad del niño, después durante dos años estudio a las madres y sus hijos en escenarios naturales.

Es considerada una de las mayores figuras del siglo XX, por sus aportaciones, realizó observaciones naturalistas sobre el apego, interacciones de las pautas de crianza, un análisis conceptual del apego y de la conducta de exploración del ambiente, también contribuyó en la metodología de la medida del comportamiento infantil.

Introdujo el concepto de la figura de apego, la cual se considera como una base segura para explorar y es decisiva para la comprensión del modo en que un individuo se desarrolla y funciona a lo largo de su vida.

La figura de apego implica la respuesta, verbal, gestual y emocional de la madre y el padre ante el hambre de estímulos del hijo recién nacido, su actitud a través de los años ante la disciplina y los castigos, y la organización del ambiente físico y del tiempo con el hijo, además de el tipo de estímulos que se le procura al hijo diariamente.

Salter (Heredia, 2005), destaca la disponibilidad emocional de los padres, esto es la empatía de los padres con las necesidades del niño y la capacidad de los padres para descifrar los mensajes del hijo que envía por medio de reacciones, movimientos o estados de ánimo. Si los padres logran la empatía, el niño denota una sensación de bienestar y autoestima. Salter destaca los estilos de apego el identífico: el apego seguro, el apego ansioso y el apego elusivo.

Los niños desde que nacen, buscan la proximidad con la madre o con quien proporciona los cuidados con el objetivo de obtener un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad.

Se le denomina conducta de apego, a los comportamientos de búsqueda de la proximidad, con otra persona y esta conducta mejorará la capacidad para enfrentarse al mundo.

La teoría del apego indica que existe una necesidad original de proximidad y contacto afectivo con figuras significativas durante la infancia, lo cual tiene gran influencia. La calidad de apego varía según la disponibilidad emocional de la

persona o personas a cargo del niño, como fuente de apoyo para la exploración y dominio del entorno.

La autoestima, en gran parte se forma por la suma de experiencias y mensajes que transmiten las figuras de apego durante los tres primeros años y por la forma en que el niño define los sentimientos de su propia existencia.

En esencia lo que se fundamenta es que es vital, de acuerdo al desarrollo humano de forma evolutiva, según Heredia (2005), Que el ser humano establece lazos emocionales íntimos principalmente con los padres por lo cual, se le conoce como apego o vínculo de apego. Y el propósito del apego es iniciar el sentimiento de seguridad en el niño y a través del tiempo, el sentimiento cambiará constantemente y cualitativamente durante la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

Por lo general, la madre es la primera fuente de afecto, por lo que, se establece con ella el primer vínculo de apego y el padre ayuda al niño a distanciarse paulatinamente de la primera figura para que no se establezca una dependencia excesiva de ella.

A medida de que el niño alcanza logros que son prerrequisitos para nuevos aprendizajes, podrá tener accesos a otras formas de vinculación afectiva durante la adolescencia y la vida adulta.

Los niños tienen necesidades básicas y desde el punto de la teoría del apego, en particular el primer año y medio es determinante la satisfacción puntual del niño en cuanto la necesidad de alimentación, entre otras de carácter fisiológica ya que son condiciones de supervivencia. Y si los padres satisfacen esas necesidades de forma inmediata cuando los hijos son pequeños, los niños adquirirán la confianza básica y un apego seguro.

La base del sentimiento de seguridad emocional de un individuo se origina en la experimentación de una atención sensible y amorosa en el momento y en el sostenimiento del contacto visual. Si las acciones de los padres no son acordes en

tiempo con las necesidades del niño y si el pequeño pasa por un tiempo prolongado de dolor físico antes de que los padres den fin al malestar, el niño no adquirirá confianza en sí mismo y aprenderá que no sirve de nada sus peticiones así que, creerá que no merece ser atendido.

A medida que los bebés van creciendo pueden los padres retrasarse en las respuestas, cuando consideren que es el momento adecuado. Después de los dos años de edad, se espera que el niño por medio de sus propios esfuerzos emocionales pueda postergar y aceptar el retraso de respuestas hacia sus necesidades sin ponerse agresivo o desorganizado, por ende, desarrolla un sentimiento de confianza en las propias capacidades reguladoras. Heredia (2005), indica que las necesidades básicas de un pequeño son: las físicas, cognitivas, la exploración del medio físico y social y las emocionales.

Las necesidades físicas son de alimento que debe de ser limpio, nutritivo y balanceado, el vestido, el baño. Los padres también son responsables de regular la temperatura del cuerpo del niño, vigilar las reacciones del pequeño a estímulos externos. También crean un ambiente protegido para que duerma, le proporcionan un espacio para que juegue y lo protegen de diversos peligros existentes.

Si los padres no le proporcionan al hijo cuidado y atención a estas necesidades, el niño corre el riesgo de enfermedades físicas y en el caso de la atención no sea de manera sostenida, el niño poseerá memoria sensorial no integrada y percibirá al mundo de una manera hostil, terrible y agresiva.

Las necesidades cognitivas, son aquellas que tiene que ver con la estimulación temprana para promover el desarrollo de los sentidos y las capacidades motoras. Son los ejercicios y prácticas que ayudan a despertar los sentidos del niño como es el escuchar música, conocer texturas y tamaños, jugar, entre otros.

Las necesidades cognitivas van de la mano con la exploración del medio físico y social, ya que los padres deben crear un ambiente relajado y afectuoso, al hacer esto, se van a convertir en una base de seguridad para el hijo. Es decir, los padres motivan al hijo a conocer su entorno y conforme vaya creciendo y los padres se

vayan adecuando a las condiciones de interacción de su hijo a diferentes edades, el niño explorará y socializará en condiciones de seguridad, así, el niño podrá adaptarse en ambientes ricos y variados, ya que podrá abrirse con confianza hacia las demás personas y establecer relaciones entre sus acciones y lo que sucede en su entorno.

Y las necesidades emocionales son las más básicas, las pautas individuales de regulación fisiológica y modulación emocional se establecen durante la etapa de los primeros cuidados y atención al niño por la interacción sensible con quien le cuida.

A finales del primer año de vida, las emociones son más precisas y con un significado específico, por lo que, la presencia de una emoción positiva como la alegría o una negativa como el enojo y el miedo, están en relación directa con el grado de tensión directa y la capacidad del bebe para modular dicha tensión.

Es por eso que, la seguridad emocional solo se consigue si existe una base de seguridad y bienestar físico y si se le ofrece al hijo la posibilidad de poder establecer vínculos afectivos estables e incondicionales y el vinculo que satisface ésta necesidad emocional es la del apego.

El apego es la búsqueda de proximidad y contacto con otra persona con un vínculo especial, esta persona es una figura significativa para el niño, este comportamiento no se aprende si no es un deseo biológico que compartimos con miembros de otras especies.

Existe una estrecha relación entre la manera como nos trataron nuestros padres en casa siendo niño, la forma en que se trataban entre ellos, la forma en cómo internalizamos e interpretamos esa información y la autoestima.

Estos aspectos van de la mano con las pautas de apego, estas son la combinación entre pautas de crianza y las características del niño, es decir su personalidad, un apego seguro en los primeros dos años de vida significa que éste permanecerá seguro por siempre.

Si la atención a las necesidades del hijo son oportunas y sensibles; el niño sentirá que es valioso y digno de amor, en cambio, si la atención es de forma descuidada, tardía y abrupta y más aun, si es maltratado o descuidado, el pequeño sentirá que no posee valor alguno y es indigno de amor.

En el caso de valoración negativa se tiene por consecuencia a niños deprimidos, ansiosos, desamparados, poco asertivos y evitan el contacto con los demás por la falta de control de su entorno.

El apego, constituye la parte más interior del yo, ya que es el almacén de las experiencias que construye la autorregulación emocional de forma gradual y armónica o bien una autorregulación caótica e inconsistente a medida que se crece.

Para lograr una base segura para los niños, los padres deben satisfacer las necesidades fisiológicas, cognitivas y emocionales, adaptando así, pautas de crianza deseables conforme van creciendo.

Es deseable que los padres sean sensibles a las señas del hijo para dar una respuesta adecuada a la demanda del niño, los padres deben mostrarse accesibles a los hijos en momentos de aflicción y enfermedades, así mismo es importante que la relación de los padres sea armónica y estable para poder cooperar en la crianza del hijo, independientemente de la situación emocional o civil de la pareja y no usar a los hijos como un instrumento de discusión. Si los padres trabajan, deben darse un tiempo para interactuar con los hijos, para desarrollar las capacidades cognitivas y de contacto por ejemplo, por medio del juego y es recomendable que los padres afronten de forma parecidas diversas situaciones para que así los hijos puedan tener seguridad y estabilidad con ellos, de otro modo si los padres son incoherentes y cambian de conducta constantemente provocan un apego inseguro.

Las continuas influencias de diversas experiencias diarias de los niños determinan su pauta y apego y a largo plazo modela su personalidad y se observa en las relaciones que establece, la pauta de apego se prolonga a edades posteriores.

En otras palabras los niños que son simpáticos con los demás son capaces de regular sus emociones eficazmente, es muy probable que continúen siéndolo mientras no cambien las actitudes y las condiciones de crianza, ya que las pautas de apego se refuerzan a sí mismas a medida que pasan los años, si se regulan eficazmente las emociones, se podrán almacenar experiencias reguladoras positivas.

Mientras que los niños que demuestran problemas de conducta a muy corta edad, seguirán manifestándola siempre y cuando se mantengan las actitudes y condiciones de crianza negativas.

Un niño seguro es un niño feliz y simpático y resulta agradable cuidarlo, por lo que recibe más atención mientras que un niño inseguro es propenso a las quejas y a los berrinches y puede provocar a quien le cuida un efecto negativo de desquite o rechazo.

Los estilos de apego propuestos por Ainsworth (Heredia, 2005) son dos: el apego seguro, en el cual el niño y la madre establecen un vínculo de buena calidad y se asocia con estabilidad y la confianza y la capacidad para entender y responder a los sentimientos de otros.

Los niños con apego seguro son los que tratan a sus padres de manera relajada y amistosa. Entablan con ellos una interacción fácil y entablan conversaciones fluidas y se caracterizan por mayor resistencia a la frustración.

El apego inseguro es aquel vínculo de mala calidad entre madre o figura de apego y el niño. El niño de apego inseguro presenta posibilidades de desarrollar efectos secundarios negativos y una predisposición a la transmisión generacional del maltrato.

Y se caracterizan por la intolerancia a la frustración, menor desarrollo en el aprendizaje en ambientes preescolares y académicos y dificultades para establecer relaciones y afectos posteriores ya que no permite la regulación emocional.

Del apego inseguro se derivan tres estilos de apego que son: el apego elusivo o evitativo, el apego ansioso o ambivalente y el tercero es la mezcla del apego inseguro, elusivo y ansioso, descrito el apego desorganizado por Solomon y Main en 1987 (Heredia, 2005) ya que es una mezcla de las conductas de las tres categorías.

1) El apego elusivo se asocia con la desconfianza y la cautela para interactuar con los demás.

Los niños con apego elusivo tienden a mantener a los padres a distancia, su manera de saludar es seca y breve y los temas de conversación son impersonales. Regularmente se mantienen ocupados con sus juguetes, no haciendo caso a las iniciativas y presencia de los padres. Aparentemente se muestran fríos e indiferentes pero experimentan gran tensión, con signos como pulso acelerado, palmas ligeramente sudorosas.

2) El apego ansioso se asocia con la necesidad de contacto pero también con resistencia a él, mostrando una ambivalencia evidente.

Los niños con apego ansioso muestran casi siempre inseguridad, tristeza, temor hacia una respuesta negativa por parte de los padres, así como una excesiva dependencia hacia sus cuidadores y/o figuras de apego y en general confían muy poco en sus capacidades.

3) El apego de desorganización se caracteriza principalmente porque el niño despliega comportamientos contradictorios, es decir conductas confusas con cambios rápidos del afecto.

Los niños con apego desorganizado son niños muy desconfiados siempre en alerta, fácilmente irritables e insensibles a las muestras de dolor de los demás personas y a los intentos de contactos con otros.

La base de los estilos de apego se origina por las observaciones de las capacidades del niño para utilizar a la figura de apego como base para poder

explorar su entorno, por otra parte, la forma de reaccionar al regreso de la madre o la persona que lo cuida al niño después de una corta separación.

Al investigar las primeras pautas de apego en la infancia es difícil, ya que éstas pueden llegar a verse afectadas por varias condiciones, pero durante los tres primeros años, la pauta de apego es una característica de la forma de relación del niño con las figuras de apego, las pautas son predominante el reflejo del modo en que los padres lo tratan.

Sin embargo, la consistencia en la experiencia es determinante, ya que los estilos de apego visibles al año de edad serán muy similares en años posteriores, incluso serán fácilmente visibles en una edad avanzada.

Es importante demostrar que influye de manera determinante en las pautas y estilos de apego, que el niño desarrollará en base al comportamiento de la madre, se origina una identificación inconsciente, por lo cual, cuando se llega a ser padre o madre se tiende a reproducir lo aprendido con nuestras primeras figuras de apego.

Una madre que trata a su hijo de manera atenta y sensible que responda a los intentos del niño para resolver alguna tarea de modo servicial y alentador además de darle información sobre el modo en que podrá resolverlo, es porque esa madre de niña estableció un vínculo seguro.

Una madre que en su infancia estableció un vínculo elusivo a su hijo le presta poca atención a lo que haga o sienta, desalienta o rechaza sus intentos por conseguir su ayuda o estímulo.

Y una madre que formó un vínculo ansioso se muestra ante su hijo de forma pasiva y poco atenta y sensible a su desempeño, sus respuestas son inoportunas y poco estimulantes.

En los adultos la función reflexiva ha sido estudiada por el psicoanalista Peter Fonagy en 1998, (Heredia, op. cit.), quien pone énfasis en las interpretaciones o imágenes de la madre como la figura a vincular, que permanece como huella fija

en el cerebro, ya que es la interacción temprana del niño con la madre donde se presentan las primeras oportunidades para desarrollar la capacidad reflexiva.

La capacidad o función reflexiva, es el reconocimiento del estado mental en uno mismo y la habilidad para inferir las intenciones que impulsan las reacciones de los demás.

Lo que se ha demostrado, es que los niños cuyas madres pueden comprenderse mejor a sí mismas y a otros individuos como seres que hacen las cosas intencionalmente, que actúan en función de estados mentales, pensamientos, creencias y deseos, pueden regular con mucha más capacidad sus propias reacciones y predecir las consecuencias en la relación de cuidado que establece con su hijo.

En el apego seguro es la representación de cómo fuimos vistos, como fuimos pensados por los padres como seres intencionales. Esta capacidad es útil para las situaciones interpersonales que impliquen algún conflicto, decepción o frustración.

Esta capacidad se adquiere gradualmente, antes del primer año. El niño es capaz de hacer predicciones en términos de su propio modelo interno, este último es la base de cómo actuamos o reaccionamos a las situaciones relacionadas con el apego.

Es decir, con nuestras imágenes dominantes, es la forma en que representamos mentalmente nuestras experiencias y sensaciones con las figuras de apego durante la infancia en los primeros años de la niñez y adolescencia. Y se producen inconscientemente y se almacenan en la memoria emocional del cerebro.

Y la teoría del apego indica que el ser humano es reeducable y reorientable, por lo que, tiene la capacidad de reconocer, diferenciar y aislar los modelos de los padres, así se puede cambiar o mejorar las relaciones de pareja y el trato con los hijos, favoreciendo el desarrollo de un ambiente sano que proporcione seguridad y confianza.

El apego infantil y el amor entre los adultos son experiencias relacionadas con la necesidad de un estrecho contacto físico, sintonía afectiva, sensación de bienestar y seguridad emocional.

Bowlby indica, que el patrón básico de las relaciones se conforma en la interacción con los padres durante los primeros años, quienes tuvieron la oportunidad de aprender las formas de comunicación que son necesarias en la intimidad que son: tocar y ser tocado, mirar y ser mirado, entender y expresar emociones. En un clima afectivo apropiado se sentirán seguros y serán capaces de lograr mayor satisfacción en sus relaciones íntimas futuras.

En contraparte, una experiencia psicológica profundamente dolorosa, se relaciona con quienes no tuvieron esa oportunidad y se le conoce como la soledad emocional en la vida adulta. Se asocia con la carencia de vínculos afectivos en la infancia y una historia deficiente de relaciones con las personas. Se caracterizan por ser personas con sentimientos de desesperación, depresión, aburrimiento, irritación y autodevaluación y lleva a padecer a las personas trastornos severos del sueño, de alimentación, de alcoholismo y en un extremo hasta el suicidio.

Por todo lo anterior, la infancia influye pero no determina nuestra capacidad para establecer relaciones afectivas, Bowlby indica que, la conducta es el producto de la experiencia pasada y de las circunstancias actuales.

Es de gran apoyo poder evocar el recuerdo de sucesos pasados durante una terapia, ya que permite acceder a un nuevo nivel de organización de la personalidad y permite corregir algunas alteraciones en la interacción conflictiva con las personas y en el trato que se les da a los hijos.

Se puede propiciar un nuevo nivel de madurez y así facilitar la incorporación de las funciones maternas y paternas como parte de la identidad para poder criar a los hijos. El desarrollo no es fijo y cada quien puede desviar su camino en una dirección favorable o menos favorable.

3.5 Principales factores que influyen en la aceptación del niño con Síndrome de Down

La familia según Heredia (2005) es el grupo social natural donde los individuos aprenden como relacionarse y es donde se adquieren las normas, los valores, las formas particulares de hablar, los modos, las costumbres, las anécdotas, los mitos y las creencias.

Por lo cual, la familia es un medio de la sociedad para transmitir las diferentes competencias y habilidades de generación. La transmisión de los conocimientos de hábitos y costumbres es dirigida por los padres.

Cuando nace un miembro con necesidades especiales en la familia, los padres se enfrentan con presiones sociales y demandas por parte de aquellas familias en las que no han experimentado la convivencia con una persona con capacidades diferentes. Además las familias de personas con capacidades diferentes confrontan diversas demandas y necesidades especiales para educar, en este caso a un niño con (SD).

La llegada de un niño con (SD) los padres lo experimentan en primera instancia como un conflicto y después durante el proceso de aceptación del hijo, algunos padres se fortalecen a partir de la experiencia de haber tenido un hijo así y otros padres manifiestan un estrés extremo a tal punto de llegar hasta el divorcio o la separación definitiva.

Estrada (2004), indica diez factores que influyen en la aceptación del niño con (SD):

1) El apoyo del sistema extrafamiliar

La familia extensa o amplia es aquella que comparte el cuidado de los niños, por lo que, al igual que los padres, la familia extensa que puede ser representada por los abuelos pasan un duelo similar, ya que estos últimos pierden al niño esperado.

En el niño recaía la función de mantener la tradición familiar y la preservación de las costumbres, los abuelos pueden significar un apoyo en el cuidado y la

educación del niño. Y en el caso, de que los abuelos no apoyen, las actitudes hacia el niño pueden llegar a ser extremadamente dolorosas para los padres y pueden así incrementar el descuido hacia las necesidades y cuidados del pequeño.

2) Subsistema conyugal.

Se cree que la llegada de un hijo con (SD) refuerza la tensión dentro del matrimonio. Sin embargo, la presencia de un pequeño con Down puede bien fortalecer o romper una relación matrimonial más frecuentemente que la presencia de un hijo sano.

El tipo de respuesta del matrimonio es muy variable porque existen diversos factores tales como las de características del niño con (SD) y la calidad de la relación entre los padres incluso antes del nacimiento del niño que afectan el ajuste marital.

La calidad de la relación matrimonial es influenciada por los estilos individuales, la forma como se toman las decisiones y el tipo de confrontación que se posee para la resolución de problemas, los vínculos con el sistema extrafamiliar y por supuesto los sistemas de soporte y ayuda. A medida que crecen los hijos las relaciones parentales se pueden volver sólidas o vulnerables, en función a los cuidados físicos cotidianos del pequeño, de las alternativas especiales para la educación del mismo y la presión sobre la familia en general.

3) Servicios de apoyo.

La relación de la familia con el entorno esta en constantes tensiones y cambios, y por ende, la organización de la familia puede verse afectada por el impacto del (SD), la situación puede volverse caótica si no se cuenta con los servicios de atención y salud para el niño. Si no es así, el niño puede tornarse como una carga o puede percibirse como un ser débil sin posibilidades de desarrollo.

4) Estatus socioeconómico.

El nivel económico de los padres de un niño con (SD) es determinante para las oportunidades de desarrollo del pequeño.

Dos familias pueden tener los mismos ingresos económicos pero pueden ser muy distintas en los valores, conductas y actitudes hacia el niño con Down, las pautas socioeconómicas varían considerablemente.

La percepción del Síndrome de Down, es diversa ya que influyen de gran manera el estatus socioeconómico. La percepción del (SD) en padres de clase social baja y clase social alta está en función del grado de sentimiento que poseen para controlar el ambiente y el grado de expectativa hacia el futuro.

Las clases sociales bajas denotan que perciben muy poco control sobre lo que les sucede. Las clases sociales medias y altas ponen mayor énfasis en la autodeterminación y en el control del medio ambiente, según ellos, los problemas deben ser enfrentados con responsabilidad.

Suele resultar muy difícil involucrar a las clases trabajadoras en los programas de apoyo para padres debido al sentimiento de no poder controlar la situación. Y las familias de clase social media y alta no saben cómo aceptar el (SD), ya que lo consideran un fenómeno incontrolable, por lo que, responde al impacto de la noticia con la negación y con comportamientos de escapismo y desinterés.

Como demostraron Medina y Puebla (1997), en su estudio comparativo de la actitud de aceptación del hijo o hija con Down, que el nivel socioeconómico y la escolaridad si influyen en las mismas.

Las familias de clases sociales medias y altas es más difícil que asimilen la condición de su hijo esto porque, consideran estigmas sociales, el tiempo y la atención especial requerida por el niño; en cambio las clases sociales bajas no se presenta la misma percepción de la situación como las clases medias y altas.

Las familias de niveles socioeconómicos altos tienden a recurrir a ayuda profesional, mientras que las familias de nivel económico más bajo recurren a los métodos de la familia extensa para el apoyo de la crianza del hijo con (SD).

La clase socioeconómica a la que se pertenece influye en los hábitos de crianza, a medida que cambian los tiempos se encuentra una tendencia a la incorporación

de madres de clase media y baja al campo laboral como consecuencia los niños pueden quedar al cuidado de las guarderías.

El cuidado maternal que los pequeños requieren en las guarderías es distinto de los atendidos por las madres que no trabajan. También influyen las diferencias sociales en el campo laboral en los estilos de crianza, ya que las madres de clase media en general tienen conocimientos y consiguen trabajos que estimulen su intelecto y no se cansan físicamente y con las madres de clase baja, pasa justamente lo contrario, por lo que existen grandes diferencias entre la cantidad y calidad de atención hacia los pequeños.

5) Número y Lugar de los miembros de la familia.

Medina y Puebla (1997), se refieren al número de miembros de la familia quienes aportan y dependen de los ingresos mensuales familiares.

El orden del nacimiento del niño con Down en la familia es un factor importante en el desarrollo intelectual y en las características de personalidad, el número de varones, de niñas y el orden del nacimiento afectan también su desarrollo posterior, también influye la edad que se llevan los hermanos entre sí.

Si el niño con (SD) nace cuando hay adolescentes, los hermanos mayores son psicológicamente padres o tíos más que hermanos. Si el niño con (SD) es primogénito, provocara que los hermanos menores maduren de forma precoz, lo quieran y se hagan cargo de él y este hecho hace que los padres no lo comparen con los futuros hijos.

Los padres jóvenes tienden a madurar junto con sus hijos, por lo que les proporciona más competencia y los padres mayores están ya maduros y suelen contar con estabilidad económica pero disponen de menos tiempo y paciencia para atender a los hijos. Es por eso que la edad de los padres es otro rasgo que influye en la maduración de los hijos, la presencia del (SD), suele incrementar la tensión de los padres por lo que se refleja la propia incapacidad para cuidar y criar al pequeño con sus propios recursos.

6) Tipo de rol que asume el padre y la madre.

El hombre asume la función tradicional de ganar dinero y atender el mantenimiento de la casa y la mujer se encarga de las actividades domésticas y del cuidado del niño con (SD). Aunque la mujer actualmente se ha incorporado al campo laboral, las actividades tradicionales no han cambiado de gran manera y este hecho parece tener un impacto negativo en las madres de niños con capacidades diferentes.

Cuando nace el niño, la pareja debe confrontar y asumir roles que no había pensado y a menudo los nuevos roles se suman a los roles tradicionales y frecuentemente la madre, es la responsable del cuidado del niño con las consecuentes demandas especiales e incrementadas.

7) Tamaño de la familia.

La interacción familiar depende del tamaño de la familia, debido al número posible de interacciones, existen más variaciones que las típicas familias nucleares compuestas por el padre y la madre.

Entre las variaciones observadas se encuentran: padre o madre como único padre, la pareja formada por madre y abuela, la familia reconstituida tras el divorcio y nuevas nupcias y la familia monoparental, a cargo de un solo padre y son las más vulnerables al estrés puesto que el cuidado del niño le recae de una forma total y aunque la respuesta emocional del niño es buena, esto no tiene reglas que le sirvan de contexto para su desarrollo social.

8) Religión.

La religión puede ser factor influyente la percepción y en la interpretación del (SD), el soporte religioso puede ser un apoyo en el proceso de ajuste o adaptación junto con el estrés consecuente.

Las creencias pueden tomar dos vertientes en la percepción de los padres sobre el (SD), por un lado, les puede servir como un recurso que les permita incrementar la aceptación de la condición del hijo.

Y por otro, algunos preceptos de la religión pueden llegar a contradecir las creencias de los padres y se puede producir en los padres sentimientos de culpa,

ya que pueden percibir dicho síndrome como un castigo por faltas cometidas y como consecuencia su penitencia es cargar de por vida con un hijo con discapacidad.

9) Actitudes sociales y culturales.

La opinión que tenga la comunidad de los niños con Síndrome de Down, marca una pauta para que los padres se reintegren a la sociedad o bien se alejen por temor a la discriminación o rechazo que pudiera sufrir su hijo, las reacciones de la sociedad pueden provocar sentimientos y actitudes de aislamiento.

10) Conocimientos o información sobre el (SD).

Es la cantidad y la calidad de la información que los padres deben poseer, los padres que poseen información no demuestran sentimientos de culpa ni de vergüenza pueden actuar defensivamente por medio de negación o el aislamiento. Morales y López (2006), indican que la información y la capacitación de habilidades que se le brindan a los padres, deben ser dosificados y deben ir acorde con la etapa en que se encuentra.

Una vez alcanzada la etapa de aceptación, los padres están listos para recibir diferentes clases de información, entre ellas lo relacionado con la educación de su hijo, los métodos y técnicas que pueden utilizar para afrontar el estrés que se genera en la vida cotidiana.

Antes de la aceptación, no es conveniente gran cantidad de información, puesto que el padre o la madre en estos casos generalmente no procesaran toda la información requerida, o lo hacen de forma distorsionada.

Así que es una buena opción brindar a los padres adiestramiento de habilidades para obtener la ayuda necesaria, mediante un programa donde obtengan información y adquieran así diferentes habilidades.

CAPITULO IV

DINÁMICA DE GRUPOS

4.1 Dinámica

Para los seres humanos, el significado del grupo pequeño es un lugar simultáneo o un lugar alternativo representado de esperanza y de amenazas. Entre la vida íntima (la pareja o del recogimiento solitario) y la vida social (regida por las representaciones e instituciones colectivas). El grupo pequeño puede proporcionar un espacio intermedio que tan pronto vuelve a dar vida a los vínculos, como organiza las distancias indispensables entre el individuo y la sociedad.

El grupo pequeño se ha convertido progresivamente en un objeto de reflexión, después de observación por los especialistas de la filosofía política, de la sociología, de la etnología, de la etología, de la psicología, del psicoanálisis. Una ciencia experimental, nacida en los Estados Unidos; Kurt Lewin, propuso entre los años de 1935 y 1945 una metodología, una hipótesis y el nombre de: La dinámica de grupos, la cual fue concretamente descubierta por numerosos franceses. La palabra grupo se extiende rápidamente en el lenguaje corriente y designa una reunión de elementos, una categoría de seres o de objetos.

Ésta se desarrolló rápidamente y arborescente, es decir, con muchas ramificaciones (Anzieu, 1997): Una rama se limitó a las investigaciones fundadas en principios conductistas y/o cognoscitivistas. Otra, creció lo más lejos posible en la analogía Lewiniana del grupo psicológico y del campo de las fuerzas físicas. Una tercera, se amplió integrando las aportaciones del psicodrama y de la sociometría de Moreno, retomando el objetivo Lewiniano de hacer del grupo pequeño conducido no directivamente (es decir, democráticamente), un laboratorio de choque, que favorezca el cambio social y que haga posible una intervención psicosociológica en las organizaciones económicas y las instituciones educativas o asistenciales y una cuarta rama, introdujo un trabajo de tipo sistemáticamente psicoanalítico, no solamente en los grupos psicoterápicos, sino también en los

grupos de formación enfocados a la sensibilización y el perfeccionamiento psicológico de los adultos.

El grupo primario o grupo pequeño, presenta las siguientes características (Anzieu, op. cit.):

- Numero restringido de miembros, de tal forma que cada uno pueda tener una percepción individual de cada uno de los otros, ser percibido recíprocamente por él y que puedan tener lugar numerosos intercambios individuales.
- Prosecución en común y de forma activa de los mismos fines, dotados de cierta permanencia, asumidos como fines del grupo, que respondan a diversos intereses de los miembros, y que sean valorados.
- Relaciones afectivas entre los miembros que puedan hacerse intensas (simpatías, antipatía, etc.) y constituir subgrupos de afinidades.
- Intensa interdependencia de los miembros y sentimientos de solidaridad; unión moral de los miembros del grupo fuera de las reuniones y de las actuaciones en común.
- Diferenciación de las funciones entre los miembros.
- Constitución de normas, de creencias, de señales y de ritmos propios al grupo (lenguaje y código del grupo).

Para Lewin, el grupo es un todo en el que las propiedades son diferentes de la suma de las partes; el grupo y su entorno constituyen un campo social dinámico en el que los elementos principales son los subgrupos, los miembros, los canales de comunicación, las barreras. Modificando un elemento privilegiado, se puede modificar la estructura de conjunto. El grupo pequeño, se convierte en un laboratorio de choque; que permite superar las resistencias al cambio y desencadenar la evolución de las estructuras.

Lewin concibe al grupo como una realidad sui generis, que no puede ser reducido a los individuos que lo componen y a la similitud de sus fines o de sus temperamentos. El grupo es un cierto sistema de interdependencia: 1) entre los

miembros del grupo, 2) entre los elementos del campo, es decir: fines, normas, percepciones del medio exterior, división de funciones, estatus, etc.

El sistema de interdependencia, propio de un grupo en un momento dado, explica el funcionamiento del grupo y su conducta, tanto en el funcionamiento interno (subgrupos, afinidades, funciones), como en la acción sobre la realidad exterior. Ahí reside la fuerza del grupo o el sistema de fuerzas que lo hacen actuar y también que le impiden actuar, esto es, la dinámica de grupos.

De acuerdo a la concepción Lewiniana (Anzieu, op. cit.), estando el grupo en un sistema cerrado, se presenta el siguiente esquema dinámico sobre las hipótesis energéticas del funcionamiento de los grupos pequeños, para fines de éste trabajo, sólo se mencionará la energía utilizable, la locomoción del grupo y la comunicación en los grupos pequeños. Éstas postulan la existencia de estructuras latentes y en constante evolución.

a) Energía utilizable y energía latente:

En particular, los grupos pequeños poseen cierta energía constitutiva, que se designa por E, como en los sistemas físicos habituales, solamente una fracción de esta energía interna es efectivamente utilizable y se le designa por e. El resto permanece en estado latente durante toda o parte de la duración del sistema, se le designa por η .

$$E=e+\eta$$

Desde el punto de vista de la investigación de una eficacia óptima en el funcionamiento de los grupos, es indispensable reducir lo más posible la energía latente η , fundamentalmente colocando a esos grupos en situaciones favorables. Según E. P. Learned (Anzieu, op.cit), dice que en las organizaciones de toda naturaleza, semejante preocupación puede ilustrarse por una política que tienda a liberar talentos y las energías de los hombres, de tal manera que satisfaga a la vez las exigencias de la producción y las de la persona.

Haría falta analizar, el conjunto de factores físicos, fisiológicos, psicosociológicos y sociales que pueden contribuir a la puesta en marcha de dicha política.

b) Locomoción de grupo y sistemas de tensión:

El concepto de locomoción de grupo lo empleó Cartwright y Zender en 1953. Se refiere al campo psicológico en el que evoluciona el grupo.

Desde un punto de vista estructural, la locomoción de un grupo es el desplazamiento de un grupo de una región hacia otra en el campo psicológico; está constituido no solamente por el grupo mismo y los individuos que lo componen, sino también por el entorno, los fines del grupo y los caminos que recorrerá para conseguirlo.

Desde el punto de vista dinámico, según Lewin, el grupo puede estar concebido como un homeostato, es decir, un sistema autoregulado que estudia la complejidad de un sistema; en el que la función es la de resolver los sistemas de tensión a las que está sometido.

Se consideran dos órdenes de sistema de tensión: el sistema de tensión positiva, que está en relación directa con la progresión del grupo hacia los objetivos y el sistema de tensión negativa, que está en relación con los mecanismos de funcionamiento del grupo y esfuerzos para mejorar las relaciones interpersonales entre los miembros, cabe señalar que la resolución permanente del sistema de tensión negativa, es indispensable para el mantenimiento del grupo.

c) La comunicación en los grupos pequeños:

Toda actividad social postula intercambios de informaciones y es necesario para los grupos organizarse. En primer lugar para recoger informaciones útiles y eficaces; en segundo lugar para que esas informaciones sean distribuidas convenientemente entre todos los que tendrán que utilizarlas.

Un aspecto importante del proceso de comunicación es que se gesta en el hombre, quien es un ser cambiante, por lo tanto, la comunicación está en continuo movimiento (Díaz, 2011).

Existen acciones reciprocas en las que los miembros que forman parte de un grupo, se comunican unos con otros. Díaz (2011), menciona algunos procesos de interacción social y barreras de comunicación:

- a) La asertividad.
- b) La Persuasión.
- c) La interacción social.

Cuando se reúnen dos o más personas, se deben acordar reglas entre los miembros del grupo para que se pueda establecer una buena comunicación. El individuo por lo general, piensa de una manera y actúa de otra, por lo que, hay que tener presente los tipos de barreras que existen en la comunicación de los grupos:

- a) Barreras semánticas.
- b) Barreras físicas.
- c) Barreras fisiológicas
- d) Barreras Psicológicas
- e) Barreras administrativas

La detección de barreras durante la comunicación, es muy importante dentro del grupo porque ocasionan, que la información no sea interpretada adecuadamente; por eso, pueden surgir diferentes conflictos al existir factores que impidan la comunicación, deformando el mensaje u obstaculizándola.

4.2 Cohesión de grupo

Existen diferentes puntos y factores para la integración de un grupo, como la personalidad, el comportamiento, características, papeles, etc.

La cohesión del grupo, es el grado en el cual los miembros se atraen el uno hacia el otro, y están motivados para quedarse en el grupo, la mayoría de los grupos que son cohesivos es porque sus miembros han pasado mucho tiempo juntos, el tamaño pequeño del grupo facilita una alta interacción o el grupo ha experimentado amenazas externas, que han hecho que se estrechen los lazos de los miembros (Manzano, 2008).

Por lo que, se puede decir que, un grupo cohesivo será más productivo que un grupo con un nivel muy bajo en cuanto a cohesión se refiera, esto influye en el desempeño de los miembros, la calidad del trabajo hecho dentro de la terapia y la cooperación de los individuos fuera del grupo.

4.3 Funcionamiento del grupo presupuestos base según W. R. Bion

Lo esencial de las concepciones de Bion, en lo que se refiere a la vida afectiva de los grupos, subraya la insuficiencia de los elementos racionales para dar cuenta de los fenómenos de grupo y pone el acento en varios puntos:

- Un grupo se reúne siempre para hacer algo y los individuos cooperan siempre en la medida de su aptitud para éste aspecto del trabajo.
- Esta actividad de trabajo se dificulta o sostiene por otras actividades de naturaleza psíquica, que tienen un valor afectivo potente.
- Se pueden reagrupar esas actividades psíquicas, que no tienen ningún carácter de cooperación consciente, bajo los términos presupuestos de bases; estos son: la dependencia, en relación con un liderazgo institucional o espontáneo, tanto como con una ideología. El combate – huida, frente a un enemigo común, real o fantasmático. El acoplamiento, el grupo se convierte en espectador.

Uno de los presupuestos de base, puede ser el único en manifestarse, mientras que los demás permanecen en estado latente, cada uno de esos estados puede presentarse durante la vida del grupo, constituyen forma de respuesta a una ansiedad de carácter primitivo (la situación de grupo representa siempre una amenaza para el individuo) y corresponde a ciertas formas de regresión. Un monitor de grupo de diagnóstico debe poder reconocerlas e interpretarlas en el momento oportuno.

4.4 Historia de los grupos terapéuticos

La psicoterapia fue iniciada por Pratt en 1905, al introducir el método de clases colectivas, con pacientes tuberculosos, en la Clínica de Control de Pensamiento en el Hospital General de Massachussets, en Boston. Dicho método, fue utilizado con pacientes diabéticos, cardíacos y en 1930, con pacientes psiquiátricos (Campuzano, M., 1987). El método de clases de Pratt, ha sido el origen de los grupos de apoyo.

El método consistía en conferencias dadas por el médico sobre el padecimiento en cuestión y las medidas higiénicas necesarias para su control, seguidas por preguntas y discusión con los pacientes sobre los temas tratados; así como, la organización de un sistema de calificación y premios para los pacientes que mejor llevaban a cabo las medidas recomendadas.

El proceso de Pratt, consistía en utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas para la consecución de una finalidad terapéutica; su técnica se apoya en dos pilares:

- Activa de manera controlada la aparición de sentimientos de rivalidad y solidaridad en el grupo.
- El terapeuta asume el papel de una figura paternal idealizada (González, J. J. 1999).

A partir de éste paradigma, se ha producido una diferenciación, con las llamadas terapias que actúan: por el grupo con estructura fraternal. En éste caso, se

pretende alcanzar y canalizar las emociones colectivas en grupos solidarios y una fraternidad que busca la máxima homogeneización de los miembros disminuyendo, por lo tanto, el liderazgo al mínimo (Rangel, 2012). El mejor ejemplo, de dicha tendencia terapéutica, se encuentra entre los "Alcohólicos Anónimos". Los A. A., más que un grupo terapéutico, forman una sociedad de contribución económica y participación voluntaria de sus miembros. El efecto terapéutico, se basa en que el ex alcohólico puede influir más eficazmente en otro alcohólico. La dinámica de esta terapia es ingeniosamente eficaz; el ex alcohólico se beneficia a su vez "rescatando" al paciente, y de esta forma sublima y elabora vicariamente las tendencias que lo llevaron a la bebida.

Por otra parte Bion en 1975, habla del grupo terapéutico como una totalidad psicológica manejable y afirma que el grupo opera como una unidad funcional mediante la labor grupal que, en buena medida, se asemeja a la actividad de un Yo; especialmente de las áreas libres de conflicto.

Valenzuela (Rangel, op. cit.) clasifica a los grupos psicoterapéuticos según el nivel de intervención clínica. La división es arbitraria, porque toma en cuenta las posibilidades de intervención, motivación y necesidad de cambio.

Primer nivel: grupos de apoyo. Guía, consejo, orientación, discusión, de intervención en crisis.

Segundo nivel: grupos reeducativos. Grupos de terapia familiar, de autoayuda, de sensibilización, grupo T, de terapia conductual.

Tercer nivel: grupos reconstructivos. Psicoterapéutico, Psicoanálisis de grupo, psicoterapia de grupo psicoanalíticamente orientada, análisis de grupo transaccional, grupo Gestalt.

Por otra parte González (1999), menciona tres tipos de psicoterapia:

a) Terapias de Soporte o apoyo: cuyo objetivo es el reforzamiento de defensas, mejorar y/o elaborar nuevos mecanismos de control y llegar a un equilibrio adaptativo. El insight, es mínimo.

b) Terapias reeducativas: buscan el insight de conflictos conscientes, esfuerzos de reajustes y modificación de metas que se relacionen con los potenciales creativos existentes.

c) Terapias reconstructivas: buscan el insight de conflictos inconscientes para lograr así, sanear alteraciones estructurales del carácter y desarrollar la personalidad a nuevas potencialidades adaptativas.

Una característica principal para diferenciar a la psicoterapia de apoyo, la reeducativa y la de reconstrucción, es el grado de insight al que es llevado el paciente. La terapia de juego, basada en el terajuego; que es la nos interesa, se encuentra dentro de las terapias reeducativas.

4.4.1 Grupos de encuentro

A mediados de la década de 1940, Kurt Lewin, famoso psicólogo, propuso que una formación para las relaciones humanas constituía un tipo importante de educación. Hacia 1946 y 1947, se desarrolló una fase del movimiento de la experiencia grupal intensiva, a cargo de Carl Rogers. González (1999), indica que Carl Rogers y sus colaboradores en el Centro de Asesoramiento Psicológico de la Universidad de Chicago, tenían la tarea de capacitar a personas para la dirección de veteranos de guerra; prepararon individuos con un curso intensivo breve para convertirlos en consejeros psicológicos eficaces que supieran confrontar los problemas de los soldados que regresaran del campo de batalla.

En 1947, después de la muerte de Lewin surgió el primer grupo "T", llamado así por Training, significa Capacitación. Conocidos como grupos de verano, llegaron a ser muy conocidos y fundaron la Organización de los National Training Laboratories (NTL, Laboratorios Nacionales de Capacitación), con sede en Washington. Al concentrar sus esfuerzos en el campo de la industria, los grupos NTL, llegaron hasta los administradores y ejecutivos.

Los grupos de encuentro se enfocan en el desarrollo personal, también, en el incremento y mejoramiento tanto de la comunicación como de las relaciones

interpersonales. Por lo que en la actualidad, estos grupos tienen aplicación en los siguientes ámbitos: la industria, la iglesia, las esferas gubernamentales, las relaciones, la familia, la psicoterapia, entre otros.

González (1999) menciona que al hablar del proceso grupal, es necesario mencionar que los grupos de encuentro se inician sin una estructura específica, pero ésta se establece de manera rápida con el transcurso del tiempo, durante el cual, se da el encuentro entre los integrantes. Constituyendo lo anterior, una experiencia emocional intensiva.

Cole (2005) indica, en una línea descriptiva de las diferencias, indica: que los grupos de autoayuda, en contraste a los grupos de encuentro y a los grupos terapéuticos, parecen ejercer su acción de cambio a través de una alteración crítica de la autopercepción, hecha posible por compartir el problema común y el apoyo del grupo.

Los grupos de encuentro enfatizan la expresión de intensos sentimientos interpersonales y de comentarios críticos, a menudo ejercen presión sobre los miembros para que solucionen los problemas. En los grupos de autoayuda, conductualmente orientados (los que tienen que ver con las adicciones), se desarrolla una presión para que los miembros hagan ciertos cambios conductuales. Los grupos de terapia enfatizan la autoexploración y la interpretación. Cabe mencionar que la mayoría de los grupos de autoayuda son sin coordinador o líder, se practican raramente las técnicas que requieren de un control central, tales como la interpretación, retroalimentación, confrontación, etc.

4.4.2 Grupos de apoyo

García (1997), indica que los grupos de apoyo tienen una composición homogénea que consiste en participantes con problemas comunes y que se encuentran en situación de estrés aunque no sufran enfermedades o síntomas patológicos, dichos grupos se basan en el hecho de que destacar el esfuerzo común es una terapia efectiva. El terapeuta utiliza las similitudes entre los miembros para promover una sensación de universalidad y cohesión; esto ayuda a

combatir los sentimientos de desmoralización y de aislamiento que se originan cuando alguien siente que es la única persona que sufre en el mundo. Algunos ejemplos son los grupos para fóbicos, para cónyuges de enfermos de Alzheimer, para personas que se están adaptando a situaciones tales como el divorcio, para personas con sida, enfermos terminales, víctimas de violación y para veteranos de guerra.

El número de miembros varía ampliamente, dependiendo del escenario y de la organización patrocinadora. Los grupos de apoyo reducen el miedo, la ansiedad que rodean a una situación en particular a través de mecanismos de universalidad y de aprendizaje vicario. Se fomenta de gran manera, el desarrollo de nuevos mecanismos de afrontamiento y estrategias de conducta (Gracia, op. cit).

Rangel (2012), menciona los siguientes objetivos de los grupos de apoyo:

- a) Dar solución a problemas emocionales generados por desequilibrios actuales que amenazan la estabilidad individual, familiar o comunitaria; donde los mecanismos de afrontamiento son insuficientes para responder por el momento, a los requerimientos de adaptación.
- b) Proporcionar a través de la situación grupal elementos de contención y validación consensual, de apoyo, catarsis y cohesión suficientes para intentar nuevas acciones y visualizar soluciones. Se fomenta la empatía y la motivación para el cambio.
- c) Trabajar el aquí-ahora, en el presente, para enfocar la situación actual que requiera se enfrente con los aspectos conscientes y los recursos de personalidad disponibles, ya que las funciones del yo son débiles o se encuentran debilitadas.
- d) aprovechar la transferencia positiva tanto hacia la figura central del terapeuta como hacia los padres para promover mayores recursos adaptativos.

4.4.3 Grupos de autoayuda

Desde su comienzo, los grupos de autoayuda han ido formando su imagen a partir de las siguientes ideas, según Kaplan & Sadock (1998): las personas con problemas comunes se juntan, comparten sus problemas y aprenden unos de otros sin la presencia de profesionales de la salud; encuadre que los propios miembros del grupo establecen y controlan.

Rangel (2012) menciona que los grupos de autoayuda constituyen una séptima modalidad de intervención que puede sumarse a las seis reconocidas por la Asociación Americana de Psicología (intervención en crisis, manejo del estrés mediante métodos conductuales, terapia individual, terapia de grupo, terapia familiar y psicofarmacología) y dada las características pueden actuar como un mecanismo de apoyo para los otros seis tipos de intervención.

Kaplan & Sadock (1998), indican que los grupos de autoayuda son pequeñas unidades interactivas cara a cara. Las personas se unen a tales estructuras en una situación de grandes necesidades personales y necesitan compartir asuntos y sentimientos que se consideran normalmente personales y privados. Se encuentran enfrentados a un número de extraños que, generalmente son distintos a ellos mismos, salvo por una característica: el problema compartido. Tales grupos comparten tres elementos básicos: la intensidad de la necesidad expresada por la persona que se une a ellos; el requerimiento de compartir algo personal, no importa lo banal que esto sea; y la similitud del sufrimiento, tanto si es real o imaginario.

Los grupos generan un sentimiento de pertenencia, un sentimiento compartido de sentir que sufren el mismo problema, lo que genera un alto nivel de cohesión. Los grupos unidos ofrecen una aceptación y proporcionan una atmósfera de apoyo. De acuerdo con Rangel (2012), el factor que crea un alto sentido de pertenencia, es la percepción de un estado de marginación en la sociedad. El sentimiento de estar estigmatizado, frecuentemente conduce a la creación de un sentimiento de nosotros y un límite agudo entre –ellos y el nosotros-. Los participantes de los

grupos de autoayuda comparan sus actitudes y sentimientos sobre las cosas que les importa.

Las causas del cambio individual en los grupos de autoayuda han sido desglosadas como emocionales, cognitivas y conductuales:

a) Emocionales: la experiencia de grupo provee empatía, comprensión y estímulo. Ofrece a los miembros cuidado e interés, da la oportunidad de ser libres, abiertos y espontáneos unos con otros. En el proceso de transición que va de la marginalidad social a roles sociales más convencionales, el grupo de autoayuda sirve como objeto social transicional.

b) Cognitivas: la experiencia de grupo ayuda a mejorar la autoestima individual al proveer la oportunidad de percibirse uno mismo entre otros con similares condiciones. Por eso, provee a los miembros con una nueva referencia de grupo entre quienes la declaración abierta del problema se vuelve una declaración de comunidad, reduciendo los sentimientos de devaluación y alienación.

c) Conductuales: reforzados por los cambios emocionales y cognitivos, los miembros se sienten libres para proporcionarse ayuda mutua. Intercambian estrategias para lidiar con sus problemas comunes (conocimiento experiencial), se sienten parte de un equipo. Por lo que, los equipos de autoayuda se vuelven un campo para la experimentación social y de las relaciones humanas.

4.5 Psicoterapia en el proceso grupal

El proceso grupal provee un entorno que promueve el sentido de equilibrio en las personas, ya que les permite confirmar sentimientos y creencias favorables para su desarrollo y modificar aquellos que por su comparación con las experiencias de los demás miembros del grupo identifican que les son desagradables.

Dentro del desarrollo de los trabajos elaborados por Carl Rogers, centra su atención sobre la atmosfera y el encuentro entre las personas, donde el terapeuta acepta la relación y se muestra abierto y sin mascarar mostrando incluso algunos sentimientos. El trabajo no se trata de formas de conversación beneficiosas en la

terapia, sino de encuentros beneficiosos entre seres humanos, que abarcan todos los ámbitos de la vida que implican relaciones interhumanas (Quitmann, 1992).

Antecediendo a los procesos terapéuticos, se adopta el rubro enfoque terapia de juego familiar, al considerar que el trabajo terapéutico familiar es algo más que un nuevo método en la psicoterapia, es otra filosofía de vida y de relación.

La psicoterapia grupal posee como característica particular que la persona que asiste a una sesión terapéutica puede interactuar no solo con el terapeuta, sino con otra(s) persona(s). El proceso de la actividad terapéutica grupal desde la psicoterapia de juego familiar, es aplicable bajo los mismos principios de la psicoterapia individual, sin embargo, es más que la multiplicación de participantes y la extensión del trabajo psicoterapéutico individual a varias personas simultáneamente.

CAPITULO V

FAMILIA

5.1 Familia

La familia es un sistema conformado por un conjunto de miembros que la constituyen y cuyos comportamientos se encuentran interrelacionados e interdependientes entre sí, manteniéndose en una interacción dinámica a través del tiempo, cuya historia han constituido y estructurado una serie de reglas y pautas para su relación (Gil & Urbano, 2008).

Por su parte Andolfi (1990), define a la familia como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior.

Desde el punto de vista de Bronfenbrenner (1987), su teoría ecológica; propone cinco sistemas. Cinco sistemas, interrelacionados que interactúan entre sí de forma continua:

El microsistema: comprende el conjunto de relaciones entre la persona en desarrollo y el ambiente próximo en el que ésta se desenvuelve. Durante muchos años de la vida de una persona, la familia es el microsistema más importante. Se compone de tres subsistemas: la pareja, padres e hijos y el de los hermanos. Los tres guardan una relación jerárquica entre sí, de modo que, cuando falla el subsistema de pareja, aparecen efectos negativos en cascada entre los otros dos y así sucesivamente.

El mesosistema: aquí, se encuentran las influencias contextuales debidas a la interrelación entre los microsistemas en los que participan las personas en un punto determinado de su vida. Por ejemplo, lo que ocurre en la familia (el tipo de lenguaje en que ella se habla, el tipo de actitudes que en ella se fomentan o las habilidades que se enseñan). El mesosistema hace referencia a las

interconexiones, solapamiento e influencias recíproca entre los microsistemas en que una persona participa.

El exosistema: comprende aquellas estructuras sociales formales e informales que, aunque no contienen a la persona en desarrollo, influyen y delimitan lo que tiene lugar en su ambiente más próximo. Por ejemplo es, la familia extensa (abuelos, tíos, primos, etc.), el trabajo y las amistades de los padres, los vecinos, etc.

El macrosistema: está compuesto por los valores culturales, las creencias, las circunstancias sociales y los sucesos históricos acontecidos a la comunidad, que pueden afectar a otros sistemas. Por ejemplo: el compromiso del padre en la tarea de educar a sus hijos, la asistencia de los niños a centros de educación desde muy pequeños.

El cronosistema: añade la dimensión del tiempo: el grado de estabilidad o cambio. Cambios en la composición de la familia, lugar de residencia, empleo, así como acontecimientos mayores como las guerras, los ciclos económicos y migración.

De acuerdo con Bronfenbrenner, una persona no es sólo el resultado del desarrollo, sino que se moldea. Los individuos afectan su propio desarrollo a través de sus características biológicas y fisiológicas, talentos y habilidades, discapacidades y temperamento.

El desarrollo, ocurre a través de procesos cada vez más complejos de interacción, entre una persona en desarrollo y el ambiente inmediato cotidiano, procesos que son afectados por contextos más remotos de los cuales el individuo puede no estar consciente. Para entender dichos procesos, se deben estudiar los contextos múltiples en los cuales ocurren, anteriormente mencionados.

Existen elementos básicos que componen a la familia, para Turnbull y Cols. (Powell & Ogle, 1991) marcan cuatro:

a) La interacción familiar: los sistemas familiares actúan entre sí de conformidad, con unas reglas de cohesión (grado de cercanía o distanciamiento entre los

miembros), la adaptabilidad (grado de estabilidad y reacción frente a los cambios) y la comunicación (grado de sinceridad y franqueza en la familia).

b) La estructura familiar: Son las características descriptivas de la familia como sus integrantes, su cultura y su ideología.

c) Función familiar: son los resultados o productos finales de la interacción y la estructura de a familia. Las funciones familiares se dirigen a satisfacer las necesidades de cada uno de los miembros y pertenecen a varias categorías: economía, educación, vocación, afecto y socialización.

d) Ciclo de vida familiar: describe los cambios que la familia experimenta como parte de su desarrollo.

5.2 Ciclo vital de la familia

Existe una gran variedad de enfoques del ciclo vital de la familia, sin embargo, el esquema que Martiña (2003), propone es muy interesante.

Propone ocho pasos, que están involucrados en el ciclo vital:

- a) Seducción y Conquista: conocimiento de la pareja.
- b) Estabilidad – Adaptación – convivencia: negociaciones cotidianas.
- c) Embarazo, parto puerperio y crianza: la llegada de los hijos (as).
- d) Escolar: cuando los hijos van a la escuela, donde tienen que desenvolverse en un ambiente no familiar.
- e) Hijos adolescentes: es la etapa de la toma de decisiones tanto de padres como de hijos, los riesgos se multiplican.
- f) El nido vacío: reestructuración de los modelos y roles, los miembros de la pareja, otra vez solos.
- g) Vuelven los niños: los hijos de los hijos llegan, inicia entonces, el rol de los abuelos.
- h) Ancianidad: se vuelve a estar “a cargo”, se requieren los cuidados que antes brindaron a sus hijos.

Existen diferentes estructuras de familia, el ciclo vital aplica en todas las familias de acuerdo a las diferentes estructuras, es decir, de acuerdo a los integrantes que la conforman y su función.

5.3 Funciones de la familia

Los conceptos de las funciones familiares cambian a medida que se modifica la sociedad. En la actualidad, la familia se encuentra en un periodo de transición, de acuerdo con Rodrigo y Palacios (2002), las funciones familiares son:

a) La familia, es un escenario en donde se construyen personas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismo y que experimenta cierto nivel de bienestar psicológico en la vida frente a los conflictos y situaciones estresantes. Gran parte del secreto de dicho bienestar está relacionado con la calidad de las relaciones de apego que las personas han tenido desde su niñez, relaciones de las que se derivan diferentes imágenes de seguridad y de confianza.

b) Es un escenario de preparación, donde se aprende a afrontar retos, así como a asumir responsabilidades y compromisos que orientan a los sus integrantes, hacia una dimensión productiva; plena de realizaciones y proyectos e integrada en el medio social. La familia es un lugar donde se encuentran multitud de oportunidades; de empuje motivacional, maduración y desarrollo los recursos personales para afrontar los diversos retos personales y profesionales.

c) Es un escenario de encuentro intergeneracional donde se amplía el horizonte vital, formando un puente hacia el pasado (la generación de los abuelos o abuelas) y hacia el futuro (la generación de los hijos). La principal materia de construcción y transporte entre las tres generaciones son por una parte, el afecto y por otra, los valores que rigen la vida de los miembros de la familia y sirven de inspiración y guía para sus acciones. En este sentido, los abuelos pueden ayudar a los hijos en la tarea de educar a sus nietos. Sin embargo, los abuelos también pueden constituir los puntos de referencia para que sus hijos y nietos puedan comprobar su visión del mundo y beneficiarse de su sabiduría.

d) Es una red de apoyo social para las diversas transiciones vitales del ser humano: la búsqueda de pareja, de trabajo, de vivienda, de nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc. La familia es un núcleo que puede dar problemas y conflictos, pero que también constituye un elemento de apoyo ante dificultades surgidas fuera del ámbito familiar y un punto de encuentro para resolver las tensiones surgidas en su interior. En éste sentido, la familia, puede ver un valor seguro que permanece siempre a mano cuando todo cambia y peligra; el sentido de continuidad personal. También puede ser el lugar seguro y característico, que concede apoyo en ciertas circunstancias: en caso de necesidades económicas, enfermedades, discapacidades o trastornos psicológicos, problemas laborales, etc.

En relación a los hijos existen cuatro funciones básicas:

a) Asegurar la supervivencia de los hijos, el sano crecimiento y socialización, en las conductas básicas de comunicación; diálogo y simbolización. Esta función, por lo tanto, va más allá de asegurar la supervivencia física y se extiende a otros aspectos que permiten hacer humano psicológicamente al hijo, que ya lo era biológicamente desde su nacimiento.

b) Aportar a sus hijos un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. El clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego, un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso. El clima de apoyo remite el hecho de que la familia constituye un punto de referencia psicológico para los niños que en ella crecen; la búsqueda de ayuda en situaciones de tensión o dificultad y la comunicación con otros miembros de la familia son ejemplos de conductas que ponen de manifiesto el apoyo al que se hizo referencia.

c) Aportar a los hijos la estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como, para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir. Esta estimulación llega al menos por dos vías claramente

diferenciables, aunque sin duda relacionadas: por una parte, la estructuración del ambiente en que los niños crecen y la organización de su vida cotidiana; por otra, las interacciones directas a través de las cuales los padres facilitan y fomentan el desarrollo de sus hijos.

d) Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia, la tarea de la educación del niño.

5.4 Tipos de familia

Dependiendo de los familiares que habitan en un hogar se pueden apreciar los siguientes tipos de familia (Minuchin & Fishman, 1996; Martiña, 2003):

- a) Familia nuclear: este tipo de familia está conformado por los progenitores (padre y madre) y por los hijos.
- b) Familia extensa o de tres generaciones: está conformada por varias generaciones y vínculos de sangre por ejemplo; abuelos, tíos, sobrinos, primos, nietos.
- c) Familia monoparental: está conformada por la madre o por el padre e hijos. Por diferentes causas, muerte de algún progenitor, por divorcio, incluso una mujer que se embarazó y asumió la responsabilidad sola.
- d) Familias homoparentales: están compuestas por parejas homosexuales o personas transgénero que se convierten en padres, de manera biológica o no.
- e) Familia de adulto mayor: esté conformada por un anciano o por una pareja de ancianos viviendo solos.
- f) Familia de Pas de Deux: Son familias de dos personas, ejemplo, un progenitor y un hijo, o una pareja en la que los hijos se han ido.
- g) Padres solteros con hijos: cuando el matrimonio no se ha realizado.
- h) Familias huésped: son familias a las cuales les llega un niño huésped de manera temporal, tal es el caso de los asistentes sociales de los institutos de colocación que dejan a un niño en un hogar para su seguridad aclarando que sólo será temporalmente.

- i) Familias con padrastro o madrastra: son familias a las cuales, llega un padre adoptivo y se incorpora a la familia.

Tipos de familia de acuerdo a su función:

- a) Familias con un fantasma: son familias que han sufrido la pérdida de algún integrante.
- b) Familias acordeón: son familias en las que uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados.
- c) Familias cambiantes: son familias que cambian constantemente de domicilio por diversas razones, por ejemplo: deuda de renta, cambio de empleo, personas que tienen una y otra pareja, etc.
- d) Familias psicósomáticas: son familias en las que uno o varios integrantes se encuentra enfermo o comienzan a mostrar síntomas extraños debido a la situación que se vive en casa.
- e) Familia con soporte: familias grandes con varios niños en los que uno o varios reciben responsabilidades parentales.
- f) Familias descontroladas: son familias que presentan síntomas en el área de control, por ejemplo: hijos pequeños que son considerados por los padres como un niño desastroso que no sigue instrucciones.

5.5 Modelos de Estructura familiar y límites

Existen tres modelos:

Concepto de holón

Retomando el concepto holón dice: cada holón (el individual, la familia nuclear, la familia extensa y la misma continuidad), es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno que lo otro.

Pero hace falta el concepto que defina la interacción de dos personas dentro de la familia, Minuchin & Fishman (1996), indican que para no emplear las palabras todo-parte y subtodo y todo-parte, se creó un término que engloba las entidades

de rostro doble en los niveles intermedio de cualquier jerarquía, dicho concepto es el de holón.

Cada holón es a la vez un todo y una parte donde no existe competencia entre las personas que lo forman, sin embargo, cada holón en competencia con los demás busca su autonomía y autoconservación como un todo, es por ello que dentro de la familia, existen uno o más holones.

1. Holón individual

Aquí se incluye el concepto de sí mismo, las características personales e históricas del individuo. La interacción con los demás, refuerza su personalidad, dando como resultado un proceso circular en constante movimiento y al mismo tiempo el individuo y el contexto poseen la capacidad de flexibilidad y cambio.

Cabe hacer mención que Minuchin & Fishman (1996), consideran a las familias como sistemas multi-individuales, complejos que son subsistemas de unidades más grandes, por ejemplo: la familia extensa e incluso la sociedad. A través de la interacción con estos holones, se pueden producir problemas y funciones de la familia; no todo es negativo, también, son sistemas de apoyo.

2. Holón conyugal

El subsistema conyugal, puede ser una plataforma de apoyo para tratar con el exterior y ser el refugio al que se puede acudir cuando se tienen problemas con el mundo exterior. En este holón se establecen límites que le proporcionan la satisfacción de necesidades psicológicas (que lo proteja de los padres, hijos y otras personas ajenas a él). Pero si las reglas son rígidas y no permite asimilar las experiencias que cada miembro tiene fuera de la familia; es muy probable de quedar ligados a reglas inadecuadas que tienen su origen en el pasado, o bien, el subsistema perderá vitalidad debido a la falta de crecimiento por parte de sus miembros, si esto se prolonga los cónyuges podrían disolver el subsistema.

El subsistema conyugal tiene gran importancia para el crecimiento de los hijos, porque es el modelo de relaciones íntimas, en donde se aprenden las diferentes

formas de expresar afecto, de acercarse a las personas que se encuentran en dificultades, etc. Es decir, todo lo que los hijos observan a su alrededor, en el futuro formará parte de sus valores y expectativas cuando se enfrenten al mundo exterior.

3. Holón parental

las interacciones dentro de este holón, incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Este holón puede estar compuesto por abuelos, una tía o incluso por un hijo parental a quien se le da la responsabilidad de cuidar a sus hermanos.

El cambio en el subsistema parental, se va dando en la medida en que el niño va creciendo y sus necesidades van modificándose, esto es, a mayor edad de los hijos, mayor libertad de toma de decisiones y mayor responsabilidad. Sin embargo, los padres aún protegen la seguridad del subsistema y toman decisiones que tengan que ver con la supervivencia y mejoramiento o el cuidado del sistema familiar, tales como: cambio de domicilio, selección de escuela para los hijos, etc. También los padres deben cuidar que los límites generacionales, no sean sobrepasados.

4. Holón de los hermanos

Dentro de éste contexto, los hijos se apoyan entre sí y generalmente aprenden unos de otros. En el holón de los hermanos se aprende la negociación, la cooperación, el ser compartidos, a ser amigos y a tratar con enemigos. También se presentan los sentimientos de pertenencia a un grupo y de individualidad.

Para poder entender como se va estructurando la familia a través del tiempo y las dinámicas al interior de ésta, es importante mencionar que de acuerdo con Minuchin (2001), la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Ésta además de ser un sistema, opera a través de pautas transaccionales,

es decir, las transacciones repetidas establecen pautas sobre cómo, cuándo y con quién relacionarse, las cuales son las base del sistema.

La función de las pautas transaccionales es la de regular la conducta de los miembros de la familia, dichas pautas son mantenidas por dos sistemas de coacción, el primero es genérico, ya que establece las reglas universales que gobiernan en la organización familiar y el segundo es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los miembros de la familia. Todo esto mantiene al sistema, ofreciendo resistencia al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante el tiempo que se puedan mantener vigentes, además dentro de cada sistema existen pautas alternativas. Cuando se presenta algún desequilibrio en el sistema, algunos de los miembros de la familia consideran que los demás no cumplen las obligaciones, como consecuencia se establecen los requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción y culpabilidad.

Minuchin (2001), indica los elementos que involucran a la estructura familiar:

1. Límites

De acuerdo con Minuchin (2001), los límites son reglas que deciden quiénes participan en el sistema, las cuales funcionan como reguladores de conducta de sus miembros, además de que permiten la diferenciación y desarrollo de la estructura. Un disturbio en los límites, es indicador de una estructura disfuncional.

Los límites entre la familia y en el ambiente externo son determinados por las conductas interaccionales que la familia muestra hacia los miembros de la misma. las reglas delimitan el cómo la conducta o sus tipos son entendidos. Las reglas o límites definen dónde, cuándo y bajo qué condiciones los miembros deben actuar. Lo que indica si el subsistema eso puede llegar a ser abierto o transformar su estructura (morfostasis). Y la función de los límites es marcar una diferencia entre individuos y sistemas, y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento familiar.

Existen tres tipos de límites (Minuchin, 2001):

- a) Límites flexibles: se les denomina así a las reglas o normas dentro de la familia que son claras y además cambian dependiendo de las necesidades del sistema.
- b) Límites difusos: se caracterizan por que no presentan reglas claras. Es por ello que los miembros de la familia invaden el espacio de los demás miembros; por lo que a este tipo de familia se le conoce como “muégano o “familias amalgamadas”.
- c) Límites rígidos: son las normas dentro de la familia que no cambia cuando es necesario (de acuerdo a las necesidades del contexto a los que el sistema se enfrente), éstas son importantes porque mantienen el equilibrio del mismo. Este tipo de límites se caracterizan por la dificultad de diferenciación que existe entre los subsistemas y al mismo tiempo las funciones protectoras se ven perjudicadas. Cuando existen estos límites en una familia, es porque hay una falta de interacción entre los individuos que la componen.

2. Jerarquía

Dentro de un sistema existe la llamada jerarquía, la cual es definida en términos de concentración de poder (Minuchin, 2001). Jerarquía tiene tres significados en la terapia familiar.

Primero describe la función de poder y su estructura en la familia. Este aspecto de jerarquía pertenece a la diferenciación de roles entre padres e hijos, así como los límites entre las generaciones. Segundo, se refiere a la organización de una jerarquía lógica, en la cual un orden menor es un elemento dentro de un orden mayor. Tercero, hay un aumento de la jerarquía en los niveles del sistema.

Para Minuchin (2001), la jerarquía es una de las reglas universales que gobiernan a la organización. En todas las familias existen varios niveles de autoridad, en donde cada nivel es subordinado a otro precedente; generalmente los padres tienen la mayor jerarquía en la familia siendo menor la de sus hijos.

3. Centralidad

Este aspecto hace referencia a que la mayoría de las interacciones de una familia se encuentran girando alrededor de un solo miembro de la misma.

4. Periferia

Es el distanciamiento emocional y físico de una persona hacia su núcleo familiar.

5. Territorialidad

Se da de acuerdo al tipo de familia; además de ocupar físicamente un espacio; la familia tiene territorialidad conductual, que se refiere a la interacción con su terreno sentimental.

6. Alianza

Es cuando dos o más miembros de un sistema se unen para obtener un beneficio. Por alianza se entiende, a la unión de dos o más miembros del sistema, los cuales van a depender de los mismos intereses, actitudes, valores y para obtener beneficios en pro del sistema.

7. Coaliciones

Minuchin (2001), menciona que es cuando las uniones tienen la finalidad de hacer daño a un tercero. Las coaliciones sirven principalmente para desviar el conflicto o para designar al “chivo emisario” o paciente identificado; la desviación del conflicto reduce la presión sobre el subsistema de los cónyuges, pero impone tensión en los hijos.

En estas situaciones los padres intentan ganar la simpatía de alguno de los hijos a costa de la relación marital. Dichas fuerzas dentro del sistema, pueden ser vistas como un caso especial de cambios en las configuraciones de los sistemas asociados con alianza/alineación/coalición.

8. Triangulación

Se refiere a la expansión del conflicto, ya sea en una relación diádica saturada de conflictos, con la inclusión de una tercera persona (hijo, terapeuta, u otro familiar, etc). Lo cual, da como resultado el “encubrimiento o la “desviación” del problema.

Minuchin (2001) describe varias formas de triangulaciones bajo el concepto de triada rígida, donde se enfatiza que la triangulación cubre un conflicto manifiesto o encubierto. Hoffman (1992) menciona que la triangulación es un proceso que ocurre en todas las familias, todos los grupos sociales, al formarse parejas con exclusión de un terreno o contra de este.

9. Paciente identificado

El miembro de la familia que según el reporte de ésta, presenta un síntoma. La mayoría de las familias que asisten a tratamiento psicológico lo hacen a causa de un miembro (padre-madre-hijos), con problemas, a veces culpado de “haragán”, “desconsiderado”, “loco”, etc.

Se ha considerado que el síntoma más que un problema es como un acto comunicativo que sirve, como una especie de contrato entre dos miembros y que ocurre a menudo cuando una persona está en una situación difícil. Desde el punto de vista sistémico, la patología individual sólo es comprensible dentro del contexto de la interacción familiar.

10. Hijo parental

De acuerdo con Simón (1997) la parentalización, es la asignación del rol parental a uno o más hijos de un sistema familiar y la asunción de ese rol por parte del hijo. Implica un modo de inversión de roles que esta relacionado con una perturbación de las fronteras generacionales.

Respecto a estos hijos, se dice que en familias patógenas, uno o ambos padres y los hijos asumen roles sexuales y generacionales inapropiados, así como características estereotipadas que se les asignen.

Se puede presentar el caso de que a los niños sumisos generalmente se les asigna el rol de parentalización, de manera inconsciente y se espera que los niños actúen como adultos, en tanto que los adultos actúan como niños, en el sentido de renunciar a ciertas funciones ejecutivas esenciales, ya que los hijos del mismo sexo o del opuesto, se utilizan como sustituto del cónyuge.

Minuchin & Fishman (1996) mencionan que en el hijo parental se delega la autoridad de cuidar y disciplinar a los hermanos y a los demás miembros del núcleo, ya que los padres, en ocasiones se demuestran incapaces de actuar. De esta forma, pueden tratar de justificar su incapacidad bajo la máscara de permisividad, democracia o una posición autoritaria. Por lo tanto, la parentalización de los hijos puede surgir como consecuencia de la inactividad paterna, de tal forma que los hijos se vuelven custodios físicos y psicológicos de uno o ambos padres, si perciben su insaciable necesidad de consuelo.

Alveano (1998) menciona que el hecho de que uno o ambos padres abandonen sus responsabilidades, como el cuidado de los hijos por salir a trabajar, produce un efecto al hijo en lo emocional, mandándole un mensaje constante de irresponsabilidad, por lo tanto ese hijo parental difícilmente aprenderá patrones de responsabilidad. Sin embargo, según Ritvo, Glick (2003), mencionan que los niños son capaces de asumir una parte razonable de los quehaceres, cuando es evidente que los padres necesitan ayuda.

Ahora bien, todos los sistemas se caracterizan por tener una estructura y un proceso. De tal forma que la estructura se redefine al explicar cómo están dispuestos los componentes del sistema, es decir, en la familia los padres tienen un nivel de jerarquía más poderosa que la de los hijos, esto es la estructura. Mientras que el proceso, puede ser definido como todas aquellas transmisiones que se dan entre los subsistemas, pertenecientes al sistema, por ejemplo el cambio de etapa del ciclo vital de la familia.

Minuchin (2001) dice que los problemas de transición que observan en muchas situaciones, pueden producirse por cambios originados en la evolución de los

miembros de la familia y por cambios en la composición de ésta. No se debe olvidar que a lo largo del tiempo la familia se transforma, adapta y reestructura de tal forma que pueda seguir funcionando. Aunque es importante analizar la estructura familiar, también lo es revisar los modelos de interacción que se dan al interior de ésta.

5.6 Modelos de interacción familiar

Según Nardone (2003), describe los modelos frecuentes de organización de las relaciones entre padres e hijos, que aparecen como responsables de la producción de problemas:

a) Hiperprotector.

En la familia donde la modalidad de relación que prevalece es la hiperprotección, los objetivos de la comunicación son la preocupación por la salud física, la alimentación, el aspecto estético, el éxito y el fracaso escolar, la socialización y el deporte, entre otros.

Si el hijo intenta regir el control de los padres, será objeto de suaves reproches y conductas no verbales que lo descalifican: como silencios y males caras, lo que, le puede ocasionar sentido de culpa. La relación en las familias donde predomina este modelo es constantemente de tipo complementario con los padres situados one-up (posición de superioridad) y el hijo one-down (posición de inferioridad).

Los intentos del hijo en tomar iniciativa y querer hacer algo por él mismo, generalmente llegan a ser desalentados. La madre tiende a tener una constante intromisión en la vida del hijo, el padre puede volverse permisivo, conformarse con la intervención de la esposa, o bien, puede llegar a esfumarse.

El hijo por su parte al ver esta situación solicita muy a menudo la ayuda de sus padres; puede llegar a desanimarse a la más mínima dificultad, no tolera la frustración y reacciona con agresividad, si los deseos o necesidades no son satisfechos. Este tipo de hijos, tienen menos responsabilidades y se pretende o espera menos de él.

Este tipo de familias, forman personas en las que el talento y las habilidades tienden a atrofiarse porque no son puestos a prueba no se ejercen, es decir, no logran asumir riesgos ni responsabilidades.

b) Democrático-Permisivo.

Lo que caracteriza a este modelo es la ausencia de jerarquías, a menudo este modelo es el fruto de premisas ideológicas que pueden madurar en el seno de la familia de origen, en el que ya estaban en vigor un estilo educativo democrático, como una rebelión al modelo de la familia de origen.

Generalmente no existen jerarquías preestablecidas porque la tendencia se dirige hacia el diálogo y la estipulación de acuerdos. Los padres conquistan el poder un poco como ocurre entre coetáneos, se vuelven confidentes y cómplices cuando es posible en definitiva, se comportan mas como amigos de los hijos, que como guías con autoridad.

En la organización de la vida familiar se tiende a crear una situación de equilibrio con una distribución de tareas entre todos los miembros, aunque se tolera con facilidad que los hijos no terminen los trabajos que les competen.

Los padres asumen y ejercitan conscientemente su papel, colaborando activamente, también son muy tolerantes en relación con el comportamiento de su núcleo familiar como hipercríticos con respecto a los comportamientos de otros núcleos familiares, sobre todo con aquellos que se destacan por comportamientos y actitudes diferentes con sus valores democráticos.

c) Sacrificante.

Dentro de este modelo uno de los puntos clave de su visión del mundo es el sacrificio, considerado como el comportamiento idóneo para hacerse aceptar por el otro y mantener estable una relación. El resultado es la falta de satisfacción por los deseos personales y la continua condescendencia con las necesidades y deseos de los demás.

En estas familias la característica de relación que se mantiene es el sacrificio. El contenido de los discursos gira en torno a la idea de que el deber de los padres es el sacrificarse. El placer más importante es el de los hijos, cónyuge, padres, amigos y no el propio.

Las relaciones son a menudo asimétricas; el que sacrifica, aunque en apariencia es humilde y sometido, está en posición de hierro, creando así, un juego familiar que se fundamenta en un sistema de chantaje moral.

La relación con los hijos es basado en un altruismo insano, si su sacrificio no es apreciado se lamentan, se enojan y tachan a los hijos de “malagradecidos”. Los hijos y más siendo varones, están exentos de toda tarea doméstica y pueden llegar a mostrarse descontentos y poco entusiastas, llegando a menospreciar las ventajas brindadas por los padres; pueden rechazarles o incluso mostrar agresión hacia estos. En este modelo, los padres se limitan a quejarse, sin embargo, no hacen nada para mejorar. Nardone (2003), comenta que no se considera que este modelo, garantice a los hijos la adecuación de los estándares medios de sus coetáneos porque los padres quieren que el hijo tenga todo aquello que los demás tienen, vestido, distracciones y status.

d) Intermitente.

Este modelo es representado por las interacciones entre adultos y jóvenes que cambian continuamente las posiciones; que asumen los miembros de la familia, los comportamientos están connotados por una ambivalencia constante.

En las interacciones diarias los padres pueden pasar de posiciones rígidas a posiciones mórbidas, de posiciones que revalorizan a posiciones que descalifican, en la relación con sus hijos. En el caso de los hijos, unas veces parecen asumir responsabilidades y otras ser completamente irresponsables.

Este modelo es más bien frecuente, porque en una sociedad en constante evolución, en donde es casi natural intentar nuevas estrategias. Una de las causas

podría ser la inseguridad a la validez que como padres tienen a sus propias posiciones y acciones.

Las personas han desarrollado este sistema de comunicación, presentan habitualmente la característica de afrontar las situaciones problemáticas aplicando una estrategia sin mantenerla en el tiempo, haciendo así ineficaz cualquier intento de solución de los problemas por la prisa de ver el resultado o por la duda de que la estrategia escogida sea la idónea, sin darle el tiempo de mostrar la eficacia que podría tener. También, las tentativas de corrección aplicadas por los padres llevan a contra reacciones del hijo, que al producir nuevas correcciones, crearan nuevas reacciones, por lo que se instaurará un círculo vicioso de soluciones fallidas que, si continúan en el tiempo, se organizaran como modelo repetitivo y redundante de las relaciones familiares.

e) Delegante.

Se dice que dentro de este modelo, la pareja se inserta en un contexto de relaciones familiares fuertemente estructurado: el de la familia de origen de uno de los dos cónyuges. Pueden escoger la cohabitación o bien, mantener una cierta distancia física no habitando bajo el mismo techo.

En estas familias la manera que parece más sencilla para mantener el equilibrio y la paz es la de dar el poder a la suegra/madre tanto para la organización de la casa como para el cuidado de los nietos (esto se puede presentar más si los padres trabajan y no asumen ciertas responsabilidades). Si esto sucede, conduce a una delegación/renuncia, total o parcial a nuevos roles de los miembros de la pareja. De este modo puede verse obstaculizado el cambio hacia un nuevo modelo de interacción original y propio de la nueva pareja. Los viejos padres continuarán relacionándose como en el pasado con el nuevo hijo y esperan que el yerno/nuera se adapte al estilo.

El delegar tareas educativas parece cómodo cuando los hijos son muy pequeños y dependen totalmente del que los cuida. Los problemas vienen a medida que los niños crecen, ya que el hijo adolescente se encuentra que tiene tres o cuatro

padres. El nieto puede entender que la mejor estrategia es buscar cada vez quien le diga que sí, esto puede llevar a los nietos a que esta posición les permita satisfacer sus deseos, pero no así, darles reglas que les orienten y limiten su poder de obtener todo lo que quieren, alimentando su desorientación y su sentido de omnipotencia.

En las relaciones con los nietos, los abuelos juegan un papel importante, ya que pueden sentirse particularmente responsables en cuanto se refiere a la seguridad física y tienden a expresar su ansiedad-miedo respecto a nuevas experiencias. Continuarán comportándose con los adolescentes de forma protectora como cuando niños sin embargo, no por esto los adolescentes les tendrán gran respeto a los abuelos. Por su parte los padres pueden estar poco presentes para evitar continuas discusiones y delegar la educación a los padres/suegros.

El riesgo que corren los padres dentro de este modelo es el de perder el hilo directo con las exigencias y la evolución de los hijos disminuyendo las ocasiones de intercambio, de enfrentamiento y de experiencias comunes. A menudo se nota que lo que los padres critican o prohíben es mantenido y aprobado por los abuelos y viceversa.

Los problemas que surgen en este modelo, es que en primer lugar, los hijos perciben a los padres como hermanos mayores a los cuales les piden apoyo cómplice, rara vez los consideran puntos de referencia como autoridad. Sin tomarles en cuenta para asuntos de permisos, ni ayuda material, ni moral. En estas familias es difícil que alguien asuma de forma decidida el papel de guía de los adolescentes.

Pueden surgir principios y reglas que los abuelos han puesto en práctica durante su crecimiento. Es posible que frente a experiencias nuevas o desconocidas desarrolle en los adolescentes la complementariedad patógena; la evitación puede convertirse en la estrategia utilizada frente a las dificultades con las siguientes posibles apariciones de trastornos fóbicos, sea hacia ámbitos externos (ataques de pánico, evitación social) o hacia cambios ligados al crecimiento con el intento

de impedir las mutaciones fisiológicas (trastornos alimenticios). Por otro lado la simetría patógena es igualmente posible y puede llevar al adolescente a rechazar el modelo familiar y ponerse a prueba en situaciones de riesgo.

f) Autoritario.

Este es un modelo relacional en el cual uno de los padres o ambos intentan ejercer el poder sobre los hijos. Es un estilo que pertenece a las generaciones anteriores, en donde el adulta ponía las reglas, imponía disciplina y se presentaba como modelo ejemplar a imitar. Sin embargo, hay familias que hasta nuestros días se inspiran en él. Sobre todo en aquellas en las que los padres o familias de origen, están insertos en contextos sociales y laborales donde está vigente una jerarquía más bien rígida y que se intenta imitar en la familia.

Los hijos no pueden opinar y tienen que aceptar las reglas de los padres; se les alienta a los hijos al estudio y en la adquisición de habilidades y de competencias con las cuales hay que obtener éxitos y afirmaciones personales. La vida familiar está marcada por el sentido de la disciplina y del deber, el control de las propias necesidades y deseos. Las diferencias de comportamiento en las relaciones de los dos géneros son evidentes.

Cuando el padre es el único que ejerce el poder en el hogar, el ambiente familiar es tenso y por lo tanto se procura evitar las iras de este patrón-padre que se manifiesta de modo violento. Sin embargo, en su ausencia, el clima es relajado entre madre e hijos. Si la madre se alinea en este estilo educativo, las comunicaciones se confían básicamente a los gestos, a los hechos, a los silencios, más que las palabras.

En estas familias se tiende a hablar poco y en ocasiones oficiales, la madre frecuentemente puede presentarse como hábil diplomática para hacer más aceptables las razones del padre, o bien, toma el papel de víctima y pide ayuda a los hijos para poder resistir la situación.

Se configura una jerarquía con el padre dominante y los demás en posición de vasallaje, la madre asume casi siempre el papel de mediadora cuando las posiciones son difíciles. Si el hijo asume las mismas posiciones y valores de los padres, se establece una forma de complementariedad connotada por una danza de reglas rígidas y roles que respetar, dentro de los cuales aparece la posibilidad de comportamientos alternativos. Si el hijo se rebela los enfrentamientos pueden ser muy violentos. Si la madre se le une al hijo, es peor, ya que el padre se siente de algún modo traicionado, este triángulo en la dinámica familiar es ya conocido por muchos.

El padre procurará ser coherente con su ejemplo ante la familia y sus actos; los hijos inician toda una serie de maniobras para sustraerse al clima de tensión que este modelo de interacciones produce (mayor tiempo fuera de casa, hacer cosas a escondidas, etc.). Estas tentativas se verán obstaculizada por los padres hasta que los hijos dependan económicamente de ellos y el hijo se encuentre en la situación en la que o negocia o se rebela.

Puede suceder que algunos hijos que han tenido que afrontar muchos obstáculos en su camino de crecimiento, sean tenaces en no desanimarse, y que tolerando mucho, hayan conseguido antes que otros la autonomía para poder salir de casa; por desgracia, suele suceder que en su futura familia, propondrán de manera inconsciente el modelo del cual han escapado.

Así es como se puede observar, que la realidad diaria de las familias, hace alusión a una amplia variedad de patrones de interacción, las patologías que se llegan a presentar en el sistema familiar son analizadas y tratadas por la terapia de juego, eficazmente utilizada para la solución y mejoramiento de la calidad de vida del sistema.

CAPITULO VI

TERAPIA DE JUEGO

La terapia de juego permite a los niños, adolescentes y a los adultos, encontrar y desarrollar recursos internos por medio de cuentos, títeres, dibujos, juegos de mesa, plastilina, cubos de plástico, areneros, juegos tradicionales, muñecos de plástico o de peluche, entre otros, para resolver conflictos académicos, conductuales y/o emocionales. Es importante mencionar que a continuación, se revisará la terapia de juego, tipos de juego (niños y adultos), y las corrientes más utilizadas en éste paradigma.

6.1 Terapia de Juego

La niñez es la etapa más feliz en la vida del ser humano sin embargo, en la realidad; es que en muchas ocasiones por eventos traumáticos de la vida misma (muerte de un ser querido, enfermedad crónica de un familiar, divorcio de los padres, violencia intrafamiliar, etc.), es que el niño comienza a vivir con angustia, miedo, rebeldía, apatía o irritabilidad. Dichas emociones negativas merman en el individuo su potencial de aprendizaje, de creatividad, de espontaneidad, de socialización y la autoestima.

Se ha comprobado que de la mejor resolución de conflictos en la niñez, es como se derivan mejores adolescencias, mejores vidas adultas y por lo tanto, personas más plenas y satisfechas. Es por eso que la Terapia de Juego se considera como una propuesta de trabajo y resolución ante los conflictos.

El juego según Sutton-Smith (O'Connor & Schaefer, 1997), mejora el crecimiento físico, social, emocional e intelectual a través de las etapas del desarrollo humano. El juego, afirmó, potencia la innovación e incrementa la capacidad de una persona para adaptarse a un mundo cambiante.

Un ejemplo del juego en el adulto, es mencionar de cómo pensaba acerca de un problema Einstein, afirmó que el "juego parece ser el rasgo esencial en el pensamiento productivo", es decir, antes de que exista una conexión con la

construcción lógica en el trabajo. Es decir, el jugar con las ideas era algo esencial, antes de que Einstein comenzara a pensar de un modo más concreto.

El juego puede ser muy vitalizante, jugar tiene efectos neurofisiológicos sobre los niños y los adultos. Durante el juego, se suspenden las reglas habituales de conducta, a partir de lo cual se concede la liberación de las emociones y la agresión, la desaprobación de las figuras de autoridad y de la resolución de conflictos. Por ello, el juego trasciende la conducta ordinaria y se convierte en una distracción de la rutina y las exigencias sociales.

Es por ello, que es muy importante proporcionar, una atención terapéutica infantil y adulta eficaz y de la calidad, que les permita intervenir con métodos y técnicas específicas para promover la superación del individuo; muchos psicólogos han adoptado nuevas herramientas de atención que faciliten la solución de conflictos, una de ellas, es la terapia de juego.

Cepsyco (2006), advierte que la terapia de juego se consolida a partir del hecho de que se retoma el juego del niño, como un medio natural de comunicación y expresión, que nos permite conocer los sentimientos y los problemas en un ambiente lleno de seguridad, apoyo y confianza, que le permita recrear con materiales específicos eventos traumáticos o aversivos, generando la posibilidad de posteriormente elaborar y resolver conflictos emocionales, además de asumir y asimilar la situación con consecuencias definitivas. Asimismo promueve el aprendizaje, el crecimiento y desarrollo integral del individuo en lo cognitivo, lo emocional y lo social.

La asociación de Terapeutas de Juego en el Reino Unido (West, 2000), define la Terapia de Juego de la siguiente manera: la terapia de juego es el proceso dinámico entre el niño y el terapeuta de juego, en el cual, el niño explora a su propio ritmo y con un orden individual, aquellos elementos del pasado y del presente, conscientes e inconscientes, que están afectando la vida presente del niño. La alianza terapéutica habilita los recursos internos del niño para lograr el crecimiento y el cambio.

De acuerdo con Axline, la Terapia de Juego es muy importante, beneficia al niño a que aprendan a ayudarse a ellos mismos, toman conciencia del poder que tienen para dirigir su vida, aceptando la responsabilidad que conlleva la libertad interna, es decir, que adquieren un sentimiento de capacidad de autoestimarse y autodirigirse, incrementando sus habilidades de independencia, de aceptación de sí mismos y de asumir las responsabilidades conscientes de su persona.

De acuerdo con la misma autora, la terapia de juego le permite al niño desarrollar la habilidad para resolver sus propios conflictos de manera eficiente favoreciendo el impulso innato del ser hacia el crecimiento. Este factor de crecimiento se da a partir de que en la terapia de juego se le brinda el espacio necesario y oportuno para que el niño exprese y actúe sentimientos acumulados de tensión, frustración, dolor, egoísmo, rechazo, agresión, inseguridad, etc., que al ser expuestos emergen a la superficie y para el niño, al hacerlos conscientes, pueden tener un mejor control sobre ellos y optar por la mejor resolución de conflictos.

La terapia de juego potencializa diferentes áreas del ser humano, Schaefer y O'Connor (1997), menciona las principales funciones que promueve la terapia de juego:

- Biológicas: Aprender habilidades básicas
 - Relajarse, liberar energía excesiva
 - Estimulación cinestética.
- Intrapersonales: Deseo de funcionar
 - Dominar situaciones
 - Exploración
 - Desarrolla la comprensión de las funciones de la mente, el cuerpo y el mundo.
 - Desarrollo cognoscitivo
 - Dominio de conflictos
 - Satisfacción de simbolismos y deseos
- Interpersonales: Desarrollo de habilidades sociales
 - Separación – individuación

- Socioculturales: Imitar papeles deseados

Por lo tanto, cuando se habla de terapia de juego, implica una aproximación holística (al utilizarlo como medio para ayudar de manera no agresiva) a los aspectos físicos, emocionales, espirituales y cognoscitivos, tanto conscientes como inconscientes; tomando en cuenta pasado, presente y futuro de la persona. La terapia de juego se ocupa de los sentimientos de los individuos, no solo de la conducta (West, 2000).

En cuanto a la terapia de juego para niños, se confirma que ofrece la oportunidad de un espacio en donde el niño se puede afligir, pero también expresar su enojo, donde se le entienda, donde se le acepten los sentimientos sin ser juzgados, ni reprimidos. Con la finalidad de que reconozca, ubique, aprenda y cambie a una conducta más madura.

Y aunque existe una relación recíproca entre juego y aprendizaje, los adultos muchas veces han perdido de vista a “su sí mismo de niño”, la experiencia de la infancia o los beneficios del juego. Y quizá no se percaten del valor que el juego tiene para los adultos al igual que para los niños. El juego puede incrementar la autoestima, lo que propicia el acceso a estados de bienestar y de calma, así también estados de simpleza y felicidad.

Cuando una persona se encuentra relajada en un juego como consecuencia, aumenta la capacidad de empatía e intimidad, entonces el juego es afirmante. Diana Fosha (citada en Schaefer, Padilla & Olivares, 2005) describe la alegría y el dolor emocional como los indicadores afectivos del sanar. Así que, el juego se convierte en el ambiente natural en el que se puede explorar de manera segura el terreno interno y los resultados son visibles.

Para Schaefer la terapia de juego con adultos es importante ya que permite:

- a) Liberación del Stress.

El juego posee el poder de refrescar, nutrir y reducir el stress, así que,

generan respuestas cognitivas más genuinas en lugar de estrechas.

b) Dominio.

La competencia es poderosa, sin embargo, los adultos al igual que los niños, tienen necesidad de experimentar el dominio. Según Winnicott, es dentro del juego que el niño o el adulto pueden ser creativos y utilizar la personalidad total y al ser creativo el individuo se describe a si mismo.

c) La evaluación lúdica.

La terapia requiere evaluación, la cual puede ser de manera divertida o no.

d) Comunicación: decir lo indecible.

Hay ocasiones que en terapia es difícil verbalizar y confrontar un trauma, por lo que es necesario que el terapeuta escuche a sus pacientes, ya que éste con frecuencia sabe la que necesita.

e) Insight.

Por medio de la terapia del juego con adultos se puede obtener un flujo positivo de las emociones, para resolver un conflicto, caer en cuenta de ello.

f) La combinación de poderes.

Como conclusión por su naturaleza el juego estimula el dominio, el movimiento físico provoca la liberación y la creatividad estimula el insight.

Jugar, ya sea con juegos, títeres, tambores, barro, deportes, movimientos, dibujos, drama, muñecos, arena o cualquier otra cosa, induce a una cascada de efectos positivos.

Existen un sin fin de posibilidades para el uso del juego en la terapia con adultos, por lo que cabe mencionar y recordar que el juego coexiste con la terapia de conversación y no es una manera de lograr que alguien hable.

Así como los niños, los adultos pueden lograr sanar dentro de la metáfora, el juego es una conducta natural y perdurable en los adultos.

La terapia de juego con adultos es el resultado de la integración del juego a la práctica psicoterapéutica con los adultos, por lo que, existe una gran variedad de enfoques y técnicas.

Cabe mencionar que para la Terapia de Juego es recomendable el uso adecuado de reglas y normas. Estas por lo general las da a conocer el terapeuta al paciente al comienzo de la terapia y debe vigilar que se lleven a cabo. Algunas pautas que se recomiendan en general son:

- Cuando se entra al cuarto de juego, ya no se puede salir hasta que termine la sesión.
- El material es de todos y debe permanecer en el mismo lugar en donde se encuentra.
- El material no se puede destruir.
- El material no se lo pueden llevar a casa.
- No se permiten agresiones físicas a los compañeros ni al terapeuta.

Aunadas a las anteriores, el terapeuta se encuentra en la posición de establecer otras reglas en específico, que le ayuden a llevar la sesión con un paciente o con el grupo. Por eso se dice que parte importante de la terapia de juego es el rol que juega el terapeuta. Este necesita tener una actitud flexible, empática, capaz de dominar una situación con los medios con los que dispone. Sin mostrarse autoritario, ni idealizando su papel, sin ansiedades, etc.

También es importante que el terapeuta le transmita al paciente la certeza de que será respetado, para que el paciente perciba que es una situación oportuna en la cual puede ser verdaderamente él mismo. Es decir, el terapeuta debe aceptar al paciente como es en ese momento y no intentará modelarlo.

El terapeuta está encargado de realizar las sesiones diagnósticas para decidir si el paciente es sujeto de terapia, si el enfoque que él maneja es el adecuado para la situación o conflicto del individuo.

Con referencia a lo anterior, un aspecto de trabajo importante que propone la terapia de juego es el *enfoque prescriptivo*. Este concepto subraya el compromiso del terapeuta para determinar la técnica terapéutica más adecuada para cada caso.

Utilizar la terapia de juego en una forma prescriptiva, significa entonces, elegir una estrategia específica para cada paciente, entre la gran variedad de teorías, técnicas y variaciones que existen en la actualidad (Schaefer & O'Connor, 1997). Con el beneficio de encontrar en la amplia variedad de formas de intervención; la más conveniente y adecuada para cada individuo, en donde éste se pueda desenvolver tranquilamente, sin sentirse forzado a integrarse a una técnica ya establecida.

6.2 Tipos de Juego

Para Rodríguez y Ketchum (1995), el juego es una actividad y como tal es afín al trabajo, no a la ociosidad. Además es natural, espontáneo y agradable. Etimológicamente, juego, del latín *jocus*, gracia, chiste, diversión, es cualquier ejercicio creativo, actividad física o mental; al que recurre un niño o adulto, sin más objetivo que encontrar un entretenimiento.

En los juegos se puede encontrar libertad, descubrimiento de nuevas facetas, descubrimiento de la forma en que nos relacionamos. El juego es un estímulo para la percepción sensorial, aprendizaje surgido “desde dentro” de una persona, es la oportunidad de soltar las potencialidades y energías muy personales; es el proceso de creación del individuo en la recreación de la realidad, la afirmación del poder personal en el control de las cosas y de la capacidad de ejercerlo en la realidad. El juego transforma las ausencias en presencias, los deseos en realidades y las fantasías en acción.

Cabe mencionar que si se relaciona, el juego de reglas con el desarrollo psíquico; aparecen otros valores: la disciplina, el respeto hacia los demás, la cooperación, el esfuerzo, el trabajo en equipo, la capacidad de estrategia, entre otros. El juego es la participación íntima y dinámica del individuo, es la esencia de la imaginación, de la expresión, y de la autorrealización. (Rodríguez & Ketchum, 1995).

De modo que, el ser humano habla más con lo que hace, que con lo que dice. El juego, es un lenguaje más completo que el solo lenguaje verbal, es el lenguaje de acción e integral. Por ejemplo, el niño suele su acción lúdica con palabras; casi no hay juego infantil completamente mudo, desde el soliloquio hasta el lenguaje autístico del pequeño que se divierte solo con juguetes hasta la comunicación formal de los juegos organizados.

Dado que las palabras son sustitutos abstractos del comportamiento físico, para los niños suelen ser menos significativas que las acciones. El lenguaje después de todo, es un aspecto de la conducta y es posible que se produzca un trabajo terapéutico importante cuando ésta es comprendida y traducida en un comportamiento verbal o no verbal adecuado de acuerdo con las necesidades del individuo.

Siendo entonces, el juego una función muy importante de la vida, cabe esperar que presente variaciones de acuerdo con las fases del proceso vital de cada persona. Los actos de juego son fenómenos mentales complejos, es decir, la fantasía, el lenguaje y aspectos de prueba de la realidad. Por medio del juego se relaja la tensión, se expresan impulsos ocultos y se asignan a los juguetes o dibujos los propios temores y fantasías.

El trabajo de juego se divide en varias categorías, ya en los conocimientos actuales se consideran las siguientes cinco categorías:

a) Juego espontáneo:

Sucede cuando los niños juegan porque lo desean y por ninguna otra razón. El juego es dirigido por el niño y los adultos con frecuencia son superfluos. El juego

espontáneo es en extremo valioso, debe alentarse y nutrirse y se considera como parte del desarrollo normal de la infancia en la sociedad.

b) Juego guiado:

Lo determina el terapeuta, con propósitos de darle al pequeño el permiso y la libertad para ser niño y jugar, permitirle el juego espontáneo y alentarle a relajarse y divertirse. En ocasiones es un medio para llegar a conocerlo mejor ofreciéndole un ambiente no amenazante en el cual el terapeuta y el niño puedan estar juntos. El juego guiado puede utilizarse para alentar a quienes cuidan del niño a interactuar de modo más favorable y disfrutar a sus hijos, y se emplea en algunas formas de recopilación de historia personal.

c) Juego de evaluación:

También lo determina el terapeuta y en general tiene un tiempo limitado, incluye el descubrimiento y la evaluación. ¿Cómo es el niño? ¿El juego puede decir lo que está sucediendo? ¿El juego puede ayudar a juzgar qué planes deberían hacerse a futuro? Los métodos que se basan en el juego pueden permitir la comprensión del niño de forma que no serian posibles si se dependiera de técnicas de entrevista.

d) juego terapéutico enfocado:

Con frecuencia resulta del juego de evaluación o de un conocimiento en detalle del niño y, en general, intenta manejar uno o dos asuntos que se identificaron con anterioridad. Parecido al juego guiado y al de evaluación los objetivos y métodos del juego terapéutico tienden a ser dirigidos por el terapeuta y son de tiempo limitado.

e) Terapia de juego:

Posee algunos elementos en común con los anteriores, sin embargo, tiene ciertas diferencias. Es adecuada para niños de edades entre 4 y 11 años. Cuando se habla de la terapia de juego, implica, como ya ha sido mencionado, una aproximación holística del empleo del juego como un medio para ayudar, de una

forma no agresiva, en los aspectos físicos, emocionales y cognoscitivos, tanto conscientes como inconscientes, tomando en cuenta el pasado, presente y futuro del niño. La terapia de juego se ocupa de los sentimientos de los niños, no sólo de la conducta.

También, los tipos de juego, de acuerdo con las etapas de desarrollo propuestas por Piaget, el juego se clasifica en tres vertientes:

a) Juego Sensoriomotor:

Hace referencia al primer año de vida del niño, implica actividades y experiencias sensoriales y motrices, y la ausencia de representaciones simbólicas y argumentales. Es la etapa en la que el niño ejercita mecanismos o funciones que desarrollan su inteligencia. Este tipo de juego también es conocido como de ejercicio, que también está presente en algunas especies animales.

b) Juego simbólico:

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

c) Juego reglado:

Los juegos con reglas aparecen a partir de los siete años, permiten al niño conocer las reglas, los límites y las prohibiciones del juego, obligándolo a que las respete y aprenda la importancia de su funcionamiento dentro del mundo exterior. En este tipo de juego el niño aprende a cooperar con otros, a planificar sus acciones y sufrir las consecuencias cuando no se cumple una regla.

Para Schaefer y O'Connor (1988), los juegos reglados no encajan dentro de la definición común de juego, ya que existe cierto sentido de una tarea implícita. Sin

embargo, se ve como una fase intermedia entre el juego no reglado de los niños pequeños y el juego reglado de los adultos.

Dependiendo de la orientación del terapeuta y del padecimiento del individuo, la utilización del juego como tratamiento se ha extendido a una gran población adulta e infantil, tales como: personas maltratadas, hospitalizadas, con deficiencias en el aprendizaje o en el desarrollo social, entre otras.

6.2.1 Juego en el niño

Tanto el juego como el dibujo son actividades innatas en el niño, son actividades naturales y que le permiten al pequeño desarrollarse de manera integral, reconocer sus sentimientos, pensamientos y comunicarlos, pero también le permiten imaginar, crear y recrear su entorno, expresar gustos y necesidades. El juego para los niños es tan importante como cualquier necesidad básica (comer, dormir, etc.).

El juego es una actividad que puede describirse de distintas maneras, ya que abarca más de una dimensión, existen espacios relacionados con el juego y objetos que facilitan la realización de un determinado juego. El juego se asocia como exclusivo de los niños, pero existen actividades que se han transformado para que los adultos puedan jugar.

No obstante la esencia del juego y su significado tiene mayor valor durante la infancia, puesto que el juego cumple con una serie de funciones que permiten al niño relacionarse con su mundo, descubrir su funcionamiento y resolver conflictos.

El juego es considerado como una actividad fundamental, vinculada al desarrollo infantil que permite la armonía en el crecimiento del cuerpo, la inteligencia y la personalidad. A tal grado que ejerce un impacto en el niño que muchos de los recuerdos placenteros del adulto están ligados al juego de su infancia.

Para Maureira (2011), la actividad lúdica del niño con la madre se convierte en el espacio relacional en donde el infante aprende a respetarse y aceptarse, de manera tal, que el surge como un ser total y pleno, por el simple hecho de ser él.

Es solo entonces, que niño aprende a respetar y a aceptar a los demás, en tanto él es digno de respeto y aceptación de sí mismo. Más allá del entretenimiento del juego, esta actividad represente un ámbito social de crecimiento personal, que debe ser generado por la madre o por la persona que cumple tal rol; en la relación materno-infantil.

Wallon, en 1980 (Paracuru, 2002), menciona varias ideas de distintos autores, pero su soporte principal se centra en considerar al juego como una actividad propia del niño, que no necesariamente es diversión y que de acuerdo con la edad va adquiriendo otro tipo de funciones, permitiendo al niño adaptarse a su medio, al mismo tiempo que aprende a asimilar todo lo que le rodea. Propone las siguientes características para comprender el juego:

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

Se puede asegurar que la mayoría de los conceptos sobre el juego implica la exploración y a partir de estos elementos se produce un aprendizaje o representación del mundo por parte de los niños, por lo que el juego es la mejor forma de conocer y comprender la conducta y el desarrollo infantil.

Dentro de la psicología clínica, el juego ha tenido dos utilidades básicas: la del diagnóstico y la del tratamiento. Como diagnóstico se utilizó especialmente las Escalas de Desarrollo que se basan en la observación o realización de juegos de ejercicio que sirven para determinar el nivel evolutivo del niño y en el área del tratamiento, es donde el juego ha tenido su mayor utilización. Cada escuela psicológica ha desarrollado sus propias técnicas para el tratamiento, en éste trabajo se revisará la Terapia de Juego, basada en el terajuego.

6.2.2 Juego en el adulto

Anteriormente se consideraba a los niños como adultos en miniatura y en el siglo XX surgió la idea de que los niños se desarrollaban por etapas. Esta idea se inspiró en el concepto de evolución, dicha concepción surgió de diversos campos de estudio.

El nuevo esquema considera que las etapas van cambiando durante los niños crecen físicamente y al mismo tiempo lo hacen sus pensamientos y emociones. El ser humano según Terr (2000), “empieza en el punto más bajo de la escala de desarrollo y su madurez les hace avanzar por un patrón predecible”.

Terr (2000), explora algunas teorías de desarrollo, menciona tres esquemas: G. Stanley Hall, Sigmund Freud y Jean Piaget, como un breve resumen se considerara el desarrollo del juego.

Para empezar a entender de donde proviene las formas particulares de juego el concepto de desarrollo en fases fue introducido por el psicólogo G. Stanley Hall en el año de 1904 sugiere que cuando los niños en fases avanzadas, como en la adolescencia juegan están recapitulando gradualmente la historia de la humanidad desde las culturas primitivas hasta la más moderna civilización.

Hall intentó adaptar los movimientos históricos del mundo en el juego de un niño, Freud prestó atención al enfoque de Hall en las fases del desarrollo, y categorizaron las fases de la juventud según progreso de los impulsos sexuales y agresivos.

Freud, junto con su círculo analítico propusieron una escala de desarrollo que es una verdadera polémica y dicha escala hasta hoy en día se mantiene fresca.

Freud dividía la infancia en las fases; oral, anal, fálica que se refiere a los genitales infantiles y la etapa edípica que se considera como el triángulo familiar. Y por último la lactancia y la adolescencia que representan los genitales maduros.

La teoría explica que antes de alcanzar la etapa adulta, todas dichas fases y las vamos dejando atrás. Los estados psicoanalíticos del desarrollo se basan en donde se puede encontrar en todo momento el centro de los impulsos sexuales ya sean agresivos o placenteros.

Un niño en la fase oral chupará y jugará manualmente con partes del cuerpo u objetos para expresar su sexualidad y morderá y arañará para expresar agresividad, los juegos incluirán golpes, chupetones y mordeduras.

Los adultos que disfrutan con juegos orales y sobresaltan las sensaciones de la piel, por ejemplo, les guste vacacionar en el mar y tomar el sol en la playa. Otro tipo de adultos que disfrutan con juegos orales y manuales ambas situaciones se consideraban a las personas como sujetos de una regresión y el analista decía que era normal siempre y cuando no estuviera la persona centrada en este tipo de actividades.

El juego anal o el juego de los infantes está dirigido a la exploración, la maestría y la autonomía. El juego correspondiente a esta etapa tiene que ver con el aprendizaje del cuarto de baño, es decir, ensuciar, controlar, organizar, admitir los errores, aceptar las responsabilidades.

Los niños en la fase anal empujan juguetes, construyen con bloques, colorean, organizan sus juguetes, apilan cosas, las tiran, entre otras, y los adultos que juegan analmente pueden llegar a ser coleccionistas de cosas, por ejemplo de monedas, de sellos entre otros objetos, ser aficionados a las antigüedades, pintar con paleta o sprays o bien pueden llegar a disfrutar organizando las cosas con las que juega.

El psicoanálisis consideraría generalmente este tipo de juegos adultos como anormales en el caso de haberse fijado en una de las fases o de haber tenido una regresión a un estado anterior.

Terr menciona que estas teorías se basan en pocos casos de estudio y por lo que las considera un poco rígidas. Ya que uno de los aspectos centrales en la teoría

del desarrollo del niño es cuando alcanza una nueva posición en esta y para el psicoanálisis no es normal congelarse en alguna fase o retroceder por lo que Terr considera que cada una de las etapas del niño está dirigida básicamente hacia la consecuencia de una fase adulta sana y por tanto normal. Es por ello que se reflexiona que gran parte de nuestros juegos adultos provienen de los juegos de la infancia.

Regresando al enfoque psicoanalítico, este considera que el objetivo más importante del crecimiento es renunciar al principio del placer, mejor explicado, el placer tiene que retroceder ante la vida real. Se tiene que poseer el principio de realidad para que una persona crezca sana.

Según los psicoanalistas, el juego se somete y depende totalmente del trabajo, lo cual demuestra que los adultos debemos de vivir en la realidad es decir, renunciando a gran parte del tiempo a placeres inmediatos, lo anterior se debe hacer para poder ganar dinero, educar a los hijos, mantener limpia la casa, entre otras.

Sin embargo, se denota que el padre del psicoanálisis y sus seguidores no investigaron con profundidad el juego adulto, Ana Freud apoyaba la teoría del trabajo sobre el juego.

Anna contribuyo con la teoría del desarrollo en fases e ideó una forma para considerar las fases de la infancia y les llamo, líneas de desarrollo y extrajo una línea primordial, la conocida como: juego al trabajo.

Anna Freud afirmaba que el progreso en la fase, del juego al trabajo era evidente, incluso antes de que el niño empezara a ir a la escuela. Y en la adolescencia el cambio de juego al trabajo estaba casi complementado.

Si la transición del juego al trabajo no estuviera completado en la adolescencia, los adolescentes no podrían soportar el estrés de la formación académica. También observó que los adultos, siguen jugando, sin embargo, no profundizo en el tema, lo que se puede concluir que sobrevaloró el trabajo a expensas del juego.

Otro enfoque interesante de mencionar es el de Jean Piaget, quien estudio a sus tres hijos desde la infancia. Fue tomando de manera detallada el comportamiento de los hijos.

Se intereso en el área del juego y sus observaciones van dirigidas al conocimiento, llego a la conclusión de que los niños atraviesan primero una fase sensorial y motriz y en estas últimas, los niños practican las habilidades cognitivas y motriz respectivamente al momento de jugar.

En la etapa preescolar los niños usan los roles, juegan de forma que transforman la realidad por medio de imaginación y Piaget le llama asimilación, ya que los niños adaptan sus deseos en dicha transformación.

En la etapa escolar los niños llegan a una etapa más realista de conocimiento, en la cual los pequeños juegan con ciertas normas, por lo que los niños en esta etapa poseen un pensamiento organizado y específico, es por ello que Piaget denota que los niños pueden hacer adaptaciones de pensamiento. Este proceso es lo opuesto a la asimilación.

La adaptación para Piaget, es cuando las realidades internas del niño se reconfiguran para poder así, acumularse a los factores externos, por lo que lo considera una mejora determinante con respecto a los anteriores estilos de pensamiento.

Por medio de la adaptación, la realidad es el factor más importante para enmarcar las ideas y explicaciones de la misma. A la edad de 12 años, los adolescentes comienzan a jugar de una manera más real, ya que inicia el pensamiento abstracto.

Los adolescentes utilizan la lógica y la organización formal, según Piaget el adolescente en esta última etapa ya no tiene por que jugar, menciona ¿para qué jugar a la realidad si ya pueden vivir?

Terr (2000) indica que la teoría del desarrollo en fases de Piaget explica más que nada las formas de pensamiento que va del ilógico (primitivo) a lógico (maduro).

Piaget después de la adolescencia de sus hijos dejó de tomar notas de los juegos y pensamientos de sus hijos, así que nunca estudio de forma sistemática el juego adulto.

También menciona que el cerebro desarrolla mayores y nuevas capacidades a medida que vamos creciendo y por el lado de las emociones permite significados y expresiones más complejas. Sin embargo, al paso del tiempo los viejos pensamientos y sentimientos no se abandonan nunca del todo.

Y algunos de esos viejos sentimientos o pensamientos, siguen siendo para nosotros: temas favoritos, formas favoritas de pensar, de reaccionar y de ser. En la infancia empezamos a jugar con los conocidos juegos: reflejo involuntario, la mímica o imitación, juego con objetos o simbólico y con palabras.

Los anteriores juegos, son las fases primitivas del juego y dichas fases se extienden hasta la vida de individuos adultos. Cuando las personas adultas juegan, no sufren una regresión, sino nada más mantienen un control de sí mismos a la vez que siguen en contacto con los propios comienzos.

El juego para los bebés es imprescindible para seguir madurando y lo hacen mediante el juego instintivo, que es la primera y básica forma de juego, esta forma de juego se observa en los primeros meses de vida esto es cuando un padre lanza suavemente a su hijo de cuatro o cinco meses al aire.

El bebé por la falta de reacciones útiles de sus brazos y piernas, como respuesta corporal involuntaria y por los reflejos innatos, flexiona y extiende las piernas y los brazos totalmente y al momento de caer en los brazos del padre el bebé sonríe porque ya pasó el sentimiento de peligro.

Los médicos siempre revisan estos reflejos porque indica que todo se desarrolla con normalidad y menciona que es probable que dichos instintos durante miles de años salvaron a los bebés de inseguridades, de posibles caídas o ataques de animales.

Las flexiones de piernas y brazos son respuestas al peligro, sin embargo, cuando los padres juegan con los hijos de cuatro o cinco meses y reaccionan con estos instintos, el peligro va a la par de una sensación agradable de seguridad y diversión.

La diversión consiste en intentar controlar lo incontrolable, es decir, consiste en encontrar el justo medio entre el peligro y la seguridad, este juego básico instintivo es universal y a la vez placentero para todos, incluso para un espectador accidental.

El juego instintivo se origina en el punto más bajo de la escala de desarrollo, a unos pocos meses después de nacer. Un ejemplo de instinto primitivo es el reflejo de Babinski, este se observa, cuando se les acaricia la planta del pie a los bebés y estos encogen los dedos.

La sensación de jugar con los instintos es nada más la de encontrar el punto medio entre el caos y el control, es decir, es el equilibrio entre reír y llorar, el placer y el dolor. Los adultos los recuperamos en las peleas, la experiencia sexual, la sorpresa, la alegría intensa.

Volviendo a los niños estos pierden casi todos sus instintos primitivos de los seis meses al año debido al desarrollo y maduración. Cuando desaparecen los reflejos infantiles, no se vuelven a generar a menos que suframos un serio daño en la parte de adelante del cerebro. Los reflejos inmaduros permanecen siempre ocultos a la vista pero ahí están, al igual que los recuerdos.

De adultos, se suelen filtrar a los recuerdos con estas reacciones innatas pero fuertemente en mascaradas y algunas personas lo hacen mediante el juego. El juego instintivo por lo tanto estimula el mismo sentido de indefensión que sentíamos en la infancia y cuando se es adulto se cuentan con los medios necesarios para confrontar dicho sentido, algunos medios con que se cuentan son: El juego de carreras de coches, andar en bicicletas, patines, a caballo, entre otros juegos o actividades.

El juego instintivo se origina en una escala tan baja del desarrollo que la fantasía, los deseos y el entendimiento apenas se encuentran presentes, este es porque se da en los bebés, por ello, algunos adultos suelen volver a la infancia casi olvidada, a la etapa de los brazos maternos y/o contención, por medio del juego instintivo, es decir, por mencionar algunos ejemplos: viendo películas, conducir hacia algún lugar específico que nos recuerde algo, ir a parques, subirse a los juegos mecánicos, como la montaña rusa, en lo alto algunos alzan los brazos, lo que parece un reflejo infantil. Dichas conductas en los adultos demuestran el deseo de recuperar algunas sensaciones infantiles a través del juego.

Otro juego de la infancia es la imitación, a las dos semanas después de haber nacido los bebés estudian las expresiones faciales de las personas que los rodean, e intentan imitarlas con expresiones propias.

Cuando lo logran y sobre todo cuando aprenden a sonreír, reaccionan entusiastas a sus propias habilidades y es entonces cuando empiezan a utilizar a la mímica como un juego. La imitación contiene un gran potencial de aprendizaje y diversión, por lo que, estimula el desarrollo del pequeño.

La mímica se utiliza a menudo en juegos infantiles y perdura en cierto modo hasta la madurez. Los bebés se comunican con sus cuidadores con una mezcla de señales y mímica no verbal, la imitación les ayuda a conseguir lo que desean y también juegan.

Los juegos adultos también incluyen las imitaciones y la imitación se encuentra entre la burla desagradable y la invisibilidad, es decir, a veces lo que empieza como un juego de imitación ya no se puede considerarlo como un juego después, ya que la imitación suele convertirse en burla.

La burla se diferencia de la imitación por la falta de inocencia y alegría, por lo que la esta, se considera que es agresiva y conlleva como consecuencia entre los adultos a combates o bien, peleas, de hecho se han cometido asesinatos por burlas, argumentando por ejemplo, que era una broma o juego.

Sin embargo, los adultos gustan de las imitaciones, es por ello, que van al cine, miran la televisión, leen parodias de diversas personas, entonces la imitación tiene por objetivo la diversión para poder ser definida como un juego.

Otro tipo de juego de la infancia es el simbólico y el juego lingüístico. El primer juego simbólico que contiene algunas normas se le presenta a un bebe en la segunda mitad de su primer año, es el juego donde el cuidador se tapa con una sabana o bien le tapa los ojos al bebe y al quitarse la sabana o bien al destaparle los ojos al bebe le dicen ¡BUH!

Los bebes no reconocen los objetos materiales como algo permanente, por ello cuando juegan dicho juego, creen por un momento que su compañero de juegos desaparece realmente y experimentan una autentica perdida, con la palabra ¡BUH!, los bebes experimentan una intensa emoción de reunión,

Las emociones de perdida y de reunión son creadas rápidamente por lo que, se crea un sobresalto involuntario en el pequeño, después risas y por ultimo una felicidad absoluta de la reunión.

Observando lo anteriormente dicho, se puede decir que el afecto y la pérdida son asuntos primordiales en la vida de los niños y también de los adultos. Los niños cuando sufren de una falta o pérdida, hacen sustituciones, por ejemplo, cuando un niño no esta con sus padres y los extraña, se consuela con un pedazo de tela o bien de un muñeco, realizando así una sustitución mental.

El psicólogo ingles D.W. Winnicott, fundamento su teoría de la creatividad y de juegos humanos, precisamente alrededor de los momentos de la transición en la vida de un niño. Desde el punto de vista de Winnicott, las personas que de pequeñas son capaces de soportar pequeñas separaciones y participan en solitarios juegos mentales, estas personas son las que mantienen una actitud lúdica o bien de juego toda su vida.

Winnicott considera que el juego no es solo una actividad si no es un estado mental e indica que un niño al estar solo y sabe que si necesita algo alguien acudirá, es el mejor estado para los juegos mentales.

Sin embargo, en el caso de las separaciones mientras sean más duras, es decir, originadas por el abuso o desinterés da como consecuencia la incapacidad para jugar. Por lo tanto la eficacia para trabajar las separaciones y los afectos se convierte en algo clave para la vida de un niño.

Se ha observado que los adultos siguen jugando, a un juego anteriormente descrito (¡BUH!) implica actividades de juego tales como viajar por trabajo, pero esto implica reuniones con personas frecuentemente conocidas y cuando se da el contacto se dan actividades como tomar un café recordar viejos tiempos, por lo que, lo anterior, representa una simbolización y una variación adulta de juego.

Con respecto al juego de las palabras se puede observar en pequeños de aproximadamente un años de vida, ya que apenas van utilizando sus primeras palabras, cuando los niños usan frases usualmente cometen errores muy divertidos, las personas se ríen y el niño también lo hacen, por lo que las palabras de repente son divertidas y se convierten en tempranas formas de jugar.

Conforme el niño va creciendo, el niño va adquiriendo en su lenguaje los dobles sentidos, las onomatopeyas, los trabalenguas y las metáforas; cuando el niño se convierte en adulto se utilizan gran variedad de juegos basados en las palabras y el lenguaje.

Algunos juegos adultos con las palabras se refieren casi directamente a los inicios con el lenguaje y la mayoría de los adultos centran el juego lingüístico en pronunciar frases ingeniosas.

Para otros jugar con las palabras en formas de código, creación de nuevas palabras y expresiones es un entretenimiento interesante. Los crucigramas son formas populares de juego adulto.

Los crucigramas no solo ofrecen la posibilidad de encajar palabras, encontrar sinónimos, deletrear y adivinar alguna información, sino que también incluyen juegos de palabras, anagramas y sonidos parecidos.

Las personas que juegan con las palabras se consideran en general buenos conversadores y oradores, ya que el juego de palabras forma parte de una buena conversación y una buena escritura.

Así que, se puede observar que un adulto puede olvidar juegos infantiles por completo, pero como consecuencia se poseen derivados sofisticados del mismo juego infantil. Los juegos infantiles encuentran diversas expresiones en la vida adulta.

5.2.3 El juego adulto y su potencial restaurador

La manipulación de la relación entre sí mismo de modo interno y el mundo externo es la herramienta primaria para el crecimiento, los bebés son impulsados por la curiosidad y por su sentido de supervivencia a explorar su entorno utilizando su cuerpo, es decir, sus sentidos y después lo integran a su mundo interno.

Para los adultos el juego es un vehículo que promueve muchísimas conductas adaptativas, entre las cuales se pueden mencionar: la creatividad, el ensayo de roles y la integración mente cuerpo. (Schaefer, Padilla & Olivares, 2005).

Todo individuo posee un potencial **creativo** y para liberarlo según Jung, se debe participar en el juego constructivo en el que tanto se ha disfrutado desde la infancia, esa es la clave.

Siguiendo en el tema de la creatividad, Frey en 1983 describió cuatro categorías de juego infantil: el físico, de manipulación, simbólico y juegos, las actividades adultas en cada una de dichas categorías, tienen un gran potencial creativo.

La doctora Jane Healy en el año de 1994, considero algunas técnicas para las personas creativas, las cuales incluyen el juego, el humor, la dramatización, el movimiento, la imaginación, el escuchar, el expresar y el originar, tales cualidades

son tomadas en cuenta para la terapia del juego con adultos y además son parte misma del desarrollo.

La otra conducta adaptativa mencionada anteriormente es la de los ensayos de roles los juegos humanos en cierta manera se parecen a los juegos de los animales, cuando juegan los animales practican sus habilidades de supervivencia al participar en peleas simuladas y en juegos de ataque y cacería.

En el caso del ser humano, desde que se es niño, se posee la tenacidad a sanar heridas imaginarias y lo hacen jugando a fingir que: viajan, cocinan, compran, van a la escuela o a un banco, entre otras y también lo hacen imaginando que son otra persona, desde bailarines de ballet hasta bomberos.

También recrean diversas situaciones o eventos, por ejemplo: una boda, un nacimiento, un funeral. Por lo que se puede decir que todo adulto hace lo mismo. Por ejemplo, cuando se tiene que ir a una fiesta y la chica se pasa viendo al espejo y observa como lucirá en la fiesta, en el día de muertos en que los adultos se disfrazan de algún personaje favorito, o bien las personas que han sostenido conversaciones en voz alta consigo mismas anticipándose a una plática con alguien más.

Otra conducta adaptativa mencionada fue la de la integración mente-cuerpo, el juego es un proceso total de integración entre la mente y el cuerpo, por ejemplo cuando se utilizan ambos hemisferios cerebrales el lado izquierdo es el que decide las estrategias para el logro de un objetivo y como se puede verbalizar, es el lado analítico.

El lado derecho del cerebro es el artístico, hace posible disfrutar de las cosas aunado con las veto-endorfinas que nos ayudan a estar en un estado de bienestar, cuando las personas ríen, cantan o bien cuando se encuentran en alguna diversión placentera jugando. La respiración es más profunda, lo que ayuda a la relajación en el proceso digestivo y así se evitan ciertos trastornos gastrointestinales, además mitiga la tensión cardíaca. El juego ayuda a relajar la tensión muscular en general, lo que ayuda a reducir la fatiga y el dolor.

Cabe mencionar que el juego posee una competitividad, es decir, desde la infancia se origina el pensamiento de que los resultados importan, en el nivel preescolar ya se han aprendido los elementos básicos de la competencia y de la aprobación externa.

Por lo cual, la capacidad de jugar libremente, por el solo hecho de jugar, se ha ido perdiendo dentro de la necesidad social de sobresalir, los niños competitivos por ejemplo, en algún deporte necesitan someterse a prueba porque el objetivo es ganar, no solo jugar.

Aunque los juegos deben tener un valor educativo comprobado y se es imprescindible mantener a la diversión en una adecuada perspectiva, no es sorprendente que algunos adultos hayan perdido la capacidad de ser flexible y creativo.

La creatividad se va perdiendo a medida de la colocación de demandas muy rígidas en el desempeño de un pequeño ante la necesidad de obtener un objetivo determinado, lo anterior sucede por controlar el impulso interno del juego sin compromisos.

6.3 Terapia de Juego: Enfoque Psicoanalítico

La terapia de juego psicoanalítica, se desarrollo a partir de los trabajos realizados por Melanie Klein y Ana Freud, está basada en la teoría del psicoanálisis desarrollada por Freud, en donde los conceptos de Asociación Libre, Transferencia y la interpretación son de vital importancia para la actividad terapéutica.

En éste enfoque el juego no se utiliza como un medio para la catarsis o la abreacción (liberación afectiva), tampoco es un método para educar sino que es una forma de conocerse (las emociones, los sentimientos, conflictos y resistencias). La intervención se diseña a partir de estos datos, con el fin de producir un cambio en la personalidad.

Freud en 1907, hizo referencia al juego describiéndolo como la ocupación preferida y más intensa de los niños, todo niño que juega se comporta como un poeta, pues crea un mundo propio o mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden de ideas que le agrada (Jurado, 2001).

Melanie Klein consideraba al juego como una herramienta similar a las asociaciones libres en los adultos, lo considera un medio y no un fin. Ana Freud por su parte, se enfoca al juego como una herramienta para facilitar en el niño para que comunique emociones, sentimientos y pensamientos.

Melanie Klein basa el análisis del niño en la existencia de un mundo interior presente en él desde su nacimiento, en donde predominan los mecanismos de proyección e introyección. Sostiene que el juego es el mejor medio de expresión del niño, puesto que empleando esta técnica se observa que él proporciona tantas asociaciones como los adultos lo hacen con los sueños, cada uno de los elementos del juego es una indicación para el observador (Paracuru, 2002).

Ella asegura que el juego en el niño es la forma en que él representa sus deseos y experiencias, empleando para ello un mecanismo esencial que sería sustituir con acciones a las palabreas. El niño al jugar vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos proyectándolos al exterior en los juguetes.

Por otra parte Ana Freud, impulsora de la escuela freudiana, quién sostuvo que las técnicas clásicas del psicoanálisis para los adultos requerían ciertas modificaciones para aplicarse a los niños. Considera que los juguetes sirven mejor para evaluar el crecimiento de los niños y cree que son útiles para establecer una relación estrecha en la fase preanalítica de tratamiento que considera como preparación necesaria para una interpretación analítica efectiva.

Sin embargo, los juegos libres no los considera como un sustituto de la asociación libre. Durante la etapa del análisis propiamente dicho, se usan diferentes técnicas como vías hacia el subconsciente, entre las cuales utiliza la formación de un historial casuístico del niño y la madre, el análisis de dibujo y la interpretación de sueños (Fernández, 1995).

El niño juega porque necesita elaborar y compensar situaciones traumáticas y liberarse del conflicto, de igual manera el niño, expresa sus fantasías, deseos y experiencias de forma simbólica a través de los juguetes, en el contenido de sus juegos, en el modo en que juega, los medios que utiliza, los cambios de juego, etc. Y el terapeuta a través de la observación, la interpretación, el análisis de las resistencias y la transferencia interviene terapéuticamente.

En resumen, la terapia de juego Psicoanalítica utiliza al juego como un recurso para establecer contacto con el niño, como un medio de observación y como fuente de información. El análisis de las resistencias en el niño resulta un tanto difícil de realizar, por lo que el uso de metáforas ayuda invaluablemente a acceder al pensamiento del niño.

6.4 Terapia de Juego: Enfoque Gestalt

La Terapia Gestalt es una modalidad terapéutica humanística, orientada hacia un proceso y se interesa en el funcionamiento saludable del organismo total (sentidos, cuerpo, emociones e intelecto). Numerosos principios teóricos del cuerpo de la Terapia Gestalt se relacionan de modo directo e influyen sobre el trabajo con niños. Esto incluye el tipo de relación que se desarrolla entre el paciente y el terapeuta, el concepto de autorregulación orgánica, trastornos en la frontera-contacto, tal como lo manifiestan los niños, cómo se percibe el sentido del sí mismo a partir de esta estructura y la función de la conciencia, la experiencia y la resistencia (Schaefer & O'Connor, 1997).

La Psicoterapia Gestalt es un enfoque vivencial del ser y sus procesos, se interesa por poner al paciente como se dice comúnmente, Con los pies en la tierra; con la principal finalidad de buscar el impulso para el crecimiento desarrollando potencialidades y desbloqueando pautas de detección. Con estas acciones, se promueve en el paciente que incremente el nivel de "darse cuenta", recupere el contacto consigo mismo y con el ambiente, satisfaga las necesidades orgánicas, se responsabilice de sí mismo, que viva el aquí y el ahora, y por último logre un buen nivel de autoapoyo.

En la Terapia de Juego Gestalt se interesa en el qué y el cómo de la conducta más que en el por qué, en las relaciones y el contacto (intrapersonal e interpersonal), en el darse cuenta de aspectos de sí mismo, sentimientos, pensamientos y necesidades. Este enfoque considera que el niño no tiene que cambiar sino más bien tienen que desbloquear pautas de desarrollo, para lograrlo se trabaja con la autoaceptación y la eliminación de la exigencia (Oaklander, 2004).

En síntesis, La terapia Gestalt, pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo. Utiliza el método del “darse cuenta” predominando el percibir, sentir y actuar.

El paciente aprende a hacerse consciente de lo que siente y hace, es decir, el paciente amplía la percepción de sí mismo, a través del trabajo con la atención, de este modo va desarrollando su habilidad para aceptarse y para experimentar el aquí y el ahora, sin tanta interferencia de las respuestas fijadas del pasado.

6.5 Terapia de Juego: Enfoque Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitiva Conductual, surge a finales de los años sesenta, como una respuesta a la necesidad de integrar a las terapias conductuales aspectos técnicos de la teoría del aprendizaje, la terapia racional-emotivo-conductual (TREC), fue la primera terapia cognitivo-conductual, que se desarrollo basándose en el interés de cuestionar a sus pacientes el por qué crean sus propios problemas y cuales son las posibles soluciones.

La Terapia Cognitivo Conductual es un nombre genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales como intervenciones cognitivas, basándose en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desapareciendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas y más adaptativas (Jurado, 2001).

Schaefer (1997), menciona que la Terapia de Juego Conductual (TJCC) se basa en teorías conductuales y cognoscitivas del desarrollo, en la psicopatología emocional y en las intervenciones que se derivan de estas teorías. Se considera aquí cada una de éstas bases teóricas y en particular con respecto a su influencia en la TJCC.

La Terapia de Juego Cognitivo Conductual se Puede decir que enfatiza el motivar la participación del niño en el tratamiento, de forma que centre su atención para el logro del control, el dominio y responsabilidad de su propio cambio.

El juego en la terapia cognitivo conducta es utilizado como un medio para que el niño aprendan habilidades o conductas alternativas a aquellas que le están ocasionando un conflicto, también es una forma de comunicación entre el terapeuta y el paciente.

6.6 Terapia de Juego para niños con Retraso Mental (RM)

La terapia de juego para el niño con (RM), de acuerdo con Schaefer y O'connor (1988); se basa en un enfoque de tres principios generales. **PRIMER PRINCIPIO**, mientras menos pueda un niño ser capaz de funcionar o crear habilidades de enfrentamiento apropiadas cuando se les deja a su propio ingenio, tendrá una mayor necesidad de intervención dirigida.

Se debe reconocer que el niño con (RM), tiene una gran dificultad para utilizar las señales y estímulos del medio que lo rodea y que esta dificultad ocasiona problemas reales en la habilidad para tomar decisiones apropiadas de enfrentamiento. Generalmente los padres con niños con (RM), buscan ayuda cuando sus hijos presentan conductas inapropiadas, las cuales las han tenido durante cierto tiempo y también ya han tenido antecedentes de experiencias de fracasos e interacciones sociales inadecuadas.

Ante tales antecedentes, los niños con (RM), no van libremente a la terapia y tampoco se espera que hagan insights de sus problemas. Tal habilidad necesitaría que el niño tuviera conciencia de su conducta o que dicha conciencia o

comprensión, pudiera desarrollarla fácilmente, lo que es inconsistente con el diagnóstico de (RM).

La comprensión debe venir a través del proceso terapéutico y mientras más retrasado parezca el niño en las sesiones de terapia, mayor deberá ser la cantidad de juego dirigido e intromisiones que proporcione el terapeuta.

El procedimiento básico es:

- a) El niño hace algo (asumiendo que aun nada es “algo”).
- b) El terapeuta interviene, preguntándole al niño, ¿qué está haciendo?
- c) Si el niño responde de cualquier forma (con palabras, gestos, ruidos, etc.), se permite que la conducta continúe, el terapeuta proporciona la descripción la actividad. Diciendo por ejemplo: estás construyendo con bloques o bien, estás haciendo este sonido (imitando el sonido).
- d) Si el niño fracasa en responder de algún modo, el terapeuta, detiene la actividad explicando que ésta no puede continuar, hasta que el niño dé alguna clase de respuesta.

Este patrón general se sigue durante las sesiones con variaciones basadas en los cuatro tipos diferentes de terapia de juego, dependiendo de los objetivos de la Terapia de Juego.

1. Materiales no estructurados con enfoques terapéuticos no estructurados (NE- NE)
2. Materiales no estructurados con enfoques terapéuticos estructurados (NE-E).
3. Materiales estructurados con enfoques no estructurados (E-NE).
4. Materiales estructurados con enfoques terapéuticos estructurados (E-E).

Terapia (NE- NE)

Esta terapia es la que menos exige al paciente en términos de desarrollo cognoscitivo; no se supone que este tipo de terapia sea utilizada únicamente con las personas más gravemente afectadas, el nivel de inteligencia no es importante, lo importante es el nivel de conducta funcional.

El niño que demuestra falta de conciencia del yo, que parece demasiado impulsivo o que demuestra sentimientos de hostilidad, agresividad en general; sin tener una base para dicha conducta. O bien que se aísla y rechaza el medio, comportándose generalmente de forma trastornada en cualquier tipo de actividad social; se beneficia con un proceso terapéutico en el que la estructura haya sido modificada hasta el grado que, parezca al niño como si no la hubiera.

Los materiales no estructurados, son los que no tienen ninguna función en particular para los niños (arena, agua, bloques, cuentas, cuerdas pinturas de agua, barro, papel, crayones, nieve, recortes de madera, etc), ayudan a que el paciente adquiera la habilidad para controlar, crear, cambiar y desarrollar actividades de juego, aprenden así, que son personas capaces de crear y controlar materiales. Lo que prepara el terreno para que aprendan que son capaces de controlarse a sí mismos permitiendo la interacción con los demás, estableciendo así, el autorreconocimiento o el reconocimiento del yo.

El término de destrucción no entra aquí, si el paciente divide un trozo de barro en dos partes, no los destruye, solo son dos partes que se pueden recombinar, pueden volverse conscientes de que fueron ellos quienes crearon los dos pedazos, aprenden que sus ideas y esfuerzos producen diferencias tangibles en la realidad.

La tarea del terapeuta se basa en criterios claros para elegir de entre dos formas de responder al paciente. Uno, la respuesta positiva que es reforzante, o dos, la respuesta negativa que bloquea o interfiere la conducta del paciente. La decisión de cómo responder se basa en los objetivos específicos de la terapia de juego, los objetivos son tres:

Primero: Es el reconocimiento del yo. Se refiere a que el niño obtenga un sentido de control sobre el medio, reconociendo la libertad para seguir ideas personales y obtener el sentido de ser una persona real, motivándolo así a lidiar con problemas más desafiantes.

Segundo: Es la obtención del entendimiento de que los impulsos pueden ser controlados. Es una forma de condicionamiento donde el paciente toma conciencia de la habilidad para controlar intensos impulsos súbitos. Los niños que no hayan podido tener una conducta socialmente aceptable, tienden a presentar un trastorno emocional causado por la frustración, culpa y la falta de autoconcepto.

Tercero: Es el entrenamiento para vivir dentro de los límites sociales. Los límites son ligeros dentro de una situación estructurada, reflejando los límites mayores que impone la sociedad. Es una cuestión de aprender a responder a la conducta de los demás en una forma controlada y de trabajar en equipo.

Terapia (NE- E)

En esta terapia se utilizan materiales no estructurados con un enfoque terapéutico estructurado (dibujo, música, recreación y otros). Cuando la relación entre paciente y terapeuta es cálida y estrecha, el terapeuta desempeña el papel de modelo. El terapeuta funciona como una representación de los aspectos arraigados de la sociedad y se convierte en un modelo sobre el cual el paciente puede probar conductas.

Cuando la relación no se basa en un intercambio de sentimientos sino que facilita un escenario en el que el paciente se sienta seguro para mostrar conductas, se describe la situación como terapia de actividad, no se le da el título de psicoterapia. La psicoterapia requiere que las actividades en el salón de juegos, deben preparar la relación interpersonal que se necesita entre paciente y terapeuta.

Lo importante es el concepto de que el paciente sea capaz de traducir sus deseos en conductas socialmente aceptables mediante el aprendizaje de anticipar lo que

sería aceptable para el terapeuta. Esto viene de lo que el niño haya observado que hace el terapeuta y basado en insights previos, el niño haya juzgado que el terapeuta esperaba que se hiciera.

Entonces, no importa qué tan bien este la bola que surge del barro, lo que importa es que el paciente sea lo suficientemente capaz de controlar la conducta, las conductas generales del Acting Out (conductas de carácter impulsivo), para realizar la bola. La actividad en sí toma significado porque sienten que están elaborando un producto; los esfuerzos para crearlo, sirven a la función del jugar en términos de aumentar la imaginación, ayudando a desarrollar la creatividad y mejorar la comprensión del mundo que les rodea.

El enfoque del terapeuta es estructurado y preconcebido, la sesión se planea estableciendo el tipo de actividades. El terapeuta intenta introducir al niño a utilizar los materiales sin importar la forma en que se utilizan. El terapeuta siempre debe relacionar la actividad a los objetivos preconcebidos y buscar cargas emocionales que se puedan convertir en entendimiento cognoscitivo. Son tres los objetivos:

Primero: Es producir un autoconcepto mejorado. Este método une la autoimagen con la realidad objetiva en términos de la habilidad real. Se convierte en una forma de mejorar el autoconcepto proporcionando autoconfianza donde hace falta o trayéndola al nivel de realidad donde parezca distorsionada. Lo que les permitirá reconocer que existen muchas cosas que no pueden hacer pero que también, hay muchas otras que sí pueden. Cuando se ha establecido este reconocimiento y se ha aceptado se puede decir que la terapia ha tenido éxito.

Segundo: Abarca al control de impulsos mejorado. Los niños que reconocen que los impulsos pueden ser controlados, pueden encontrar que este conocimiento es un arma de doble filo porque aun pueden tener un problema para controlarlos. Sabiendo que pueden controlarlos y al no lograrlo, pueden sentirse culpables y molestos. La terapia de juego mejora el control de impulsos por medio la incrementar la comprensión de que los deseos básicos se pueden satisfacer en

una forma socialmente aceptable, es decir, no son los deseos en sí los que están mal sino el conocimiento de qué hacer acerca de ellos.

Tercero: Es el mejoramiento de la habilidad para interactuar socialmente. Después de aprender que hay límites en la sociedad, los niños deben aprender dónde y cómo se imponen dichos límites. Si el niño se muestra hostil, el mejoramiento de la habilidad para interactuar socialmente, ayudará a aprender a hacer las diferencias apropiadas dentro de las necesidades sociales.

Terapia (E- NE)

En esta terapia se utilizan materiales estructurados con un enfoque no estructurado. Los materiales, el enfoque, las indicaciones para la psicoterapia y los objetivos son los de los procedimientos de la terapia de juego tradicional. Los juguetes tienen un constructo preconcebido para su utilización, es decir, un constructo es algo de lo que se sabe que existe, pero cuya definición es difícil o controvertida. Entonces, el terapeuta no tiene la concepción previa de lo que el niño debe jugar.

El método se dirige principalmente a la invitación al juego temático, juegos que tienen un tema o ambientación asociados. Los materiales para este tipo de juego son camiones, muñecos, herramientas, bolsas, etc. Juguetes generales con funciones específicas de juego. Los objetivos de esta terapia también son tres:

Primero: Ayudar al niño a construir relaciones seguras con las cosas y las personas, comprendiendo que la interacción con el ambiente puede ser más gratificante que las actitudes egocéntricas que tenían previamente. Esto se obtiene a través de la expresión en el juego de los conflictos y hostilidades que sienten. Y mediante las asociaciones que el terapeuta ayuda a proporcionar respecto a medios aceptables de expresar sentimientos sin destruir el ambiente o la relación interpersonal.

Segundo: Ayudar a los niños a lidiar con las realidades sociales y culturales, en el entendido que se encuentran en una posición de crear cierta alegría y gratificación

dentro de su medio; y no correr en sentido contrario a las expectativas y demandas.

Tercero: Ayudar a los niños a evaluar sus experiencias pasadas a la luz de nuevas actitudes, auxiliar en su desarrollo y establecer objetivos personales realistas, una conciencia realista del ser. Si un niño se encuentra en un nivel funcional, lo suficientemente alto como para llevar a cabo la terapia E-NE, tiene el suficiente potencial para contribuir socialmente en varios niveles; la comprensión de esos niveles elevará su personalidad en vez de incrementar la frustración.

Terapia (E- E)

En esta terapia se utilizan materiales estructurados con un enfoque terapéutico estructurado. Esta se basa en el hecho de que muchas aberraciones de la personalidad se deben a una conciencia de incapacidad para funcionar a un nivel igual al de sus compañeros.

Dicha suposición no requiere que el niño sepa o tenga conocimiento de las ramificaciones de la perturbación, sino la observación de que no está actuando tan bien como sus compañeros, en áreas importantes. Si un niño siente que puede decir la hora (tiempo), puede competir, entonces el tipo de terapia (E-E), puede específicamente tomar tiempo para enseñar a decir la hora. El terapeuta al haber enseñado a decir la hora, ayuda al niño a entender que existen más problemas y que pueden encontrar formas alternas de trabajarlos.

Los materiales que se utilicen en esta terapia deben ser muy estructurados, con un énfasis tanto en la producción de contenido cognoscitivo como en la producción de expresión creativa; el producto final es importante, como lo son las consecuencias de la propia conducta.

Cada sesión se prepara con anterioridad, el terapeuta arregla la escena, asegurándose de que el paciente permanezca en el tipo de situación que el terapeuta preconció, esto se puede llevar una o varias sesiones de juego. El

terapeuta debe ser empático y el paciente debe participar en las actividades para que ambos traten de lidiar juntos con el problema.

Aunque ambos deben trabajar juntos, la solución final debe venir del paciente. Los tres objetivos son:

Primero: El mejoramiento del nivel de madurez social a través del desarrollo de una función cognoscitiva mejorada.

Segundo: El desarrollo de la comprensión por parte del niño sobre cómo acomodarse dentro del entorno y lograr aceptación personal

Tercero: La construcción de niveles realistas de aspiración incluyendo un sentido de reglas y uno de logros.

Continuando con las suposiciones de Schaefer y O'connor; el **SEGUNDO PRINCIPIO**, es que los niños deben ser capaces de interactuar en forma apropiada con su familia o dentro del ambiente social en el que viven. El terapeuta debe tener conocimiento de las fuerzas sociales que se encuentran presentes en la comunidad en la que vive el paciente y debe evitar alterar la ecología social del niño.

En el caso que el niño con RM, presente mala conducta, la terapia de juego debe ser de corta duración y directa; regularmente bloques de doce sesiones, que conduzca a la modificación de una o dos conductas de alta prioridad muy específica, que estén provocando dificultad. El patrón básico es:

- a) Obtener una descripción clara de las conductas problema lo mejor que se pueda.
- b) Realizar una evaluación clínica (incluir una evaluación de conducta adaptativa).
- c) Obtener la opinión de los padres acerca de la situación.
- d) Si las necesidades más importantes del paciente no están claras, se arregla una sesión de juego diagnóstico.

e) Se establecen objetivos inmediatos de Terapia de Juego basados en los pasos a o b. Y se diseña la Terapia para un periodo de doce sesiones,

f) al final de las doce sesiones, se realizan nuevas entrevistas, se revisan conductas actuales y se determina si se necesita más Terapia de Juego, si es así, se establecen objetivos y el proceso continúa.

TERCER PRINCIPIO, se afirma que los niños aprenden principalmente uno de otro. Los procesos de imitación, pueden ser tan valiosos como cualquier otra intervención del terapeuta. Por lo que, la terapia, puede ser mejor en grupos pequeños de niños que sobre una base individual, aunque esto depende de las necesidades de cada caso, basándose en las necesidades del paciente y las formas de conducta que deseen cambiarse. Si se utilizan grupos, el máximo de pacientes debe ser cuatro.

En el escenario terapéutico, debe existir un plan de procedimientos y materiales muy bien organizados porque el proceso es altamente estructurado. La estructura se define como el grado de preconcepción del orden que se encuentra en el campo terapéutico.

La clave para el proceso psicoterapéutico con niños con (RM), es la modificación de conducta y para la modificación de conducta es la manipulación de la estructura y control del orden y formas que rodean al niño durante la terapia. La manipulación de la estructura, es la manipulación del entorno terapéutico del niño.

El niño es colocado en los tipos de situaciones de la vida, que le están provocando las mayores dificultades con la conducta adaptativa. El terapeuta debe determinar cuáles conductas específicas, el estilo cognoscitivo que utiliza el niño para enfrentarse a los estímulos ambientales, su desarrollo social e intelectual y el nivel de entrenamiento y experiencia previos. Entonces el terapeuta podrá establecer un patrón de enfoque que tomará como guía dichos elementos para el procedimiento terapéutico.

Los objetivos de la terapia de juego con niños con RM son variados pero en general se centran en el incremento del nivel de funcionamiento y control de la conducta, utilizando apropiadamente las señales ambientales y tomando decisiones sociales basadas en dichas señales. Se espera que los niños aprendan a hacer más cosas, mejorar la habilidad cognoscitiva, lidiar con situaciones críticas, con el fin de que sean personas más felices y útiles.

El trabajo con los padres, es enseñarles cómo alentar ciertos modos de conducta donde el niño se traslada del tipo de enfrentamiento inadaptativo a uno mejor. De acuerdo con Martín (Dangel y Polster, 1984) dice que se han identificado por lo menos siete categorías de conductas adecuadas por parte de padres que influyen en el desarrollo adecuado del niño:

- Establecer reglas consistentes.
- Discutir reglas con los niños.
- Usar reforzamiento para conductas apropiadas más a menudo que el castigo para conductas inapropiadas.
- Aceptación.
- Alimentación.
- Asignación de responsabilidades.
- Moldear las conductas que esperan que sus hijos realicen.

Un aspecto de la participación de los padres en la terapia de juego es la posibilidad de iniciar un juego más directo dentro del hogar, aprenden procedimientos que pueden permitir cambios reforzando ciertas conductas e interfiriendo o castigando otras, brindándole al niño una oportunidad para un amplio patrón de continuidad de lo que ha aprendido en la terapia de juego. Por lo que, los padres, toman conciencia de que han establecido procedimientos con los cuales responder a conductas específicas que son más molestas para ellos.

El sentimiento del niño de hacer algo que los padres quieren que haga, que le han enseñado cómo hacerlo y que otros niños a su alrededor hacen, se adhiere a sus experiencias positivas y exitosas; logrando la autoconfianza y el autoconcepto. Los

padres así, se convierten en individuos confortantes en vez de ser individuos que castigan continuamente, como lo hacen generalmente los padres de niños con habilidades diferentes.

6,7 Terajuego.

El terajuego es una forma estructurada de terapia de juego que suele ejercer un efecto profundo en un niño en un periodo breve. No es una terapia verbal, ni tampoco se hacen interpretaciones. Es una forma de terapia preverbal, en la que se utiliza un método multisensorial, se hace énfasis en las interacciones del juego (Schaefer, 2005).

Los padres y los hijos interactúan utilizando una variedad de aspectos comunicativos que incluyen componentes visuales, vocales, táctiles y posturas corporales. Estos componentes interactúan permitiendo a la pareja expresar emoción que puede ser contestada en una forma recíproca. El objetivo de este intercambio recíproco entre padres e hijos es compartir un estado positivo (Epstein, 1993).

Las metas de terajuego son mejorar los apegos y relaciones entre padres e hijos a fin de elevar la autoestima del niño y los padres incrementar la confianza. Generalmente las familias en conflicto viven hechos negativos frecuentes y se percibe una sensación de desconfianza, rechazo y distancia emocional o de excesivo interés; una falta de cooperación y pocas circunstancias de risa o gozo.

El terajuego, intenta restablecer las buenas relaciones familiares haciendo hincapié en las cualidades positivas del niño, conduciendo a los padres para que visualicen a su hijo bajo una nueva perspectiva y lo perciban como fuente de regocijo y no de dolor.

Los fundamentos teóricos del terajuego cuentan con un sustento sólido, pues tiene raíces en la teoría del apego. Las investigaciones respecto al impacto de los patrones de apego seguros e inseguros en diferentes culturas alrededor del

mundo han demostrado la influencia que ejercen las relaciones tempranas en la vida posterior y entre generaciones.

Se considera que la primera relación que tiene un niño es la más importante en su vida porque forma el modelo para las que seguirán. Si dicha relación no es segura, todas las demás pueden salir mal, lo que generaría dificultades emocionales en el niño durante su crecimiento. Es entonces que el terajuego retoma esa primera relación y trata de hacerla mucho más saludable.

Se reproduce lo que normalmente harían los padres con un hijo de corta edad, recurriendo a actividades regresivas como sostener al niño entre sus brazos, mecerlo y alimentarlo, poner pomada o alcohol en las “heridas” de manos o pies. Mediante estas actividades el niño evoca sentimientos y recuerdos de un periodo temprano, creando una atmosfera afectiva y los padres van aprendiendo a restablecer el contacto de una forma básica, íntima y de aceptación.

En etapas posteriores del tratamiento se hace menos hincapié en la regresión y más en las actividades apropiadas a la edad y capacidades del niño. Los padres aprenden a estar en sintonía con su hijo y a responder más a sus necesidades, comienzan a disfrutarlo, con lo que crece la sensación interna de un Sí mismo fuerte y competente en el niño, de que es valioso y querido y de que tiene un apego seguro con quienes cuidan de él.

El Terajuego fue creado por la psicóloga Ann Jernberg en año de 1967, para tratar de fortalecer los lazos entre madres e hijos como parte de un programa de Head Start de Chicago. Ella utilizó el trabajo de Austin Des Lauries, quien había desarrollado una forma de interacción con niños autistas y esquizofrénicos; utilizando contactos corporal y físico para hacer participar a estos niños. Jernberg también incorporó elementos del modelo de Brody, el cual hacía hincapié en establecer contacto físico, mecer y cantarle al niño. Por último, Jernberg agregó otro aspecto: el empleo de actividades regresivas, para llevar al niño de vuelta a un estado en el que se cuidaba de él de forma amorosa.

Jernberg, enfatizó el contacto físico en el terajuego a partir de sus observaciones de interacciones normales entre padres e hijos, las cuales son una forma básica y esencial para que entren en contacto entre sí padres e hijos. Y clasificó dichas interacciones en cuatro principales dimensiones:

1. Estructura

La estructura hace que el niño sienta que el mundo es seguro, confiable y predecible. Hasta en el caso de un niño pequeño, hay reglas y límites. Un niño explora el entorno, pero no se le permite tocar un horno o una toma de corriente eléctrica; se puede arrojar un juguete pero no un vaso con leche. Las rutinas cotidianas del niño como dormir, comer, bañarse, etc., le dan orden a su vida. Las rimas y canciones que probablemente le canten los padres tienen un patrón o ritmo específicos y todo esto le da al menor una sensación de regularidad y seguridad.

En el terajuego, la estructura se subraya haciendo que el terapeuta o los padres conduzcan actividades o juegos en los que hay instrucciones o reglas claras. Toda la sesión se planea de antemano con un principio y un final. Se hace en éste rubro en el caso de niños impulsivos, niños ingobernables o que no cooperan y niños tiranos. Los niños aprenden que cuando los adultos están al mando, el mundo es un lugar más seguro para ellos.

2. Desafío

Al margen del nivel de capacidad cognitiva y física de cada niño, necesita enfrentar algunos desafíos en la vida. Al vencer los retos es cuando las personas aprenden ponerse a prueba, y al hacerlo, cobran consciencia de sus fortalezas y debilidades; además de elevar la confianza. Asumir riesgos dentro del rango dentro de las propias capacidades es divertido y las actividades que suponen un reto suelen ser un medio adecuado para liberar tensiones internas.

El terajuego ofrece actividades que plantean un desafío a niños tímidos o temerosos, también para niños que han sido sobreprotegidos por padres ansiosos o aquellos que son rígidos en sus defensas.

La clave para realizar actividades que planteen un desafío consiste en diseñar tareas que estén dentro de las capacidades potenciales del niño, es importante que el terapeuta sea sensible a los temores y el nivel de habilidad del menor, que armonice la dificultad de las tareas; aquellas que suponen un reto suelen exigir concentración esfuerzo y determinación. En este proceso se libera la tensión interna, para niños activos y agresivos les ayuda a expresar parte de su energía y hostilidad de manera aceptable.

3. Participación

A menudo son los padres los que de diferentes maneras estimulantes hacen que el niño participe en los juegos. Aunque puede parecer acciones intrusivas, existe la sensación de que los padres experimentan un placer puro al estar en compañía uno del otro. Una buena sintonía genera un sentimiento de intimidad y conexión. A partir de la experiencia en la que cada miembro de la familia se sintoniza con los sentimientos del otro, el niño aprende a establecer la empatía con los demás.

El terajuego busca reproducir esa participación lúdica, en ocasiones, se recurre a actividades intrusivas. El terapeuta debe ser sensible a las claves del niño y debe orientarse en función de sus necesidades y reacciones. El niño aprende que las sorpresas pueden ser divertidas y que interactuar con otros es gratificante y estimulante.

Las actividades participativas suelen usarse con niños que manifiestan rechazo y que tienen fuertes barreras para proteger su intimidad, como sucede en el caso de los niños autistas. Es importante mencionar que cuando se trabaja con niños que han sufrido abuso, las actividades intrusivas deben introducirse de manera lenta y cuidadosa, y debe detenerse o modificarse si el niño parece temeroso o las rechaza.

4. Contacto Físico

El contacto físico es una necesidad básica, los padres generalmente y en términos ideales lo expresan en infinidad de formas al cuidar cotidianamente de sus hijos: al alimentarlos, bañarlos, ponerles pomada u alcohol, arrullarlos, acariciarlos, abrazarlos, besarlos, mecerlos, cantarles y al elogiarlos diciéndoles lo maravillosos que son; lo que genera una sensación una sensación de aceptación incondicional.

Estas interacciones ayudan al niño a sentirse valorado, importante y seguro, pues sabe que sus padres siempre responden a sus necesidades. El contacto físico es una de las dimensiones más importantes que ayudan al niño a sentir un apego seguro con los padres.

En el terajuego, se establece contacto físico con todos los niños de cada sesión, al niño siempre se le da algo de comer: un bocadillo con papas fritas, uvas sin semillas, palomitas, galletas, etc, lo que le guste. Si se detecta que las dificultades de apego del niño iniciaron en la infancia, el terapeuta podría sostenerlo en sus brazos, arroparlo o mecerlo. El terapeuta podría cantarle una canción que incluya el nombre del niño mientras lo mece; cuando los padres entran a las sesiones, esta clase de cuidado queda en sus manos.

También se establece contacto físico de otras formas, como ya se había mencionado, poniéndoles alcohol o pomada en las heridas, peinándolos, etc. El contacto físico se enfatiza el caso de los niños que han sufrido abusos y en el de los que son agresivos e impulsivos, que parecen estar siempre en problemas y que generalmente recibe críticas en lugar de un contacto físico afectivo.

Procedimiento

El terapeuta planea de antemano cada sesión según las necesidades de cada niño. Las necesidades del niño se determinan en parte a través del historial completo de su desarrollo y el de la familia, el cual se obtiene al comienzo del periodo de tratamiento. También se realiza una evaluación con la ayuda del Método de Interacción Marschak.

El método de interacción marschack (MIM) es una técnica estructurada para observar y evaluar la calidad general y la naturaleza de las relaciones entre los cuidadores y los niños. Consiste en una serie de tareas sencillas destinadas a obtener comportamientos en cuatro dimensiones principales con el fin de evaluar la capacidad de los cuidadores para (Theraplay, 2011):

1. Establecer límites y proporcionar un entorno adecuadamente ordenado (Estructura).
2. Involucrar al niño en interacción, mientras que estar en sintonía con el estado del niño (Compromiso).
3. Satisfacer las necesidades del niño para la atención, cuidado y relajante ambiente (crianza).
4. Apoyar y alentar los esfuerzos del niño para alcanzar un nivel apropiado para el desarrollo (Desafío).
5. La capacidad del niño para responder a los esfuerzos de los cuidadores.

El manual para la administración y el análisis observacional de la MIM incluye tarjetas de actividades y las listas de tareas recomendadas para cada grupo de edad (pre- natal, preescolar, primaria, secundaria).

El MIM se lleva a cabo de treinta a sesenta minutos, se graba en video con la autorización del paciente y se proyecta a los padres en la siguiente sesión; se hace hincapié en las fortalezas, analizar los problemas, establecer metas y acordar un contrato verbal de por lo menos ocho sesiones.

Los padres observan las primeras 3 o 4 sesiones de terajuego a través de un espejo de una sola vista o desde la esquina de la habitación junto a un terapeuta intérprete que responde a sus preguntas y los ayuda a sincronizarse más con las reacciones de su hijo, los padres participan de manera directa en las sesiones restantes.

Después de cada media hora de terajuego, es común dejar una media hora de asesoría para los padres (es opcional). Durante la última sesión, se hace una fiesta en la que se incluyen las actividades favoritas, los padres llevan los alimentos preferidos de su hijo y los terapeutas dan recuerdos de las sesiones:

huellas manuales, dibujos de contornos corporales, entre otros. A lo largo del año, se llevan a cabo cuatro revisiones.

Si los padres mismos tienen muchos problemas emocionales, se les aconseja que busquen una psicoterapia de pareja; sin embargo, el momento para decirles esto es crucial y es más probable que lo acepten, si se les dice hacia el final del tratamiento. Después de que se haya establecido una relación de confianza con el terapeuta.

Rol del terapeuta

El terapeuta, después de obtener el historial de la familia y de hacer una evaluación con la ayuda del MIM, así se obtiene una idea clara de las necesidades del niño; se planea entonces por anticipado la sesión de terajuego.

Al principio, el terapeuta modela interacciones saludables mientras los padres observan durante las primeras 3 o 4 sesiones. Cuando los padres entran a las sesiones, el terapeuta intenta fortalecer el apego entre el niño y ellos, para que los padres consigan manejar los comportamientos problemáticos y para que estén al tanto de las necesidades de su hijo respondiendo a ellas. Todo ello para que logren sentir y mostrar actitudes cálidas y aceptantes hacia su hijo.

El terapeuta debe ser sensible a las claves del niño y responder de modo apropiado. Si el menor es impulsivo y pierde el control, el terapeuta debe mostrarse calmado y firme haciéndose cargo de la situación y lograr que el niño obedezca las instrucciones de los adultos. O bien, si el menor es tímido y temeroso, el profesional controla la situación, pero siendo amable y estimulando al niño a que participe en las actividades poco a poco. Y si el menor es retraído, es decir, que le guste la soledad, se puede recurrir a actividades sorpresivas y divertidas.

El principal objetivo del terapeuta consiste en establecer una conexión con el niño de tal modo que se eleve su autoestima y su capacidad de confiar en los demás,

ayudándolo a desarrollar una representación interna de sí mismo como alguien a quien se valora, se quiere y de quien los demás se interesan.

Rol de los padres

Después de observar como interactúa el terapeuta con el niño durante las primeras sesiones, suele cambiar la percepción de los padres hacia su hijo. Generalmente llevan al menor a tratamiento por dificultades que presenta, centradas en los aspectos negativos de la conducta del menor; el terapeuta hace lo contrario, se enfoca en todos los atributos positivos. Los padres logran ver poco a poco la transformación de su hijo, ya no lo perciben como una fuente de preocupación constante.

En el terajuego a menudo, el niño responde adecuadamente, empiezan a reír y pasársela bien, por lo que, se siente motivado a complacer al terapeuta, de modo que el hecho de cooperar con las instrucciones de los adultos empiezan a dejar de ser un problema. El terapeuta posiblemente tenga que trabajar la resistencia del niño, los padres aprenden a hacer esto del modo apropiado, sin gritos o enojos.

Conforme progresan las sesiones, a los padres se les pide que dirijan algunas actividades de su elección con la finalidad de que el manejo de su hijo quede cada vez más en sus manos. Si el niño se resiste, el terapeuta le ayuda a ser más cooperativo. Se exhorta a los padres a que practiquen mucho las actividades en casa y suelen asignárseles hojas de tarea, a los niños les emociona la idea de hacer esto.

Luego de la última sesión (la sesión en la que tiene lugar la fiesta, según el método Marschak), se celebra y graba en video de nuevo una reunión, seguida de una sesión de retroalimentación, la cual puede consistir en comparar el desempeño posterior al tratamiento con el desempeño previo al tratamiento (esto es opcional), se despejan dudas y se resumen las recomendaciones y se establecen las fechas para la primera de cuatro revisiones, por lo general en el tiempo de seis semanas. A la familia, la cual sabe que verá al terapeuta relativamente pronto, se le facilita dar por terminado el tratamiento.

TALLER: “TERAPIA DE JUEGO PARA MEJORAR EL APEGO ENTRE PADRES CON HIJOS CON SÍNDROME DE DOWN”.

Justificación.

Ante el nacimiento de un niño, los padres imaginan y planifican el futuro de su hijo antes de que nazca. Los planes futuros, reflejan las expectativas de los padres, de tener a un bebé sano y que pueda hacer un buen papel socialmente.

Los roles de la pareja cambian y se reestructuran al delimitarse las nuevas funciones del ser padres. El impacto que les ocasiona a los padres, recibir la noticia de que tienen un hijo con (SD), es variable en grado y significancia.

La incidencia global del (SD) se aproxima a 1 de cada 700 nacimientos. Los nacimientos de niños con (SD), en madres de 15-29 años es de 1 por cada 1,500 nacidos; en madres de 30-34 años es de 1 por cada 800; en madres de 35-39 años es de 1 por cada 385; en madres de 40-44 años es de 1 por cada 106; en madres de 45 años es de 1 por cada 30. Los padres suelen entrar en un periodo de crisis, a el cual, se someten para afrontar la situación. Por lo qué, pasan por un Proceso de Adaptación y Aceptación.

Es por ello que es necesario rescatar la participación de los padres en la formación integral de sus niños, el trabajo como padres de familia, es de suma importancia. Es por ello que, para lograr una mejor relación entre padres e hijos, se presenta el taller: TERAPIA DE JUEGO PARA MEJORAR EL APEGO ENTRE PADRES CON HIJOS CON SINDROME DE DOWN.

El cual, pretende sensibilizar a los padres. Y brindar algunas herramientas vivenciales a padres e hijos. A través de las dinámicas del taller, se promoverán: La participación, el uso adecuado de reglas y normas; se estimularán la concentración, la atención y la liberación del estrés. En el niño se generarán los sentimientos de autoconfianza, seguridad y también, sentirá la aceptación de sus padres.

Objetivo General.

Evaluar la estructura de las familias con un hijo con necesidades educativas especiales. Diseñando un taller para brindar algunas herramientas, para generar el apego positivo. Logrando; aceptación, seguridad, y confianza en la relación padres e hijos.

Objetivos específicos:

Aplicación de La Escala de Funcionamiento Familiar, para conocer información sobre diversas dimensiones e interacciones del sistema familiar. Y la realización de actividades de terajuego, para cada una de sus dimensiones:

- Juegos de Estructura: El psicólogo o los padres, conducirán las actividades en los que hay reglas palpables, es decir, instrucciones. Esto producirá en el niño la confianza y la seguridad.
- Juegos de Desafíos: Los participantes vencerán retos en cada juego; así, aprenderán que pueden ponerse a prueba sin miedos y les ayudará a liberar estrés y generar la autoconfianza por realizar cada juego.
- Juegos de Participación: Los padres aprenderán actividades, que pueden estimular a sus hijos a participar tanto en el taller, como en los roles cotidianos. Estimulando en el niño la concentración y atención.
- Juegos de Contacto Físico: Estos juegos generarán en el niño los sentimientos de aceptación y seguridad. Ya que los padres podrán establecer el apego positivo con sus hijos.

Metodología.

El taller, está diseñado para Padres y sus hijos con Síndrome de Down, entre una edad recomendada de tres a once años. Con un máximo de 21 participantes. Dividido en cinco sesiones, las cuales se realizarán los días sábados. La duración del taller es de doce horas y siete minutos. La duración de las sesiones fluctúa entre dos a tres horas y media. Las dinámicas y los tiempos se pueden ajustar de

acuerdo a las observaciones del Psicólogo, a las necesidades de los participantes y del taller.

Se requiere una sala amplia, bien iluminada, con aproximadamente siete mesas y 21 sillas. Y los materiales necesarios para cada una de las dinámicas.

Instrumento y descripción.

Para obtener una información confiable sobre el funcionamiento de la dinámica familiar de los participantes al taller de TERAPIA DE JUEGO PARA MEJORAR EL APEGO ENTRE PADRES CON HIJOS CON SÍNDROME DE DOWN, se aplicarán: El cuestionario de la estructura dinámica familiar (Anexo 1). Y la Escala de Funcionamiento Familiar (Anexo 2).

El cuestionario de la estructura dinámica familiar, es un formato que nos da la información general. Y La Escala de Funcionamiento Familiar, es un cuestionario que permite conocer información sobre diversas dimensiones e interacciones del sistema familiar. Su objetivo es medir el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia; consta de 40 preguntas.

Dicho instrumento fue validado y confiabilizado en México por la Dra. Emma Espejel Aco y Cols. Esta Escala, investiga 9 áreas:

i. TERRITORIO

Hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. Además, se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en determinado momento con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás de la familia.

ii. ROLES

Son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro para con los demás en el plano instrumental y afectivo.

- iii. **JERARQUIA**
Es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, obtener obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.
- iv. **LIMITES**
Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra.
- v. **ALIANZAS**
Se le llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.
- vi. **COMUNICACIÓN**
Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la familia se relaciona con los demás miembros.
- vii. **MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA**
Son los patrones que la familia adopta par manejar sus impulsos y para mantener modelos para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.
- viii. **AFECTOS**
Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar y malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.
- ix. **DISFUNCIONALIDAD**
Se habla de disfuncionalidad familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

Aplicación.

Se recomienda aplicar La Escala de Funcionamiento Familiar, en la vivienda de cada familia, con previa autorización de las mismas; no es necesario considerar algún orden para llevarlo a cabo. Queda a consideración y disponibilidad de las familias. El tiempo aproximado de aplicación es de 30 minutos.

La Escala, se aplica en forma de entrevista, con la finalidad de observar el tipo de interacciones que se dan entre los padres e hijos dentro del núcleo familiar. La observación, es de tipo estructurada; porque se cuenta con una guía en donde previamente se establecen los aspectos a estudiarse y además el personal especializado participa directamente, lo que permite corroborar información y enriquecer los datos arrojados por el instrumento.

Evaluación.

En el taller, se evaluarán las temáticas abordadas a través del significado que tuvo para los participantes, a través de las reflexiones y la libre expresión, con el fin de mejorar o modificar las dinámicas y contenidos.

Después de llevar a cabo la entrevista, aplicando La Escala de Funcionamiento Familiar, se deberá calificar; tomando en cuenta las observaciones clínicas del psicólogo, el formato de calificación (Anexo 3). Y las variables para resultados estadísticos (Anexo 4). Así, se obtendrá el perfil de funcionamiento familiar.

CARTAS DESCRIPTIVAS

TALLER: Terapia de Juego para mejorar el Apego entre Padres con Hijos con Síndrome de Down.				
OBJETIVO: Los participantes se presentarán e interactuarán.				
INSTRUCTOR:		DIRIGIDO A: Madres y Padres		
N° DE HORAS: 1		N° DE SESIÓN: 1		
TEMA: Integración de los participantes		FECHA:		
Tema	Objetivos	Actividades	Materiales y/o lugar	Tiempo
Presentarse a través de la técnica conocida como "Estrella o estrellado".	Presentarse de una forma creativa, estimulando la confianza, la cooperación y la cohesión grupal.	Se les pide a los participantes que realicen los gafetes de forma libre, escribiendo su nombre o como les gusta que les llamen, incluso poniendo dibujos. Se coloca a todo el grupo en un círculo, con las piernas un poco abiertas y con los brazos estirados para que estén lo bastante separados unos de otros. Enumeramos 1 y 2 alternativamente. Los que tienen el n°1, se irán hacia delante, y los n°2, hacia atrás; hasta conseguir el punto de equilibrio. Después, una vez conseguido el punto de equilibrio, se cambian los números. Los 2 hacen lo que hacían los 1. Se puede contabilizar el tiempo haber cual de los dos grupos es el que ha aguantado más en la forma de estrella, o por el contrario, que se haya estrellado.	Cartulinas de colores, lápices, bolígrafos, hilos o cuerdas, pegamento o engrapadora.	25'
Similaridad con la vida cotidiana.	La técnica "Estrella o estrellado", ayudará a los participantes a convivir, generar confianza dentro del grupo y reflexionar si ésta tiene similitud a situaciones cotidianas.	Se les pedirá a los participantes contestar a: -¿Con qué riesgos o dificultades nos hemos encontrado en la vida? Cuatro ideas. -¿Podemos aplicar esta dinámica con algún símil de la vida cotidiana? Cuatro ideas.	Hojas y bolígrafos.	20'
Reflexiones y libre expresión.	Que los participantes compartan sus reflexiones sobre el tema.	De forma libre los participantes comentarán sus puntos de vista, sobre las similitudes que encontraron.	-----	15'

TALLER: Terapia de Juego para mejorar el Apego entre Padres con Hijos con Síndrome de Down.

OBJETIVO: Brindar algunas herramientas a los padres de niños con Síndrome de Down, haciéndoles caer en cuenta de su autopercepción de padre o madre, así como enriquecer su visión sobre qué y cómo pueden empezar a modificar algunos hábitos de conducta, con el fin de mejorar sus habilidades paternas.

INSTRUCTOR:

DIRIGIDO A: Madres y Padres

N° DE HORAS: 1.25

N° DE SESIÓN: 1

TEMA: Modelos de Estructura, Interacción Familiar y límites. **FECHA**

Tema	Objetivos	Actividades	Materiales y/o lugar	Tiempo
Estructuras familiares, estilos de crianza y límites.	Que los participantes conozcan las Estructuras, modelos de interacción y límites, que sepan con cuál se identifican.	Se expondrán los diferentes tipos de estructura familiar, los modelos de crianza, sus características y los tipos de límites, después cada uno de los padres anotará en una hoja que tipo de padre cree ser y por qué.	Hojas, plumas, presentación en power point.	25'
Reflexiones y libre expresión.	Que los participantes compartan sus reflexiones sobre el tema.	De forma libre los participantes comentarán su experiencia acerca de su percepción sobre el estilo de crianza que se le adecue más.	-----	15'
Percepción de sí mismos como padres.	Apreciarse como padre o madre, hacer consciente que se pueden mejorar las habilidades paternas, estableciendo confianza y seguridad en sus hijos.	Los participantes tienen que contestar las siguientes interrogantes, para después comentarlas con los demás: -Escribe las últimas cosas que hiciste para agradar a tu pareja o familia. -Escribe las próximas tres cosas que harás para agradarla. -¿Cómo soy como padre o madre y cuáles límites aplico? Cinco ideas. -¿Cómo debo ser como padre y que límites debo aplicar? Cinco ideas. -¿Cómo quiero ser como padre o madre? Cinco ideas.	Hojas y plumas.	20'
Reflexiones y libre expresión.	Que los participantes compartan sus reflexiones sobre el tema.	De forma libre los participantes comentarán su experiencia acerca de su percepción sobre el tipo de padre o madre que es.	-----	15'

TALLER: Terapia de Juego para mejorar el Apego entre Padres con Hijos con Síndrome de Down.

OBJETIVO: Aplicación de actividades de terajuego para cada una de las principales dimensiones: estructura, desafío participación y contacto físico. La meta es mejorar el apego y las relaciones saludables entre padres e hijos, enfocándose en las fortalezas positivas de su hijo; elevando la autoestima y la confianza. Mejorando así las habilidades paternas positivas. Las dinámicas y los tiempos se pueden ajustar a las necesidades de los participantes y del taller.

INSTRUCTOR:

DIRIGIDO A: Madres y Padres

N° DE HORAS: 2.25

N° DE SESIÓN: 2

TEMA: Terajuego, mejorar el apego entre padres e hijos. Juegos de Estructura (Juego de instrucciones).

FECHA:

Tema	Objetivos	Actividades	Materiales y/o lugar	Tiempo
Primera dimensión del terajuego: Estructura.	El instructor y /o los padres conducirán actividades o juegos en los que hay instrucciones o reglas palpables. Para producir en el niño el sentimiento de seguridad y confianza.	Juego 1. Siga, alto: el líder (Los padres o el instructor del taller), está delante de una pared. Siempre que él diga ¡Siga!, los demás se le acercan; cuando el líder diga ¡Alto!, todos se detienen. Si el líder recorre el espacio de juego y descubre que alguien se mueve, ese participante tiene que regresar a la pared desde donde empezó. El que llega primero hasta el líder lo sustituye. El instructor se asegura de que todos se turnen el papel de líder.	Sala amplia o consultorio.	15'
	Este juego también puede conducir a una actividad de contacto físico, lo que puede producir en el niño un sentimiento de interés, de cuidado y de aceptación hacia él.	Juego 2. Dibujar el contorno de manos pies o cuerpo: sobre un papel, con un marcador, se dibuja el contorno del cuerpo, los pies o las manos del niño. A éste se le pide, dependiendo de su edad, que dibuje detalles como las uñas. Luego se compara la mano real con la mano que él dibujó para hacer más clara la imagen de esta parte del cuerpo. En la actividad de contacto físico: con la tinta que queda en las manos del niño, el instructor o los padres, lavan sus manos , se las secan y le ponen loción, para que el niño sienta el interés por él.	Papel graft y marcador.	45'
	Esta actividad se convierte en una competencia entre el niño y el instructor o bien, entre los padres	Juego 3. Competencias (caminar, saltar, gatear o correr por una línea recta): se puede empezar con una palabra clave "Manzana" o cualquier	Cinta adhesiva para formar la línea recta o puede ser	30'

	y su hijo, convirtiéndose en un desafío.	otra, o con un número preplaneado por el instructor. El juego entonces se torna en un desafío a vencer.	imaginaria también.	
	Seguimiento de las instrucciones del juego.	Juego 4. Mermelada y crema de cacahuate: El líder (Los padres o el instructor) dicen “mantequilla de cacahuate” , el niño o el resto del grupo responde “mermelada” exactamente del mismo modo e intención con la que el líder dijo su parte; puede ser de forma lenta, rápida, suave o en voz alta.	Sala amplia o consultorio.	15'
	Es una buena actividad que puede extenderse a todos los miembros de la familia distantes, física o emocionalmente. Cada miembro de la familia se turna en el rol de líder.	Juego 5. Calaca tilica y flaca: El líder (Instructor o los padres), y el niño se arrodillan uno delante del otro. El líder da instrucciones como: “La calaca tilica y flaca dice”: que nos toquemos los codos, que juntemos las manos, entre otros.	Sala amplia o consultorio.	20'
Reflexiones	Que los participantes hagan comentarios finales de la sesión.	Que los participantes compartan con todos los demás como se sintieron durante la sesión y cuál es la reflexión que se llevan.	-----	10'

TALLER: Terapia de Juego para mejorar el Apego entre Padres con Hijos con Síndrome de Down.

OBJETIVO: Los participantes aprenderán que pueden ponerse a prueba sin miedos y que pueden vencer los desafíos.

INSTRUCTOR:

DIRIGIDO A: Madres y Padres

N° DE HORAS: 3

N° DE SESIÓN: 3

TEMA: Juegos de Desafíos.

FECHA:

Tema	Objetivos	Actividades	Materiales y/o lugar	Tiempo
Segunda dimensión del terajuego: Desafío.	Al vencer retos en cada juego, el niño aprenderá que puede ponerse a prueba y será consciente de sus fortalezas y debilidades. Los retos suelen exigir concentración, esfuerzo y determinación. Y ayudan a liberar energía.	Juego 1. Lanzamiento de globos: consiste en impedir que el globo caiga al suelo. Si el niño lo hace bien con un globo, es conveniente que lo haga con dos. Esta técnica es comúnmente utilizada cuando los padres entran por primera vez, en caso de la terapia, a la sesión de juego.	Globos.	45'
	Esta actividad suele propiciar muchas risas, por lo tanto la liberación de energía. Todos pueden tomar parte.	Juego 2. Soplar una pelota de ping-pong o de algodón: todos se acuestan boca abajo mirando hacia el interior de un círculo, tomados de las manos de sus vecinos. El líder (Padres o Instructor del taller), pronuncia un nombre y comienza a soplarle a la pelota intentando que llegue a esa persona, la cual, a su vez, pronuncia otro nombre y sopla la pelota hacia ese participante. Otra versión es soplarle a la pelota para que salga del área de uno y entre en la de un contrincante.	Pelotas de ping-pong o de algodón.	35'
	Este juego es muy bueno para liberar tensión y estrés. La dificultad de la actividad se controla acercándose o alejándose del niño, siempre en función de su capacidad para encestar.	Juego 3. Golpear una hoja de papel y lanzamientos de baloncesto: El líder (padres o instructor), sostiene una hoja de papel periódico estirada delante del niño, quien le pega con el puño para romperla en dos. Luego el líder toma la mitad de la hoja en dos cuartos, después de que el niño ha hecho esto varias veces, los cuartos de hoja se estrujan y se forman pelotas que el niño lanza a una canasta que el instructor o los padres forman con sus brazos	Papel periódico.	40'

		haciendo un círculo.		
	Esta actividad exige concentración y esfuerzo. También libera la tensión interna.	Juego 4. Equilibrio de bolsas de frijoles: el niño, el instructor y miembros de la familia, corren de un extremo a otro de la habitación, manteniendo en equilibrio las bolsas de frijoles sobre la cabeza. El instructor, es quien da la señal de partida.	Bolsas de frijoles o cojines.	35'
	Esta actividad libera tensiones exigiendo concentración y determinación.	Juego 5. Vencidas con el pulgar, brazo o pierna: El líder (padres o instructor) y niño se colocan uno delante del otro. Se sujetan con la mano derecha de modo que sus pulgares descansen uno contra otro. El instructor dice: "1, 2, 3, 4, declaro la guerra de pulgares". De modo que los participantes tratan de hacer que el pulgar, brazo o pierna del otro descienda.	Sala amplia o consultorio.	15'
Reflexiones	Que los participantes hagan comentarios finales de la sesión.	Que los participantes compartan con todos los demás como se sintieron durante la sesión y cuál es la reflexión que se llevan.	-----	10'

TALLER: Terapia de Juego para mejorar el Apego entre Padres con Hijos con Síndrome de Down.

OBJETIVO: Los padres aprenderán actividades, que pueden estimular a sus hijos a participar. En los juegos y en las actividades de la vida cotidiana. Logrando la concentración y atención del niño.

INSTRUCTOR:

DIRIGIDO A: Madres y Padres

N° DE HORAS: 2

N° DE SESIÓN: 4

TEMA: Juegos de participación.

FECHA:

Tema	Objetivos	Actividades	Materiales y/o lugar	Tiempo
Tercera dimensión del terajuego: Participación.	Aunque parecen actividades intrusivas, son estimulantes para que el niño participe en los juegos y en roles cotidianos. Generando la concentración y una conciencia aguda de cada uno de los participantes, con el fin de casi anticipar el movimiento del otro.	Juego 1. Lo que hace la mano hace la de atrás: niño y líder (instructor o padres), se colocan uno frente al otro, el instructor hace movimientos con las manos, la cabeza o todo el cuerpo; mientras que el niño observa e imita esos movimientos sin tocar al líder. Después de algunos minutos, el niño toma la iniciativa y el Líder es quien imita ahora.	Sala amplia o consultorio.	20'
	Este juego es una secuencia de imitación para introducir poco a poco el contacto mutuo de forma segura y no amenazadora. Desarrollando un sentido de conexión entre compañeros.	Juego 2. Secuencias de imitación de aplausos: El líder (instructor o padres), toma las manos o pies del niño y aplaude con ellas mientras canta el conocido verso de "Doña Blanca". Para los niños mayores pueden cantarse otros versos más adecuados a la edad, mientras el instructor y/o los padres, y el niño aplauden con sus manos en una secuencia predeterminada. El ritmo del canto puede acelerarse conforme mejore el grado de dominio de la secuencia de aplausos. Otra versión de secuencia de imitación de aplausos es cuando el líder aplaude en una secuencia simple de 2 o 3 aplausos, si el niño imita correctamente la secuencia, se agregan más aplausos. Dentro de la secuencia, el líder introduce poco a poco el contacto. El Líder aplaude dos veces, da una palmadita en los hombros al niño y aplaude de nuevo; y el menor imita la	Sala amplia o consultorio.	20'

		secuencia.		
	<p>La ventaja de este juego es que es una actividad recomendada para expresar la agresividad de forma segura y divertida. Esta actividad puede ser seguida de juego de "aliviar con pelotas de algodón". Generando así contacto mutuo y seguridad.</p>	<p>Juego 3. Luchar y aliviar con pelotas de algodón: Los participantes se colocan unos frente a otros en círculos o hileras, con una pila de pelotas de algodón delante de cada uno. A la orden de "Comenzamos", cada persona lanza una pelota a alguien, pronunciando primero su nombre. Conforme avanza el juego, se vuelve más libre ya que todos lanzan pelotas a los demás tan rápido como pueden. La actividad de "aliviar con pelotas de algodón", es que los participantes toma una pelota de algodón y con suavidad la frota en la frente, mejillas, nariz, etc. de la persona a la que tiene al lado o al frente.</p>	Pelotas de algodón.	25'
	<p>Esta actividad es las favoritas de los niños, genera sentimientos de conexión entre los padres e hijos.</p>	<p>Juego 4. Dulces escondidos: El menor se recuesta de espaldas con un cojín bajo la cabeza y el líder (instructor o los padres), oculta 3 o 4 dulces en alguna parte del cuerpo del niño, entonces los padres hallan los dulces y se los da a comer al niño. El líder también puede pedirle al menor, que cierre sus ojos mientras él oculta los dulces, el líder hace como que olvidó donde los puso, finalmente el niño los encuentra y se los da al niño. En caso de niños mayores el instructor y/o los padres cierran los ojos, mientras el niño se oculta en el cuerpo los dulces; luego los encuentra y se los dan al menor.</p>	Un cojín y dulces.	30'
	<p>Este juego lo disfrutaban mucho los niños, crea conexión con los padres. Se ha utilizado con niños de hasta 8 o 9 años.</p>	<p>Juego 5. Dedos de gomita: el líder (padres o instructor), toca los dedos de los pies del niño diciendo "Me pregunto qué hay aquí, ¿Serán cacahuates, palomitas de maíz o quizá gomitas? ¡Vamos a ver! (al tiempo que le quita el calcetín). Y exclama: Santo cielo, ¡Son gomitas! (dice algunos colores), ¡mis favoritas! Al tiempo que dice eso el instructor o los padres inclinan la cabeza hacia</p>	Sala amplia o consultorio.	15'

		los dedos del niño y se hace como si fueran a comérselos.		
Reflexiones	Que los participantes hagan comentarios finales de la sesión.	Que los participantes compartan con todos los demás como se sintieron durante la sesión y cuál es la reflexión que se llevan.	-----	10'

TALLER: Terapia de Juego para mejorar el Apego entre Padres con Hijos con Síndrome de Down.

OBJETIVO: Los padres lograrán establecer el apego seguro con sus hijos.

INSTRUCTOR:

DIRIGIDO A: Madres y Padres

N° DE HORAS: 3

N° DE SESIÓN: 5

TEMA: Juegos de Contacto Físico.

FECHA:

Tema	Objetivos	Actividades	Materiales y/o lugar	Tiempo
Cuarta dimensión del terajuego: Contacto físico.	Al realizar estos juegos ayudarán a que el niño se sienta valorado, importante y seguro. El contacto físico, es muy importante para que el niño pueda sentir el apego seguro con sus padres.	Juego 1. Poner alcohol o pomada en las heridas: El instructor o los padres, independientemente de la edad del niño, examinarán las manos o pies del niño e invariablemente encontrará rasguños, moretones, decoloraciones e incluso pecas, en donde podrá poner con cuidado alcohol o pomada.	Pomada o Alcohol.	30'
	Generar en los miembros de la familia un sentimiento de conexión.	Juego 2. Huellas de talco manuales: Se le pone talco para bebé al niño en la mano, de manera que cada pliegue quede bien cubierto. Luego se presiona con suavidad pero con firmeza la mano del menor contra un papel oscuro, (para obtener la huella manual, en ocasiones se cubre la mano del niño con loción antes de ponerle el talco). Luego se compara la huella con la mano real y se observan los detalles. Si participan todos los miembros de la familia, cada miembro deja una huella manual en un pliego de papel; lo que da por resultado un retrato familiar de las huellas de las manos. Las huellas de todos se contrastan a fin de tener una imagen más clara de una parte corporal y para que los miembros de la familia se sientan conectados.	Talco, loción y cartulina negra.	45'
	Esta la disfrutan mucho los adolescentes y los niños, se generan sentimientos positivos.	Juego 3. Adivinar la suerte: El líder (instructor o padres), cubre de talco la palma del niño, de modo que todos los pliegues sobresalgan y luego se le adivina la suerte leyéndole la palma de la mano. Obviamente, la suerte siempre es positiva. Otra forma de hacer esta actividad es consiste en descubrir números o letras en la palma de la mano del niño, después de	Talco.	20'

		llenarla de talco.		
	Esta es una de las actividades preferidas de adolescentes y niños, se produce la seguridad y validez del niño ante sus padres.	Juego 4. Salón de belleza: El niño, se sienta delante de un espejo mientras le peinan con cuidado el cabello. Si el niño es pequeño, una opción es pintarle la cara de payaso (antes se le humecta su rostro, para que el maquillaje pueda limpiarse después más fácilmente). A esto podrían agregársele un sombrero especial u otras prendas de vestir. En el caso de niña mayor, se le puede aplicar delicadamente maquillaje y después llenarla de bisutería. En el caso de los hombres, se puede aplicar loción para después afeitarse y después se limpia con algodones humedecidos en aceite para bebé y es buena opción utilizar toallas húmedas para terminar. Durante todo el proceso el líder (padres o instructor), hacen comentarios positivos del niño (a). Al participar los padres, la madre es quien aplica el maquillaje a la niña o el padre la loción al niño, después de que se afeitó.	Espejo, peines, maquillaje, loción, crema humectante y para afeitarse, bisutería, vestimenta variada, algodones, toalla.	45'
	A partir de esta actividad, se genera el apego seguro y el vínculo positivo entre padres e hijo.	Juego 5. Balanceo en una cobija: Esta actividad exige la participación de los padres, el niño se acuesta de espaldas en una cobija; los padres la levantan por las cuatro esquinas y cantan una canción en la que incorporan el nombre del niño, mientras balancean la cobija hacia arriba y hacia abajo. Entonces se lanza con suavidad al niño a los brazos de uno de los padres. A partir de esta actividad, es fácil hacer que el padre o la madre se sienten en un cojín en el suelo contra una pared y continúen meciendo al niño mientras le dan una paleta o lo alimentan con un biberón. Los padres siguen meciendo y cantándole al niño una canción especial que incluya su nombre.	Cobija y cojines.	30'
Reflexiones	Que los participantes hagan comentarios finales de la sesión.	Que los participantes compartan con todos los demás como se sintieron durante la sesión y cuál es la reflexión que se llevan.	-----	10'

ALCANCES

Entre la gran variedad de teorías, técnicas y variaciones que existen en la actualidad, La Terapia de Juego se considera como una propuesta de trabajo y resolución ante diversos conflictos académicos, conductuales y /o emocionales porque permite a los niños, adolescentes y a los adultos, encontrar y desarrollar recursos internos.

El taller: TERAPIA DE JUEGO PARA MEJORAR EL APEGO ENTRE PADRES CON HIJOS CON SINDROME DE DOWN, se basa en un método multisensorial a través de los diferentes juegos guiados. Es un método muy prometedor; ya que se enfatiza el contacto físico; que es la manera básica, en que los padres e hijos entren en contacto. Las reacciones de los padres ante la situación de que su hijo tiene (SD), variarán de acuerdo a la personalidad, experiencia previa, habilidad de afrontamiento y expectativas.

El jugar tiene efectos neurofisiológicos sobre los niños y los adultos. El juego beneficia al niño, porque aprenden a ayudarse a ellos mismos, toman conciencia del poder que tienen para dirigir su vida, aceptando la responsabilidad de la misma. Potencia la innovación e incrementa la capacidad de una persona para adaptarse a un mundo cambiante.

El taller, promoverá en el niño: el aprendizaje, la creatividad, la espontaneidad, la autoconfianza, la participación, el seguimiento de reglas y límites. Con lo que, aparecen otros valores, como: La disciplina, el respeto hacia los demás, la cooperación, el esfuerzo, el trabajo en equipo.

Aunque el terajuego no tiene un enfoque psicológico, por sus amplias aplicaciones puede trabajarse junto con diversos enfoques psicológicos. Si se requiere trabajar con alguno, se recomienda el Enfoque Gestalt Infantil. Porque pone énfasis en la interacción con el otro y no tiene una construcción teórica sobre las diferentes etapas del desarrollo, ni tampoco utiliza la interpretación como base; dicho enfoque, enfatiza la visión del niño como un ser creativo, en constante crecimiento

y capaz de guiar su potencial para satisfacer sus necesidades como un ser único e irrepetible.

Para el Enfoque Gestalt, es importante que el niño aumente la conciencia de su cuerpo, de sus sensaciones y sentimientos, es decir, que sea consciente de la realidad que está viviendo. Y con las dinámicas del taller, los participantes se sensibilizarán; al caer en cuenta de lo que pueden oler, tocar, ver, gustar, oír y experimentar.

Independientemente del enfoque psicológico, cuando se realicen los juegos del taller, los padres entrarán en contacto con sus hijos y los niños se sentirán como un ser viviente frente a ellos, es decir, se les reconocerá su existencia. Lo que permitirá a los niños, darse cuenta de sus necesidades, sentimientos y emociones; así se creará el sentimiento de aceptación y seguridad.

El jugar para los padres, les ayudará a liberar estrés, lo que propiciará acceder a estados de bienestar y calma. Cuando los padres se encuentren relajados en el juego; generalmente, como consecuencia, aumentará la capacidad de empatía e intimidad.

La terapia está enfocada a los padres e hijos, el psicólogo deberá concederle mucha importancia al contexto. Las figuras paternas son primordiales y de acuerdo a su participación van a facilitar o no los resultados que se buscan después de hacer cada dinámica. Es por eso que, la aplicación de La Escala de Funcionamiento Familiar, ayudará a conocer la información sobre diversas dimensiones e interacciones del sistema familiar.

Sabiendo esto, se logrará diseñar adecuadamente el taller, de acuerdo a las necesidades de los participantes, tomando en cuenta las observaciones del psicólogo; podrán haber juegos, que decida no aplicar o incluso modificar. En el taller, los padres conocerán las estructuras, modelos de interacción y límites familiares, logrando identificar el estilo de padres que manejan, creando conciencia de que se pueden mejorar las habilidades paternas.

LIMITACIONES

Se debe tomar en cuenta que cualquier tipo de información y capacitación que se les brinde a los padres que asistan al taller debe ser de forma dosificada e ir acorde con la etapa en la que se encuentren en el proceso de adaptación y aceptación (choque, negación, duelo, transición y aceptación).

Cabe mencionar que, si los padres no se encuentran en la etapa de aceptación, no es conveniente darles gran cantidad de información o actividades de terajuego, porque generalmente no procesarán la información requerida o no participarán en las actividades que se les pida. Es por ello, que las actividades deben ser preplaneadas y adecuadamente elegidas por el instructor, según las necesidades del taller y de los participantes

El taller, puede adaptarse a las necesidades de los participantes, sin embargo, no están especificadas las edades recomendadas para cada juego. Por lo que, se **sugiere**, que se especifique la edad y el estilo cognitivo- emocional, recomendado para realizar cada dinámica. Al tomar en cuenta, la edad y estilo cognitivo, mejorarán las dinámicas del taller y/o estrategias clínicas o educativas.

Esto es, porque no es lo mismo un juego, para un niño de tres o de diez años. En general, se mencionarán algunas diferencias: En el caso de un niño de tres años la mayor parte de la actividad del juego suele recaer en los padres.

Sin embargo, un juego para un niño de nueve años, sigue siendo importante la familia o figuras adultas significativas, pero suelen cobrar más importancia su grupo de iguales. Y el juego con adolescentes, a menudo un punto importante es la familia, en esta edad, se tiene que aprender a negociar.

Es un hecho que, los juegos con niños con (SD), son variados, pero en general se centran, en el incremento del nivel de funcionamiento y control de la conducta, utilizando apropiadamente las señales ambientales y tomando decisiones sociales basadas en dichas señales. Así los niños aprenderán a hacer más cosas, mejorar

la habilidad cognoscitiva, lidiar con situaciones críticas, con el fin de que sean personas más felices y útiles.

Otra **sugerencia** es, que en el taller, se les proporcione a los padres herramientas para que puedan ser autodidactas, fomentar su interés por la búsqueda de información de una forma adecuada (científica y validada) a través de internet, libros, asociaciones, etc.

Para que así los padres adquieran habilidades útiles, tales como: la capacitación en primeros auxilios, conocimientos de organización y programación de las actividades diarias, nutrición, entre otras cosas que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida de la familia.

REFERENCIAS

- Ajuria, J. (1992). Psicopatología del niño. (3ra Ed.) Barcelona: Masson.
- Alveano, H. (1998). El padre y su ausencia. México: Plaza y Valdez Editores.
- Andolfi, A. (1990). Terapia familiar un enfoque interaccional. México: Paidós.
- Anzieu, D. (1997). La dinámica de los grupos pequeños. España, Madrid.: Biblioteca nueva.
- Barbaranne, J. B. (1997). Un niño especial en la familia. Guía para padres. México, D.F.: Trillas.
- Bonfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós.
- Campuzano, M. (1987). Los cuatro soportes del entrenamiento del analista grupal. México: Revista de análisis grupal.
- Clínica de Especialidades Psicológicas (cepsyco). Psicoterapia para niños. <http://cepsyco.com.mx/>
- CNN México: <http://mexico.cnn.com/salud/2012/08/23/hijos-de-varones-mayores-de-40-anos-podrian-tener-autismo-o-esquizofrenia>, consultada el 03 de octubre de 2012.
- Cole, M. (2005). Group dynamics in occupational therapy: the theoretical basis and practice application of group intervention. New Jersey: Thorofare.
- CONFE, Confederación Mexicana de Organizaciones a favor de la Persona con Discapacidad Intelectual, A.C.: <http://www.confe.org.mx/>, consultada el 04 de agosto de 2012. 21:00 hrs.
- Díaz, N. A. (2011). Estrategias didácticas para mejorar las relaciones interpersonales en grupos conflictivos. Tesis de Pedagogía. Universidad de Sotavento, A. C. Villahermosa, Tabasco.
- Estrada J.P. (2004). Análisis de los efectos de un taller de sensibilización y cuidados para padres de niños con Síndrome de Down. Tesis de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Fernández, G. D. (1995). Terapia de juego: un medio de comunicación para las emociones de los niños víctimas de maltrato. Tesina de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana. México.
- García, F. E. (1997). Grupos de autoayuda y enfermedades que amenazan la vida vida de la persona, cáncer y sida. Revista de Psicología de la salud.

Gil, T & Urbano, K. (2008). Diseño de un taller psicoeducativo sobre estilos de crianza y maltrato infantil para padres y madres que se han relacionado bajo una dinámica de violencia familiar. Tesis de licenciatura inédita. UNAM, México.

González, J. J. (1999). Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: Manual Moderno.

Harold I. Kaplan & Sadock J. Benajamin (1998). Terapia de grupo. Madrid: 3ª edición, Panamericana.

Heredia, B. (2005). Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil. México, D.F.: Trillas.

Hiriart, F. (2011). Embarazo tardío: primeriza después de los 35. Tomado de la página electrónica de Red Salud UC: http://redsalud.uc.cl/link.cgi/MS/RevistaSaludUC/Nosotras/embarazo_tardio_prime_riza_despues_de_los_35.act, consultada el 06 de octubre de 2012.

Hoffman, L. (1992). Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.

Jasso, L. (2001). El niño Down: Mitos y realidades. México, D.F.: Manual moderno.

Jurado, R. B. (2001) Análisis comparativo de las principales teorías en la terapia de juego. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Kaplan, H.I. y Sadock, B. J. (1999). Sinopsis de Psiquiatría, ciencias de la conducta psiquiátrica clínica.

Manzano, A. (2008). Factores que influyen en la dinámica de grupos de trabajo: análisis y diagnóstico del área de transmisión Michoacán en la Comisión Federal de Electricidad. Uruapán, Michoacán.

Martiñá, R. (2003). Escuela y familia: una alianza necesaria. Argentina: Torquel.

Maureira, F. & Maureira, Y. (2011). Biología y etapas del juego infantil. Revista electrónica de psicología Iztacala 14(4). Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art4.pdf>

Medina, G. L. y Puebla, M. A. (1997). Estudio comparativo de la actitud de la aceptación del hijo o hija con Síndrome de Down por sus padres, en centro de atención múltiple y escuela especial particular. Tesis de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Minuchin, S & Fishman, C. (1996). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.

Minuchin, S. (2001). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.

Morales, G. & López, E.O. (2006). El Síndrome de Down y su mundo emocional. México, D.F.: Trillas.

- Nardone, G., Gianotti, E., & Rocchi, R. (2003). Modelos de familia. Barcelona: Herder.
- Oaklander, V. (2004). Ventana a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Papalia, E. D. & Wendkos O. (1999). Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Paracuru, P. A. (2002). El juego y la resolución de conflictos a través de Macerthur Store Stem Battery: Estudio comparativo entre niños normales y con dificultades en el desarrollo de 4 a 6 años. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Perea, J. (1995). Síndrome de Down: aspectos específicos. Barcelona: Masson.
- Powell, T. & Ogle, P. (1991). El papel especial de los hermanos en su educación. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma, S. A.
- Quitman Helmut (1992). Psicología humanística. España: Herder.
- Ritvo, E. & Glick, I. (2003). Terapia de pareja y familia. México: Manual Moderno.
- Rangel, R. (2012). Propuesta de intervención primaria para el psicólogo a través de un modelo humanista en grupos de autoapoyo con adolescentes que son portadores de VIH. Una revisión teórica. Tesis de Psicología. Centro de Estudios Agustiniiano, "Fray Andrés de Urdaneta". Estado de México.
- Rodrigo, M. J. & Palacios, J. (2002). Familia y desarrollo humano. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Rodríguez, M. & Ketchum, M. (1995). Creatividad en los juegos y juguetes. México: Pax.
- Simón, F. (1997). Vocabulario de terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
- Schaefer, Ch. (2005). Fundamentos de Terapia de Juego. México: Manual Moderno.
- Schaefer, Ch. & O'Connor, K. (1997). Manual de Terapia de Juego Vol. 2. México: Manual Moderno.
- Schaefer, Ch. & O'Connor, K. (1988). Manual de Terapia de Juego Vol. 1. México: Manual Moderno.
- Schaefer, Ch., Padilla, G. y Olivares, S. M. (2005). Terapia de juego con adultos. México: Manual Moderno.
- Schaffer R. (1997). Ser madre. Londres: Morata.
- Terr, L. (2000). El juego: por qué los adultos necesitan jugar. México: Paidós.

The Theraplay Institute. (2011). Building Better Relationships. Marschak Interaction Method Manual and Card Set.http://www.theraplay.org/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&product_id=20&category_id=6&option=com_virtuemart&Itemid=103

Videla, M. (1997). Maternidad mito y realidad. Argentina: Nueva Visión.

West, J. (2000). Terapia de juego centrada en el niño. México: Manual Moderno.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE LA ESTRUCTURA DINAMICA FAMILIAR

Espejel E, Cortés J, Ruiz Velasco V.

Copyright 1995

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Familia _____

Tiempo de unión: _____ Edad del primer hijo (a): _____

Dirección: _____

Ingreso familiar _____ Religión: _____

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación económica a la familia

Observaciones

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Instrucciones para el examinador, marque con una X el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1) ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

2) ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

3) En su familia, ¿Hay algún o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

4) Si se reúne la familia para ver la televisión, ¿Quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

5) ¿Quién o quienes en la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

6) ¿Quién o quienes en la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

7) En los problemas de los hijos, ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

8) ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

9) Si en casa existen horarios para comer o para llegar, ¿Quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

10) Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿Quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11) Cuando alguien invita a la casa ¿A quién, se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nunca invitan

Funcionalidad_____

12) ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad_____

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia ¿Quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad_____

14) En las ediciones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

15) Para ausentarse de la casa ¿Quién le avisa o pide permiso a quien?

A quién se pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad_____

16) Cuando alguien comete una falta ¿Quién y cómo se castiga?

¿Quién y cómo se castiga?_	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

Funcionalidad_____

17) Si acostumbran hacer promesas sobre permisos y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

18) Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿Quién pide ayuda?

A quién se pide ayuda

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie ayuda a nadie

Funcionalidad_____

19) ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie acostumbre salir

Funcionalidad _____

20) En esta familia. ¿Quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie protege a nadie

Funcionalidad _____

21) Si conversan ustedes unos con otros, ¿Quién con quién lo hace?

¿Quién conversa?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie conversa con la familia

Funcionalidad _____

22) Si consideran que se expresan libremente sus opiniones, ¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

23) Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

24) Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo, ¿A quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes acuerdan?	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos en la familia

Funcionalidad_____

25) ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

26) ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

27) Para transmitir los valores más importantes en esta familia. ¿Quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

28) Cuando algo se descompone, ¿Quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

29) ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

30) ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

31) En esta familia, ¿Quiénes son los más alegres o los que más se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

32) ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad_____

33. ¿Quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente?

¿Quién se abraza?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se abraza en la familia

Funcionalidad_____

34) Cuando se enojan en esta familia, ¿Quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

¿Quién se enoja?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se enoja en la familia

Funcionalidad_____

35) Ha habido peleas con golpes en la familia, ¿Quiénes con quién o quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se ha golpeado en la familia

Funcionalidad_____

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con la que se presentan los eventos cuestionados.

FRECUENCIA				
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

36) ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulante?

FRECUENCIA				
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad _____

37) ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

FRECUENCIA				
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad_____

38) Si en esta familia han tenido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etcétera). ¿Quién los ha tenido?

FRECUENCIA				
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad_____

39) ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

FRECUENCIA				
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad_____

40) ¿Quién de la familia se aísla?

FRECUENCIA				
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad_____

Investigador Dr. Gustavo Vicente Velázquez Granados

Residente de Primer Año de Medicina Familiar

Aplicadores: Dr. Gustavo Vicente Velázquez Granado y Dr. Santiago Hernández Monzón

Asesor y Supervisor: Dra. Emma Espejel Aco

Instituto de la Familia A. C.

FORMATO DE CALIFICACIÓN

Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que le corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos (por ejemplo 40) después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando todos los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

FUNCIÓN											SUMA
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
Control	8	10	17	26	31	34	35	40			
Supervisión	16	25	26	28	30						
Afecto	22	23	24	27	31	32	33				
Apoyo	7	16	18	20	39	40					
Conducta Disruptiva	5	9	36	37	38	39	40				
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
Afecto Negativo	6	15	29	34							
Recurso	2	12	13	14	17	40					
PUNTAJE GLOBAL											

Investigador Dr. Gustavo Vicente Velázquez Granados
 Asesor y Supervisor: Dra. Emma Espejel Aco
 Instituto de la Familia A.C

VARIABLES PARA RESULTADO ESTADÍSTICO

Tener número de folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a N
Sexo	Cualitativa	Nominal	1= masculino 2= femenino
Nombre del paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre del paciente
Edad	Cuantitativa	Continua	Número entero y fracciones
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= soltero 2= casado 3= divorciado 4= viudo 5= unión libre
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Años total de estudio
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Textual
Autoridad	Cualitativa	Nominal	1= funcional 2= disfuncional
Orden	Cualitativa	Nominal	1= funcional 2= disfuncional
Supervisión	Cualitativa	Nominal	1= funcional 2= disfuncional
Afecto	Cualitativa	Nominal	1= funcional 2= disfuncional
Apoyo	Cualitativa	Nominal	1= funcional 2= disfuncional
Conducta disruptiva	Cualitativa	Nominal	1= funcional 2= disfuncional
Comunicación	Cualitativa	Nominal	1= funcional 2= disfuncional
Afecto negativo	Cualitativa	Nominal	1= funcional 2= disfuncional
Recursos	Cualitativa	Nominal	1= funcional 2= disfuncional
Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	1= nuclear 2= extensa 3= Extensa – compuesta
Etapas del ciclo de vida de la familia	Cualitativa	Nominal	1= matrimonio 2= expansión 3= dispersión 4= independencia 5= Retiro
Número de integrantes de la familia	Cuantitativa	Discontinua	2 – 3 4 – 5 5 – 6

Investigador Dr. Gustavo Vicente Velázquez Granados
 Asesor y Supervisor: Dra. Emma Espejel Aco
 Instituto de la Familia A.C.

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Familia:_____ Fecha de aplicación:_____

Tiempo de Formada:_____ Años:_____

Etapa vital:_____

Nivel socioeconómico:_____ No. De Miembros: Adultos_____

Adolescentes:_____ Niños:_____ Tipo de familia:_____

Investigador Dr. Gustavo Vicente Velázquez Granados
Asesor y Supervisor: Dra. Emma Espejel Aco
Instituto de la Familia A.C.