



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**LA TERAPIA DE JUEGO INTEGRATIVA EN UNA NIÑA ADOPTADA CON  
DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

**PRESENTA:**

**YOLANDA MALINALLI LOAIZA SUBIAS**

**DIRECTOR:**

**MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ-ARCE CORIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**México D.F.**

**Junio 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*Quisiera empezar agradeciendo a mis dos principales maestros de vida: Mis padres, Alfredo y Patricia. Por estar siempre al pendiente de mí, por nunca desconfiar de mis decisiones y acciones. Por su escucha y sus palabras, por su calidez y comprensión, y sobre todo por amarme por lo que soy (yo los amo aún más). Ustedes me han dado las bases y las herramientas necesarias para seguir luchando. Gracias.*

*A mis hermanos, Rodrigo y Alfredo por ser mis compañeros de travesías sorprendentes a través de mundos imaginarios, me enseñaron a usar mi imaginación y a tomármela en serio, me enseñaron a jugar (“Quién es el campeón del mundo”). Y por supuesto a mi lindo sobrinito Nicolás junto con su guapa mamá Ivonne, cada vez que los veo aprendo algo nuevo. Los amo. Gracias.*

*Agradezco a mi supervisor Francisco Espinosa, por ser un extraordinario maestro que siempre mostró interés constante en mi educación, por motivarme a terminar este proceso y a continuar con ésta asombrosa labor. Además por entenderme en las situaciones angustiantes, y por permitirme aprender de sus conocimientos y experiencias.*

*A la doctora Fayne Esquivel, a la doctora Paulina Arenas, a la maestra Susana Egúía y a la maestra Alma Mireia López, por su tiempo, dedicación y sabiduría brindados en la revisión de este trabajo.*

*A mis compañeros de la especialidad, por haber compartido junto a mí todos esos conocimientos, ansiedades y alegrías en cada peldaño que ascendíamos en nuestra formación profesional.*

*A Oswaldo. Por estar siempre a mi lado, hombro con hombro, cuidando de mí y de nosotros. Las metas que me he propuesto las he alcanzado en gran medida porque te tengo a mi lado. Gracias por tu infinito amor, ternura y paciencia. Sigamos creciendo.*

*A Jaqui. Por escucharme y reconfortarme cuando más lo he necesitado, una muy importante parte de lo que he logrado hasta ahora es gracias a tu amistad incondicional y sincera. Gracias hermanita.*

*A mis inseparables McLarens: Gina y Clau. Ante cualquier circunstancia siempre me demostraron todo su apoyo y cariño. Me fueron acompañando en cada paso y retroceso. Las miles de aventuras juntas le dan ese toque sabroso a nuestra amistad. Gracias.*

*A mis hermosísimas Manitas: Jaicobs, Jessi, Cyn y Adri. Con ustedes descubrí lo que es reír hasta que dolieran los cachetes. Además compartieron conmigo sus experiencias y conocimientos, comprendieron mis miedos y angustias y depositaron en mí su confianza. Ustedes van a tener un futuro bien preciosísimo. Gracias.*

*Al asombroso y dinámico equipo Azomalli. Por tanto y tanto aprendizaje, y diversión continúa. Este equipo me respalda.*

*Cada uno de ustedes le da un toque especial a mis días. Los quiero mucho.*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>11</b>
<b>DESARROLLO DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Desarrollo físico .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. Desarrollo cognitivo.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3. Desarrollo emocional.....</b>	<b>14</b>
<b>1.4. Desarrollo escolar .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>18</b>
<b>DISCAPACIDAD INTELECTUAL .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. Definición de Discapacidad Intelectual .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Asociación Americana de Retraso Mental (American Association on Mental Retardation, AAMR).....</b>	<b>21</b>
<b>2.3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-VI-TR).....</b>	<b>25</b>
<b>2.4. Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10).....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>31</b>
<b>DESARROLLO EMOCIONAL Y LOS VÍNCULOS AFECTIVOS EN CASOS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1. Desarrollo emocional en la discapacidad intelectual.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2. Vínculos afectivos en la discapacidad intelectual .....</b>	<b>33</b>

<b>3.3. Adopción y discapacidad intelectual.....</b>	<b>36</b>
<b>3.4. Regulación emocional y discapacidad intelectual.....</b>	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>42</b>
<b>TERAPIA DE JUEGO INTEGRATIVA.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1. Terapia integrativa.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2. Definición de juego.....</b>	<b>42</b>
<b>4.3. Terapia de Juego Integrativa.....</b>	<b>43</b>
<b>4.4. Los poderes terapéuticos del juego.....</b>	<b>45</b>
<b>4.5. Rol del terapeuta y rol de los padres.....</b>	<b>46</b>
<b>4.6. Modelos terapéuticos empleados.....</b>	<b>47</b>
<b>4.7. Terapia de juego con personas que padecen discapacidad intelectual.....</b>	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>51</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>51</b>
<b>5.1. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE.....</b>	<b>52</b>
<b>5.2. Motivo de consulta.....</b>	<b>54</b>
<b>5.2.1. Antecedentes al motivo de consulta.....</b>	<b>55</b>
<b>5.3. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....</b>	<b>56</b>
<b>5.3.1. Historia de Desarrollo de Perla.....</b>	<b>56</b>
<b>5.4. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS.....</b>	<b>60</b>
<b>5.4.1 Área Intelectual.....</b>	<b>61</b>
<b>ICV.....</b>	<b>61</b>
<b>5.4.2. Área Perceptomotora.....</b>	<b>63</b>
<b>5.4.3. Área Emocional.....</b>	<b>64</b>
<b>5.5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>75</b>
<b>5.6. OBJETIVOS Y METAS.....</b>	<b>75</b>

<b>5.7. SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO.....</b>	<b>75</b>
<b>5.8. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS SESIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>5.9. SESIONES DURANTE LA POST-EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....</b>	<b>109</b>
<b>5.10. ÚLTIMA SESIÓN CON PERLA.....</b>	<b>113</b>
<b>5.11. ÚLTIMA SESIÓN CON LA MADRE Y ENTREGA DE RESULTADOS DE LA POST-EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....</b>	<b>114</b>
<b>5.12. RESULTADOS DE LA POST-EVALUACIÓN PSICOLÓGICA .....</b>	<b>116</b>
<b>ICV .....</b>	<b>116</b>
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>130</b>
<b>COMENTARIOS FINALES.....</b>	<b>134</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>137</b>

## RESUMEN

La infancia intermedia comprende entre los seis y los once años; durante esta etapa de desarrollo los niños atraviesan diversos cambios: físicos, cognitivos y psicosociales. A estos años también se les llama escolares, debido a que los niños pasan la mayor parte del tiempo en esta institución, en donde experimentan sus capacidades y limitaciones.

Cuando este desarrollo ocurre de manera tardía, se presentan problemas de aprendizaje que pueden ser graves, como en el caso de la discapacidad intelectual, causada por factores biológicos y/o ambientales. En dicha situación, a la par de los problemas cognitivos, pueden presentarse dificultades emocionales y conductuales, factores que pueden afectar su desarrollo social.

Existen estudios que plantean el valor que tienen las emociones como una función reguladora que ayuda a adquirir una conducta adaptativa. El reconocimiento y la expresión emocional son parte importante para desarrollar habilidades sociales, las cuales son primordiales para el desarrollo de una persona.

Para contrarrestar esta situación, se consideró utilizar la terapia de juego integrativa como una estrategia de intervención psicológica, para conocer los resultados que se obtienen en la regulación cognitiva y emocional de una niña adoptada en edad escolar con discapacidad intelectual.

El trabajo de intervención se llevó a cabo en un Centro de Atención Psicológica perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM, como parte de las prácticas supervisadas de la Especialización en Intervención Clínica de Niños y Adolescentes.

**Palabras clave:** discapacidad intelectual, terapia de juego integrativa, edad escolar



## ABSTRACT

Middle childhood goes from between six and eleven years old; during this stage of development, children go through several changes: physical, cognitive and psychosocial. These years are also called scholar years because children spend most of their time in this institution, where they experience their capabilities and limitations.

When this development happens late, learning problems can be serious, as in the case of intellectual disability caused by biological and/or environmental factors. In such situation, the cognitive problems may be accompanied by emotional and behavioral difficulties, factors that can affect their social development.

Studies have raised the value of emotions as a regulatory function that helps acquire adaptive behavior. The emotional recognition and the expression of emotions are an important part to develop social skills, which are critical for the development of a person.

To counter this, it was considered to use integrative play therapy as a strategy of psychological intervention, and this way it could be known the results obtained in the cognitive and emotional regulation of an adopted school-age child with intellectual disabilities.

The intervention work was performed in the Psychological Care Center that belongs to the Faculty of Psychology at the UNAM, as part of supervised practices of the Specialization in Clinical Intervention in Children and Adolescents.

**Keywords:** intellectual disabilities, integrative play therapy, school age

## INTRODUCCIÓN

En el informe sobre la salud en el mundo de la OMS (2001) se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; indicando que las alteraciones mentales y conductuales son frecuentes, ya que más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Esto constituye un serio problema de salud pública con un alto costo social, que afecta a personas de todas las edades, sexo, nivel socio-económico y cultural. Los más frecuentes, responsables por lo general de discapacidades importantes, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la epilepsia, la esquizofrenia, la enfermedad de Alzheimer, la *discapacidad intelectual* y las *perturbaciones emocionales* de la infancia y la adolescencia.

La disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultaron en una mayor prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental con un gran impacto en la esfera psicosocial, (OPS-OMS, 2011)

Los factores que originan una discapacidad son diversos, pero los más relevantes se encuentran asociados a cuestiones genéticas, enfermedades agudas o crónicas, violencia, accidentes, complicaciones perinatales, traumatismos, problemas nutricionales y características del entorno físico, entre otros. (OPS-OMS, 2011)

Además, muchos niños y adolescentes con discapacidad intelectual tienen que enfrentarse con un sin número de obstáculos relacionados con sus incapacidades intelectuales, físicas y sociales (Matson & Hammer, 1996; en Galindo et al, 2011). Según estimaciones, entre 10 y 40% de los niños con discapacidad intelectual presentan problemas conductuales y emocionales como consecuencia. (McLean, 1993 en Galindo et al, 2011)

Cada estudiante presenta características cognitivo-afectivas y conductuales distintas; y las escuelas, en general, otorgan una enseñanza destinada a niños “normales” o “promedio” que prácticamente no presentan diferencias entre sí y que no muestran alteración, desviación, déficit o lentitud en ningún aspecto de su desarrollo. Esto provoca que todos los

niños que, por alguna razón, se desvían o alejan de este “promedio” podrían estar en riesgo de bajo rendimiento y de fracaso escolar (Jadue, 2002).

Por lo tanto, de acuerdo con Jadue (2002) las dificultades emocionales y de la conducta constituyen un serio y difícil problema tanto para la educación y la salud mental de los estudiantes como para los padres, cuyos hijos no logran en la escuela un rendimiento acorde con sus esfuerzos y expectativas.

El mismo autor explica que la denominación de alteración emocional en el niño, se refiere a una condición en la cual sus repuestas conductuales o emocionales son tan diferentes de lo que se estima apropiado para su edad, sus normas culturales o étnicas, que lo afectan adversamente en su rendimiento escolar, incluyendo su cuidado y adaptación personal, relaciones sociales, progreso académico, conducta en clases, o adaptación al trabajo escolar. Esta alteración emocional puede coexistir con otras condiciones de desventaja.

Por lo tanto, las emociones tienen un poderoso impacto en nuestro conocimiento del mundo, y las expresiones de ellas otorgan un acercamiento a la experiencia subjetiva del mundo individual. Al guiar nuestros pensamientos y acciones, las emociones poseen una función reguladora que nos ayuda a adquirir los patrones de la conducta adaptativa. La emergencia de distintas capacidades emocionales en los niños refleja importantes diferencias entre la adaptación y el desarrollo. Los niños no sólo desarrollan capacidades y estrategias adecuadas a través de un rango de afectos, sino que también aprenden a confiar en su experiencia emocional para enfrentar los avatares de la vida. (Jadue, 2002)

Debido a lo anterior, se considera relevante contar con herramientas para que la población infantil con discapacidad intelectual pueda desarrollar dichas habilidades, ya que mientras más temprano las adquieran, más rápidamente logrará una integración social. Para llegar a este punto se debe comprender el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño en edad intermedia, así como las implicaciones de la discapacidad intelectual.

## CAPÍTULO 1

### DESARROLLO DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR

El desarrollo humano es como una larga cadena eslabonada que no admite saltos ni apresuramientos, depende del proceso de maduración del cerebro, del sistema nervioso y las demás partes del cuerpo, el cual se logra poco a poco en la medida en la que los niños alcanzan los logros que son prerequisites para nuevos aprendizajes. (Esquivel, 2010)

Los años intermedios de la infancia, entre los 6 y los 11 años de edad aproximadamente, son los también llamados años escolares. Papalia, Wendkos y Duskin (2009) consideran esta etapa como un punto central para el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. Además los niños se tornan más altos, pesados y fuertes y adquieren las habilidades motoras necesarias para participar en juegos y deportes organizados. Exhiben avances importantes en pensamiento, juicio, moral, memoria y alfabetismo. Aun cuando los padres siguen siendo importantes, el grupo de pares es más influyente que antes. Los niños se desarrollan en sentido físico, cognitivo y emocional, así como en forma social por medio de sus contactos con otros niños.

A continuación se abordan algunas especificidades de las esferas del desarrollo.

#### 1.1. Desarrollo físico

En los años de la infancia intermedia se produce un crecimiento corporal lento y regular. Esta etapa supone un período de calma antes del rápido y repentino crecimiento de la adolescencia (Santrock, 2006). Feldman (2008), comenta que existe una diferencia de altura en el desarrollo físico, ligeramente más rápido de las niñas, quienes comienzan su estirón de crecimiento de la adolescencia alrededor de los 10 años.

En cuanto al peso, tanto niñas como niños aumentan alrededor de dos a tres kilogramos por año, lo que se debe al incremento del tamaño tanto de los sistemas muscular y óseo,

como de algunos órganos internos, según Santrock (2006). Feldman (2008), por su parte, afirma que mientras desaparece el redondeado aspecto de “bebé”, los cuerpos de los niños se vuelven más musculosos y su fuerza aumenta.

A su vez, este autor comenta que las habilidades motrices gruesas y finas mejoran significativamente durante la niñez intermedia. La mejora más importante en las habilidades motrices gruesas, está en el ámbito de la coordinación muscular.

Sin embargo, no todos los niños maduran con la misma rapidez, hay elementos que intervienen en esto de manera conjunta, como el nivel de actividad, el ejercicio, la alimentación, los factores genéticos y el género. De tal manera que éstas diferencias pueden tener alguna implicación en la imagen corporal y en el autoconcepto (Craig & Baucum, 2009).

## **1.2. Desarrollo cognitivo**

Durante la niñez intermedia, las capacidades cognitivas del niño aumentan y ellos se vuelven cada vez más capaces de entender y dominar habilidades complejas.

En la terminología piagetiana, los niños en edad escolar adquieren el *pensamiento operacional concreto*. De acuerdo con Piaget, durante este período operacional concreto, ocurre entre los siete y 12 años de edad y se caracteriza por el uso activo y adecuado de la lógica. El pensamiento operacional concreto implica, la aplicación de operaciones lógicas a problemas concretos, y como son menos egocéntricos, son capaces de tomar en cuenta múltiples aspectos de una situación, una habilidad conocida como *descentración*, señala Feldman (2008).

El mismo texto indica que una vez que el pensamiento operacional concreto se establece firmemente, los niños muestran muchos avances cognoscitivos. Por ejemplo, logran el concepto de *reversibilidad*, que es la noción de que los procesos que transforman un estímulo se pueden invertir, para regresarlo a su forma original.

El pensamiento de las operaciones concretas, también permite a los niños entender conceptos tales como la relación entre tiempo, rapidez y distancia, y comprender que un aumento en la rapidez compensa una gran distancia en un viaje. A pesar de los avances que ocurren durante la etapa de las operaciones concretas, los niños todavía experimentan una limitación crucial en su pensamiento: siguen ligados a la realidad física concreta. Más aún, son incapaces de comprender preguntas verdaderamente abstractas o hipotéticas, o aquellas que implican lógica formal (Feldman, 2008). De acuerdo con los enfoques teóricos del procesamiento de la información, los niños se vuelven cada vez más diestros en su manejo de la información; son capaces de procesar datos conforme aumenta el tamaño de su memoria, y los “programas” que usan para procesar información se vuelven más complejos (Feldman, 2008).

A medida que los niños avanzan en su escolaridad, presentan un progreso continuo en su capacidad para regular y mantener la atención, procesar y retener información, y planear y supervisar su propio comportamiento (Papalia et al., 2009). El modelo más ampliamente reconocido, del funcionamiento mental, es el modelo de almacenamiento de Atkinson y Shiffrin (1968; en Berk, 1999). Se le llama modelo de almacenamiento porque se asume que la información se mantiene o almacena, en tres partes del sistema de procesamiento: el registro sensorial, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo.

Por otro lado, Lev Vygotsky, creía que todos los procesos cognitivos superiores se desarrollan a partir de la interacción social (Berk, 1999). Propuso que los avances cognoscitivos, ocurren a través de la exposición a la información dentro de la *zona de desarrollo proximal (ZDP)* de un niño. La ZDP es el nivel al que un niño casi puede comprender o realizar, más no lo logra del todo, una tarea sin asistencia. De acuerdo con Vygotsky, la educación se debe enfocar en actividades que impliquen la interacción con otros. Tanto las interacciones entre niño y adulto como entre niños tienen el potencial para impulsar el crecimiento cognoscitivo (Feldman, 2008).

“Vygotsky creía que los niños son buscadores activos de conocimiento, pero no los veía como únicos agentes. En su teoría el niño y el entorno social colaboran para moldear la cognición en formas culturalmente adaptativas” (Berk, 1999).

De acuerdo con el mismo autor, los niños están dotados con capacidades perceptivas de atención y de memoria básicas que comparten con otros animales. Esto sigue un curso natural de desarrollo durante los primeros años a través del contacto simple y directo con el entorno. Pero una vez que los niños son capaces de tener una representación mental, principalmente a través del lenguaje, su capacidad de participar en diálogos sociales se intensifica mientras practican tareas culturalmente importantes. Pronto los niños comienzan a comunicarse consigo mismos, casi de la misma manera en que conversan con otros. Como resultado, las capacidades mentales básicas son transformadas en procesos cognitivos más elevados propios y únicamente correspondientes del ser humano (Berk, 1999).

“Durante la niñez media, se perfeccionan mucho más las habilidades del lenguaje oral y escrito. A medida que su vocabulario continúa expandiéndose, el niño domina cada vez más las complejas estructuras gramaticales y la utilización más elaborada de la lenguaje” (Craig & Baucum, 2009).

“El crecimiento cognitivo que ocurre durante la niñez intermedia, permite que los niños desarrollen conceptos más complejos acerca de sí mismos y que crezcan en cuanto a comprensión y control emocional” (Papalia et al, 2009).

### **1.3. Desarrollo emocional**

El período tan prolongado de la infancia, se ha considerado como una ventaja de los humanos sobre otras especies, ya que ese tiempo permite, una gran flexibilidad en el desarrollo de lo complejo del cerebro humano, el cual básicamente se estructura por la información que proviene del ambiente. El trabajo contemporáneo de autores como Gross (2007) y Thompson y Meyer (2007), mencionados en Esquivel (2010), coinciden con autores clásicos como Sander, Bowlby, Mahler y Winnicott, entre otros, que sostienen que los seres humanos en la infancia sólo pueden funcionar adecuadamente si cuentan con un cuidador con el que establezcan una relación que les proporcione apoyo.

Para Esquivel (2010), el crecimiento emocional es algo adquirido en el transcurso de la vida de un individuo, no hay certeza de cuándo culmina, pero lo cierto es que, es la base para que una persona pueda funcionar socialmente en otras etapas de la vida. En la niñez, la responsabilidad del desarrollo emocional depende de un adulto significativo, en general de la madre y otros adultos cercanos, es con ellos con quienes los niños pueden obtener una base segura y sólida sobre el manejo de sus emociones y los valores humanos; esto es, el desarrollo moral.

Al estudiar cómo se desarrolla el mundo emocional del niño, Perinat (2002) explica que llegaremos a encontrarnos frente a una dualidad ineludible: por un lado, el infante, como alguien que experimenta emociones y por el otro, comienza a representar las emociones diferentes como estados de la mente también distintos. Una faceta importante del proceso emocional, consiste en investir, poco a poco, el magma primitivo de sentimientos de carácter representacional. En un principio serían representaciones de procedimientos, es decir, el menor reacciona selectivamente a las emociones de los otros y también las aprende a manejar en sus relaciones. Con esto, el lenguaje y la acumulación de sus experiencias, los pequeños empezarán a discriminar entre emociones afines, por ejemplo, enojo o disgusto; asignarán emociones a determinadas circunstancias y comprenderán que son las “adecuadas” en aquel momento; se encontrarán antecedentes o causas en las reacciones emocionales de las personas. Todo esto supone, que tienen acceso a una representación conceptual de las emociones. No sólo sienten sino que también saben lo que sienten.

Con respecto a esto, Pequeña (2006) explica que, los niños llegan al colegio portando dentro de sí, las consecuencias de las relaciones que mantienen con los adultos que más significado tienen para ellos en la vida. La relación más importante es, sin duda alguna, la que sostienen con sus padres. A estos niños también, les afectarán las experiencias que tengan con sus abuelos (especialmente si viven bajo el mismo techo), tías, tíos y cuidadores. Estas relaciones constituyen el espejo a través del cual, el niño o la niña desarrollan su autoestima. Cuando ambos alcanzan la edad escolar, ya tienen formada una imagen de sí mismos, imagen que puede alterarse por sucesivas experiencias con profesores y compañeros de clase. Ahora se sabe que, con frecuencia, los niños que tienen dificultades de aprendizaje en el colegio, tienen también problemas de autoestima y que es necesario



que antes experimenten una elevación de la misma, si se quiere que estos niños aumenten su rendimiento escolar. Toda acción o expresión facial, así como cualquier interacción gestual o verbal que tengan con sus mayores, transmitirá a los niños algún tipo de mensaje sobre su talento, valía y capacidad. Lo anterior es importante, porque tiene que ver con el rendimiento escolar, con la motivación, con el desarrollo de la personalidad, con las relaciones sociales y con el contacto afectivo del niño consigo mismo.

Es así que la niñez media, es un período interesante para aprender y perfeccionar varias habilidades. El niño se concentra en probarse así mismo, en superar sus propios retos y los que el mundo le impone. Si tiene éxito, será una persona capaz y segura de sí misma; si fracasa, puede experimentar sentimientos de inferioridad o tener un sentido débil del Yo (Craig & Baucum, 2009).

La teoría del aprendizaje social, enfatiza el modelado de las reacciones emocionales de otros como otros medios, a través del cual los niños asocian los sentimientos con situaciones particulares. De acuerdo con Bandura, a medida que la habilidad de representación de los niños mejora, pueden participar en una auto-activación emocional pensando en su propia carga afectiva de experiencias pasadas o en unas que han visto que les han ocurrido a otros (Berk, 1999).

Los planteamientos de este autor indican que las nuevas teorías dentro del enfoque funcionalista, enfatizan que las emociones son fuerzas centrales, adaptativas en todos los aspectos de la actividad humana; en el procesamiento cognitivo, en la conducta social e incluso en la salud física.

Para Berk (1999), una gran cantidad de evidencia indica que las emociones tienen un profundo impacto en el procesamiento cognitivo; las reacciones emocionales llevan al aprendizaje que es crucial para la supervivencia. Por ejemplo, cuando no realizamos satisfactoriamente una actividad, como el hacer una exposición, porque nos provocaba demasiada ansiedad, ese estado interfirió en dicha tarea cognitiva, pero si se trata de una ansiedad moderada puede ayudar a realizar la tarea. Las emociones también tienen efectos en la memoria, como cuando recordamos con mayor detalle aquellos sucesos que nos provocaron ansiedad.

#### **1.4. Desarrollo escolar**

Papalia et al. (2009), mencionan que la escuela es una importante experiencia formativa que afecta cada aspecto del desarrollo. En la escuela, los niños adquieren conocimientos, habilidades y competencia social, estiran sus cuerpos y mentes y se preparan para la vida adulta. Asimismo, ellos prueban sus competencias intelectuales, físicas, sociales y emocionales para averiguar si pueden cumplir con las normas que les fijan sus padres, sus profesores y la sociedad en general. Además, poco a poco van adquiriendo mayor confianza en su capacidad para dominar su mundo y establecer buenas relaciones con sus compañeros. Ese éxito también dependerá de su ambiente familiar, del ambiente escolar y de su propia individualidad. La eficacia con que haya enfrentado la dependencia, la autonomía, la autoridad, la agresión y la conciencia influirá en su ajuste a la escuela. Pero este aprovechamiento no será satisfactorio para los infantes si están enfermos, si no ingieren suficiente alimento, si están preocupados por problemas familiares o si su autoestima es baja.

En teoría, los niños dominan su cuerpo y empiezan a tener sentimientos de competencia y autoestima esenciales para su salud mental. El control del cuerpo les ayuda, además, a conseguir la aceptación de los compañeros. Los niños torpes, con una coordinación deficiente, a menudo son excluidos de las actividades del grupo y pueden seguir sintiéndose rechazados mucho después de superar este problema (Craig & Baucum, 2009).

Hay una diferencia significativa si son favorables, o no, el desarrollo físico, cognitivo y emocional, esto depende del contexto del infante y de sus condiciones, aspectos que si son desfavorables pueden complicar un desarrollo próspero; ejemplo de ello es la discapacidad intelectual, tema que se abordará a continuación.

## CAPÍTULO 2

### DISCAPACIDAD INTELECTUAL

#### 2.1. Definición de Discapacidad Intelectual

A las personas con baja inteligencia se les ha llamado de múltiples formas: retrasado mental, deficiente mental, débil mental, subnormal, oligofrénico entre otras. Los términos son diversos y son sinónimos, y han ido cambiando a lo largo del tiempo debido a las connotaciones negativas que se les atribuía (González, 1997).

Hormigo (2006) explica que en el campo de la discapacidad mental, uno de los primeros obstáculos con el que nos encontramos a la hora de investigar, es la existencia de una variada y amplia nomenclatura que pretende describir y explicar el mismo concepto: “retardo mental”, “oligofrenia”, “deficiencia mental”, “retraso mental”, etcétera. Esta multiplicidad de términos utilizados, dificulta la tarea del investigador a la hora de comparar resultados e incluso produce confusión en la vida diaria (por ejemplo, se habla de “retardo madurativo” cuando en realidad se trata de un retraso mental).

Esta dificultad hunde sus raíces en la inexistencia de una teoría unificada de la inteligencia, que dé cuenta de todos los desarrollos teóricos existentes hasta el momento y, menos aún, de una teoría unificada del retraso mental (Benedet, 1991; en Hormigo, 2006). Asimismo, la entidad nosológica –que comienza a perfilarse en el siglo XIX, haciendo alusión al “idiota”, al “imbécil”- ha evolucionado y sufrido modificaciones teóricas, clínicas, contextuales, hasta nuestros días (Hormigo, 2006).

Por lo tanto, García (20015) concluye que en la actualidad existen numerosas definiciones y explicaciones que conceptúan a las personas con discapacidad intelectual. Todas ellas respaldadas por diferentes modelos explicativos y resultado de los diferentes momentos históricos por los que la humanidad ha ido pasando.

A esto, González (1997) señala que el término de deficiencia mental se contrapone, a veces, a retraso mental, aplicándose el primero a aquellas personas cuyas capacidades

mentales han disminuido como resultado de alguna patología orgánica y no por causas ambientales. Retraso mental se utiliza como norma, cuando los factores biológicos no son estimados como los únicos responsables de la discapacidad.

Aparentemente, para Novell, Rueda y Salvador (2003) la definición de retraso mental es sencilla, y presenta pocas variaciones entre los tres sistemas internacionalmente aceptados: la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), la de la Asociación Psiquiátrica Americana en su manual (DSM-IV TR), y la de la Asociación Americana de Retraso Mental.

Sin embargo, los mismos autores nos plantean una cuestión más trascendente, donde atañe al propio significado de retraso mental: ¿Qué es el retraso mental: una enfermedad, un conjunto de enfermedades, o el déficit o discapacidad asociado a la enfermedad? En realidad, el retraso mental es una agrupación de manifestaciones similar al concepto de demencia. Como ésta, incluye una amplia serie de enfermedades y trastornos de origen genético y ambiental, cuya característica común es un déficit de funciones cerebrales superiores, de una intensidad tal como para producir una interferencia significativa en el funcionamiento normal del individuo.

Novell, Rueda y Salvador (2003) concluyen que a diferencia de la demencia, los problemas intelectuales del retraso mental son previos al desarrollo madurativo y a la adquisición de habilidades mediante el aprendizaje; por lo que se habla de "déficit" en lugar de "deterioro". Los autores utilizan la siguiente metáfora para explicarlo: se podría decir que "la persona que padece una demencia sería aquella que siendo rica se convierte en pobre, mientras que la persona con retraso mental sería el pobre que siempre ha sido pobre".

Por otro lado, la OMS (2011), define a la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por

consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

En México, se utilizó en un principio el término Debilidad Mental, que corresponde a la clasificación de oligofrenia, vocablo con que inicialmente se denominó al problema. A partir del IV Congreso de Rehabilitación del Inválido, celebrado en la Ciudad de México en agosto de 1962, en el curso del cual se presentó un "panel" sobre Deficiencia Mental, con el cual quedó aceptada dicha denominación (Álvarez, et al, 1998).

El término Deficiencia Mental había sido utilizado en la educación de niños que presentaban deficiencia mental, actualmente la denominación utilizada oficialmente es la de Discapacidad Intelectual, y es necesario explicar cómo se está usando este concepto (Álvarez, et al, 1998):

"Discapacidad indica la presencia de una condición limitante por problema esencialmente físico, mental o ambos, por lo general por enfermedad adquirida o congénita, traumatismo u otro factor ambiental".

Álvarez, et al (1998), mencionan que este concepto se utiliza para etiquetar a las personas con limitaciones físicas o mentales obvias, que por lo general requieren de ayuda especializada para funcionar en su vida cotidiana. El concepto discapacidad comprende y describe una dificultad específica en alguna área, por ejemplo: discapacidad visual, auditiva, de lenguaje, motora, mental o sociocultural. El término discapacidad se refiere a una limitación tanto funcional como adaptativa.

Esta denominación pretende sin lograrlo, comentan estos autores, evitar estigmatizar a las personas, intenta describir una situación o característica por lo cual se sugiere que el término sea utilizado sin "asociaciones despectivas o peyorativas".

Así que a continuación se revisarán las clasificaciones que hay en torno a este término.

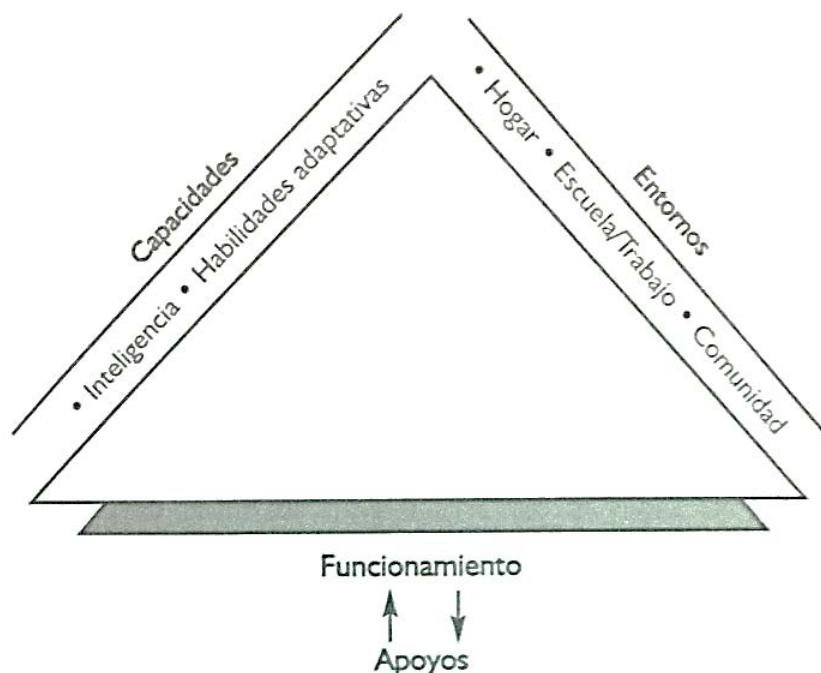
## 2.2. Asociación Americana de Retraso Mental (American Association on Mental Retardation, AAMR)

Hormigo (2006) explica que visto desde la AAMR, el retraso mental no es un trastorno médico, aunque se haya codificado en la clasificación médica de las enfermedades (CIE-10). Tampoco es un trastorno mental, aunque haya sido incluido en la clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV).

La definición de la AAMR establece que el retraso mental no es un *rasgo*, aunque esté caracterizado por determinadas capacidades personales. Se trata, en cambio, de un *estado* de funcionamiento deficiente en ciertos aspectos concretos y actuales en la comunidad (Hormigo, 2006).

Para este autor se trata de un modelo funcional que articula tres elementos: *capacidades* (o competencias), *entornos* y *funcionamiento*. El retraso mental constituye una discapacidad sólo como resultado de la interacción de estos tres elementos, que han sido graficados a través de un triángulo equilátero para indicar que cada uno de sus lados es necesario, pero no suficiente por sí mismo.

**Figura 1. Estructura general de la definición de retraso mental**



Hormigo (2006), explica que las *capacidades* se describen como las competencias o atributos que capacitan a una persona para funcionar en la sociedad.

Asimismo, expone las áreas específicamente afectadas por el retraso mental, que son: la inteligencia conceptual, la inteligencia práctica y la inteligencia social; mientras que lo que se refiere a otras áreas de capacidades personales, como la salud o el temperamento, pueden no estar afectadas. Las limitaciones intelectuales se acompañan de limitaciones en las habilidades adaptativas.

El *entorno o el ambiente* se refieren a los lugares concretos en los que la persona vive, aprende, juega, trabaja, se socializa. Existen entornos positivos que pueden promover el crecimiento y bienestar de la persona con retraso mental. El *funcionamiento* relativiza la importancia de las limitaciones intelectuales, así el retraso mental aparecerá sólo cuando la persona no pueda responder a las exigencias de la vida diaria en su comunidad (Hormigo, 2006).

Este modelo muestra la necesidad de *apoyos* de acuerdo con el funcionamiento de la persona; su presencia o ausencia puede influir en el funcionamiento. Los apoyos no son parte del concepto de retraso mental sino más bien una respuesta a él (Hormigo, 2006).

Por otro lado Novell, et al, (2003) mencionan que existen grandes dificultades al tratar de medir el *cociente intelectual* o CI. Éste es sólo un índice numérico que pretende expresar el nivel intelectual de una persona o de un grupo, por lo que no debe confundirse con el concepto de *inteligencia* en sí mismo. El CI relaciona la edad cronológica (EC) con la edad mental (EM), o grado de inteligencia del individuo en relación con su edad cronológica, proporcionando un índice del desarrollo intelectual del individuo comparado con el resto de personas de su misma edad.

Pero como sabemos, el retraso mental no depende sólo del nivel intelectual, ni de las habilidades de adaptación por separado, sino de ambos elementos. El concepto se refiere así, a una limitación importante en el funcionamiento de la persona, consecuencia de la interacción de las capacidades restringidas del individuo con el medio en el que vive, no a las limitaciones de la persona en sí mismas (Novell, et al, 2003).

García (2005) explica la posición que ha tenido la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) desde 1876, ya que ha venido ofreciendo concepciones más clarificadoras; las definiciones se han ido enriqueciendo con los años y los nuevos conocimientos, y poco a poco esta Asociación está facilitando una visión y una intervención más acorde con las necesidades de estas personas.

Asimismo, García (2005) expone cuatro momentos especialmente relevantes de la AAMR: el primero tuvo lugar en la edición de 1957, cuando añadió criterios numéricos al CI, consiguiendo con ello mayor objetividad en los diagnósticos; el segundo en 1959, cuando incluyó el concepto de conductas adaptativas; el tercero, en 1973, cuando estableció dos desviaciones típicas por debajo de la media en la valoración del CI y finalmente la conceptualización de 1992, donde se considera a la persona con retraso mental no como un rasgo de incompetencia propio del individuo, sino como una expresión de la interacción entre la persona y su funcionamiento y el entorno, aportando un enfoque multidimensional al concepto. En junio de 2002, se publicó la última y más renovada conceptualización que proporciona un actual y revisado marco explicativo y de intervención de las personas con retraso mental.

Resultado de lo anterior, puede explicarse el retraso mental como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, entendiendo ésta última como habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (Luckasson et al., 2002; en García, 2005).

García (2005) indica que para poder aplicar dicha definición, es esencial tener en cuenta las cinco premisas siguientes:

1. Las limitaciones en el funcionamiento han de ser consideradas en un contexto comunitario, en entornos típicos para los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida, ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en los modos de comunicación y en características sensoriales, motóricas y comportamentales.



3. En un individuo, las limitaciones a menudo coexisten con puntos fuertes.
4. Un importante propósito al describir las limitaciones, es el desarrollar perfiles de apoyo necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental mejorará notablemente.

En el 2002, la AAMR mantiene el término de “retraso mental”, lo cual justifica expresando que más importante que la terminología (cuyo cambio es posible, pero no está aún consensuado), es la buena definición del concepto para evitar viejos tópicos inapropiados (Luckasson et al., 2002; en García, 2005).

Aunque el término o el nombre ha cambiado a lo largo del tiempo, un análisis de las definiciones utilizadas durante los últimos más de 50 años, muestra que los tres elementos esenciales de la discapacidad intelectual/retraso mental (limitaciones en el funcionamiento intelectual, limitaciones conductuales en la adaptación a las demandas ambientales y edad temprana de inicio) no han cambiado sustancialmente (Schalock et al., 2007).

Schalock, et al. (2007) consideran que *discapacidad intelectual* es el mejor término actualmente para la discapacidad designada históricamente como retraso mental, y la definición y los supuestos autorizados y promulgados por la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo (AAIDD) (anteriormente AAMR) siguen siendo los mismos. El término discapacidad intelectual incluye a la misma población de individuos que eran anteriormente diagnosticados con retraso mental en número, clase, nivel, tipo y duración de la discapacidad, y la necesidad de servicios y apoyos individualizados de las personas con esta discapacidad. Además, cada individuo que es o fue apto para un diagnóstico de retraso mental es apto para un diagnóstico de discapacidad intelectual.

### **2.3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-VI-TR)**

Por otra parte, el DSM-IV-TR (APA, 2000) establece los siguientes criterios de diagnóstico para el retraso mental:

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se define como un cociente intelectual situado alrededor de 70 o por debajo de 70 que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

Hay cuatro niveles de retraso mental: *ligero* (CI de 55 a 70 aproximadamente), *moderado* (CI de 40 a 55), *grave* (CI de 25 a 40) y *profundo* (CI menor a 25).

El retraso mental leve, incluye a la mayoría, alrededor del 85% de las personas afectadas por el trastorno (APA, 2000). Estos niños, muestran frecuentemente pequeños retardos en su desarrollo, durante los años de la educación preescolar, pero generalmente no son identificados antes de entrar a la escuela, o los problemas conductuales surgen solamente en los primeros años de la primaria. Muchos autores, señalan que estos niños generalmente desarrollan buenas capacidades sociales y de comunicación durante la primera infancia (entre cero y cinco años), a pesar de sus modestos retrasos en el lenguaje expresivo; que generalmente tienen pocas deficiencias sensorio motoras, o ninguna, y que al final de la adolescencia pueden adquirir capacidades académicas equivalentes a las del sexto año de primaria. Consideran que durante la edad adulta, las personas con retardo ligero, generalmente alcanzan capacidades sociales y vocacionales adecuadas para ganar su sustento, pero pueden necesitar supervisión, orientación y ayuda, especialmente cuando viven situaciones de estrés social o económico (Galindo, Galguera, Taracena, & Hinojosa, 2011).

Estos autores indican que las personas con retraso mental moderado, constituyen cerca de 10% de los afectados por esta discapacidad. Se trata de individuos que sufren una deficiencia intelectual y adaptativa mayor que los del grupo con retraso ligero, y generalmente son identificados durante la edad preescolar. Las personas con un retraso mental severo, constituyen aproximadamente 3 o 4% de los afectados por el retraso mental. Muchas de estas personas, sufren una o más deficiencias orgánicas que causan el retraso (como defectos genéticos), y son identificados a muy tierna edad, debido a sus notorios problemas de desarrollo y a sus visibles anomalías físicas. Los individuos con retraso mental profundo, representan aproximadamente 1 a 2% de las personas afectadas con este mal. Generalmente son identificadas en la infancia debido a sus notorios retrasos en el desarrollo a las anomalías orgánicas presentes por ejemplo, las características faciales asimétricas.

De acuerdo con el DSM-VI-TR, se estima que la incidencia de niños y adultos con retraso mental es de 1% en una población determinada. El retraso mental ligero prevalece más entre niños de bajo estatus socioeconómico y en grupos minoritarios, mientras que los casos más graves (ligados a causas orgánicas) aparecen con igual incidencia en razas y grupos económicos diferentes (Galindo et al, 2011).

En cuanto al **DSM-V** (APA, 2013), cambia el término de retraso mental al de discapacidad intelectual y se ubica dentro de los trastornos del desarrollo neurológico.

El manual explica que la discapacidad intelectual es un desorden con un comienzo durante el periodo de desarrollo que abarca el déficit en el funcionamiento intelectual y adaptativo del dominio conceptual, social y práctico. Se consideran los siguientes tres criterios:

a) Déficit en funcionamiento intelectual, como el razonamiento, solución de problemas, planeación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico y por experiencia, confirmándose por asesoría clínica e individualizada y con una prueba estandarizada de inteligencia.

b) Déficit en las funciones adaptativas que resultan en el incumplimiento de las normas de desarrollo socioculturales para lograr su independencia personal y responsabilidad

social. Sin este apoyo en marcha, los déficits adaptativos limitan su funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como en la comunicación, la participación social, vivir de manera independiente, y en múltiples ambientes como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

c) El comienzo de déficit adaptativo e intelectual durante el periodo de desarrollo.

Clasificación de la gravedad: *Leve, Moderado, Severo y Profundo*.

#### **2.4. Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10)**

En lo que se refiere a la CIE-10 (OMS, 2007), el retraso mental está condicionado por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por la alteración de las capacidades propias de cada época del desarrollo, y que son las que contribuyen al nivel global de inteligencia, como las funciones cognitivas, del lenguaje, motoras y de socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados por un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales, y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La conducta adaptativa está siempre afectada, pero en un entorno social protegido y con el apoyo adecuado, puede no ser obvia en individuos con un retraso mental leve.

Para obtener el nivel intelectual debe basarse en toda la información disponible, incluyendo las manifestaciones clínicas, la manera en la que el individuo se adapta a su medio cultural y los tests psicométricos.

La CIE-10 (2007) propone las siguientes clasificaciones de retraso mental:

*Retraso mental leve:* Los individuos afectados, adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría logra expresarse para los propósitos de la actividad cotidiana. Llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona, para actividades prácticas y de la

vida doméstica. La dificultad más grande se presenta en la actividad escolar y muchos tienen problemas específicos en la lectura y la escritura, pero pueden realizar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicos. Sin embargo, si existe además una falta de madurez emocional o social notables se pondrán de manifiesto las consecuencias del déficit.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento del individuo con retraso mental leve y las necesidades terapéuticas y de apoyo derivadas de ellas; están más próximas a las que se encuentran en las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

Las pautas para el diagnóstico: en el test de CI estandarizado, el rango de 50 a 69 corresponde a un retraso mental leve.

*Retraso mental moderado:* Los individuos incluidos en esta categoría, son lentos en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje, y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las habilidades motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. De adultos, suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estas personas son físicamente activas y tiene total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos manifiesta cierta capacidad social para establecer contacto con los demás, comunicarse y participar en actividades sociales simples.

Pautas para el diagnóstico: el CI está comprendido entre 35 y 49. En una proporción pequeña pero significativa está presente el autismo infantil de otros trastornos generalizados del desarrollo. También son frecuentes la epilepsia, los déficits neurológicos y las discapacidades físicas.

*Retraso mental grave:* Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más

frecuente en este grupo una adquisición de niveles más bajos que los mencionados anteriormente. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de otro tipo, que indican la presencia de un daño o anomalía del desarrollo del sistema nervioso central clínicamente específica.

Pautas para el diagnóstico: el CI está comprendido entre 20 y 34.

*Retraso mental profundo:* El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están gravemente incapacitados para comprender y cumplir instrucciones o requerimientos. La mayoría tiene una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces, en el mejor de los casos, sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una nula o muy limitada capacidad para cuidar de sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes. En algunos casos puede identificarse una etiología orgánica. Discapacidades físicas y neurológicas que afectan a la movilidad son frecuentes, del mismo modo que la epilepsia y los déficits auditivos y visuales.

*Otros retrasos mentales:* Esta categoría, deberá usarse sólo cuando la estimación del grado de retraso mental, a través de los procedimientos usuales resulta particularmente difícil, o imposible debido al deterioro físico o sensorial asociado.

*Retraso mental sin especificar:* Hay evidencia de retraso mental, pero la información disponible es insuficiente para asignar al paciente a una de las categorías anteriores.

En términos generales, las personas que sufren tal perturbación, presentan un grado de inteligencia que se encuentra por debajo del nivel considerado como normal, además de un desarrollo psicológico inadecuado debido a factores biológicos y/o ambientales. Se exponen cuatro causas posibles del retraso mental: defectos genéticos, exposición prenatal a enfermedades y drogas, anoxia al nacer y desnutrición extrema antes del nacimiento o durante la infancia. También la familia y otros ambientes de cuidado, pueden favorecer o dificultar el desarrollo intelectual del niño. A menudo el retraso mental pasa inadvertido antes de los cinco o seis años, edad en que inicia la instrucción escolar (Craig & Baucum, 2009).

Después de esta revisión, se reitera la decisión de utilizar el término de discapacidad intelectual para fines de este proyecto, por ser una definición completa y útil para el caso que se reportará.

El desarrollo emocional y los vínculos afectivos son importantes en la familia de cualquier individuo, por esa razón, en el siguiente capítulo se inspeccionaran estos aspectos en la discapacidad intelectual.

## CAPÍTULO 3

### DESARROLLO EMOCIONAL Y LOS VÍNCULOS AFECTIVOS EN CASOS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

#### 3.1. Desarrollo emocional en la discapacidad intelectual

Las emociones tienen un poderoso impacto en nuestro conocimiento del mundo circundante y las expresiones emocionales otorgan una ventana a la experiencia subjetiva del mundo individual. Al guiar nuestros pensamientos y acciones, las emociones poseen una función reguladora que nos ayuda a adquirir los patrones de la conducta adaptativa. La emergencia de distintas capacidades emocionales en los niños, refleja importantes diferencias entre la adaptación y el desarrollo. Los niños no sólo desarrollan capacidades y estrategias adecuadas a través de un rango de afectos, sino que también aprenden a confiar en su experiencia emocional para enfrentar los avatares de la vida (Jadue, 2002).

Jadue (2002) explica sobre las teorías de la regulación de los afectos y la investigación en las emociones, las cuales se han diversificado considerablemente en las últimas dos décadas. Las principales conclusiones que pueden obtenerse de las mismas son las siguientes:

- a) Los procesos emocionales están profundamente involucrados en la dirección de los procesos cognitivos: la atención, todos los actos perceptivos, el aprendizaje y la memoria.
- b) El desarrollo emocional es funcionalmente inseparable de los patrones de experiencias psicosociales en todas las edades;
- c) La personalidad y la identidad personal son fundamentalmente de naturaleza emocional.

Asimismo, Bermejo (2003) explica la importancia que la evolución emocional tiene en el desarrollo de otras habilidades deficitarias en la población con retraso mental, como son las habilidades sociales. El reconocimiento y la expresión emocional, son aspectos claves



en la interacción con los demás y por tanto básicos para poder desarrollar las habilidades sociales en esta población. Las habilidades sociales constituyen una de las áreas prioritarias en el desarrollo social de cualquier persona.

La experiencia clínica ha demostrado, que resulta difícil disociar el estado afectivo y las funciones cognitivas, pues las perturbaciones en uno de estos campos repercuten en el otro; así, las alteraciones afectivas graves se acompañan siempre, a la larga, de perturbaciones cognitivas. De la misma manera, es excepcional que la discapacidad intelectual no se complique con algunas anomalías afectivas, tanto más graves cuanto mayor sea la deficiencia (Marcelli & Ajuriaguerra, 2005).

En general, se considera que las personas con discapacidad intelectual, muestran frecuentemente problemas emocionales, como perturbaciones de humor, especialmente depresiones, y perturbaciones de ansiedad: ansiedad generalizada, fobias, etc. (Galindo et al., 2011).

De modo que a los niños con discapacidad intelectual también se ven afectados por desregulación emocional.

En cuanto a esto, la investigación en psicopatología infantil establece que el déficit en la autorregulación emocional se asocia con algunos trastornos específicos y problemas conductuales. Según Eisenberg y Moore (1997, citado en Esquivel, 2010), se distinguen dos categorías de trastornos: internalizados y externalizados. Los primeros se refieren a problemas internos tales como la ansiedad, introversión excesiva, depresión y problemas psicosomáticos; los que son provocados por emociones negativas, tales como la ira, ansiedad, tristeza, etc., y/o por deficiencias en los procesos de enseñanza-aprendizaje, que impiden un autorregulación adaptativa. En el otro extremo se sitúan los trastornos externalizados, definidos como aquellas conductas que se muestran de manera extrema como la hiperactividad, la agresión, los comportamientos antisociales, etc.

Para Esquivel (2010), los niños con escasa capacidad de regulación emocional negativa, intensa o cambiante son menos aceptados por sus iguales que otros niños con habilidades sociales adaptativas.

Esta situación provoca un comportamiento social inadaptado, que repercute en la imagen social del niño con discapacidad intelectual. Sus posibilidades de participación social del dependen directamente de sus capacidades en la conducta adaptativa y de su experiencia de relación con el entorno. La conducta adaptativa de estos, debe responder a las exigencias sociales de su entorno, esto exige establecer unos canales de comunicación adecuados que permitan asimilar las relaciones precisas para emitir las respuestas idóneas a cada situación (Muntaner, 2001).

Para finalizar, Mannoni (1982) presenta que cada niño tiene su propia historia de vida, la cual tendrá peso sobre su devenir humano. Es por eso que expone que el contexto afectivo de los que padecen “debilidad mental” (sic) ha sido descuidado durante años.

### **3.2. Vínculos afectivos en la discapacidad intelectual**

El vínculo es una unión entre el niño y la persona que lo cuida, por lo general su madre. Éste proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Las investigaciones demuestran que un vínculo inadecuado impide el desarrollo emocional y social a lo largo de la vida. Se ha comprobado que las primeras experiencias influyen en las actitudes hacia el proceso de aprendizaje, en el concepto que el niño tiene de sí mismo y en la capacidad para formar y mantener relaciones sociales y emocionales en el futuro (Esquivel, 2010).

Bowlby (1954), considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad: el calor, la intimidad y la relación constante de la madre (o de quien la substituya), en los que ambos encuentran satisfacción y goce. Cuando se asegura esta relación, las emociones de ansiedad y culpa que caracterizan en gran parte las perturbaciones mentales se manifestarán en forma moderada y armónica.

Este mismo autor explica que, la ausencia de una relación materno-filial se denomina “privación materna”, y su efecto resultará relativamente leve si al niño lo atiende alguien con quien se ha encariñado y en quien confía, pero puede ser grave si la madre adoptiva le

es extraña aun cuando ésta sea amable. Sin embargo, puede proporcionarle alguna satisfacción, lo que constituyen, por tanto, ejemplos de privación parcial.

Si se da esta privación los efectos son contraproducentes y varían en intensidad, y trae consigo: ansiedad aguda, excesivo anhelo de amor, poderosos sentimientos de venganza y, como consecuencia de éstos, culpabilidad y depresión. Estas emociones e impulsos, son demasiado poderosos para los medios de dominio y organización inmaduros con que cuenta el niño, tanto fisiológica como psicológicamente (Bowlby, 1954).

De acuerdo con los autores Tronick, Ricks y Cohn (1982; Ford y Thompson, 1985; en Aldecoa & Polaino-Lorente, 1996), la experiencia que un bebé tenga con su madre suele generar un efecto indirecto en el modo en que trata a otras personas, según la mayor o menor confianza establecida. El niño que confía en su madre y, por consiguiente, en sí mismo, es el que ha tenido frecuentes experiencias de poder controlar su ambiente. Por el contrario, cuando las metas interactivas se frustran, el niño adquiere un sentido de impotencia o desamparo. Por consiguiente, el tipo de respuesta materna configura los diversos tipos de creencias personales adoptadas por el niño (Lewis & Goldberg, 1969; Ford y Thompson, 1985; en Aldecoa & Polaino-Lorente, 1996).

A continuación retomaremos algunos escritos de Mannoni (1982), en donde trata de explicar la relación que existe entre la madre y su hijo con déficit intelectual, llamándoles “retardados”, esto es debido a la época en la que fue tratado tal tema.

Esta autora desde un principio plantea la importancia del lazo de la madre con el niño desde el embarazo y la formulación de sus expectativas hacia él.

Mannoni (1982), explica que lo que desea la madre durante el curso de su embarazo es, ante todo, la revancha o el repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdidos: un sueño encargado de llenar lo que quedo vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona “real” del niño. Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como una carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar.

En este plano fantasmal el niño imaginario era el que llenaba éste vacío, pero cuando el verdadero bebé llega, el ser real que no cubre estas expectativas por su enfermedad, va a acarrear traumas e insatisfacciones anteriores: Cada mujer, ante la falta de las señales de identificación de su niño enfermo, va a vivir su angustia en función de aquello que le ha marcado en su historia.

En el interior mismo del retraso mental, se halla un abanico de diversas reacciones perversas (a las cuales llama *fondo orgánico perverso*), psicóticas, fóbicas, que tienen que ver con la forma de relación madre-niño, ya que la madre responde a la demanda del niño con sus propias fantasías. El niño se encuentra en un estado de estupor, por lo que la madre se deja ser “parasitada”, un ejemplo: como el pájaro empollando un huevo que jamás podrá abrirse.

Asimismo, expone un punto en el que el niño retardado y su madre forman, en ciertos momentos, un solo cuerpo, confundiéndose el deseo de uno con el otro, al punto que ambos parecen vivir una sola y misma historia. Esta historia tiene por soporte, en el plan fantasmático, un cuerpo que se diría afectado por idénticas heridas, que han revestido una señal significativa.

De igual manera, las conductas parentales van a tener un impacto en los comportamientos asociales de su pequeño, cuyo origen es menos orgánico. Entonces la autora pregunta: ¿Por qué encontramos débiles mentales “tontos” y débiles mentales “inteligentes”, con CI idénticos? La respuesta no se encuentra en el sentido de la distinción entre verdadera y falsa debilidad; más bien reside en el sentido que la enfermedad ha tomado en la constelación familiar.

Es decir, si la familia le otorga un lugar en específico como un niño al que el retraso no tiene solución éste va a actuar como tal. En algunas ocasiones esta debilidad mental, hasta podría tener un carácter defensivo.

Por lo tanto, la familia es comúnmente el ambiente ideal para el desarrollo psicológico infantil, pero si no están presentes las condiciones mínimas de atención y cuidado por parte de los padres, pueden ocurrir perturbaciones cognitivas o emocionales. También la falta de

atención hacia un niño con defectos sensoriales o corporales puede ocasionar deficiencias cognitivas o emocionales de mayor o menor grado (Galindo, et al, 2011).

### **3.3. Adopción y discapacidad intelectual**

Para iniciar, se retomará a los autores Giberti, Blumberg, Renzi, Gelman, & Lipski (1994), para explicar qué es la *adopción*, y cómo es que se da este proceso para los padres, ya que no es sencillo el trayecto en que el niño adoptado se convierte en un hijo propio. Posteriormente se integrará el tema de las “adopciones especiales” de Berástegui (2012), para tratar el tema de cómo es que se desarrolla la adopción en niños con diferentes trastornos y discapacidades, centrandó la atención en la discapacidad intelectual.

Entonces, Blumberg (en Giberti, et al., 1994) expone que la decisión de adoptar es un acto individual en el que cada uno de los miembros de la pareja aporta una parte de compromiso y responsabilidad al acuerdo. La adopción sería la transformación de una decisión individual en una decisión conjunta, para hacerse cargo en el futuro próximo de la crianza del hijo (Giberti, et al, 1994).

Por lo tanto, Gelman (en Giberti, et al., 1994) El hijo posible en Adoptar hoy, argumenta la necesidad de crear un espacio afectivo para recibir al niño a quien se ha de acoger. Es por eso, que resulta importante que el niño sea deseado y bien mirado por los padres, ya que este deseo sostenido durante la crianza, hará posible un buen desarrollo de la autoestima del niño, aspecto fundamental para la identidad del sujeto.

De acuerdo con Giberti (Giberti, et al., 1994), convertir al adoptivo en hijo propio significa ser capaz de hacerse cargo de sus deseos, que no necesariamente coincidirán con los presupuestos de la familia. A menudo, algunos adoptantes se sienten desconcertados ante el circunstancial rechazo que sienten hacia un hijo adoptivo al que realmente quieren; se sienten culpables por la aparición de sentimientos que los sorprenden y a veces los avergüenzan. Sin embargo, se trata de afectos que están en el origen de los vínculos entre padres e hijos. Poder *desear* que esa criatura sea el propio hijo implica aceptar sus modos

de ser. Para esto, es importante tomarlo en cuenta para no evaluarse como “malos padres” cuando se sientan distantes respecto de esa criatura, o bien registren hostilidades antes las diferencias que el adoptivo pueda introducir en las modalidades familiares.

Lipsky (en Giberti, et al., 1994), refiere también, que estos nuevos lazos entre los padres y el adoptado, puedan verse afectados al no expresarse y desahogarse a través de las palabras; las emociones negativas y displacenteras, como las dudas y los temores quedan encerradas o encapsuladas, e impiden el alivio que produce poder hablar. Estos padres imaginan que si los niños recuerdan su historia, se debe a que no se hallan ligados fuertemente a su presente y a su familia actual. Se crea la sospecha de que lo que se comunique y el niño entienda acerca de sus orígenes, le aportará elementos conflictivos para su autoestima y su valoración personal, y surgirán, asimismo, fantasías sobre “los otros”, lo que en los padres adoptantes produce temor de que la información reviva el vínculo con los progenitores. También agrega que, los padres responden que para los niños sería doloroso saber que fueron abandonados, que no los quisieron, que son diferentes, y temen que a partir de la información ya no sean los mismos. En algunas oportunidades los niños y los padres pueden tratar de impedir el sufrimiento y no preocupar al ser querido, intentando sofocar emociones e ideas que al no expresarse provocan sufrimiento y, en ocasiones, también síntomas.

Por el contrario, la autora recomienda no negarse a dialogar acerca de lo que existe, ya que la necesidad de preguntar al respecto habla de libertad y confianza para compartir. Además de que existe una necesidad de aliviar la tensión familiar que resulta de custodiar un secreto y de esclarecer un silencio.

En cuanto a las adopciones “especiales”, la revisión de la investigación nos permite considerar que estas implican mayores retos o al menos retos diferenciales con respecto a la adopción de bebés sanos o a la parentalidad normal, y un aumento del estrés familiar. (Wind & cols., 2007, McGlone & cols., 2002; en Berástegui, 2012)

El modelo de estrés y afrontamiento familiar, ha comenzado a utilizarse para explicar el éxito de la adopción o la resiliencia familiar en las adopciones especiales. Desde esta perspectiva, dos son los factores fundamentales que median entre los retos y fuentes de

estrés asociadas a la adopción: las expectativas de la familia y los recursos de afrontamiento. (Berástegui, 2005, Berry y Barth, 1989; Glidden, 2000; Groza y Ryan, 2002; Lightburn y Smith, 1996 McGlone y cols, 2002; en Berástegui, 2012)

Por lo que los menores índices de satisfacción de las adopciones especiales tienen que ver con la falta de claridad en las expectativas de las familias (Paulsen y Merighi, 2009; en Berástegui, 2012). Por otro lado, las atenciones especiales que incluye la crianza de un niño con enfermedad o discapacidad, puede incrementar la dificultad para asumir el estrés de la transición a la parentalidad adoptiva y sus tareas específicas como la adaptación inicial, el proceso de vinculación, la comunicación sobre los orígenes, la construcción de la identidad, la integración social o el manejo de las diferencias (Berástegui, 2005; Lazarus y cols., 2002; en Berástegui, 2012).

Para asegurar que el niño encuentra en esa familia el ambiente de afecto y de seguridad moral y material que requiere según la Declaración de Derechos del Niño, la familia tiene que ser capaz de afrontar los retos diferenciales que supone la adopción especial (Berástegui, 2012).

Berástegui (2012) concluye que existe una clave para el éxito en las adopciones especiales: las expectativas. Sólo unas expectativas realistas, claras y flexibles sobre la realidad de la adopción de un niño con determinadas características especiales asegura el deseo de formación, la búsqueda de recursos y apoyo necesarios, y la experiencia de sentido imprescindibles para la adaptación familiar tras la adopción.

### **3.4. Regulación emocional y discapacidad intelectual**

El término regulación emocional ha sido definido por diversos autores, encontrando similitudes en los aspectos que la componen. Por ejemplo, Gross, 1998 (citado en Vaydich, 2012), menciona que la regulación emocional se refiere a todos los procesos que están influenciados por las emociones, a la manera en la que las emociones son experimentadas y en cómo son expresadas. Se refiere a los procesos por los cuales los individuos influyen en

las emociones que tienen, cuando las tienen, cómo experimentarlas y expresarlas. La regulación emocional puede ser automática o controlada, consciente o inconsciente (Gross, 1998).

Así mismo Goldstein (2010) nos explica, retomando a varios autores, que la regulación emocional se define como el conocimiento de los individuos y del control de sus emociones.

La regulación emocional tiene lugar cuando la misma situación genera más de una emoción, y en la medida que estas emociones se contradicen entre sí. La fuerza relativa de cada una de estas emociones predecirá la dirección de la regulación. Se cree que esta es la idea importante al considerar la regulación emocional como parte del proceso generador de la emoción (Mesquita y Frijda, 2011).

La regulación emocional se desarrolla durante la infancia, incluye la autorregulación interna y los factores ambientales definidos como las convenciones sociales que determinan dónde, cuándo, y cómo se expresan los comportamientos relacionados con las emociones (Ekman y Friesen, 1969; en Hoffman, 2012). Por otro lado, Brenning y Braet (2012), proponen un principio central en la teoría del apego, donde comenta que las interacciones tempranas con las figuras de apego crean un contexto crítico en la formación de la regulación emocional.

Concerniente a los niños con discapacidad intelectual, muchas razones justifican el interés por el estudio de su regulación emocional. Como los déficits cognitivos y comunicativos tempranos en los niños con discapacidad intelectual impiden sus oportunidades de interacciones sociales, podrían tener menos oportunidades para regular sus emociones negativas, positivas y ejercer habilidades de adaptación social (Baurain y Nader-Grosbois, 2012).

Estos autores consideran que las conductas de regulación emocional en diferentes contextos de interacción incluyen tanto procesos individuales como sociales (Baurain y Nader-Grosbois, 2012)



Las deficiencias en el procesamiento de información social, incluye el reconocimiento de emociones (Pochon et al, 2006; Wishart et al, 2007; Zabalia y Corfec, 2008; Baurain y Nader-Grosbois, 2012) y sus déficits en las funciones ejecutivas implican dificultades en el autocontrol, la autorregulación y la inhibición (Anderson et al, 2001; Edgin, 2003; Nader-Grosbois, 2007; Baurain y Nader-Grosbois, 2012) que podría influir en su control de las emociones.

Baurain y Nader-Grosbois (2012), encontraron en su estudio similitudes entre el comportamiento socioemocional (incluyendo comportamiento en torno a reglas), la expresión de las emociones y la adaptación de las emociones en niños normales y con discapacidad intelectual. Pero los niños con discapacidad intelectual parecen desarrollar sus habilidades en la regulación socio-emocional más lentamente, lo que retrasa su iniciación y mantenimiento de intercambio con sus compañeros; dificultándose el establecimiento de una amistad (Guralnick, 1999; en Baurain y Nader-Grosbois, 2012). Aunque el dominio de la regulación socioemocional mejora conforme aumenta la edad de desarrollo, que es diferente de la edad cronológica: a mayor edad cronológica aumenta la edad de desarrollo.

Zigler y Balla (1982; en Baurain y Nader-Grosbois, 2013) sugieren que no se deben comparar a niños comunes con niños con discapacidad intelectual según la edad cronológica, sino la edad mental, para poder distinguir sus similitudes o diferencias.

Baurain, Nader-Grosbois & Dionne (2013) retoman a los autores Buckley et al. (2002), Crnic et al. (2004) y Malone (2007), que sugieren que aunque la mayoría de niños con discapacidad intelectual pueden mostrar algunas habilidades sociales, algunos de estos niños podrían desarrollar dificultades en su comportamiento social, dependiendo de factores individuales o externos. Crnic, Hoffman, Gaze y Edelbrock (2004; en Fiasse, Nader-Grosbois, 2012) coinciden con lo anterior, los niños con esta problemática presentan mayor riesgo de tener problemas de conducta que los niños comunes; como una pobreza en sus habilidades sociales en la relación con sus compañeros, oposición, ansiedad e hiperactividad, involucrándose también, variables individuales que dependen de factores endógenos y exógenos.

Baurain & Nader-Grosbois (2012) concluyen que durante las interacciones sociales, los niños pueden expresar sus emociones o su comportamiento y regularlo según sus metas, el contexto o la persona con quien interactúan

En este caso se decidió utilizar la terapia de juego para trabajar el estado emocional de una niña con discapacidad intelectual que fue adoptada, por lo tanto, en el próximo apartado se desarrollará en qué consiste esta modalidad de intervención psicológica.

## CAPÍTULO 4

### TERAPIA DE JUEGO INTEGRATIVA

#### 4.1. Terapia integrativa

Antes de hablar de terapia de juego, hay que mencionar brevemente que, de acuerdo con Seymour en Drewes et al. (2011), el término de *terapia integrativa* se entiende como una nueva forma de terapia con un cuerpo teórico y prácticas clínicas que sintetizan conceptos y métodos de dos o más corrientes, pero en realidad ésta comienza a desarrollarse en la tercera década del siglo XX, cuando se buscan puntos de encuentro entre el psicoanálisis y el conductismo, las corrientes principales en aquel entonces.

Esto no resulta extraño si consideramos que a lo largo de la historia de la psicoterapia han existido más de 400 modelos, de los cuales algunos se mantienen y otros desaparecen; en realidad la práctica de la integración se da desde hace mucho tiempo en diversos campos, ya sea a partir de la comparación de las diferencias o la identificación de las similitudes entre dos corrientes (Seymour en Drewes et al., 2011).

Recientemente se empezó a aplicar la terapia integrativa a poblaciones específicas que van desde grupos multiculturales a parejas, familias y niños.

#### 4.2. Definición de juego

De acuerdo con Díaz (1997), la actividad lúdica es un acto deliberado en el que existe interacción con elementos tanto físicos (otros niños, juguetes u objetos), como imaginativos (representación y manejos concretos o simbólicos). Participan en ella manifestaciones privadas, como evidentes o externas, tal es el caso de las sonrisas y los actos lúdicos visibles u observables.

El niño, a través del juego, expresa y adquiere vitalidad, no sin que por ello éste sea el fin mismo de la actividad. El juego no es sólo recreación y entendimiento; es mucho más que eso; es el recurso del niño para socializarse, aprender nuevas pautas de comportamiento, imaginar y crear, enfrentarse a sus conflictos y desahogar sus tensiones. En pocas palabras, el juego es una de las actividades más importantes para el niño, tan significativa como comer y recibir afecto (Díaz, 1997).

Para el niño la actividad lúdica es parte fundamental de su vida, en ella se desarrolla como individuo en la recreación, probándose y reafirmandose en todas sus capacidades. Comprender el juego permite hacer sugerencias para que los padres y educadores consideren su participación en el juego infantil (Díaz, 1997).

Vygotsky (1933/1978) consideraba al juego como una única y extensa zona de desarrollo próximo, en la que los niños avanzan ellos mismos mientras intentan resolver una amplia variedad de habilidades estimulantes. Una segunda característica del juego es su naturaleza basada en reglas, que también fortalece la capacidad de los niños de pensar antes de actuar. Los niños acaban comprendiendo mejor las normas sociales y las expectativas, y se esfuerzan para conducirse conforme a ellas (Berk, 1999).

El juego tiene un papel central en la psicoterapia del niño. Es el vehículo por excelencia, similar a los sueños de los adultos, considerado como la vía real al inconsciente. Además, en niños involucra una serie de funciones psíquicas que cimientan y pavimentan el proceso terapéutico. Entre otras, la imaginación, el pensamiento, la creatividad, la planeación, la anticipación, la función integrativa o de síntesis y, principalmente, la relación con el terapeuta (Rangel, 2009).

### **4.3. Terapia de Juego Integrativa**

Dado que los trastornos psicológicos, en especial en los niños y adolescentes, son diversos, complejos y multideterminados, se requiere un método de tratamiento multifacético (Schaefer 2003; citado en Schaefer, 2012). Este mismo autor explica que existen muchos “clientes” que no llegan con un diagnóstico claramente definido, sino que

tienen varios problemas traslapados debido a la comorbilidad; por lo tanto, se llega a la conclusión de que no existe una “talla única” a cada trastorno o problema que se presente en la actualidad. Debido a este aspecto multidimensional, la terapia de juego infantil exige a los terapeutas el uso de diversas posturas terapéuticas para satisfacer las necesidades del niño y los diferentes participantes en su vida (Coonerty, 1993; citado en Schaefer, 2012). El terapeuta necesita enfrentar las luchas internas del niño, establecer límites y ser para él un educador o mediador, mientras que en el siguiente momento el psicólogo escolar o el profesor debe entrar en contacto con alguno de los padres para evaluar el funcionamiento del niño. Esos roles, a menudo conflictivos y que cambian rápidamente, llevan a muchos terapeutas de juego a adoptar un estilo ecléctico normativo en que las intervenciones terapéuticas son elegidas y luego modificadas de acuerdo con la demanda externa más apremiante (Coonerty, 1993; citado en Schaefer, 2012). Esto no quiere decir que se salte de un tratamiento a otro, sino que se adopte un método integrador que abarque las distintas perspectivas teóricas y ofrezca herramientas para producir cambios en todos los aspectos del funcionamiento inadaptado de la persona (Coonerty, 1993.; citado en Schaefer, 2012).

Schaefer (2012), llega a la conclusión de que los terapeutas, y en particular los terapeutas de juego, deben ser más flexibles en sus métodos de tratamiento. La necesidad de flexibilidad, tiene como resultado la modificación del estilo de trabajo, la expansión de la orientación y la búsqueda de enfoques que aborden mejor las necesidades o intereses de un cliente en particular.

Existen diferentes caminos a la creación de un método de tratamiento integrador:

Norcross (2005; en Schaefer, 2012), los identifica como eclecticismo técnico, integración teórica, factores comunes e integración asimilativa.

El *eclecticismo técnico* es un método normativo que selecciona el mejor tratamiento para la persona y el problema. Esta decisión es guiada por la investigación de lo que en el pasado funcionó mejor para otras personas con problemas y características similares.

La *integración teórica* toma los mejores elementos de dos o más enfoques terapéuticos, y los combina con la expectativa de que el resultado será mayor que la suma de las dos terapias separadas. Se enfatiza la integración de las teorías subyacentes junto con la

integración de las técnicas terapéuticas. Los resultados dan lugar a una nueva dirección para la práctica y la investigación.

El enfoque de los *factores comunes*, identifica los ingredientes centrales subyacentes que comparten las distintas terapias. La meta es encontrar el tratamiento más sencillo y eficaz basado en esos aspectos comunes.

En la *integración asimilativa* se pide que el clínico tenga una base sólida en un sistema teórico, pero que a la vez esté dispuesto a la incorporación o asimilación selectiva de prácticas y puntos de vista de otros sistemas.

#### **4.4. Los poderes terapéuticos del juego**

Los poderes terapéuticos del juego pueden clasificarse en ocho categorías generales:

- a) comunicación
- b) regulación emocional
- c) mejora de la relación
- d) juicio moral
- e) manejo del estrés
- f) fortalecimiento del Yo
- g) preparación para la vida
- h) autorrealización.

Sin importar la edad, el juego tiene muchos beneficios en la vida: es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés y fomenta las interacciones y la comunicación social positiva. Cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración, a regular sus emociones y a destacar en una tarea que es innata. Pueden practicar nuevas habilidades de una forma que tiene sentido para ellos, sin los límites estructurados del “mundo real” o la

necesidad de usar un lenguaje verbal. No existen errores demasiado grandes que no puedan resolverse ni desafíos muy difíciles que no puedan enfrentarse mediante el juego. Esta actividad da a los niños la oportunidad de dominar su mundo a medida que crean, desarrollan y mantienen su sentido de sí mismos. Utilizan el juego para comunicarse cuando no tienen las palabras para expresar sus necesidades y esperan que los adultos entiendan su lenguaje (Schaefer, 2012).

Oliva, Medina, & Martínez, (2001), explican que el juego tiene uso terapéutico debido a que:

1. El juego y los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje del niño.
2. El niño se siente “en casa” en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juguetes y lo que le concierne.
3. Un medio de juego facilita la comunicación y la expresión también permite una liberación catártica de sentimientos, frustraciones, ansiedades, etc.
4. Las experiencias de los juegos son: renovadoras, saludables y constructivas.
5. Mediante el juego, el adulto se relaciona mejor con el niño.
6. El juego permite al niño construir un mundo aparte y evadirse de la realidad para entenderla mejor.

#### **4.5. Rol del terapeuta y rol de los padres**

Axline (1975) expone que la actuación del terapeuta no es pasiva, sino todo lo contrario, requiere toda su atención, sensibilidad y de una excelente apreciación de lo que el niño está haciendo o diciendo. Es necesario el entendimiento y su genuino interés en el niño. El terapeuta debe ser accesible en todo momento, lo trata con sencillez, honestidad y respeto, no hay nada frágil en su actitud para con él, su postura es recta y su presencia es tranquila. La autora comenta que un buen terapeuta es como el maestro favorito, con actitudes que denotan paciencia, comprensión y constancia.

Por otro lado, Cattanach (2009) menciona que la clave para un terapeuta de juego es el entendimiento de todas las formas de juego, necesita conocer la teoría y la práctica de la terapia de juego. Además el rol del terapeuta puede cambiar en función de las variaciones de cada modelo de intervención (Schaefer, 2012). Es decir, en algunas ocasiones el terapeuta se podrá comportar de manera permisiva y no directiva, y cuando haya tareas más estructuradas adoptará un papel más directivo. Por consiguiente, los padres pueden ser observadores, participantes ocasionales o estar presentes en todo el proceso, el rol que ejercerán también será determinado de acuerdo a la postura del terapeuta y del modelo seleccionado.

#### **4.6. Modelos terapéuticos empleados**

Para este caso, se trabajó con la modalidad de la Integración Teórica. Los enfoques terapéuticos de los que se retomaron las técnicas de juego para el trabajo clínico con la niña fueron:

##### ❖ *Psicodinámico*

El juego lo entiende en varias dimensiones como parte del desarrollo infantil, puede enfatizar las estructuras de la mente (por ejemplo, Ello, Yo y Superyó) o como mediador entre las demandas de las mismas, en el interjuego entre el deseo, el conflicto y el trabajo de las defensas, o como vehículo para descargar y satisfacer derivados instintivos; como una forma de sublimar y canalizar impulsos agresivos y sexuales; como una función del Yo para manejar y copar con la ansiedad; como un ensayo ante las separaciones y/o pérdidas, o para negar las mismas; como repetición de un trauma; como una forma de reparación; para dejarnos ver el ideal del Yo, al tornar lo pasivo en activo y asumir el rol de lo que quisiera ser, o para relacionarse con los objetos, y así al infinito, todas son ciertas, pero no hay una sola formulación que capture las numerosas dimensiones del juego en el contexto individual de cada niño y la relación con su terapeuta durante una sesión de tratamiento. La interpretación singular y específica surgirá de esta relación única en la psicoterapia (Rangel, 2009).



### ❖ *Gestalt*

Violet Oaklander realiza una explicación acerca de cómo el niño intenta adaptarse a su medio ambiente desde que nace, cómo se relaciona con los demás, cómo manifiesta sus necesidades y expresa sus sentimientos para encontrar un equilibrio con el medio que lo rodea, resultando en varias ocasiones la manifestación de síntomas que le permiten sobrevivir y adaptarse a su medio. (Oliva, Medina & Martínez, 2001)

La terapia Gestalt utiliza el juego en el que propone técnicas expresivas que le permitan al niño alternativas para vivenciar sus situaciones inconclusas. Por ello, la terapia gestáltica es en esencia un enfoque no interpretativo, porque su objetivo es la experiencia y no la introversión intelectual, por ello el juego es básico para que el niño experimente el aquí y ahora (Oliva, Medina & Martínez, 2001).

### ❖ *Relacional (Modelo de intervención Gestalt)*

Amescua (2008) explica el concepto central de este modelo, que es la integración de los padres en la psicoterapia infantil. Se basa en las siguientes premisas:

- a) el niño, los padres, el ambiente forman un todo, por lo tanto,
- b) el síntoma se concibe como parte de esta totalidad,
- c) sabemos que gran parte de los conflictos de los niños son el resultado de los conflictos familiares no resueltos.
- d) Hay actitudes o acciones que los padres no pueden realizar debido a que no saben cómo hacerlo y
- e) en muchas ocasiones, el avance del niño, logrado en la terapia, se ve frenado al regresar a un ambiente de conflicto.

El énfasis está puesto en el niño y los padres que participan para apoyar el desarrollo del niño.

### ❖ *Cognitivo-Conductual*

Implica el énfasis en las metas, la elección de actividades y materiales de juego, el juego como una forma de educación y la importancia de establecer conexiones entre la conducta y

los pensamientos del niño. La terapia de juego cognitivo-conductual expresa de manera verbal los conflictos y problemas para el niño y utiliza el tiempo y la relación terapéutica para ayudarlo a hacer conexiones entre palabras y conducta. (Schaefer, 2012)

A continuación se desarrollará la temática relacionada específicamente con la terapia de juego en niños con discapacidad intelectual.

#### **4.7. Terapia de juego con personas que padecen discapacidad intelectual**

O'Connor & Schaefer (2000), plantean que la terapia de juego sólo de manera reciente fue reconocida como una modalidad de tratamiento apropiada para las personas con deficiencia mental que padecen trastornos emocionales. Su desarrollo se relaciona de manera estrecha con un cambio reciente dentro del campo de la discapacidad intelectual: el reconocimiento de la enfermedad mental y el trastorno emocional como fenómenos reales entre estas personas. Con frecuencia, la conducta atípica o anormal de quienes padecen discapacidad intelectual se atribuye a su mismo padecimiento, en lugar de posibles causas emocionales.

Ahora existe una conciencia creciente de que las personas con una alteración cognitiva pueden sufrir trastornos emocionales, y de hecho lo hacen. Los síntomas más comunes son la depresión, la baja autoestima, y problemas para la socialización (Dosen, 1990; Menolascino, 1990; en O'Connor & Schaefer, 2000). Esto no sorprende, debido a que todos los niños con discapacidad intelectual (desde un grado leve hasta uno grave) con frecuencia experimentan situaciones en las cuales no alcanzan las expectativas y perciben o se les hace percibir sus limitaciones cognoscitivas y sociales. Todavía se sabe muy poco acerca de los procesos de apego de los niños con deficiencia mental y sus familias, pero en especial en el caso de los niños con una deficiencia mental grave, casi con certeza resulta más difícil para los padres el ser ese adulto responsivo que el niño necesita con la finalidad de desarrollar un apego seguro. Por otra parte, todas aquellas personas a las que se les ha colocado fuera de su casa paterna y su ambiente natural, han experimentado pérdidas en su seguridad básica y en los lazos familiares. Estos problemas psicológicos que, de manera específica se

relacionan con la deficiencia mental, se pueden confundir con otros acontecimientos vitales plenos de estrés (como los accidentes, la enfermedad, la pérdida de familiares cercanos o de otras personas importantes, y otros semejantes) que son parte de la vida en general y cualquiera podría toparse con ellos independientemente de cualquier impedimento. (Menolascino, 1900b; en O Connor & Schaefer, 2000)

Para Galindo, et al (2011), el factor decisivo es, obviamente, la existencia de un entrenamiento, tratamiento o educación especial; pues se sabe que estos individuos, con un entrenamiento apropiado y un ambiente óptimo, pueden adquirir buenas capacidades adaptativas y funcionar perfectamente en la sociedad.

Una vez establecida la teoría, da inicio la presentación del caso en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO 5

### MÉTODO

Para la realización de la intervención clínica se contó con la participación de una menor de 10 años de edad. El escenario de atención fue el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM. Las sesiones se realizaron dentro de una cámara de Gesell bajo supervisión, éstas se dieron una vez a la semana con duración de una hora. Se realizó una evaluación psicológica pertinente para la obtención de la integración del estudio psicológico y así proceder a la selección del tratamiento más adecuado. Una vez recolectados los datos, se trabajó con terapia infantil con juego de acuerdo a las necesidades y capacidades de la niña. Cabe aclarar que en un principio se trabajó en coterapia y a mitad del proceso terapéutico se manejó de manera individual.

El tipo de investigación aplicada fue un *Estudio de Caso Descriptivo*.

Antes de iniciar con el caso se presentará en la Tabla 2 las etapas de cómo se llevó a cabo este proceso terapéutico y posteriormente se continuará con la identificación de la paciente.

**Tabla 1. Etapas del Proceso Terapéutico**

<i>Etapas</i>	<i>No. de Sesiones</i>
Preconsulta	Una sesión.
Historia Clínica	Se llevaron a cabo 3 sesiones con la madre de crianza.
Período de Evaluación	1-8 Sesiones.
1ra. Etapa de las sesiones de intervención terapéutica	1-9 Sesiones: Enfoques utilizados: Gestalt, Psicodinámico y Cognitivo-Conductual.
2da. Etapa de las sesiones de intervención	10 y 11 Sesiones con la madre. Enfoque

terapéutica	utilizado: Relacional (Modelo de intervención Gestalt).
3ra. Etapa de las sesiones de intervención terapéutica	12-27 Sesiones: Enfoques utilizados: Gestalt, Relacional, Psicodinámico y Cognitivo-Conductual.
Período de la Post-Evaluación	1-6 Sesiones.
Última sesión con la madre	Entrega de resultados de la Post-Evaluación.
	<b>Total Número de Sesiones:</b> 46 Sesiones

### 5.1. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

**Nombre:** *Perla* (el nombre fue cambiado para mantener la confidencialidad)

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 10 años 7 meses

**Escolaridad:** 3er. Grado de primaria en escuela pública

**Nacionalidad:** Mexicana

**Nivel socioeconómico:** Bajo

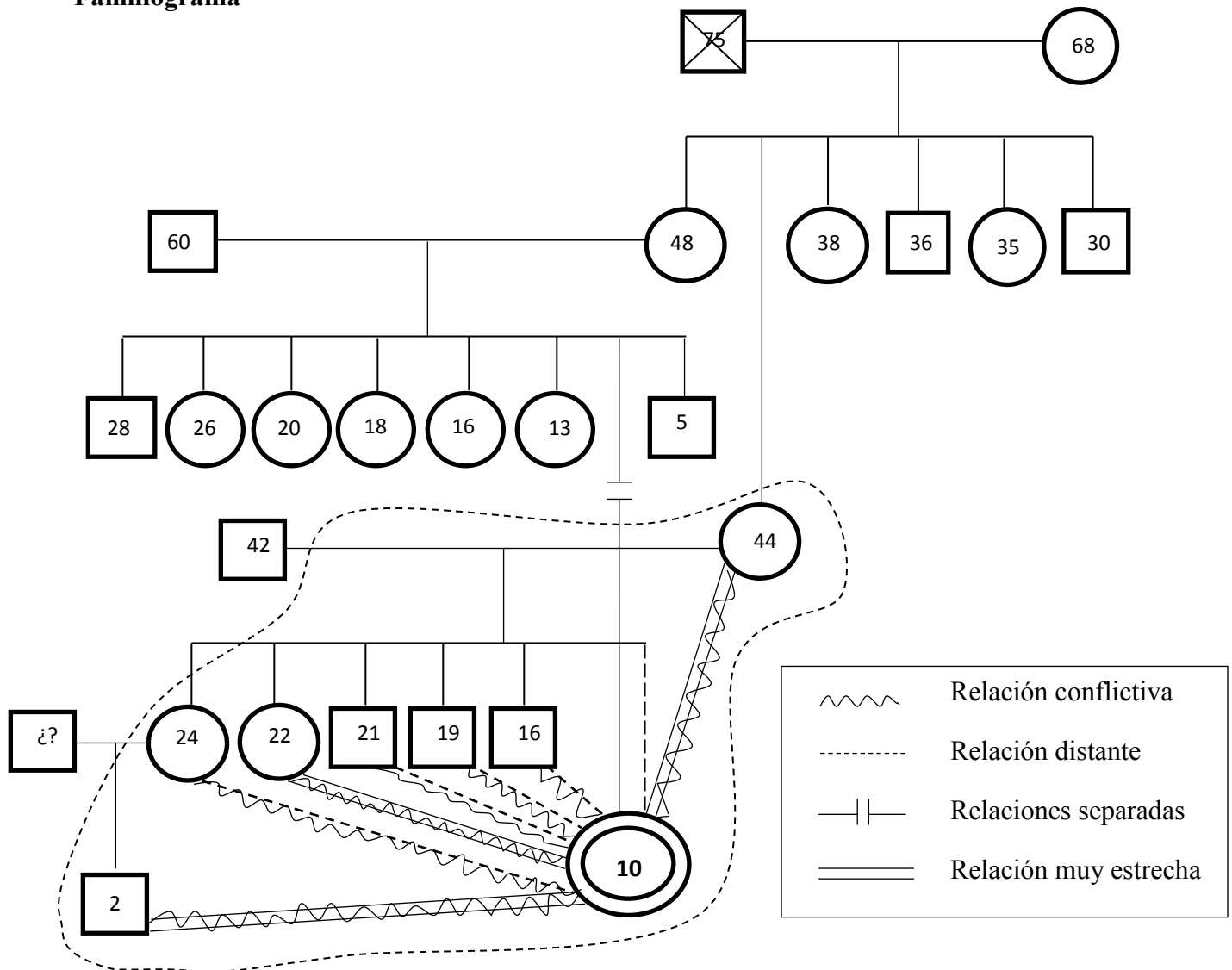
#### Descripción clínica del paciente

Perla era una niña tímida y temerosa, su apariencia física correspondía a la de su edad cronológica, su complexión física era delgada. Se presentó en adecuadas condiciones de higiene y aliño, con frecuencia se presentaba peinada de diferentes maneras. En la sala de espera, ella se mostraba entusiasmada y animada, pero una vez que entraba a la sesión su actitud cambiaba totalmente, guardaba silencio la mayor parte del tiempo, y sólo contestaba con un débil tono de voz “sí”, “no”, “no sé”, y frecuentemente negaba o asentía con la

cabeza cuando se le preguntaba algo. Sus movimientos se mostraban inseguros, temblaba o permanecía estática.

Desde un inicio, manifestó inseguridad y falta de confianza al espacio y a los psicólogos, su participación en las sesiones era escasa, en algunas ocasiones parecía estar “ausente”, se expresaba verbalmente con dificultad; para pronunciar algunas palabras lo hacía con voz entrecortada incluso ahogada.

### Familiograma



**Tabla 2. Composición Familiar**

<b>Nombre</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Edad</b>
<i>José</i>	Padre de crianza	42
<i>María</i>	Madre de crianza	44
<i>Karla</i>	Hermana de crianza	24
<i>Adriana</i>	Hermana de crianza	22
<i>Julio</i>	Hermano de crianza	21
<i>Irwing</i>	Hermano de crianza	19
<i>Alejandro</i>	Hermano de crianza	16
<b>PERLA</b>	-	<b>10</b>
<i>César</i>	Sobrino	2

\* Nota: Se cambiaron los nombres para guardar la confidencialidad.

## **5.2. Motivo de consulta**

María refirió primero haber llevado a su hija adoptiva a un Centro de Salud, posteriormente al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en donde la diagnosticaron con “Probable Discapacidad Intelectual Leve, y soporte familiar inadecuado”. Por último acudieron al DIF, donde no la pudieron atender, por lo que la canalizaron a la Facultad de Psicología de la UNAM.

La madre de la niña se encontraba muy angustiada, mencionaba que su hija “no retenía nada” de lo que le enseñaban en la escuela; debido a esta situación decidió darla de baja, y Perla dejó inconcluso el tercer año de primaria; en ese tiempo el padre de María se encontraba en el hospital, otra razón por la cual tomó esa decisión, ya que se encontraba muy agobiada para atender a las dos personas (a Perla y a su padre enfermo). Comentó haber investigado sobre la situación de su hija y tenía la impresión de que se trataba de

“retraso mental”, por lo tanto, esperaba que se le confirmara este diagnóstico y saber qué era lo que podía hacer.

Además, María explicó ser la hermana de la madre biológica de la niña, por lo tanto el tema de la adopción también le preocupaba y en algunas ocasiones había intentado explicárselo a Perla, pero la notaba confundida. Conjuntamente, el comportamiento de la niña comenzaba a irritarla, sus berrinches cada vez eran más frecuentes, y no lograba controlarlos. La madre mencionaba que su principal interés era que Perla aprendiera lo básico para que pudiera manejarse mejor de adulta.

### **5.2.1. Antecedentes al motivo de consulta**

La madre biológica de Perla es Julieta hermana de María, esta última la adoptó porque Julieta la había dejado en el hospital a los 20 días de nacida aproximadamente; debido a una neumonía, desnutrición y deshidratación. La madre de crianza (María), mencionó que su hermana (Julieta) desde pequeña presentaba “cierto retraso mental”, de hecho dos de sus hijos tenían ese diagnóstico, y su hijo menor de cinco años no hablaba. Además, la madre biológica durante el embarazo, no tuvo ningún tipo de atención médica.

A los cuatro meses de nacida, Perla tuvo una caída fuerte desde una litera donde la parte más afectada fue el costado izquierdo de la cabeza; constantemente se caía al caminar ya que lo hacía “de puntitas”, sin embargo, la madre no refirió haberle practicado una radiografía o algún otro tipo de examen médico. A partir de los 3-4 años dejó de caerse y caminar así.

Durante el preescolar se le complicaban las tareas que le dejaban, pero sus problemas de aprendizaje comenzaron a acentuarse cuando pasó al segundo año de primaria. Le costaba trabajo atender a la clase y realizar sus tareas, la mayor parte del tiempo se la pasaba fuera del salón y no obedecía a ningún maestro, comenzaba a confundir las letras y olvidaba lo que le enseñaban en clase.



Así mismo, el problema de conducta de Perla coincidió con el hecho de que su mamá se fue por 9 meses a E.U.A. a visitar a su esposo, cuando la niña tenía 7 años aproximadamente, que se quedó bajo el cuidado de una amiga de María. Debido a cuestiones de trabajo el padre adoptivo de Perla migró a E.U.A., pero mantenía contacto telefónico todos los días.

### **5.3. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

#### **5.3.1. Historia de Desarrollo de Perla**

- *Nacimiento y desarrollo*

La madre de Perla describió que durante el embarazo de su hermana (madre biológica) tuvo pocos cuidados. Recordó que su hermana no se alimentaba adecuadamente, no asistió al médico en ninguna ocasión y durante el embarazo continuó con sus actividades en el campo, cosechando frutas y verduras, viviendo en una población del interior de la República.

Perla nació por parto natural a los 9 meses, con un peso de 2,300 kg.

Al mes de nacida, Perla fue llevada al hospital por deshidratación, desnutrición y neumonía; cuando la niña es dada de alta, su madre biológica (Julieta) decidió “regalársela” al doctor que la atendió. Entonces María habló con ella para que lo reconsiderase, pero no obtuvo éxito, por lo tanto la madre de ambas (abuela de Perla) conversó con María para que se quedara con la bebé, debido a que ella tenía mejores posibilidades de mantenerla en la ciudad, sumado a esto, uno de los deseos de María era tener seis hijos, “tres niñas y tres niños”, y con Perla se cumpliría dicho deseo. Es así, que María se convierte en la madre adoptiva de la niña.

Durante sus primeros dos meses de vida de Perla, Julieta vivió con su hermana en el Distrito Federal para poder alimentarla con leche materna. Sin embargo al tercer mes, la madre biológica regresó al pueblo de su origen, a partir de esto, comenzó a ser alimentada con fórmula láctea y papillas de frutas.

En cuanto al desarrollo motor y del lenguaje: según refirió la madre de crianza, a los 4 meses logró sostener la cabeza, a los 7 meses pudo sentarse sola y a los 10 meses inició el gateo.

Perla comenzó a hablar cuando tenía 1 año y caminó a la edad de 1 año y medio; sus primeras palabras fueron “papá” y “mamá”.

- *Antecedentes Patológicos*

Al mes de nacida Perla, fue llevada al hospital por deshidratación, desnutrición y neumonía.

Además, desde bebé le diagnosticaron dermatitis atópica; solía rascarse constantemente hasta sangrarse. Normalmente lo hacía cuando estaba nerviosa o la regañaban.

- *Antecedentes Heredofamiliares*

María mencionó que la madre biológica de Perla parecía tener “retraso mental”, al igual que tres de sus hijos: Adrián de 28 años, Yesenia de 26 años y Hugo de cinco años, el cual aún no empezaba a hablar; también comentó acerca de un tío que había presentado problemas de alcoholismo, y el fallecimiento del abuelo materno de Perla, por cáncer de próstata.

- *Configuración familiar adoptiva*

La familia de Perla estaba integrada por nueve miembros: su papá, su mamá, ella, tres hermanos, dos hermanas y su pequeño sobrino.

Desde el inicio del tratamiento, sus padres habían mantenido una relación conyugal a distancia, debido a que el padre adoptivo se encontraba trabajando en E.U.A.

Por lo tanto, la madre se sentía angustiada y cansada con todas las actividades que tenía que llevar a cabo día a día: trabajar desde temprano, cumplir con los quehaceres de la casa, cuidar de Perla y sobrellevar el duelo de la pérdida de su padre; sin contar con la ayuda de sus demás hijos, pues todos ya estaban hartos de la desobediencia y falta de disciplina en las labores escolares de la niña; la única que había tratado de ayudar a Perla en la escuela había sido su segunda hermana adoptiva. Además todos ellos eran estudiantes, por lo que

no contaban con un trabajo para ayudar económicamente a su madre, y la hermana mayor se tenía que hacer cargo de su propio hijo.

La madre de crianza narraba ser muy “gritona” cuando se irritaba, y le daba nalgadas a la niña cuando no hacía lo que se le indicaba.

Durante el tiempo que no acudía a la escuela, Perla se dedicaba a ver la televisión o a jugar con su sobrino (César) de dos años, en algunas ocasiones terminaban peleando. La madre había notado que una de las cosas que molestaban a Perla es que llegaban a compararla con él.

- *Desarrollo escolar*

Cursó dos años de preescolar, durante este tiempo Perla no presentó ningún tipo de dificultades al aprender nuevas cosas, en ese entonces era participativa, le gustaba hacer tareas y la clase de educación física. De acuerdo a lo que comentó la madre, el problema surgió cuando entró a la primaria, a los 6 años de edad, durante el primer año todo marchaba bien, pero empezaba a tener dificultades con el orden de las letras, cada vez se volvía más distraída e inquieta, no copiaba las tareas como estaban escritas en el pizarrón, se salía del salón para jugar con otros niños y en algunas ocasiones les pegaba.

La mayor parte del tiempo no quería trabajar, sin embargo, en la clase de computación tenía un buen desempeño, a diferencia de la clase de educación física en la que se mostraba poco participativa.

Al inscribirla al tercer año de primaria, la madre se dio cuenta que Perla no estaba rindiendo como los demás niños, además en ese tiempo el padre de María quien vivía en una población de Puebla, se encontraba muy delicado de salud, por lo que no podía atender inmediatamente lo que estaba sucediendo con Perla y decidió sacarla de la escuela. Al poco tiempo, falleció el padre de María, fue así que comenzó a buscar ayuda profesional para poder reinscribirla en tercer año.

Perla era capaz de leer en voz alta sin gran dificultad, aunque en algunas ocasiones confundía letras (la “a” con la “e”) y no llegaba a comprender completamente lo que leía, además de que solía olvidar muy pronto la información.

En primer año obtuvo promedio de 8 y en segundo promedio de 7.

Posteriormente, volvió a la primaria, empezando el tercer año, sin embargo, continuaba con dificultades en su comportamiento y aprendizaje.

- *Área social*

Perla prefería socializar con niños más pequeños, con quienes solía ser cariñosa y disfrutaba jugar con ellos. Mientras que con los niños de su edad, solía cohibirse, era tímida, pero sino le hacían caso les pegaba o los “acosaba” (abrazándolos todo el tiempo), pues siempre quería jugar.

- *Área sexual*

La madre comentó sobre las pláticas que había tenido con Perla sobre este tema; le había tratado de explicar los cambios físicos que tiene una mujer, como la menstruación y el crecimiento de los pechos. En alguna ocasión Perla preguntó “¿qué es sexo?”, la madre contestó que era “el sexo: Hombre y sexo: Mujer” (haciendo referencia al género masculino y femenino).

- *Descripción de un día común*

Acostumbraba levantarse a las 8 o 9 de la mañana, veía la televisión mientras esperaba el desayuno. Sus programas favoritos eran: Bob esponja y la Rosa de Guadalupe.

Le gustaba jugar a la comidita, con sus muñecas o andar en bicicleta.

Comía aproximadamente a las 4 o 5 de la tarde, volvía a ver televisión, jugaba un rato y cenaba a las 10 de la noche, para dormirse a las 11:00 pm.

- *Descripción de un fin de semana*

La mayoría de las veces se quedaban en casa y veían televisión.

- *Independencia personal*

Se bañaba y vestía sola, aunque no se enjuagaba adecuadamente el cabello, trataba de tener sus cosas ordenadas y tendía la cama; se cepillaba los dientes y el cabello, pero aún no

se peinaba sola. Le costaba trabajo amarrar las agujetas de los tenis, por eso es que prefería los que se abrochaban con velcro.

- *Área emocional*

Cuando Perla se enojaba comenzaba a llorar y gritar, tiraba cosas al suelo y les pegaba. Le molestaba que le apagaran la televisión o cuando su mamá salía al mercado y no la llevaba. Cuando Perla estaba triste se mantenía callada y no lloraba. Y cuando estaba feliz, de todo se reía y platicaba mucho; las situaciones que la ponían feliz eran salir a la calle o al tener visitas en la casa. Le tenía miedo a la oscuridad y a “Chuky”.

También se había observado que en situaciones en las que se encontraba muy nerviosa se rascaba los brazos, las manos y las piernas hasta sangrar.

#### **5.4. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS**

De acuerdo con el motivo de consulta y la historia de desarrollo era importante evaluar si la niña presentaba rasgos o síntomas relacionados con el retraso mental, o con alguna situación emocional relevante que pudiera estar relacionada con el comportamiento disruptivo de Perla.

Con la finalidad de lograr un diagnóstico integral se aplicaron las siguientes técnicas e instrumentos psicológicos:

- ❖ Sesión de juego diagnóstico
- ❖ Dibujo Libre
- ❖ Test Gestáltico Visomotor de L. Bender Interpretación por la técnica de Elizabeth Koppitz.
- ❖ Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Elizabeth Koppitz.
- ❖ Test del Dibujo de la Familia Kinética de Burns y Kaufman.
- ❖ Test del Dibujo de la Familia de Louis Corman
- ❖ Prueba HTP (Casa, Árbol, Persona) de John Buck.

- ❖ Test de Apercepción Temática Infantil con Figuras Animales de Bellak (CAT-A)
- ❖ Escala de Inteligencia Wechsler para Nivel Primario (WISC-IV)

### 5.4.1 Área Intelectual

**Tabla 3. Análisis de la Puntuación CIT y Puntuaciones Índice del WISC-IV**

	<b>Puntuación Escalar de las subpruebas</b>	<b>Puntuación Compuesta de los Índices</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>ICV</b>	13	67	Muy bajo
<b>IRP</b>	16	71	Límite
<b>IMT</b>	09	68	Muy bajo
<b>IVP</b>	12	78	Límite
<b>CIT</b>	50	64	Muy bajo

Los resultados de Perla mostraron un C.I. Total de 64, lo que indicó que poseía una capacidad intelectual equivalente a la categoría de **Muy bajo** de acuerdo a la media poblacional. Predominó su inteligencia cristalizada sobre la fluida, lo cual estableció que tenía mayor facilidad para desempeñar tareas que requirieran de capacidades, estrategias y conocimientos que representan el nivel de desarrollo cognitivo alcanzado por el sujeto a través de su historia de aprendizaje. La inteligencia estaba constituida fundamentalmente, por aptitudes relativas a la comprensión verbal, el establecimiento de relaciones semánticas, la evaluación y valorización de la experiencia, el establecimiento de juicios y conclusiones, los conocimientos mecánicos y la orientación espacial.

Al evaluar los índices, se observó que Perla tenía dificultades para realizar actividades que estaban relacionadas con el proceso de pensamiento, expresión verbal, atención, concentración y razonamiento fluido; en tareas que dependen en gran medida del conocimiento adquirido, como en habilidad aritmética, razonamiento verbal y del área de razonamiento abstracto. En donde tuvo un mejor desempeño, fueron en tareas simples y de tipo administrativo con rapidez.

Al comparar las puntuaciones de Perla con las normas de edad, se proporcionan los equivalentes de edad:

**Tabla 4. Puntuación Natural y Equivalentes de Edad del WISC-IV**

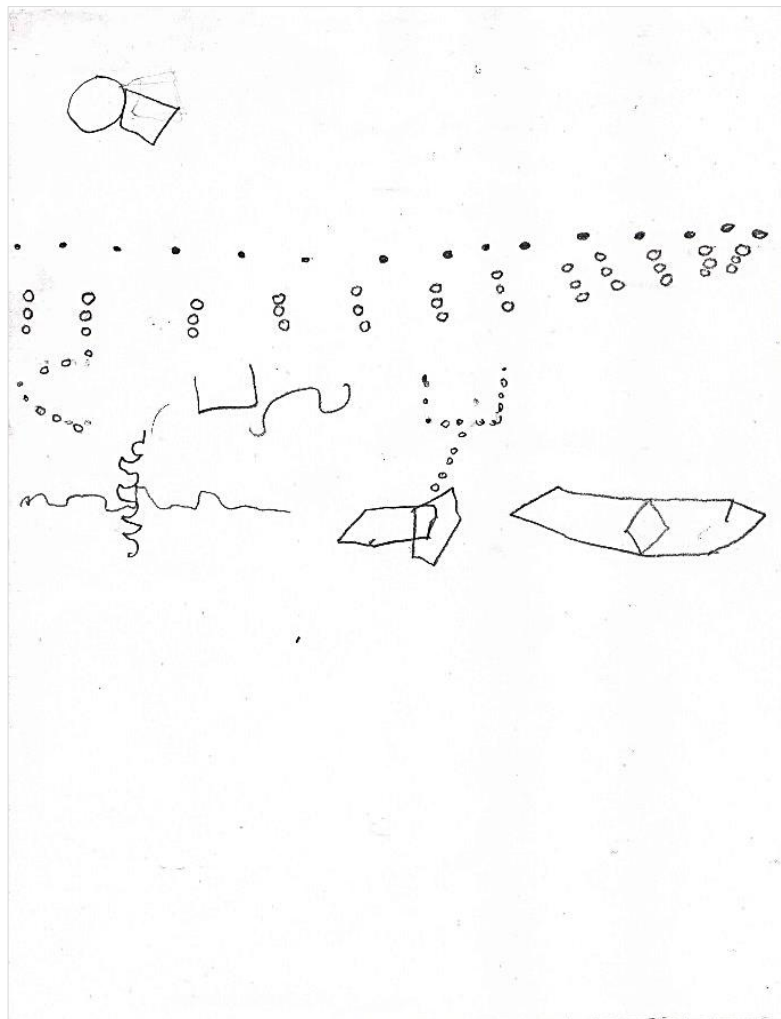
<b>Subprueba</b>	<b>P. Natural</b>	<b>Edad</b>	<b>Subprueba</b>	<b>P. Natural</b>	<b>Edad</b>
<b>DC</b>	12	<6:2	<b>FI</b>	9	<6:2
<b>SE</b>	5	<6:2	<b>RG</b>	36	<6:2
<b>RD</b>	8	<6:2	<b>IN</b>	9	<6:2
<b>CD</b>	8	6:2	<b>AR</b>	8	<6:2
<b>CL</b>	23	<6:2	<b>PC</b>	1	<6:2
<b>VB</b>	15	<6:2	<b>DCSB</b>	12	6:2
<b>NL</b>	8	6:2	<b>RDD</b>	4	<6:2
<b>MT</b>	11	6:2	<b>RDI</b>	4	6:2
<b>CM</b>	9	<6:2	<b>RA</b>	14	<6:2
<b>BS</b>	15	6:2	<b>RE</b>	22	6:2

### 5.4.2. Área Perceptomotora

Al revisarse los resultados de Perla en la tabla de medias y desviaciones estándar del Test Gestáltico Visomotor de L. Bender Interpretación por la técnica de Elizabeth Koppitz, se observó que la calificación de 13 correspondía a una edad que fluctuaba entre los 5 años a los 5 años 5 meses.

Se encontró que frecuentemente distorsionaba las formas, integraba y modificaba las figuras, era común que realizara rotaciones y cambiara curvas por ángulos. Asimismo, presentaba inestabilidad en la coordinación motora. Lo anterior, quizá explica parte de las dificultades que presentaba en el área escolar; además, de la posibilidad de que existiera alguna alteración neurológica. Por lo tanto, se sugirió contrastar con una prueba neurológica.

**Figura 2. Ejecución del Bender**





### 5.4.3. Área Emocional

Se observó que Perla era una niña emocionalmente inestable, ansiosa, tímida, introvertida, con baja autoestima, insegura y con poco control de impulsos, lo cual puede influir para que actúe, en algunas ocasiones, de forma agresiva.

Lo anterior se pudo constatar en las dos sesiones de **Juego Diagnóstico**:

En el primer acercamiento con los materiales de juego dentro de la Cámara de Gesell, Perla se notaba con temor e inseguridad, aunque se le invitaba a jugar sólo miraba los juguetes, y fijaba la mirada en las psicólogas, ocasionalmente sonreía, además tenía un ligero temblor en la pierna y brazo derecho.

Se mantenía alerta a las personas que la acompañaban, así como a los ruidos de su alrededor, por lo que no lograba jugar cómodamente con los juguetes que se le proporcionaban. Aunque en la segunda sesión de Juego Diagnóstico Perla tomaba los juguetes con un poco más de confianza y hacía más participes de su juego a las psicólogas, seguía manteniendo una distancia, con miedo.

**Figura 3. “La comidita” 2da. Sesión de Juego Diagnóstico**



Los momentos de jugar, era lo que más le divertía; su juego era desordenado y no poseía una secuencia, cuando se aburría o creía no poder hacerlo, acostumbraba pasar a otro juego, dejándolo inconcluso, también intentaba hacer que las cosas encajaran “a la fuerza”, teniendo momentos de impaciencia.

A través de las pruebas se detectó, que existía una gran preocupación por el pasado, que quizás se debía a su propia historia de vida. De igual manera, se ubicaron rasgos depresivos y de inmadurez, tanto emocionales, como cognitivos.

Por ejemplo, en el **Dibujo Libre** (Figura 4), de acuerdo a los escritos de Wallon, Cambier, y Engelhart (1999) se apreció un trazado simple, descrito como “aro”, que es un trazado redondo, ejecutado de un sólo movimiento, lo que demuestra un carácter primitivo.

**Figura 4. Dibujo Libre “Las psicólogas”**



El dibujo abarcaba toda la hoja, aunque las figuras eran muy pequeñas y aisladas, además los colores elegidos y el tipo de trazo eran débiles, no se llegaba a notar a simple vista los rasgos de la cara, que pueden ser indicadores de depresión y falta de contacto social, el coloreado no era uniforme ya que parecen rayones, estando relacionado con ansiedad, no existía una base en donde pudieran apoyarse ambas figuras, ya que éstas se encontraban en medio de la hoja “flotando” y el pasto quedaba hasta la orilla del lado inferior de la hoja, lo que nos podría indicar una falta de apoyo y soporte, así mismo la existencia de un margen encerrando a estas figuras, se podría relacionar con una protección que ponía Perla hacia lo externo.

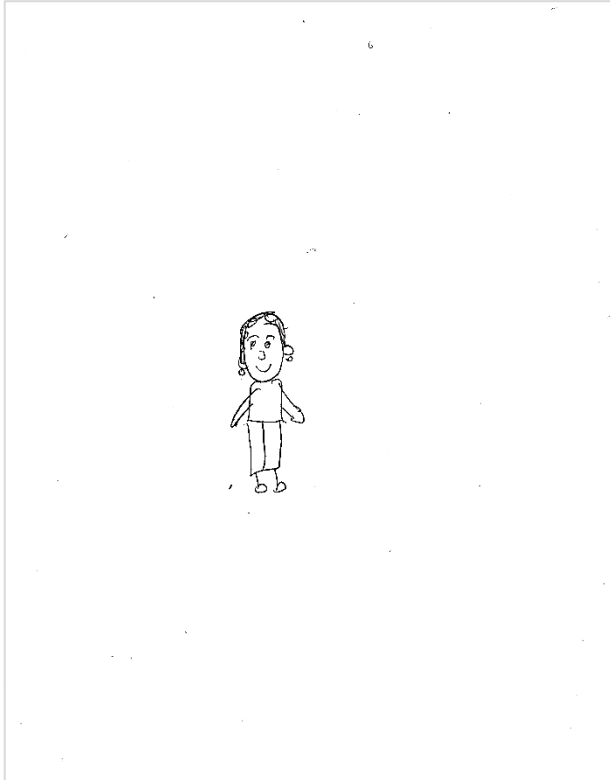
En el **Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Elizabeth Koppitz**, su primera figura fue representada por alguien del sexo femenino, siendo esta figura con la que se identificaba. De acuerdo a los criterios establecidos por Koppitz, Perla obtuvo 4 puntos, alcanzando un nivel de maduración **Nivel Normal a Normal Bajo**.

Omitió el cuello y los dedos de las manos, lo cual se considera significativo de acuerdo a la edad cronológica, los cuales sugieren signos de inmadurez, retraso o regresión debido a problemas emocionales. Por otro lado se observan áreas sombreadas y transparencias, las cuales se asocian con ansiedad, sentimientos de devaluación e inmadurez neurológica y emocional (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

Para explorar la percepción que tenía Perla de la figura masculina, se consideró adecuado pedirle el dibujo correspondiente. Fue a través de la segunda figura masculina, que se percibió poca diferencia en cuanto a las características genéricas o físicas de ambos dibujos, pues la vestimenta y forma corporal es muy similar; siendo los aretes el único elemento que diferencia el uno del otro. Lo anterior sugirió un conflicto en el área de la identificación del género.

Era evidente que Perla buscaba apoyo y un sostén emocional, ya que experimentaba sentimientos de soledad y rechazo, sobre todo dentro de su dinámica familiar. Lo anterior podía estar impactando en sus relaciones interpersonales, debido a que le resultaba difícil relacionarse y confiar en otras personas.

**Figura 5. DFH femenino**



**Figura 6. DFH masculino**



En la **Prueba del dibujo de la familia kinética de Burns y Kaufman**, Perla dibujó a todos los miembros de su familia jugando fútbol, cuando se le preguntó si alguien hacía falta, recordó que ella no se había dibujado, entonces se colocó hasta el final. Su relato fue el siguiente:

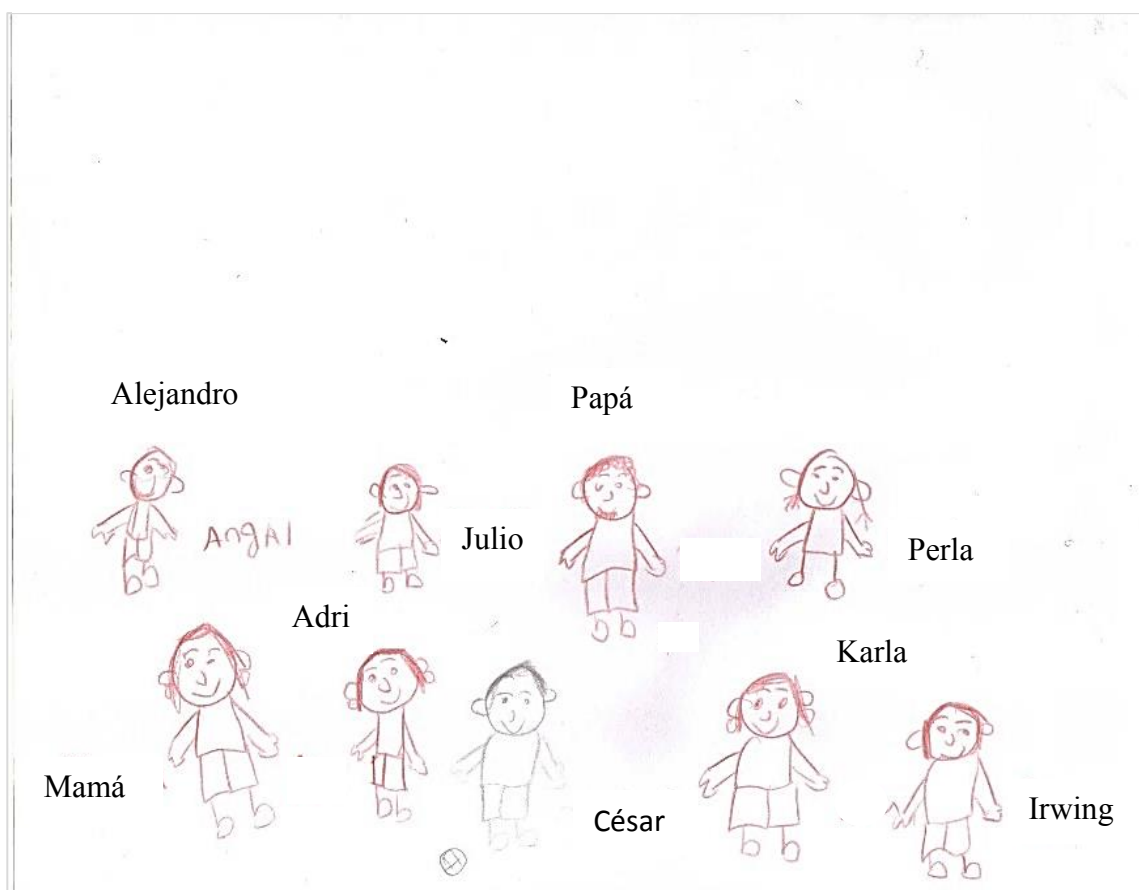
“Mi sobrino César juega con juguetes, carros. Karla y Irwing juegan con la computadora. Adriana está embarazada, está tendiendo las camas. Mi mamá hace la comida, ve la televisión, lava la ropa y va a trabajar. Armando avienta su mochila, va a la escuela y a veces juega con la computadora. Mi papá está en E.U, cuando estaba aquí hacia los mandados. Yo a veces juego a los juguetes, a la cocina o a las piezas”.

Perla describió un ambiente en el que cada miembro de su familia tenía sus propias actividades de manera aislada. Además, se observó un ambiente hostil en donde existían situaciones de conflicto, ya que la niña señaló que los que no se encontraban en casa eran los más felices.

La distancia entre los personajes es notoria, se piensa que la distancia física entre los personajes refleja la distancia emocional existente entre los mismos, es decir, a mayor distancia puede haber menor comunicación (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

En primer lugar, Perla había suprimido su propia figura, como una defensa consistente para negar una realidad que produce ansiedad o conflicto intrapsíquico. Así mismo, se presentó una ausencia de base para todos los personajes, siendo un indicador de inestabilidad familiar (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

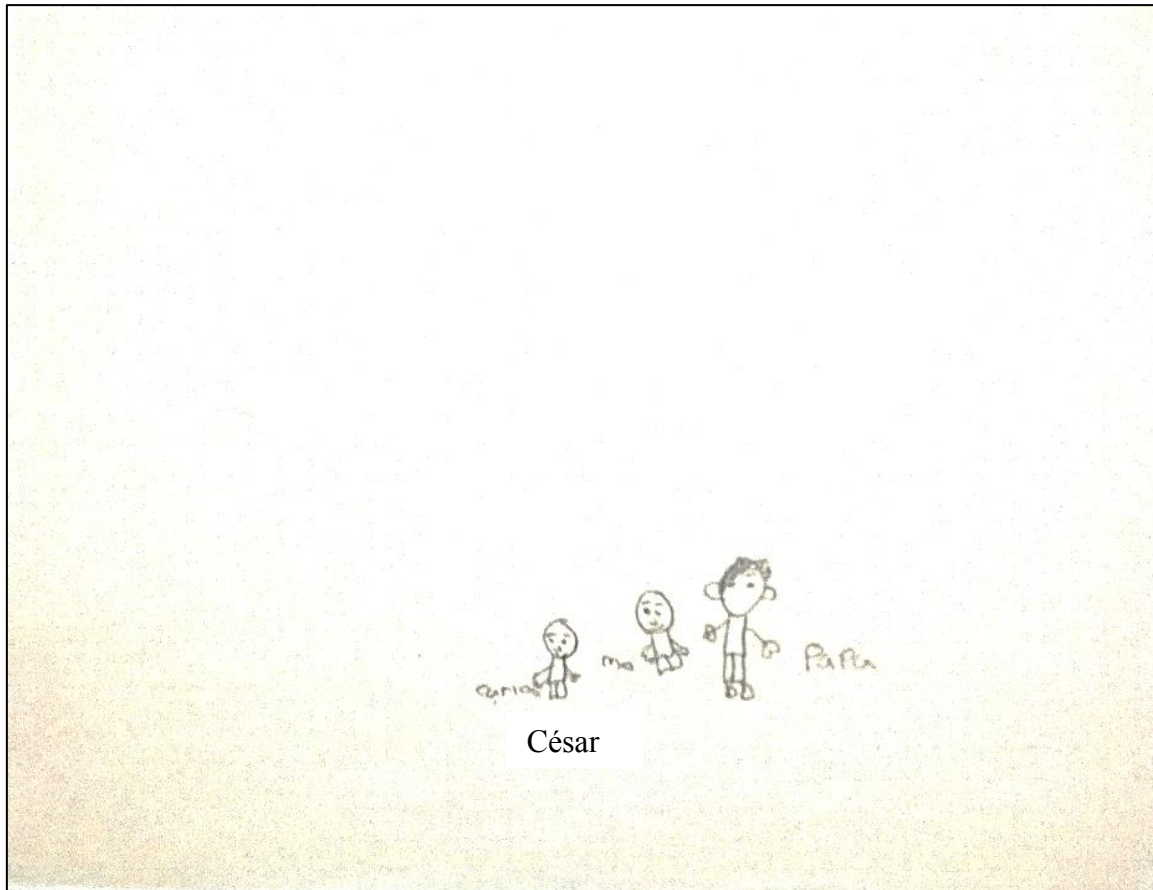
**Figura 7. Dibujo Familia en Movimiento**



En la **Prueba del dibujo de la familia de L. Corman**, se presentó la omisión de sus hermanos y de ella misma; se ha encontrado que al omitir a los hermanos sea posible que exista rivalidad, y al suprimirse, pueda deberse a que no se sienta parte de la familia.

Siendo generador de trastornos graves de adaptación a la vida familiar o al deseo de obtener más atención del núcleo familiar. (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007)

**Figura 8. Prueba del Dibujo de la Familia de L. Corman**



En la **Prueba HTP (Casa, Árbol, Persona) de John Buck (1995)**, también se ubicaron indicadores significativos:

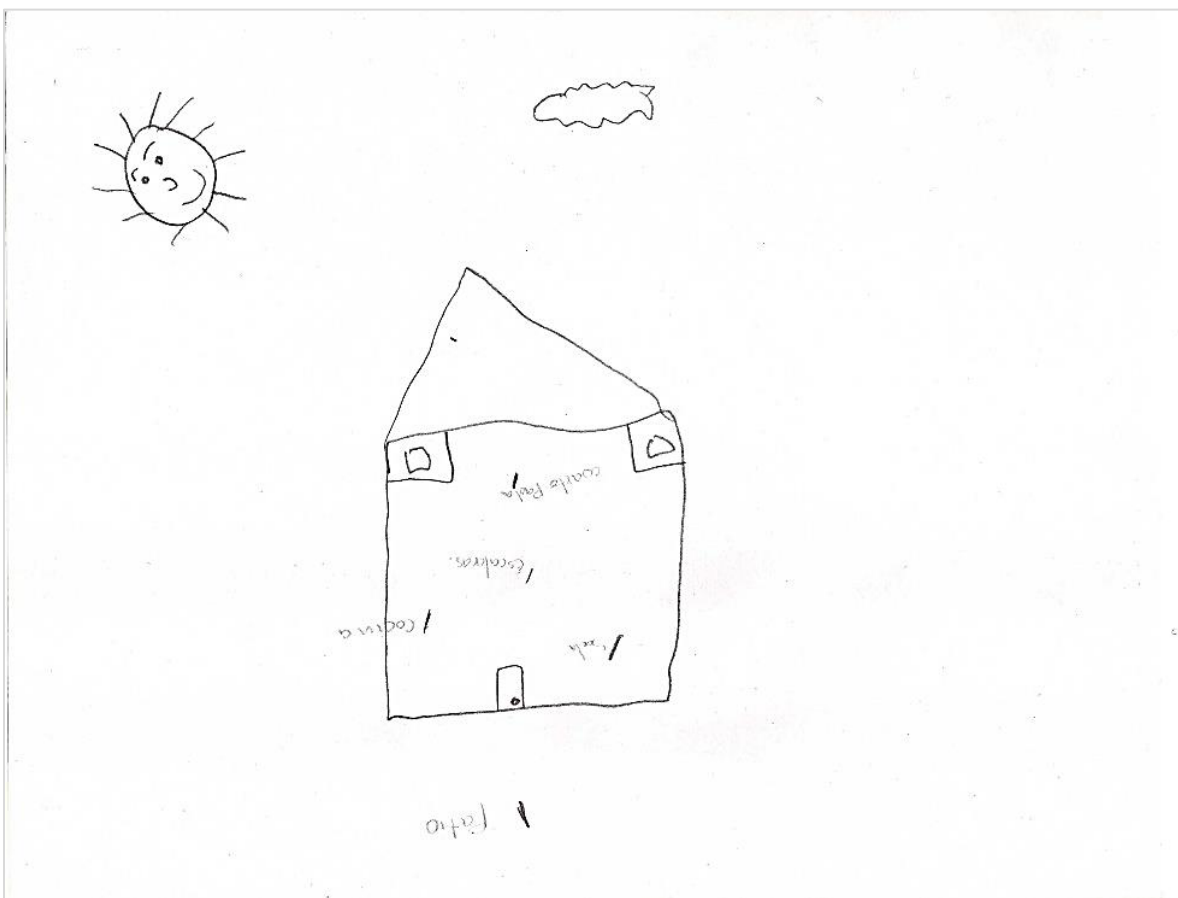
- *Casa*

La puerta y ventanas de la casa son pequeñas, sugiriendo inadecuación y aislamiento. Mientras que el trazo da la impresión de debilidad e inseguridad, por lo que es posible que estuviera experimentando una sensación de derrumbe, ante lo cual, su YO se esfuerza por

mantener equilibrio y control. Además se hace presente un elemento animista, indicador de inmadurez.

Piaget (1984; en Pacheco & Lugo, 2004) afirma que el animismo es consecuencia de una falta de consciencia de sí, por lo que va desapareciendo en la medida en que el niño la adquiere. Asimismo, advirtió que ésta tendencia se debía a una limitación cognitiva, que proviene de su incapacidad inicial para distinguir entre él y el mundo exterior y a la falta de consciencia del yo.

**Figura 9. Prueba HTP (Casa)**



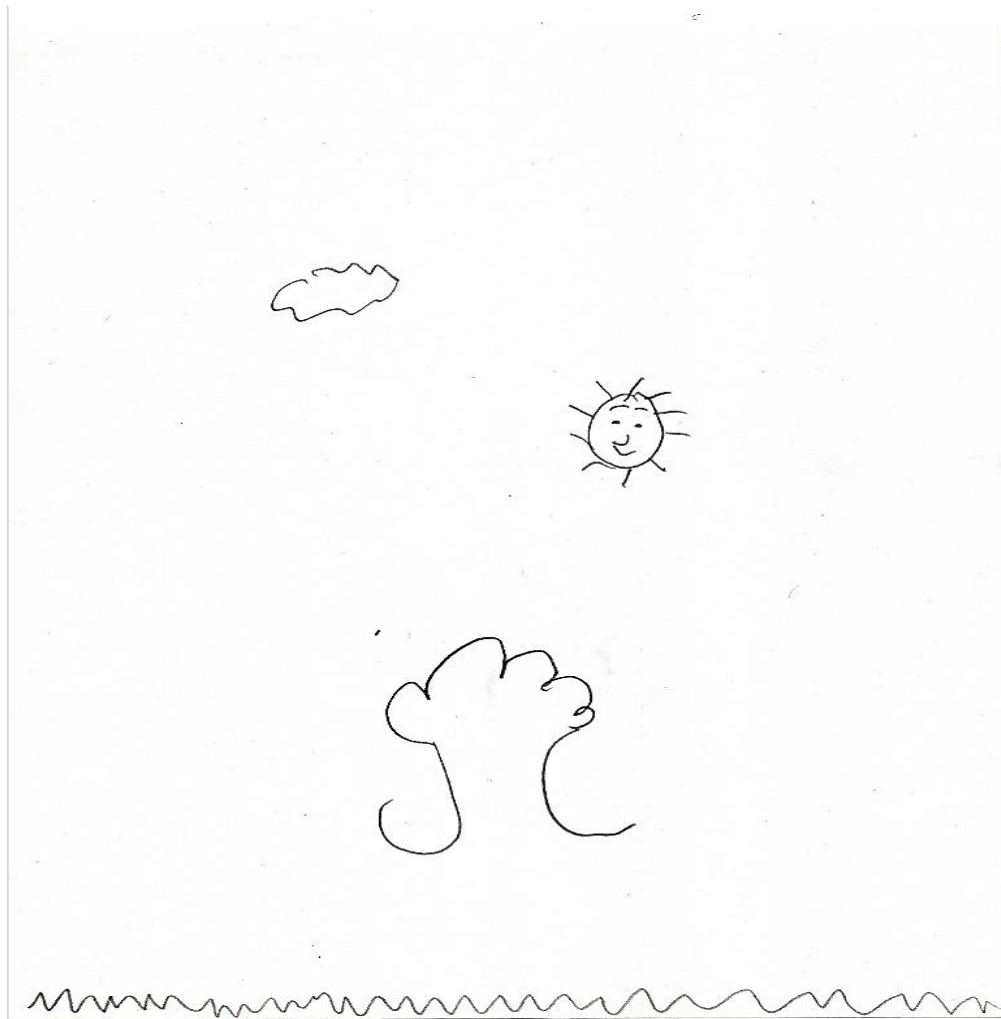
- *Árbol*

Mientras que el tamaño del árbol es pequeño, indicador de sentimientos de inadecuación para enfrentar el medio en el que se desarrolla. El árbol en forma de “ojo de cerradura”, sin



una línea que cierre la base de su ramaje y sin una línea que cierre la base del tronco, implica fuertes tendencias oposicionistas.

**Figura 10. Prueba HTP (Árbol)**



- *Persona*

También se observan signos de ansiedad, poco control de impulsos y dificultad para establecer contacto con otras personas. Es posible que Perla experimente confusión en la identificación con su género. A su vez, se muestran unas nubes como figuras extras que agregó al dibujo solicitado como una forma de perfeccionar u ocultar algo.



**Figura 11. Prueba HTP (Persona)**



Se ha observado que las personas deprimidas muestran poca energía por lo que sus actividades se ven disminuidas y no se sienten capaces de cumplir con las tareas que se les encomienda. Debido a estas características, las historias del CAT de los niños con este tipo de trastornos son cortas, ya que por su inseguridad no son capaces de hacer muchas asociaciones. La manifestación de las emociones es escasa, las expectativas hacia el futuro son pesimistas y no se muestran conductas activas para resolver las situaciones que se presentan (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

Se ubicaron indicadores de depresión así como de ansiedad, que descargaba a través de los rasguños que se provocaba en los brazos y manos.

Por estas razones se consideró que el mecanismo de defensa que empleaba, era principalmente el de la represión, que es la exclusión del conocimiento o conciencia de los impulsos, sentimientos, recuerdos, y/o experiencias amenazantes (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

Cabe mencionar que se detectaron indicadores, que sugerían la posibilidad de que la niña hubiera experimentado algún acontecimiento traumático en relación a la sexualidad o que lo hubiera sufrido. Por ejemplo, cuando se le presentó la última lámina del **Test de Apercepción Temática Infantil (CAT-A) de Bellak**:

#### *Lámina 10*

“Hay un baño y dos perritos: uno es el hijo y el otro su papá. La casa es de ellos, están felices, están bien.” (sic).

- ¿Cómo terminará la historia? “Que su hijo está jugando y su papá está encima de él” (sic).

Esta lámina fue la que más le causó conflicto para realizar la historia, al presentársela Perla desviaba la mirada tratando de evitarla, además este relato fue uno de los más cortos, su comportamiento se notaba ansioso e inquieto.

También se detectaron temas de ambientes amenazantes, en otras láminas, por ejemplo:

#### *Lámina 7*

“Es el rey león y el mono y los árboles, hay una cuerda para que el chango se cuelgue. El rey león persigue al chango porque se lo quiere comer, porque está enojado. El chango está colgado, él le tiene miedo al rey león de que se lo coma” (sic).

- ¿Cómo terminará la historia? “Si se lo comerá” (sic).

En este relato se destacó el temor que Perla experimenta frente a estímulos agresivos; al identificarse con el mono del gráfico, se siente débil y sola; y no cuenta con el apoyo de

otras personas para poder enfrentar la situación. De este modo, se observó una fuerza yoica pobre, debido a que tampoco posee los suficientes recursos para defenderse por sí misma (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

En cuanto a las relaciones interpersonales, poseía una personalidad poco sociable, presentaba problemas para confiar en las demás personas; Perla sentía inseguridad y temor frente a estímulos agresivos o que eran desconocidos para ella, así como a temas que tenían que ver con el abandono y el rechazo. Por lo tanto, esto le había ocasionado dificultades para interactuar con niños de su misma edad o con otras personas. Podía llegar a tener conductas rebeldes e impulsivas cuando algo no le agradaba o cuando le costaba trabajo realizar una actividad, por lo que prefería no hacerlo o cambiar de tarea. Además, se identificó que tenía conflictos para expresar libremente sus emociones e inhibía su pensar y sentir, necesitaba de la aprobación de los demás para ejercer alguna acción.

### **Impresión diagnóstica**

Durante el proceso de evaluación, se observó que Perla presentó marcados conflictos en las áreas emocional, familiar y del aprendizaje.

En la impresión diagnóstica obtenida, se concluyó que Perla cubría con los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000), para el diagnóstico de *Retraso Mental Ligero*.

Igualmente, los resultados de las pruebas, así como lo observado en cada una de las sesiones, sugirieron que Perla presentó rasgos de *Depresión* y *Ansiedad*, afectando su estabilidad emocional.

## **5.5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los resultados de la terapia de juego integrativa en la regulación de las emociones y capacidades cognoscitivas en una niña adoptada de 10 años de edad con discapacidad intelectual?

## **5.6. OBJETIVOS Y METAS**

### **Objetivo general**

Aplicar la terapia de juego integrativa para la regulación de las emociones de una niña adoptada de 10 años con discapacidad intelectual y observar los resultados.

### **Objetivos específicos**

- Crear una alianza terapéutica con la niña.
- Identificar las emociones de la menor para facilitar la externalización de sus emociones y pensamientos, y así reducir sus altos niveles de ansiedad.
- Establecer límites que le permitan adquirir conductas apropiadas de las competencias sociales y de adaptación, y así, mejorar su socialización y fortalecer el vínculo con su madre adoptiva.

## **5.7. SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO**

Desde un inicio se planteó trabajar en las sesiones de intervención con las emociones de Perla, ya que durante las sesiones de evaluación se observó que se le dificultaba identificar o expresar lo que sentía y pensaba, complicando el poder contactar con sus emociones y percepciones.

El modelo con el que se trabajó fue el de la Psicoterapia de Juego Integrativa, ya que busca dar un tratamiento personalizado de acuerdo a las necesidades y características

específicas del caso. Por consiguiente, los enfoques utilizados fueron el Gestáltico, Psicoanalítico, Cognitivo-Conductual y Relacional (Modelo de intervención Gestalt).

Por lo tanto, se consideró que lo mejor era empezar desde lo más básico, utilizando el enfoque Gestáltico, efectuando actividades sensoriales para ir progresando con actividades más estructuradas que le exigieran así, un despliegue mayor de sus recursos emocionales y de sus habilidades cognitivas.

Oaklander (2012; en Schaefer, 2012) explica que la meta central de la psicoterapia con niños es ayudarlos a descubrir y expresar las emociones que se encuentran bloqueadas, por lo que resulta útil ayudarlos a definir su self y a sentir mayor independencia.

Asimismo, en la terapia psicoanalítica con niños, se hace énfasis en la creación conjunta de significado, colaborativa e individualizada, por medio de una relación creativa entre paciente y terapeuta. Ésta reconoce que no existe una interpretación correcta del juego del niño o de cualquier otra conducta, sino que enfatiza el significado de la relación terapéutica, donde se presta atención a las interacciones que se tienen en esta relación que se utilizan como señales para desarrollar una comprensión más profunda del mundo interno y relacional del niño (Levy, 2012; en Schaefer 2012).

En cuanto a la terapia de juego cognitivo-conductual, se buscó dar mayor estructura, dirección, con tiempos limitados, que fuese orientada al problema y psicoeducativa. Eligiendo los materiales y las actividades de juego, utilizando el juego como una forma de educación y estableciendo conexiones entre la conducta y los pensamientos del niño (Knell; 2012; en Schaefer, 2012).

## **5.8. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS SESIONES**

### **➤ 1 a 9 Sesiones de intervención**

Todas las sesiones tuvieron una duración de una hora. En la primera sesión se estableció el encuadre: se le explicó que ese espacio era confiable y seguro, en donde podía hablar y actuar con libertad, siempre y cuando no dañara los materiales que usáramos y respetara las reglas del lugar, como pedir permisos si deseaba tomar prestado algo o ir al baño, además lo que ella dijera no saldría del lugar: “lo que aquí se habla, aquí se queda”.

También se aclaró, que en algunas ocasiones jugaríamos con la caja de juguetes y en otras realizaríamos otro tipo de actividades, como leer, escribir y dibujar.

Se utilizaron ejercicios que tuvieran que ver con la identificación de diferentes emociones como: el enojo, la tristeza, sorpresa, miedo y alegría; también se le solicitó que comentara situaciones en las que se había sentido de esa manera.

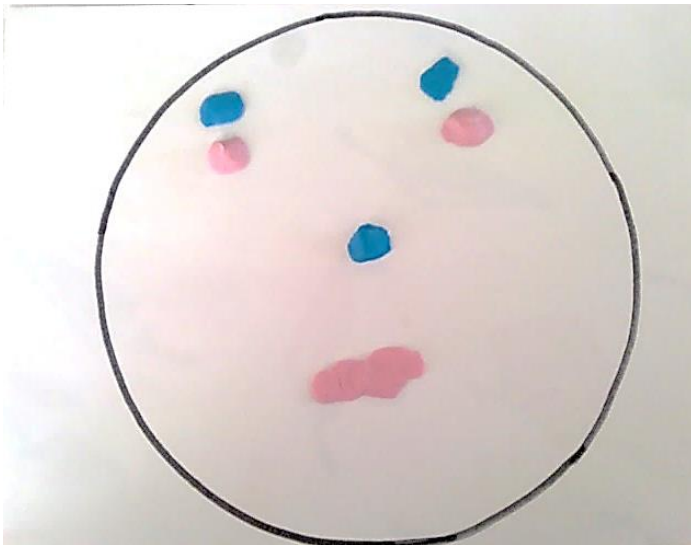
Ella logró identificarlas pero parecía no sentirlas, como si las suprimiera, se trató de que volteara hacia el espejo de la Cámara de Gesell, para que reconociera sus gestos pero tampoco quiso hacerlo, lo evitaba constantemente.

Debido a esta aparente dificultad de Perla para “sentir”, en la siguiente sesión se planearon ejercicios que tuvieran relación con las sensaciones y emociones, de manera que comenzara a ubicar las que le eran agradables y las que no, y a diferenciarlas.

Se trabajó con objetos de diferentes texturas, formas y tamaños para que los reconociera al tacto con los ojos cerrados; no pudo cerrarlos porque le causaba temor, pero tomaba los objetos sin mirarlos, también lo hacía con miedo y apenas los tocaba utilizando sólo una mano (la derecha).

Posteriormente se utilizó plastilina para que fuera dándole forma a caritas con la emoción que ella eligiera, se notaba una dificultad para realizarlas, cuando quería hacerlas felices parecían enojadas y cuando quería hacerla triste parecía de sorpresa. Este tipo de observaciones y dificultades, se le hacían notar cuando terminaba su ejecución, al darse cuenta Perla sonreía nerviosamente.

**Figura 12. Identificación de gestos (Enojo)**



**Figura 13. Identificación de gestos (Tristeza)**



Las siguientes tres sesiones se optó por utilizar juegos de mesa, las anteriores actividades habían puesto muy nerviosa a Perla, casi no hablaba ni participaba, así que se contempló utilizar juegos más estructurados como rompecabezas y memoramas, con indicaciones y reglas, donde tuviera que reaccionar más rápidamente y en tiempos definidos, ya que la mayor parte del tiempo permanecía en un solo lugar, sin moverse ni hablar. Otros propósitos, eran conocer si estas le provocaban niveles de ansiedad más bajos al ser dirigidos, o lo contrario, así como verificar su capacidad de ejecución en este tipo de juegos.

Primero se trabajó con rompecabezas para niños de cinco años. A pesar de que ubicaba las piezas con la mirada tardaba en tomarlas; buscaba la aprobación de la psicóloga. Cuando se intentó animarla a usar ambas manos o que tomara las piezas que ella

considerara apropiadas, se molestaba y se quedaba mirando las piezas por un buen rato, sin moverse, con los ojos llorosos, parecía un berrinche, o enojada.

Este tipo de conductas se le señalaban, la niña al principio asentía y después rápidamente negaba con la cabeza. Pero persistía un ensimismamiento en su comportamiento y en su mirada.

Más adelante, en ejecuciones de rompecabezas un poco más complicados, se notaba su impaciencia al hacer las cosas, pues aunque la pieza no embonara ella buscaba por la fuerza hacerlo, por lo que, se le sugería que pusiera atención en la forma y colores de la pieza que estaba buscando.

Un tema que se retomó mientras unía el rompecabezas era la escuela, específicamente sus nuevos compañeros y maestra, ya que regresó a la escuela. Su compañera de banca no era de su agrado, porque al parecer no le dejaba copiar, y su maestra a veces no le caía bien porque le gritaba cuando no obedecía. Esto no lo decía directamente, sólo asentía con la cabeza y después lo negaba.

En esta sesión, se pudo notar que podía armar el rompecabezas un poco más rápido, y platicar al mismo tiempo.

También se le pidió que leyera en voz alta un libro sobre animales y logró hacerlo muy bien, pero con voz muy baja.

Cuando se le planteaba que se iba a jugar con juegos de mesa al principio, Perla se mostraba entusiasmada y una vez que le eran explicadas las reglas del juego, se notaba con miedo, le temblaba el brazo derecho y la pierna, se quedaba muy quieta en su lugar aferrándose a la silla. Conforme pasaba el tiempo lograba tranquilizarse pero no por completo.

Regularmente, salía con premura de la sesión cuando se acababa el tiempo.

Sesiones posteriores debido al aumento del rapport, y a considerarse que ya estaba lista para un trabajo menos estructurado se volvió a utilizar el juego libre y la caja de juguetes, por lo que se notó un cambio en Perla, estaba más tranquila y animada.



En esa sesión, jugó con play-doh, formaba figuras con ella, la primer figura fue un perro. Mencionaba que no sabía hacerlo y le costaba trabajo abrir el recipiente y sacar la plastilina, lo hacía sin fuerza y se quedaba mirando a la psicóloga, como buscando ayuda o aprobación.

**Figura 14. Perro**



Cuando llegaba a un punto en el que se le complicaba hacer algo, se distraía y quería cambiar de actividad, entonces se le indicaba este tipo de comportamientos, y se le animaba para que terminara un juego para poder empezar con otro.

Posteriormente decidió ver los juguetes de la caja, para jugar a la comida. En ese momento en particular, se quedó en silencio y dejó de mirar dentro de la caja, comenzó a mirar todos los juguetes que tenía a su alrededor y su expresión facial cambió, se notaba más seria y triste, se quedó así por unos segundos.

Quiso volver a jugar con la plastilina, se le preguntó acerca de su cambio de actitud y si se había acordado de algo; no respondió, parecía que estaba un “poco perdida” en lo que iba a hacer, volvió a retomar el juego de la comida pero de manera más dispersa; es decir,

se distraía en todo momento con otros juguetes y elegía jugar otra cosa, después volvía a tomar los juguetes de cocina, parecía confundida.

Por lo tanto, se le preguntó si había pasado algo con su familia, pero no contestó.

Se volvió a distraer y tomó nuevamente la plastilina e hizo hamburguesas con alas y ojos, lo que la divirtió hasta el final de la sesión. Este juego de la hamburguesa con ojos, boca y alas se pensó que provenía de un pensamiento animista, primitivo, de primeros años de edad, no correspondiente a la edad cronológica de Perla, pues en el pensamiento intuitivo o intuitivo articulado (desde los 4 a los 6 o 7 años aproximadamente), los niños suelen recurrir a respuestas como el animismo, en el que se "le atribuyen características humanas a objetos o situaciones" (Bendersky, 2004).

Parecía que tomó la plastilina como medio para controlar la ansiedad, tal vez una regresión.

**Figura 15. *Hamburguesa con ojos, boca y alas***



En esos momentos se creyó que el tema de la familia pudo haberle ocasionado un aumento de la ansiedad y de allí vino una reacción emocional que se manifestó en bloqueos. De esa manera, es que eligió otro juego que no tuviera ese contenido y

salvaguardar así sus pensamientos y emociones intolerables. El bloqueo también pudo tratarse de ausencia o tal vez algún tipo de epilepsia.

En este sentido Mannoni, (1982) lo explicaría así: “Se ha hundido en una especie de autismo donde la preocupación principal era no sufrir”.

**Figura 16. *La comida***



En la séptima sesión platicamos un poco acerca de un día normal de escuela: la hora a la que entraba y salía, qué hacía en el recreo, y sobre sus amigos. Se comentó sobre los alimentos que se compraba en la escuela, decía que eran mazapanes y helados, que su mamá no le mandaba lunch, Perla lo decía mostrándose ligeramente molesta. En cuanto a sus amigas algunas “le caen bien y otras no”, “porque mienten”, y decía que su maestra la seguía regañando de vez en cuando.

En algunas ocasiones comentaba además que, tenía dolores de cabeza que la hacían no querer jugar con César (su “sobrinito” de 2 años), en casa tampoco le gustaba jugar ella sola, prefería ver televisión.

En esa misma sesión, volvió a jugar con la play-doh para hacer un muñeco y le pidió a la psicóloga que abriera la tapa por ella. Comenzó a hacer un muñeco con la play-doh, y eligió colores que Perla vestía en ese día, pero no lo terminó, porque no podía mantener las partes del cuerpo unidas.

De igual manera, se presentaron silencios persistentes y largos durante las sesiones, a veces eran porque Perla parecía estar en “otra parte” o en “ningún lado”, como si se bloqueara, lo cual era preocupante para la psicóloga porque de repente daba la impresión de que no iba a “regresar”. También al guardar silencio por tanto tiempo, era su manera de cerrarse o hacer berrinche, y sólo sonreía a modo de travesura cuando se le pedía que realizara una actividad o que contestara algo.

En este sentido Mannoni (1982) expresa: si al débil mental (sic) le es difícil hablar, es porque personifica de alguna manera la muerte, la negación, en su conducta y en su discurso.

Además, se observó que cuando se escuchaban sonidos fuertes o alguna de las psicólogas hacía un movimiento rápido, Perla se asustaba, y cubría como si fuera a recibir un golpe, y se le veía el semblante pálido.

Esto nos hizo hipotetizar que tal conducta podría deberse a que había sido maltratada.

En otras sesiones, se usó el juego “Twister”, para que Perla utilizara todo su cuerpo, coordinación, siguiera indicaciones y se mantuviera activa. La niña lo hizo adecuadamente, tímida pero se mostraba contenta y tranquila.

Cabe señalar, que en las primeras sesiones, la caja de juguetes siempre se encontraba presente, y cuando se mencionaba o sugería para jugar, la actitud de Perla cambiaba totalmente, se ponía seria y guardaba silencio el resto de la sesión, tampoco se movía, las psicólogas intentaban animarla pero no reaccionaba, sólo persistía su mirada, a veces con nerviosismo y angustia, y otras con picardía, como si estuviera probando la tolerancia de las psicólogas.

Entonces en esa misma sesión, se trató de utilizar la caja de juguetes, pero Perla se “cerró” abruptamente, ya que no quería ni abrirla, y se intentó de diversas formas para

animarla a jugar con el contenido de la caja, como ayudándole a abrirla poco a poco, indagando si quería jugar a otra cosa, pero respondía diciendo que quería la “caja”, también se hicieron interpretaciones, comentándole que a veces parecía esa misma caja, cuando estaba dispuesta se encontraba “abierta” pero cuando no, se mantenía “cerrada”, también se le preguntó si el desorden de los juguetes le provocaba alguna molestia. Sin embargo, en esa ocasión no se logró avanzar más, Perla se quedó en silencio el resto de la sesión.

Debido a tal comportamiento, se dio por terminada la sesión: se le explicó que no podíamos trabajar si ella no participaba. Pero Perla seguía sin reaccionar.

Se comenzó a guardar las cosas y la niña parecía confundida, ayudaba a acomodar todo pero de mala gana, se mostraba enojada y estuvo a punto de llorar. Sin embargo se contuvo, se le acompañó hasta la puerta y se le dijo a la madre que dentro de dos semanas hablaríamos con ella. Al despedirse Perla estaba desanimada y ausente, no como otras veces, que se apuraba para salir y se despedía sonriente.

Se le comentó a Perla que se le estaría esperando en la siguiente sesión, y se le animaría a realizar actividades. De esta manera, es que se trató de marcar límites, así como de darle a conocer la importancia de su participación en las sesiones.

Debido a la reacción con la caja de juguetes, en la siguiente sesión se tenían preparadas otras opciones: pelotas y pinturas. Sin embargo, sorpresivamente Perla, quien llegó con una actitud sumisa (como si estuviera regañada), eligió la caja de juguetes, se le preguntó si estaba segura de su elección y la confirmó. Estuvo dispuesta a abrir la caja y jugó con los bloques, los empezó a unir sin ningún orden, uno encima de otro, variando en las filas que formaba, lo hacía sin detenerse, como para querer acabar rápido la actividad, utilizó todas las piezas, siendo de la base más angosta que la punta, dijo que había formado una pirámide, no dio más detalles sobre la figura, a pesar de que se le preguntó.

Su elección pudo deberse a que intentaba “corregir” su actitud de la sesión anterior.

**Figura 17. Pirámide**



Posteriormente, más entusiasmada, decidió tomar las pinturas ya que nunca las había usado en las sesiones anteriores. Mezcló los colores con sus dedos, en un principio sus expresiones fueron de sorpresa y un poco de asco por la sensación ligeramente viscosa de las pinturas digitales, pero poco a poco fue disfrutando de su textura y los colores que iba creando, algunas pinturas las “sentía frías y otras calientes”, debido a la consistencia de éstas.

Al indagar sobre su dibujo hecho con la pintura, contestó que se trataba de un “niño de diez años que había sido abandonado por su familia, y que su papá junto con su mamá y sus hermanos, venían en el barco para recogerlo. El niño vivía solo en esa casa, y dejaría que los demás vivieran con él, los había extrañado, se sentía triste porque que ellos se habían olvidado de él, pero que ahora iba a estar feliz”.



En su pintura y relato, se puede apreciar la identificación que hizo con el personaje principal de la historia: un niño de diez años que fue abandonado por su familia.

Durante la ejecución de su dibujo, se formaron varios momentos de silencio y cuando eran muy prolongados Perla buscaba la mirada de la psicóloga, tal vez como una forma de asegurarse que no estaba sola, que alguien estaba ahí, como un soporte.

**Figura 18. Niño de diez años esperando el regreso de su familia**



Una vez que Perla pudo interactuar más con la pintura digital, se mostraba más tranquila y participativa, contestaba a todas las preguntas. Aunque se tuvo un gran avance en el

comportamiento de Perla hacia la actividad, se pudo observar que su relato en varias ocasiones había confusión, y al mezclar las pinturas era desordenada y ensuciaba las cosas a su alrededor, como el godete, los tapetes, las pinturas y su ropa.

Oaklander (2001) explica que, la pintura tiene un especial valor terapéutico. Según fluye la pintura, así fluye con frecuencia la emoción. Los niños adoran la fluidez y el brillo de las pinturas de colores.

Dado que el tono, color y fluidez de la pintura se prestaba también para estados emocionales. Pareciera que los niños representan mejor los sentimientos con pintura que con otros materiales artísticos. Cuando tienen lápices de cera o plumones en las manos, tienden a ser más gráficos y figurativos. A los niños pequeños les gusta pintar sin instrucciones. Se embeben esparciendo y mezclando los colores. Después describirán lo que ven como una especie de historia de fantasía. (Oaklander, 2001)

La dactilopintura tiene cualidades táctiles y kinestésicas similares; es una actividad tranquilizante porque tiene fluidez, no experimenta frustraciones y no necesita de mucha pericia. Puede contar una historia sobre un cuadro que se considera terminado o puede hablar sobre lo que le evoca el cuadro (Oaklander, 2001).

<b>Tabla 5. Técnicas de Intervención y Resultados Obtenidos de las Sesiones 1-9</b>		
<b>ENFOQUE</b>	<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b>
<i>Psicoanalítico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La caja de juego de Arminda Aberastury.</li> <li>• Juego libre</li> </ul>	<p>Propiciaron el primer acercamiento hacia la comprensión de la personalidad de la niña.</p> <p>Permitieron observar cómo es que Perla se presentó ante el mundo, sus ansiedades y conflictos, principalmente relacionados con la familia.</p>
<i>Gestalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dáctilopintura (Oaklander, 2001)</li> <li>• Adivinar objetos dentro de una bolsa y describir la sensación</li> </ul>	<p>Promovieron la proyección por medio de sus historias y dibujos, creando una conexión con su sentir y pensar, combinándolas con sus</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>de diversas texturas</li> <li>• Modelar con plastilina expresiones faciales</li> <li>• Control del cuerpo: “Twister”</li> </ul>	<p>propias experiencias.</p> <p>Estimularon e intensificaron el uso de sus sentidos y del control de su cuerpo.</p>
<b><i>Cognitivo-Conductual</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programación de actividades (Knell, en Terapia de Juego Cognitivo Conductual, Schaefer, 2012) (Juegos de mesa: rompecabezas y memoramas)</li> </ul>	<p>Permitieron descubrir su capacidad de observación, paciencia, concentración y atención.</p>
<p>*Comentarios y observaciones: Así como se obtuvieron resultados satisfactorios, las mismas actividades provocaban altos niveles de ansiedad en Perla.</p>		

### ➤ 10 y 11 sesiones con la madre

Era importante la participación con la madre, ya que es la persona más cercana a ella, como Perla ya había accedido a que su madre entrara a las sesiones, se le hizo la invitación a la señora y aceptó. Era una entrevista vincular con títeres, ellas debían escoger uno de su agrado y crear una historia entre las dos, primero a solas para después presentársela a los psicólogos.

Del otro lado de la cámara de Gesell, pudimos observar la interacción entre madre e hija, la mamá dirigía los títeres que utilizarían: Perla un perro y María un conejo.

La forma de hablar de la niña era más fluida, fuerte y clara, participaba y se veía muy divertida, seguía la historia de su mamá con atención y reía. Esto llamó la atención de los psicólogos ya que era la primera vez que la veían actuar así.

La madre la apresuró a terminar la historia, escuchó con paciencia a Perla y lo que no le gustaba lo cambiaba, Perla la sigue sin reclamar ni enfadarse.

Cuando los psicólogos pasan a ver la representación de la historia, cambia repentinamente el comportamiento de Perla, casi no habló, su tono de voz volvió a bajar y

se apenaba. La madre trataba de seguir la historia pero no funcionó, y la terminan precipitadamente, se notaba frustrada y decepcionada.

La historia trató de un conejo y un perro que se encontraban y se presentaban, el perro estaba buscando comida, y el conejo le dijo que ahí no había comida para perro, pues estaban en el campo y sólo había zanahorias y árboles, el conejo agregó que en la ciudad es donde podía encontrar croquetas para perro. Al final se hicieron amigos y se despidieron.

Al indagar sobre la historia y los personajes, la madre comentó que llegaba a ser fría cuando está enojada. Dijo que el cambio en la forma de ser de Perla cuando estaba con los psicólogos podía deberse a que no les tenía confianza. De igual manera, comentó que la maestra de USAER también le hizo la misma observación con respecto a la desconfianza, y creía que probablemente Perla había pasado por algún evento traumático.

En esta sesión se pudieron observar varios temas: la búsqueda de comida del perro en el campo, sería como la búsqueda de afecto de Perla en su familia del campo, y la negación del conejo, que sería su madre adoptiva, porque ahí no encontraría lo que buscaba.

A su vez, se notó que Perla necesitaba constantemente de las instrucciones de su madre para hacer lo que debía, mostrando falta de iniciativa e independencia, y dificultad para decidir por ella misma.

Por la información vertida en la sesión, se decidió citar sólo a la madre. En la siguiente ocasión ella mencionó estar desesperada, además no contaba con el apoyo de sus demás hijos. Le asustaba que algún día llegara a enfermar o a faltar, y Perla se quedara sola sin tener la suficiente independencia para sustentarse por sí misma.

Según informó la madre, estos temas ya los habían tratado con la niña, siendo muy directa “para hacerla reaccionar”, le decía que ninguno de sus demás hermanos estaría ahí para apoyarla.

Por eso mismo, se le sugirió empezar a delegar las responsabilidades con sus demás hijos, ya que la madre trabajaba la mayor parte del día y también cumplía con los deberes de la casa, entonces terminaba muy estresada y cansada.

En cuanto a la escuela, la madre comenta que no cumplía con sus tareas, no las anotaba bien, y sólo cuando la amenazaban con pegarle las realizaba. Con sus compañeros refirió ser muy “empalagosa”, situación que exasperaba a los demás, “se lleva pesado” “a empujones y jalones”.

En ese tiempo, el deseo de la madre para Perla era que terminara la primaria, y posteriormente se dedicaría a aprender “una carrera” o actividad donde obtuviera independencia. También se le sugirió que aprendiera a ser independiente más que a destacarse académicamente.

Por último, se tomó el tema del evento traumático que pudo haber vivido Perla ya que tiene reacciones de miedo y ansiedad, daba la impresión de silenciar algo importante, y tal secreto podría ser un riesgo para la niña. La madre contestó que pudo deberse a su anterior maestra, era muy gritona y tal vez le pegó. Se observó que para la madre este hecho no era muy importante, aunque ya se lo habían dicho con anterioridad, no prestó mucha atención.

La madre refirió, algunas conductas que le parecían extrañas en Perla, por ejemplo al caminar lo hacía de puntitas, no permitía que le cortaran el cabello, y no soportaba la ropa sucia aunque sólo se la hubiera puesto una vez.

De igual manera, se le sugirió a la madre lo fundamental que era realizarle a la niña una evaluación neurológica, se le recomendó nuevamente acudir al CISAME, además ahí también, le proporcionarían terapia de aprendizaje o apoyo psicopedagógico. Entonces se efectuaría un trabajo en conjunto con intervención médica y psicológica. María estuvo de acuerdo y accedió a solicitar una cita.

Amescua (2008) explica que en las entrevistas que se tiene con los padres, consiste en que el terapeuta centre su atención y el tiempo de la sesión en obtener información sobre la historia del niño, y los cambios u observaciones de los padres. Y agrega que en las siguientes sesiones de información, el objetivo es obtener más datos sobre eventos que van surgiendo en el proceso. Asimismo, tiene la finalidad de que los padres tengan un espacio en donde puedan hacer preguntas o hablar de sí mismos, sin que esto signifique estar haciendo terapia con ellos.

**Tabla 6. Técnicas de Intervención y Resultados Obtenidos de las Sesiones 10 y 11**

ENFOQUE	TÉCNICAS UTILIZADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
<i>Relacional</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista vincular con títeres (Amescua, 2008)</li><li>• Sesiones de retroalimentación e información terapéutica a los padres.</li></ul>	<p>Permitieron observar las interacciones entre madre e hija, descubriendo una Perla más participativa y extrovertida, con mejor entonación y pronunciación al hablar.</p> <p>Se conocieron más a fondo las preocupaciones de la madre adoptiva, fungiendo como una forma de exploración del vínculo madre-hija.</p>

➤ **12 a 27 Sesiones de intervención**

El uso de las pinturas, en una sesión anterior con Perla tuvo un efecto muy bueno, por lo tanto, se volvió a trabajar con ellas en las siguientes sesiones. Se notaba un nivel más amplio de expresión y comodidad en ella, aunque se tenían otros materiales, Perla siempre elegía las pinturas. Se vio que por este medio logró proyectarse en sus historias.

Asimismo, su lenguaje fue más fluido al contar sus cuentos, y con un tono de voz más alto, sin mostrar ansiedad o inseguridad.

A Perla le gustaba mezclar dos colores, siempre obtenía como resultado diferentes tonalidades de café, esto no le importaba porque decía que le gustaban todos los colores. Algo que llamaba la atención es que el pasto siempre lo ponía con un rojo intenso y picos grandes y arriba de él a una persona flotando, daba la impresión de estarse quemando, y las nubes a veces las pintaba verdes, a varias cosas asignaba colores que no les correspondía normalmente, no tenía cuidado en sus trazos, ensuciaba su trabajo. Los materiales los dejaba todos manchados y su ropa también, era desordenada.

Sus dibujos en algunas ocasiones se trataban de niños solitarios, que se habían quedado sin familia, porque los habían olvidado, siempre ponía un barco que les facilitaba a los

papás y hermanos regresar por el niño o la niña, que se había quedado solo o sola en casa. Las edades de los niños de sus dibujos eran de 10 años, estaban tristes por “estar perdidos” y esperando a que su familia regresara (específicamente el padre, acompañado por los demás miembros de la familia).

En una sesión, contó la historia de su pintura “Jimena” de 10 años, que al salir de la escuela fue a buscar a su tía a la casa de su abuela, como sólo estaba esta última salió a buscar a su mamá y se perdió en el bosque, desgraciadamente la picaron unos nopales y terminó en el hospital, no iba a volver a caminar; afortunadamente llevaba un celular y pudo comunicarse con su familia que la ayudarían a seguir adelante, y caminaría de nuevo.

En un principio Perla se mostraba negativa a que Jimena volviera a caminar, pero al final le dio esperanza.

Se refería a ella misma, es una niña perdida de la misma edad y género, en ese momento todavía no sabía si pertenecía a su familia biológica o adoptiva; entonces, en esa búsqueda salió lastimada, es algo que le duele y por eso pide ayuda la ayuda de su familia, que sea su apoyo para salir adelante.

Todo este relato fue confuso, sin seguir una secuencia, se le tenía que preguntar en todo momento cómo habían ocurrido los hechos pues no tenían lógica.

En una ocasión trajo sus cuadernos estaban descuidados, pero algunas tareas estaban muy bien hechas, y se le dijo que se notaba que las había hecho con entusiasmo, mientras que otras estaban muy sucias e incompletas, y se le comentó que parecía que las hizo enojada y sin ganas de hacerlo.

**Figura 19. Jimena**



También trabajamos con acuarelas, pero el uso del pincel no fue de su gusto, prefería los manchones que le otorgaba la pintura digital que los trazos finos y delicados del pincel, para el que se necesita más control. Esto podría tener relación con la manera en que realiza sus vinculaciones interpersonales, en las que generalmente no es sutil, sino brusca y las personas tienden a alejarse de ella.

Más adelante, se utilizó otro tipo de papel (Kraft), y comenzó a hacer cartas a lápiz y después decoraba con las pinturas y lentejuelas; las dedicaba a su maestra, le prometía portarse bien, estudiar, obedecer y decía “quererla mucho”.

**Figura 20. Carta a la maestra**



Como en cada sesión le dedicaba una carta, se le preguntó si le costaba trabajo hablar sobre sus sentimientos con las personas, ella respondía que sí, ya que le daba pena y temía que no le contestaran lo mismo.

Cuando pintaba o hacía cartas, estaba abierta a platicar sobre lo que hacía en la escuela y cómo se sentía. Contaba que con sus compañeros se empujaban y tiraban al suelo, entonces ellos se enojaban y ya no querían jugar con ella, principalmente ella los molestaba.

La mayoría de las sesiones llegó con raspaduras y rasguños en la cara, de las veces que se caía en la escuela por los empujones, y porque su sobrino pequeño (César) la rasguñaba cuando jugaba con él a cargarlo y a abrazarlo todo el tiempo.

En la penúltima sesión del año (diciembre, 2013), mientras pintaba, se le preguntó qué quería jugar en esa sesión y se le sugirió invitar a su mamá, pero no quiso, dijo que su mamá prefería ver “La Isla” (un programa de televisión que pasan en la noche y las sesiones eran en la mañana), Perla parecía confundida en cuanto al tiempo y el espacio (a veces, confundía los días y las horas en que ocurrían los hechos).

La niña se mostraba un poco molesta, al indagar; confesó que no quería dejar de venir porque jugaba, pero también iba a descansar.

Después repitió una conversación que tuvo con Diana, su hermana del pueblo, en una visita que realizó días atrás. Ella le reveló sobre su madre biológica (Julieta) y cómo llegó a ser hija de María. Cuando se le preguntó su opinión de tal descubrimiento, contestó que esa historia no le gustó que se la contaran, y que era algo que ya más o menos sabía.

Con esta misma hermana (Diana), platicó sobre una prima que había quedado embarazada después de tener “relaciones con un señor ya grande”. Al pedirle que explicara qué entendía por “relaciones”, Perla se avergonzaba respondía no saber y cambió el tema.

Posteriormente, recordó cuando falleció su abuelo, esa vez Perla se puso muy triste, decía que “lo quería mucho”, y no le parecía justo que Diana le robara dinero cuando estaba enfermo.

Mencionó unos nopales del pueblo, donde un señor la observaba desde ahí, ella se asustó y corrió a resguardarse a la casa.

Esto pareció recordar información pasada pues otra vez la niña retomaba el tema de los “nopales” como algo amenazante, y se cree que tal vez ahí presencié algún evento desagradable, o le sucedió algo que la impresionó.

Siguió contando sobre el tiempo que vivieron en casa de su tío Benito (tío de su papá), y en ese tiempo él la había asustado mucho pues en una ocasión dijo que se la iba a robar, al parecer se la llevo en una camioneta y le mostró una casa azul en donde le quitarían un ojo y después la forzaría a vender chicles en la calle.

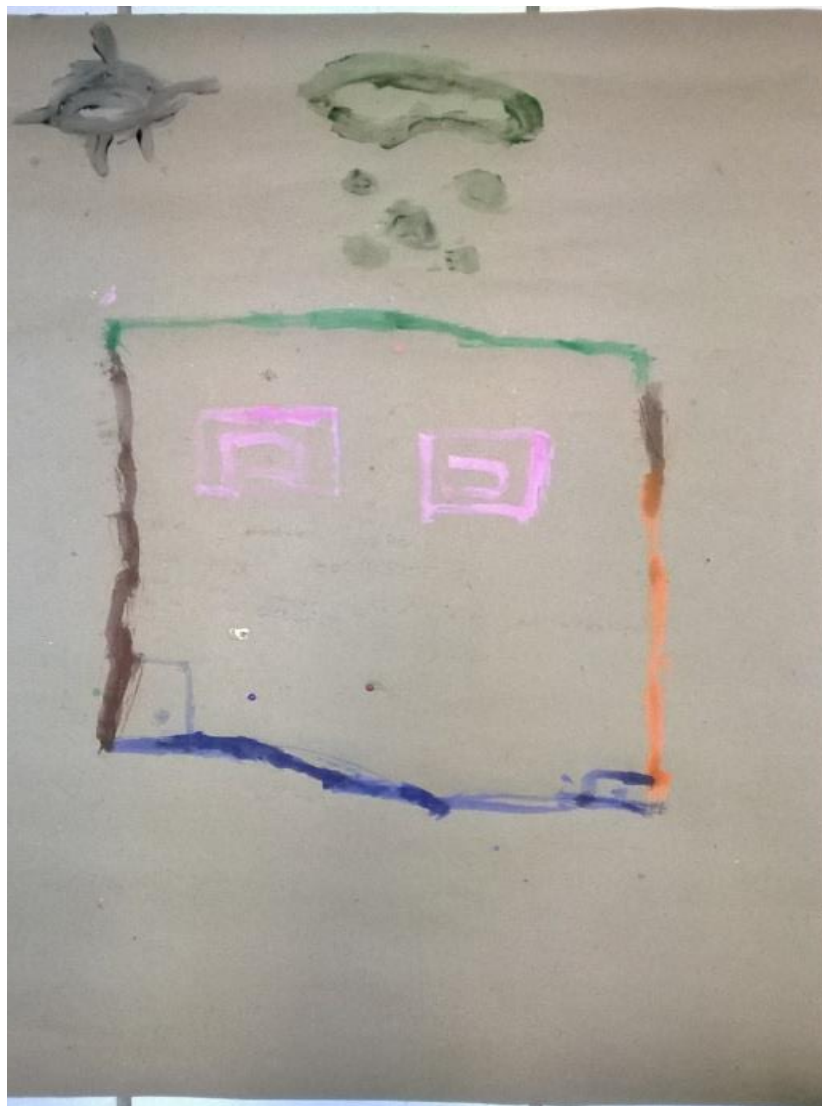


Más adelante, cuando hubo oportunidad, se le preguntó directamente a Perla si alguien en algún momento le había hecho daño, o la había tratado de tocar o tocado de manera extraña, ella decía que no, entonces se le pidió que si se encontraba en una situación que no le gustara o peligrosa se lo dijera a alguien de su confianza.

Hasta el final del tratamiento psicológico, no se tuvo un conocimiento real de lo que le sucedió a Perla, ya que no se consolidó el grado de confianza con la psicóloga.

Perla también platicaba que de grande quería ser “doctora para cuidar dientes”, le gustaba sentirlos y sacarlos, ya que una vez fue al dentista y le gustó cómo la trataron.

**Figura 21. Carta a su mamá**



- **Sesión con la madre**

María ya había solicitado una cita en el CISAME pero se la dieron para 7 meses después del día en que hizo la llamada, por esta razón se planteó buscar otra alternativa que no tardara tanto tiempo.

Una vez más, se abordó el tema del abuso con la madre, se le explicó que se tenían indicadores de que era posible que Perla hubiera experimentado una situación de abuso. Entonces, primero se conversó con la mamá sobre el tío Benito, ya que la niña le tenía un gran miedo a esta persona. Sin embargo, la madre no refirió ningún acontecimiento importante; sí había tenido problemas con él por el espacio disponible en su casa, debido a que la familia era muy numerosa y la casa no era suficiente para todos, por esas razones fue que cambiaron de vivienda, pero nada más.

Aunque se trató de retomar el asunto del abuso, la madre reaccionaba tranquila y reflexiva; contestaba que eso no podía haber pasado porque siempre tenía cuidado en decirle a Perla que nadie debía tocar o ver su cuerpo. Asimismo la madre, se daba cuenta de que la niña tenía cuidado en cubrirse al salir de bañarse para no exponerse a sus hermanos, y la señora mantenía la intimidad de sus hijos e hijas biológicos por separado.

No obstante, se le sugirió seguir cuidadosa con su hija, observarla a ella y a su alrededor para estar atenta a cualquier riesgo.

Igualmente, explicó que el espacio que tenían en su casa era muy pequeño y dormían en literas, en un cuarto las mujeres y en otro cuarto los hombres; la madre dormía con Perla en la parte de abajo y arriba dormía otra hija, y en la sala otra hija con su familia.

En aquel momento, se propuso hacer el esfuerzo para que Perla pudiera tener su propio espacio y privacidad, de manera muy sencilla como poner una cortina que separara su intimidad de los demás, así como tener una cama propia.

Del mismo modo, se hizo la observación de que ambas eran muy parecidas; tienen dificultades para transmitir sus sentimientos, pues cuando algo les pesa aparentaban reprimirlo, ella era una mujer fuerte, pero tenía complicaciones para ser más cálida con la niña, y consecuentemente, a Perla le afectaba bastante el estado de ánimo de María, y a

veces reaccionaba de la misma manera: si María se encontraba molesta o preocupada esto repercutía en la niña y en sus actividades.

Se descubrió la similitud de ambas al pasar por situaciones parecidas: vivir en el campo con muy escasos recursos a vivir en la ciudad para tener una vida mejor.

No obstante, a veces se “arrepentía” de haber adoptado a Perla, no se imaginó que implicaría tantos problemas, pero la quería mucho y se esforzaba en apoyarla.

Álvarez, et al, (1998) explica que es importante trabajar con los padres en el desarrollo de la aceptación hacia su hijo, para que ellos puedan manejar y elaborar los sentimientos de culpa, negación, rechazo, sobreprotección, incomprensión o aislamiento, que son manifestados como mecanismos de defensa de los padres y que es necesario que el psicólogo intervenga y los ayude a darse cuenta de ellos y pueda elaborarlos y propiciar nuevas respuestas en su relación con la familia y en particular con su hijo deficiente mental.

Por lo tanto, se le preguntó cómo fue que decidió adoptarla; entonces, explicó cómo era la situación precaria en la que vivía su primer mes Perla, a un lado de la tierra sin las atenciones necesarias, para terminar posteriormente en el hospital por desnutrición, deshidratación y neumonía. María intentó ayudar a Julieta llevándole comida y cosas que le serían útiles, pero cuando regresaba todo estaba sucio y descuidado.

En el hospital, Julieta no podía pagar y María se ofreció darle dinero, pero Julieta prefirió dársela al doctor o regalársela a su hermana, María no estaba muy segura pero decidió quedársela a que se la llevara un extraño.

Aunado a esto, se retomó el tema de las dos madres, María temía la reacción de Perla, pensaba que la niña no iba a poder manejarlo, y le afectaría mucho. En aquel momento, se hizo la observación de que tal vez ella es la que temía “quebrarse” al decirle, ya que confirmaría no ser su madre biológica y esto la afligiría aún más que a la niña.

A este respecto, Giberti, et al (1994), explica que la idea de develar, descubrir aquellos que los padres creen que podría mantenerse oculto, podría destruir el vínculo, separar a los padres de sus hijos: éste es un pensamiento que acecha en las mentes de los padres, por lo que hablar se convierte en peligro.

Los psicólogos trataron de contener a la madre comentándole que Perla sospechaba de todo esto y lo había tomado mejor de lo que ella creía, pero se le recordó la importancia de hablar del tema con la niña, pues de esa manera evitarían los secretos y confusiones.

Ya para finalizar la sesión, la señora expuso estar desesperada y haber contemplado “ya no traer a la niña”, pues no notaba cambios; hasta que en una ocasión mientras veían la tele, observaba a Perla, y se dio cuenta que la niña ya no se rascaba y estaba tranquila, ya no tenía ningún rasguño o costra, lo cual la motivó para seguir con las sesiones. La madre también dijo que, en la casa, Perla tenía momentos de madurez cuando no había nadie, por ejemplo, se ponía a limpiar la casa.

Ya en la siguiente sesión, la última del año, su tono de voz volvió a ser bajo y ahogado, se mantenía concentrada en la actividad, un rompecabezas para niños de 10 años. Las piezas las escogía con mayor rapidez que en otras ocasiones y más acertadamente, conforme pasaba el tiempo se mostró más impaciente y empezaba a tomar cualquier pieza, cuando se le hizo esta observación, logró poner más atención y terminó el rompecabezas antes de que acabara la sesión.

Al regresar de vacaciones, la actitud de la niña volvía a ser la misma que la de un principio, aunque había pinturas, sólo las miraba, se presentaba temerosa, y buscaba aprobación con la mirada.

Entonces se tomó una postura más diligente y directa con Perla, esperando que reaccionara de manera positiva. Se le decía que si quería utilizar las pinturas ella misma las tomara, que ya había trabajado así anteriormente y que nada había cambiado, la mecánica era la misma, además se le pedía que hablara más fuerte y claro porque no se le entendía. A la niña le sorprendió este cambio, ya que la mayor parte de las sesiones se le tenía considerable paciencia, y se le hablaba con sutileza. La psicóloga en ese momento, creyó conveniente mostrar una actitud más firme.

Y funcionó, Perla comenzó a interactuar mejor y se tranquilizó.

En esta ocasión dedicó una carta a su mamá, comentó que le gustaría decirle a su mamá que la quiere y pasar más tiempo con ella para jugar, pero siempre está trabajando. Cuando se trataban temas de su familia era cuando más pensativa se quedaba y volvía a inhibirse.

- **Sesiones con el arenero**

La actividad de pintar libremente con las pinturas digitales se volvió repetitiva, aparte Perla ya no se dedicaba a pintar, hacía cartas con el mismo contenido para las mismas personas: su mamá y su maestra, y alguna se la dedicó a su sobrino prometiendo ser un mejor ejemplo para él.

Consiguientemente, se decidió cambiar de actividad y usar el arenero.

Perla se entusiasmó, y por primera vez quiso que la psicóloga jugara con ella. La niña miraba el arenero y las miniaturas, poco a poco las fue tomando.

Tomó una jirafa, después dos ovejas, un puerco, dos caballos, dos vacas, también un hombre con un martillo en posición de ataque y una mujer cargando dos cubetas de agua.

En su primer contacto con la arena, tenía cuidado, apenas con la punta de los dedos la tocaba, y mostraba una sonrisa, posteriormente tuvo más confianza y metía ambas manos para jugar con la arena.

Encajaba con fuerza las figuras en la arena para que quedaran de pie todas, juntó en un grupo a todos los animales y los encerró con unas cercas, quedando una forma ovalada, abría y cerraba un cerco para que los animales fueran a comer, entraban y salían cuantas veces quisieran. Y la figura de la señora les llevaba el agua para alimentarlos, el señor con el martillo los cuidaba. Los animales salían algunos en reversa o con las patas arriba, o se ponían a dar marometas.

Después quitó el cerco y comenzó a enterrar a todos los animales, jugarían “a las escondidas”, esta acción la disfrutaba.

Su juego era brusco, torpe y agresivo, llegaba a susurrar para sí misma. Al final mencionó estar cansada y dio por concluido el juego.

Llamó la atención que eligiera primero a una jirafa, debido a su altura se relaciona con alguien que siempre está observando, que podría estar relacionada con la atención que recibía de María, o de todas aquellas miradas que tenía encima por su comportamiento, así como de una actitud hipervigilante ante el medio que la circunda. La forma de las cercas y la dirección que le dio hacia la psicóloga, que se abrían y cerraban, era similar a la forma en que Perla permitía el acceso a su interior.

Los animales de la granja estaban descontrolados, asemejaban a su familia del pueblo y también un poco a la de la ciudad, sin ningún control, ni alguien al mando. Julieta también podría estar representada en la figura de la señora de las cubetas del agua, ya que durante su juego no tuvo un papel activo. Además había una figura que personificaba a alguien agresivo (figura del señor con el martillo) ella la vio como protector pero también podría indicar la percepción de las figuras masculina como hostiles.

En la siguiente sesión con el arenero, tomó un vaquero apuntando con un arma y otro igual, junto con un bombero, además de un explorador. Al bombero lo colocó en una esquina, dando la espalda a los vaqueros que le apuntaban con sus pistolas acorralándolo, y al explorador lo dejó más alejado.

Al hacerle el señalamiento de que parecía que lo estaban atacando, inmediatamente tomó los vaqueros y los tiró lejos.

Después tomó un cocodrilo y una araña negra muy grande; comenzó a enterrarlos a todos, una vez más iban a jugar “a las escondidas”.

Siguiendo estos temas, se reflexionó acerca de los entierros. En aquel momento, su conversación fue diferente, pues tenía mayor energía y claridad; contó el tema del funeral de su abuelo y los cantos que le ofrecieron; ese recuerdo no le gustaba, pues la hacía sentir triste.

Perla reveló que desearía enterrar el recuerdo de su abuelo, tanto los malos como los buenos tiempos, porque al pensarlos la hacían “infeliz”; ellos pasaban tiempos juntos viendo televisión y conversaban.

Tuvimos la oportunidad de explorar la situación de la mamá biológica y la madre de crianza; Perla tenía entendido que había salido de la panza de Julieta pero su mamá era María; no obstante se notaba cierta confusión al ubicarlas, de repente a María le decía tía y a Julieta mamá y viceversa. Intentamos dejarle la situación más clara, explicándole que su madre biológica era Julieta y María su madre de crianza.

Pero negaba que su mamá biológica fuera Julieta; con un comportamiento caprichoso y berrinchudo, decía que María era su mamá porque le compraba cosas; hubo momentos en los que no quería escuchar y contradecía lo que se le exponía, presumía de los cuadernos, colores y ropa nueva que le regalaban.

Al indagar el concepto que tiene sobre el afecto y los regalos, la niña deseaba que las personas le compraran algo, aunque se habló del cariño, atención y cuidados, como aspectos más preciados que los objetos materiales, Perla seguía oponiéndose.

Por otro lado, también comentó sentir “asco” por sus hermanos del pueblo, de manera burlona, debido a que su higiene no era la adecuada y caminaban descalzos en la tierra.

- **Sesiones con la madre**

En las subsecuentes sesiones con María, no reportaba cambios positivos en Perla, al contrario, se volvía más rebelde y apática. La madre llegaba angustiada y frustrada, no sabía cómo manejar la conducta de la niña, seguía sin esforzarse en la escuela, y empezaba a considerar una escuela de educación especial o definitivamente “sacarla de la escuela” y ponerla a trabajar.

Asimismo comentó que las dos maestras de Perla (una de ellas del programa de USAER), también tienen dificultades para controlar su comportamiento, y la madre discutía con ellas porque la dejaban fuera del salón.

La madre ya había tenido conversaciones fuertes con Perla, la amenazaba con dejar la escuela para ponerla a limpiar la casa, o de regresar al pueblo. Pero ninguna de estas discusiones dieron resultado, seguía arrancando hojas del cuaderno (como los reportes de la maestra a María), perdía lápices y no realizaba las tareas.

Los psicólogos sugirieron que las llamadas de atención fueran más concretas, porque al ser muy largos pierden sentido y la atención de la niña, y al imponer castigos que estos se cumplieran, como consecuencias irrevocables por sus actos. También se propuso llevar un cuaderno de notas que sólo tuvieran acceso las maestras y la madre, para tener mejor comunicación.

Para que estuviera más despejada, se propuso que sus hijos participaran más con los cuidados de la casa y de Perla, asimismo, mantener comunicado a su esposo de los problemas que tenía con sus hijos para sentir el apoyo y respaldo de él.

Ya en sesión individual con la niña, mentía sobre sus notas en la escuela, pero después se sinceraba; reprobaba los exámenes, arrancaba las hojas de sus cuadernos porque no le gustaba cómo quedaba su trabajo, y jugaba con sus compañeros por lo que no terminaba a tiempo sus deberes.

Después de esa sesión se presentó una situación delicada: Perla había robado dinero a uno de sus hermanos y lo llevó a la escuela, lo presumió entre sus amigos y uno de ellos le avisó a la maestra. La maestra se lo quitó y el director mandó a llamar a María.

Pedimos a la niña que nos contara su versión de los hechos, ella divagaba platicando de otras cosas que habían pasado, y parecía que no recordaba el suceso del robo, pero su mamá insistió.

Perla estaba asustada al inicio, inmediatamente se interesó en otras cosas como el reloj, la pared, la ventana, con apatía, como si no estuviera ahí, aislándose.

La madre nos dijo que esa era la postura que tomaba la niña cada vez que la reprendía, le frustraba que no diera señales de entendimiento o arrepentimiento. Además, refirió que Perla llegó a tomar un celular para jugar en la escuela, y los útiles escolares los regalaba a sus compañeros. También han tenido quejas de un niño de sexto año, porque la niña lo seguía a todos lados.

Al preguntarle por qué quería tanto dinero, ella respondió que los quería para comprar “tazos”. María la castigó con tomar dinero de su alcancía para reponer el robado, y Perla se molestó.



En conclusión, se trató de explicar la imagen que ahora tendrían los demás de ella. Esto también le preocupaba a la mamá, sentía que no podía dejar cualquier cosa en la casa porque había una “ratera”. Se le comentó a Perla que una forma de mostrar cariño era respetando las cosas de los demás, siendo una persona confiable; mientras que si seguía con su conducta actual haría que su familia dudara de ella, provocaría miradas de desconfianza y no sabrían cómo tratarla.

En la siguiente sesión, se le preguntó cómo le estaba yendo después de las llamadas de atención de su mamá y maestra, ella contestó estar bien y que no pasaba nada, y que se había llevado un reproductor mp3 a la escuela, por lo tanto, se le explicaron los riesgos de llevar algo tan valioso a la escuela sin avisar, aunque Perla lo tenía claro, decía que no importaba, ya que contaba con el dinero suficiente para comprar otro, y si no, su mamá o su papá se lo proporcionarían.

Daba a entender que todo se le facilitaba sin esfuerzos. Entonces, en las siguientes sesiones la psicóloga, dejó que la niña solucionará pequeñas situaciones como: si llegaba a mancharse la ropa con pintura ¿cómo iba a limpiarse?, si la cartulina estaba al otro lado del cubículo ¿cómo trabajaríamos?

Estas situaciones pusieron nerviosa a Perla, reía y manifestaba vergüenza, ella ya sabía que podía pedir un trozo de papel para limpiarse e ir por la cartulina sin problemas, pero insistía en que la psicóloga lo hiciera, insistía riendo desenfrenadamente. Persistió hasta que al final accedió a hacer estas sencillas acciones.

Hubo un momento en el que no dejó de reír hasta caer al piso. Volteaba a ver a la psicóloga burlándose de “su cara chistosa”. Así estuvo el resto de la sesión, se le indicó que eso era lo que molestaba a las personas, que se burlara de ellas, también podría provocar que la agredieran. Perla entre risas, contestaba que no se burlaba pero que las caras de las personas le parecían chistosas.

Cuando se le preguntaba su edad, contestaba que tenía 8 años, se rectificaba y decía 9, y después 10.

Para estos momentos ya se notaba el comienzo de una nueva etapa: la pubertad. Perla cada vez estaba más alta, y su cuerpo comenzaba a cambiar, aunado a su actitud cada vez más retadora y curiosidad por el sexo opuesto.

Como resultado se acordó trabajar con actividades más estructuradas y tiempos establecidos.

Jugamos con el juego de mesa “Jenga”, y platicaba acerca de cómo le había ido en la escuela. La niña comentó que le gustaba abrazar y cargar a una compañera de la escuela; se investigó si esa era una forma de mostrarles cariño, ella sólo respondía que por estar flaquita, asimismo, se le hizo la observación de que existen otras formas de mostrar cariño, como platicar y escuchar, así como decirles que los quiere.

También resolvió fracciones, los círculos eran hacía descuidados, como si lo hiciera a propósito para ocasionar una respuesta de las demás personas, y cada vez los hacía peor, con rayas chuecas, las porciones desiguales, y lo dejaba inconcluso.

Además, se planeó trabajar con Economía de fichas; el objetivo era dar una motivación inicialmente externa (los premios) para una conducta que presuntamente no le interesaba mucho (lo académico). A esto, Aguilar (2010) comenta que conforme el niño trabaja externamente motivado (por los premios), empieza a sacar mejores calificaciones y puntuaciones, descubre su propia capacidad, obtiene mayor reconocimiento y poco a poco comienza a interesarse, con la consiguiente motivación interna. Este procedimiento funciona emulando el sistema económico real de los adultos, en donde se trabaja y se recibe un cierto pago por ello. Además de motivar, enseña al niño a ahorrar, guardar, planificar y administrar sus fichas, con lo cual aprende también a controlar su impulsividad y a postergar la gratificación.

Figura 22. Economía de fichas

PREMIO	Costo en FICHAS
Chocolate "Snickers"	3
Armar un Rompecabezas	8
Calcomanías de las "Princesas Disney"	2
Libro para Colorear de "Campanita"	10
Diario de las "Princesas Disney"	12
Pintar ó Dibujar	5

ACTIVIDAD	No. de FICHAS
Realizar las actividades de manera limpia y ordenada	2
Buena letra	1
Participar	2
Limpiar y guardar los materiales utilizados	1
Burlarse de las personas	-2
No terminar la actividad	-1
No ayudar en la sesión	-1

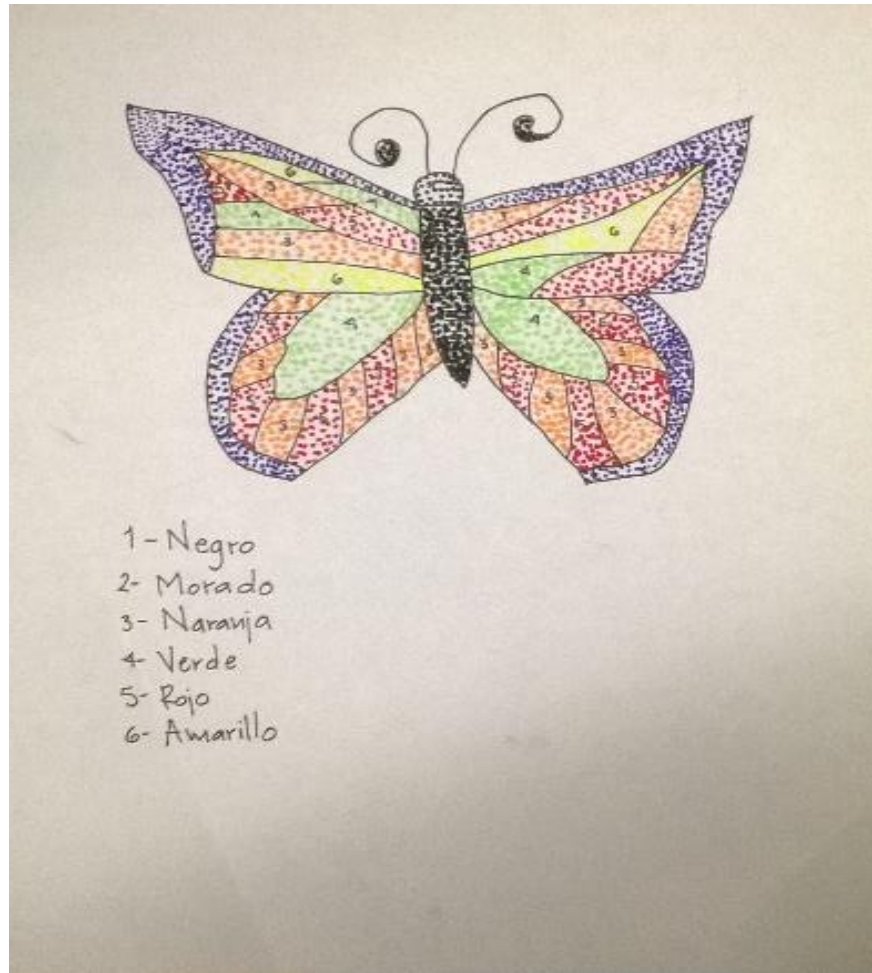
Cuando se le explicó esta dinámica a Perla, se encontraba más emocionada y participativa.

Se leyó el cuento de la "Osa Rosa", trataba de una osa que no le gustaba estudiar y por lo tanto no le interesó aprender a leer en la clase, hasta que al final del año, todos leen para sus papás menos ella, la osa Rosa se arrepiente, y decide aplicarse para enorgullecer a su mamá, y lo logra. Después tuvo que colorearla y estuvo presente en todas las sesiones como recordatorio.

Ganó dos estrellas con la economía de fichas, no se esperó a ahorrar y las gastó impulsivamente en unas calcomanías.

Se hicieron actividades como unir puntos, resolver laberintos y anagramas, así como pintar pero con la técnica del puntillismo.

**Figura 23. Puntillismo**



Estos ejercicios exigían mayor paciencia y atención, ubicación espacio-temporal y memoria. Perla se esforzaba pero llegaba un punto en el que se impacientaba, decía que no había solución o que no le entendía. Como obtenía una estrella cuando realizaba los ejercicios con rapidez y limpieza, tenía cuidado de hacerlo así, pero no siempre lo lograba satisfactoriamente, también obtenía estrellas si participaba y ayudaba a guardar el material, y lo hacía con más entusiasmo pero cuando no obtenía lo que quería, dejaba de hacerlo.

Cuando se le ayudaba con una actividad y conseguía terminarla presumía que ella sola la había hecho, o cuando se le ensuciaba decía que había sido la psicóloga. Conforme pasaba el tiempo, se complicaba más que Perla seguiría las indicaciones y dijera la verdad, al final

lo hacía, pero se tenía que ser muy insistente en hacer que respetara reglas y fuera educada. Además se le podía castigar quitándole estrellas cuando no cumpliera con las reglas.

También se le dejaban tareas sencillas en casa como terminar la actividad o colorearla, pero nunca las hizo, por consiguiente, fue perdiendo todas sus estrellas.

Los premios normalmente siempre estaban a la vista a modo de estímulo, y ella realmente deseaba un diario de las “Princesas de Disney”, pero no alcanzó a reunir las estrellas suficientes para ganarlo. Todas las sesiones desde que se estableció la economía de fichas, hasta la última, exigía que se le diera el diario, trató de diferentes maneras: pidiéndolo tiernamente, negociando con traer un dibujo, después se puso seria, trató con una sonrisa, se convirtió en tristeza, se enojaba, y por último con un berrinche. Lamentablemente, no se le dio, si al final se le daba el diario, hubiera perdido el objetivo la actividad.

En una de estas últimas sesiones de intervención, la madre decidió terminar con la terapia, no le veía sentido, la señora creía que Perla era un caso perdido: “lo que está en la sangre no tiene solución, ya me rendí”.

En ese entonces, a María le resultaba más fácil la idea de construir una pequeña casa en el pueblo, para irse a vivir con Perla y su esposo, le enseñaría a hacer tamales, y no se le despegaría para poder controlarla y evitar embarazos no deseados, ya que últimamente la niña prestaba demasiada atención a las mujeres embarazadas y hacía comentarios deseando tener un bebé.

Giberti, et al (1994), explica que la hija adoptiva ya carga con una sexualidad que preocupa a la familia, ya que en algunas ocasiones le adjudican la posibilidad de que se comporte de la misma manera que la madre de origen y lleve a la práctica conductas sexuales que finalizaron en un embarazo no deseado. Así, la sexualidad de la joven adoptiva puede aparecer cargada de sospechas, desconfianzas y temores, lo cual no ayuda a establecer buenos vínculos en esta compleja etapa.

Por lo tanto, la madre creía que esa sería la única solución que le proporcionaría alivio, aislándose los tres en el pueblo, además no tenía la intención de seguir gastando más dinero en la niña, esperaba a que regresara su esposo para apoyarse en él.

Esta decisión fue tomada en vacaciones de semana santa cuando visitaron el pueblo; Perla estaba muy emocionada y pasó toda la tarde jugando en la casa de su familia biológica. Hasta dejó pasar la hora de la comida y María tuvo que ir por ella.

Se cree, que ese cambio de actitud de Perla hacia su familia del pueblo, se debió a que eran rechazados por los demás, así como ella se sentía con su familia de la ciudad.

María iba muy decidida a dar de baja a Perla, pero se le convenció para que le diera una última oportunidad a la evaluación neurológica; para ese entonces pronto se acercaría la fecha de la cita con el CISAME, y para que tuviera la evaluación psicológica actualizada y los trámites fueran más rápidos, se le propuso aplicar nuevamente una batería. La madre aceptó no muy convencida, y así comenzó la fase de Postest.

## **5.9. SESIONES DURANTE LA POST-EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Aunque ya se estaban aplicando las pruebas psicológicas, no se dejaban de tener comunicación con lo que ocurría con el caso de Perla.

En una sesión individual con María, se expusieron los puntos que preocupaban del comportamiento de Perla:

- Que siguiera robando cosas en el futuro
- Que encontrara maneras más fáciles de ganar dinero, la madre comenta que sus hermanas del pueblo se habían prostituido hasta por 10 pesos.

María aún no había encontrado la manera de cómo castigarla, ella pensaba que hablándole fuerte y amenazándola iba a lograr un cambio pero no es así; “ya la tenía medida” y no nada más a ella sino a todos los demás.

Del mismo modo, se habló sobre la falta de límites, en donde todos los integrantes de la familia debían participar para lograr un verdadero cambio, pues Perla se encontraba en una zona de confort en la cual no se tenía que esforzar para lograr lo que quería (objetos materiales: cuadernos, ropa, zapatos, colores, etc).

La madre mencionó que ya había hablado con sus hijos, y ya algunos la ayudaban con los quehaceres de la casa, uno de ellos intentó ayudar a la niña con sus tareas, él era más estricto, sin embargo, las calificaciones de Perla seguían bajando, lo que más se le dificultaban eran las matemáticas. Al no ver avances, comentaba que “todos estaban hartos” de ella, por lo que la mayor parte del día antes de ir a la escuela estaba sola, aunque estuvieran sus sobrinos y hermanos no le hacían caso.

Ante esta situación, se le dejó de tarea conocer la opinión de cada uno de sus hijos sobre la adopción de Perla.

También se le preguntó si al adoptarla consideró que Perla podría presentar “retraso mental”, como su madre y hermanos biológicos, y la madre adoptiva comentó que nunca lo habría imaginado.

Posteriormente se descubrió que la alimentación de la niña era muy pobre en frutas y verduras, no tomaba leche y bebía café, comía comida chatarra, aunque se le “rogara”, la niña no comía saludablemente, además no había nadie que supervisara su consumo de golosinas. Se sospechó de posible desnutrición y anemia como otro factor que dificultaba su desempeño académico.

Antes de la aplicación de una de las pruebas, Perla conversó sobre sus hermanas y hermanos del pueblo, comentó que a veces le gustaría vivir allá. Además, ya no se encontraba tan confundida con el tema de las dos mamás como las veces anteriores, tenía claro que su “mamá Julieta”, la había tenido en su panza, y que “mamá María” la había cuidado, y aunque extrañaba el pueblo no lo cambiaría por la ciudad.

Asimismo, dijo que ya había cambiado de amistades por unos a los que no les tuviera que regalar dinero, ahora tenía dos amigos (un niño y una niña), recientemente se había

molestado con uno de ellos, pero Perla le pidió perdón y su compañera la aceptó nuevamente.

Durante unas semanas, la madre había implementado más reglas a Perla, como limpiar su cuarto, estudiar con su hermano, y trabajar para que el dinero que ganara lo repusiera de las veces que había robado, en un principio esto alteraba a la niña, pero al final cedía.

Al respecto, Álvarez y colaboradores (1998) explican la importancia de dar orientación a la familia para generar la independencia personal del niño “deficiente mental”, con participaciones en actividades que le den herramientas para su integración social y, quizás, laboral: "la familia propiciará experiencias de aprendizaje, que promuevan su autocuidado e independencia en la autosuficiencia, que proporcione al niño seguridad en sí mismo, responsabilizándole de pequeñas tareas y actividades en razón de sus posibilidades, respetando sus intereses y tomándolos en cuenta".

Sin embargo, no se lograron niveles más altos de tolerancia para sobrellevar la conducta de Perla. María estaba muy enfocada en que cumpliera con los deberes de la escuela, y que se extinguiera completamente la rebeldía y apatía de la niña.

Ya estaba “harta y cansada”, y consideraba ya no llevarla al CISAME, pues estaba segura que la “genética” no tenía solución.

Expuso que ya había hablado con sus hijos sobre la adopción, ellos no estaban molestos por eso, y la aceptaban como hermana pero preferían “no meterse”. Cuestión que sucedía entre todos los hermanos, si uno de ellos estaba mal, los demás comenzaban a ignorarlo, Perla no era la única, también había otra hermana con la que preferían no interactuar: “Somos familia y nos queremos pero no nos metemos en los asuntos del otro”.

Casi al término de la evaluación, la madre se notaba muy enfada y frustrada, pues ella quería que Perla tuviera una educación básica para salir adelante pero este deseo se vio estropeado: “como ella no quería entonces no tenía caso seguir esforzándose”.

Del mismo modo, mencionó desesperarse cuando estaban las dos en la casa, ya que Perla la seguía a todos lados, y quería estar “pegada” a ella, y hasta había momentos en los que la niña actuaba como María.



**Tabla 7. Técnicas de Intervención y Resultados Obtenidos de las Sesiones 12-25**

ENFOQUE	TÉCNICAS UTILIZADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
<i>Gestalt</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dáctilopintura (Oaklander, 2001)</li> <li>• Dibujo libre con acuarelas</li> <li>• El arenero (Oaklander, 2001)</li> </ul>	<p>Estos materiales le ayudaron a contactar sus sentidos, le permitieron jugar y proyectar sus ansiedades, tristezas, inseguridades y alegrías.</p> <p>Aunque se lograron avances en la confianza y la comunicación, no se puede decir que se logró satisfactoriamente una alianza terapéutica, hasta el final seguía sintiéndose insegura en cada sesión.</p>
<i>Cognitivo-Conductual</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Economía de fichas (Aguilar, 2010)</li> <li>• Modelamiento (Cuento)</li> <li>• Programación de actividades (Puntillismo, anagramas, laberintos, unir puntos, juegos de mesa: rompecabezas) (Knell, en Terapia de Juego Cognitivo Conductual, Schaefer, 2012)</li> </ul>	<p>Se observaron cambios significativos en la atención y tolerancia a la frustración en algunas ocasiones. En un principio los reforzadores positivos la habían alentado, sin embargo, no mostraba motivación en las últimas sesiones.</p>
<i>Relacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de retroalimentación e información terapeutas-padres (Amescua, 2008)</li> </ul>	<p>Aunque se lograron crear lazos de confianza, comprensión y entendimiento, se incrementaban cada vez más la angustia y desesperación por la conducta de Perla.</p> <p>Además, permitió conocer la situación real de la dinámica familiar.</p>

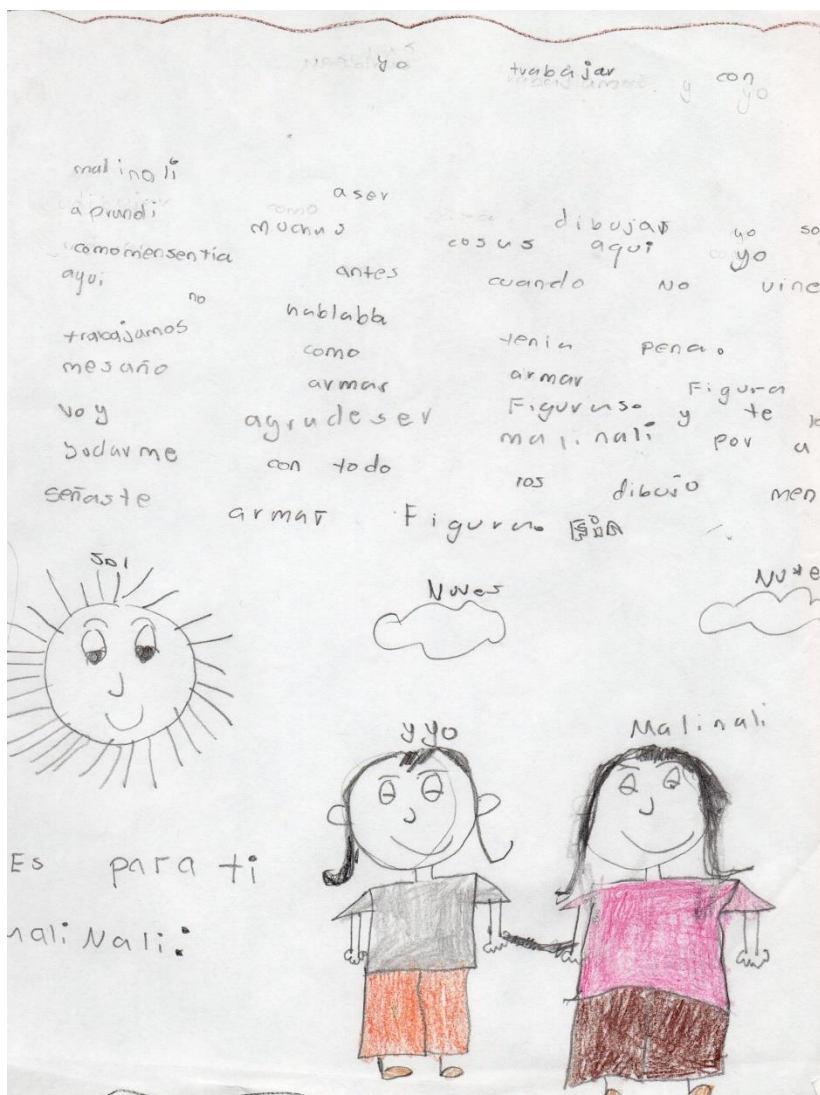
## 5.10. ÚLTIMA SESIÓN CON PERLA

Esta sesión se llevó a cabo durante la última sesión de aplicación del WISC-IV de la post-evaluación. Antes de comenzar con la aplicación de las pruebas, se le pidió a Perla que hiciera un dibujo de lo que aprendió en el tiempo que estuvo asistiendo a la terapia.

Perla no llegaba a comprender totalmente la indicación y preguntaba en varias ocasiones lo que tenía que hacer, se mostraba indecisa, hasta que se decidió por tomar los colores y comenzar a dibujar.

Durante la ejecución de su dibujo le pidió a la psicóloga que no viera su hoja y la tapaba con un brazo. Ella tardó varios minutos, se notaba la dedicación que le estaba otorgando a la actividad con una sonrisa en la cara. Cuando terminó entregó la hoja a la psicóloga y le dijo “Para ti”.

**Figura 24. Carta de despedida**



El texto es el siguiente:

*“Yo trabajar con malinali aser dibujar yo sola aprundi muchas cosas aquí yo como me sentía antes cuando no vine aquí no hablaba tenia pena.*

*Trabajamos como armar figura eya mesaño como armar figuras y te lo voy agradecer malinalo por a yudarme con todo los dibujos men señaaste armar figura. Fin*

*Es para ti Malinali”.*

Perla explicó la carta con pena y a la vez con alegría, este gesto le fue agradecido y se le explicó que también la psicóloga había aprendido muchas cosas en todo este tiempo gracias a ella. De igual manera, se le recordó que ya no se verían en ese espacio como antes, pues ahora iría a un nuevo lugar donde la atenderían muy bien. Perla lo entendió y comenzó a hacer preguntas como: ¿Tú vas a estar ahí? ¿Cómo es ese lugar? ¿Qué voy a hacer ahí?

En momentos mencionaba tener miedo, ya que desconocía cómo sería ese nuevo lugar y a la vez se sentía emocionada por conocer algo distinto.

Posteriormente se continuo con la finalización de la evaluación, para esta prueba (WISC-IV), Perla ya se mostraba cansada y ya casi no prestaba atención a las indicaciones. Aun así trataba de esforzarse y completar el ejercicio.

Una vez finalizada la sesión, Perla se despidió como siempre, tratando de salir rápido del cubículo, con una sonrisa y dirigiéndose directamente con su mamá.

## **5.11. ÚLTIMA SESIÓN CON LA MADRE Y ENTREGA DE RESULTADOS DE LA POST-EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Días después se programó la cita para la devolución de los resultados de Perla, a esta sesión llegaron su mamá y su hermano Alejandro de 16 años de edad.

Se empezó la sesión explicándoles la información obtenida de la evaluación, se les mencionó que no se mostraron diferencias significativas en la ejecución de la prueba de

inteligencia, de hecho disminuyó su potencial al de la primera aplicación. Además los indicadores emocionales seguían presentándose como los de la vez pasada, pero que se notaban cambios en su actitud, observándose más dispuesta a comunicarse e interactuar y a la vez con una actitud opositora en algunas ocasiones.

Esta información generó angustia a la madre, pues le preocupaba el no haber obtenido grandes cambios a nivel intelectual, y la conducta de Perla cada vez era más disruptiva.

Entonces se pidió la opinión del hermano de Perla. En un principio no respondía, sólo negaba con la cabeza y trataba de evadir la pregunta, posteriormente trató contestando que eso no era asunto suyo, y que de cierta manera él ya sabía que no iba a haber grandes cambios con Perla.

Un dato interesante que se pudo observar, es que la forma de hablar y expresarse era muy parecida a la de Perla, lo cual permitió conocer un poco más la dinámica familiar y su forma de comunicación.

Al tratar de indagar un poco más el porqué de esta renuencia a ser más participativo con la problemática de Perla, Alejandro contestó que él mucho tiempo había consentido y mimado a la niña, jugaba y platicaba con ella, sin embargo, se encontraba muy molesto con ella por las conductas problema que presentaba. Alejandro mencionaba que no alcanzaba a comprender el comportamiento de su hermana, pues no le hacía falta nada y se sentía enojado de que esto no lo entendiera Perla.

Finalizó diciendo su aceptación y cariño hacia su hermana adoptiva, pero que no toleraría más su conducta, por lo tanto prefería mantenerse alejado.

A modo de conclusión, se les señaló que Perla siendo una niña con dificultades para comprender, el hecho de observar que los miembros de su familia la alejan, la hacen sentir rechazada, ya que ella puede llegar a entender que ella con todo lo que es no es aceptada ni apoyada.

## 5.12. RESULTADOS DE LA POST-EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Como ya se comentó anteriormente, las últimas sesiones del proceso terapéutico se dio con la realización de una post-evaluación, con el fin principal de actualizar el reporte que se entregaría al CISAME para la valoración neurológica y así mismo observar si se obtuvo algún progreso, cuestiones que se podrían saber a través de elementos comparativos. El tiempo que transcurrió entre la primera evaluación y la última fue de un año aproximadamente,

En esta post-evaluación se encontraron cambios cualitativos en el Dibujo Libre, Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, Test de la Figura Humana (DFH) de Elizabeth Koppitz, Test del Dibujo de la Familia de Louis Corman, Prueba HTP (Casa, Árbol, Persona) de John Buck y se encontraron elementos significativos en el Test de la Persona Bajo la Lluvia de Querol y Chavez.

A continuación se presentan los resultados obtenidos:

### ✓ Escala de Inteligencia Wechsler para Nivel Primario (WISC-IV)

**Tabla 8. Análisis de la Puntuación CIT y Puntuaciones Índice**

	<b>Puntuación</b>	<b>Puntuación Compuesta de los Índices</b>	<b>Diagnóstico</b>
	<b>Escarlar de las subpruebas</b>		
<b>ICV</b>	15	71	Límite
<b>IRP</b>	14	67	Muy bajo
<b>IMT</b>	08	65	Muy bajo
<b>IVP</b>	10	73	Límite
<b>CIT</b>	48	62	Muy bajo

Perla presentó un funcionamiento intelectual global que corresponde a la categoría denominada “**Muy bajo**” (C.I. 162), de acuerdo a la media poblacional.

Al evaluar los índices, se observó que Perla seguía presentando las mismas dificultades para realizar actividades que se encuentran relacionadas con la expresión verbal, memoria, atención, concentración y razonamiento fluido. Asimismo en ejercicios que tienen que ver con el conocimiento adquirido, habilidad aritmética, razonamiento verbal, vocabulario y del área de razonamiento abstracto, así como para estructurar soluciones que incluyen elementos de “juicio crítico-social” y en su habilidad de abstraer e integrar conceptos.

En donde tuvo ligeramente un mejor desempeño, fueron en tareas simples y de tipo administrativo con rapidez.

Al comparar las puntuaciones de Perla con las normas de edad, se proporcionaran los equivalentes de edad a continuación:

<b>Tabla 9. Equivalentes de edad</b>					
Subprueba	P. Natural	Edad	Subprueba	P. Natural	Edad
DC	13	6:2	<b>FI</b>	11	<6:2
SE	6	<6:2	<b>RG</b>	38	<6:2
RD	8	<6:2	<b>IN</b>	10	6:6
CD	10	6:6	<b>AR</b>	11	6:2
CL	31	<6:2	<b>PC</b>	7	<6:2
VB	19	6:10	<b>DCSB</b>	13	6:2
NL	-	-	<b>RDD</b>	4	<6:2
MT	9	6:2	<b>RDI</b>	4	6:2

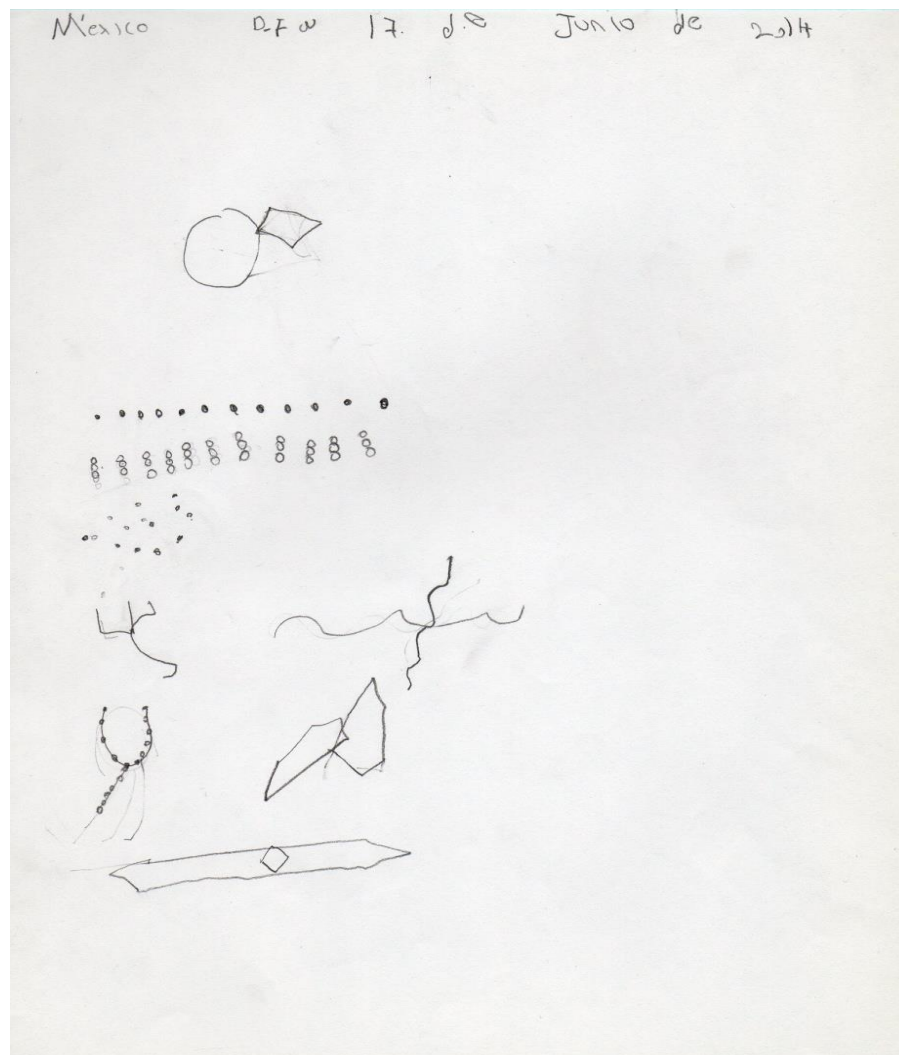
CM	13	6:10	<b>RA</b>	14	<6:2
BS	16	6:2	<b>RE</b>	24	6:6

✓ **Test Gestáltico Visomotor de L. Bender**

Perla obtuvo una calificación de 5 puntos que corresponde a la edad de 7 años a 7 años 5 meses de acuerdo a la tabla de medias y desviaciones estándar.

También se ubicaron desproporciones en la forma, rotación, línea continua, distorsión de la forma y perseveración. Y de acuerdo al tamaño pequeño de las figuras (micrografía), se presentan indicadores de timidez, inseguridad e introversión.

**Figura 25. Bender (Postest)**



### ✓ **Dibujo Libre**

Se identificó un trazado más complejo, y con muchos más elementos y colores. Perla se sintió con la libertad de dibujar sus cosas favoritas y los lugares que visita, a comparación de la primera aplicación, se nota un gran cambio en el tamaño de sus figuras y en la utilización del espacio.

Abraham (1977; en Wallon, Cambier & Engelhart, 1999) expone que, el niño “retrasado” bien adaptado socialmente, a menudo su dibujo llegar a ser mejor que su CI. Sus resultados dependerán de la maduración global, es decir, del equilibrio afectivo del niño y de su aceptación por el medio.

**Figura 26. Dibujo Libre (Postest)**

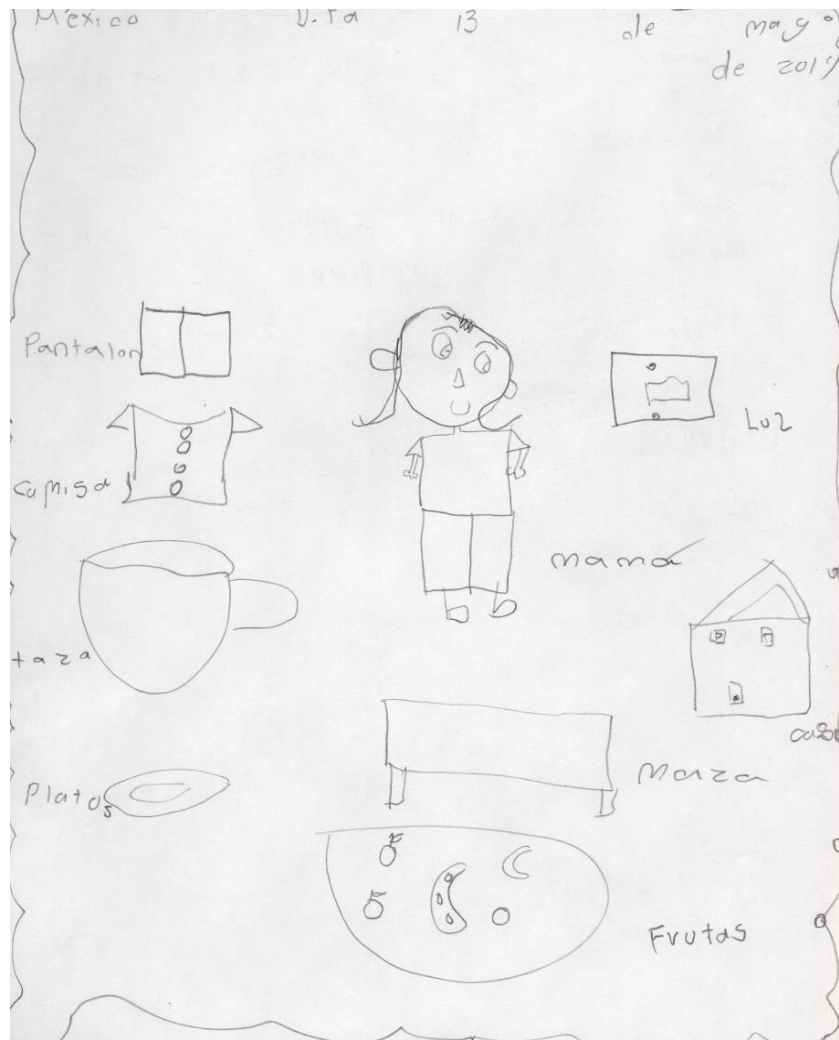




En el **Test de la Figura Humana (DFH) de Elizabeth Koppitz**, también se muestran figuras más grandes y detalladas, la primera figura dibujada fue su mamá con la cual se identifica, además fue a la que más prestó atención, ya que agregó las actividades que realiza.

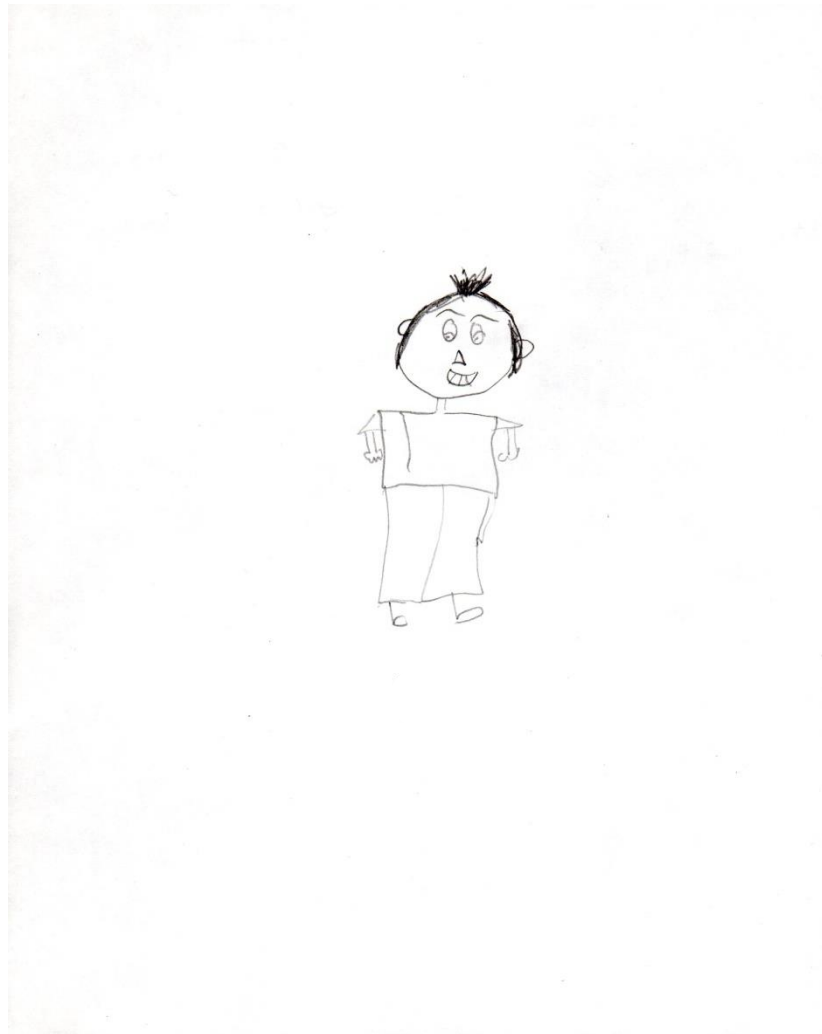
De acuerdo a los indicadores esperados, se obtuvo una calificación total de 5 puntos, que puede interpretarse como nivel *Normal*.

**Figura 27. DFH Femenino (Postest)**



En cuanto a los signos cualitativos del dibujo, se presenta una integración pobre de las partes de la figura que puede asociarse con inestabilidad emocional, personalidad pobremente integrada, impulsividad o dificultad en la coordinación visomotriz. La asimetría marcada de las partes parece indicar dificultades en la coordinación visomotora, que pueden deberse a impulsividad o también se relaciona con daño neurológico. La presencia de dientes se considera un signo de agresividad y los brazos cortos parecen reflejar la dificultad del niño para conectarse con el mundo exterior y con los que lo rodean. Las piernas juntas implican rigidez y dificultad en el control de impulsos. (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007)

**Figura 28. DFH Masculino (Postest)**

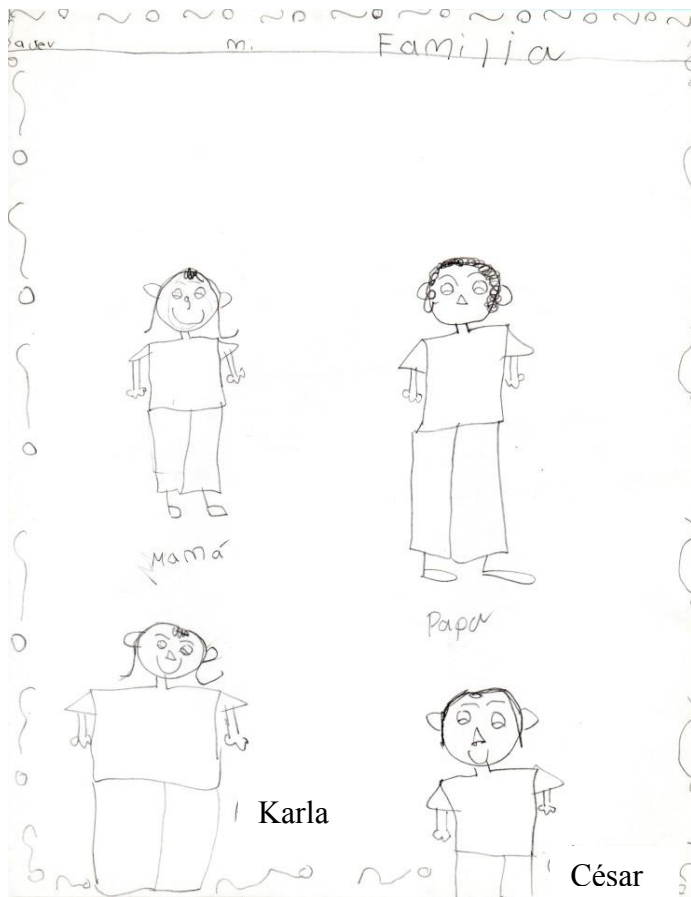


✓ **Test del dibujo de la Familia de Louis Corman**

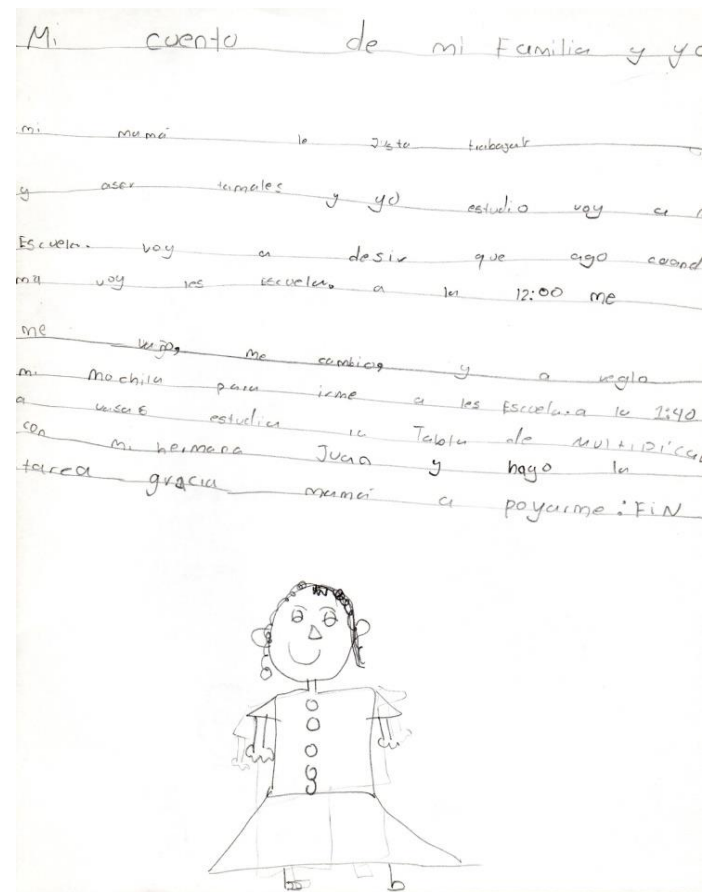
En trazo es fuerte indicando pulsiones agresivas. El dibujo es de tipo racional, por ser estereotipado y rítmico, de escaso movimiento y personales aislados, predominando las líneas rectas y ángulos. A estos niños se les cree más inhibidos y guiados por las reglas (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

Hay que señalar que Perla dibujó sólo a cuatro integrantes de su familia: mamá (de crianza), papá (de crianza), hermana (de crianza) y a su sobrino. Después quiso agregar una historia en donde describió las actividades de cada uno y en ese momento recordó que faltaba ella, así que se agregó al final de su historia.

**Figura 29. Dibujo de la Familia (Postest)**



**Figura 30. Dibujo de la Familia (Postest)**



El texto dice lo siguiente:

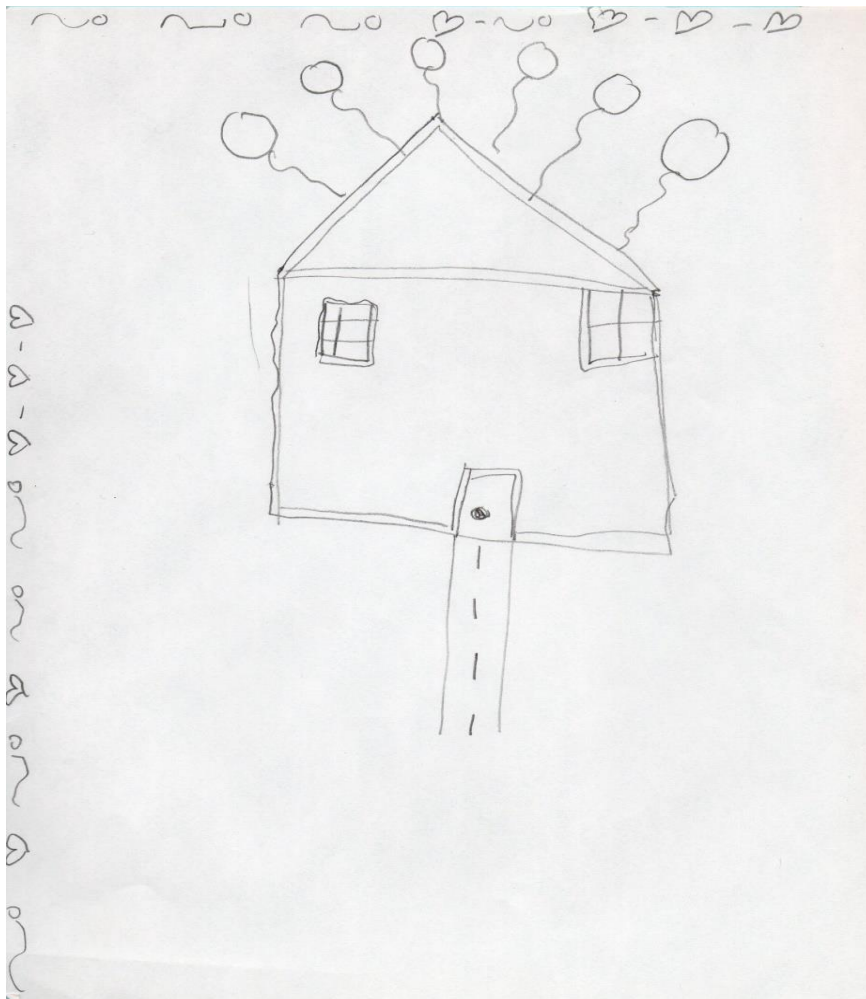
“Mi mamá le justa trabajar y aser tamales y yo estudio voy a la Escuela. Voy a desir que ago cuando ma voy les escuela. A la 12:00 me me vaño, me cambio, y a reglo mi mochila para irme a les Escuela la 1:40 a uusae estudia la tabla de multiplicar con mi hermana Juan y hago la tarea gracia mamá a poyarme. Fin.”

✓ **Prueba HTP (Casa, Árbol, Persona) de John Buck (1995):**

*Casa*

Las puertas muy pequeñas sugieren sentimientos de inadecuación y rechazo a establecer contacto. Un sujeto que experimente conflictos graves en el hogar puede dibujar solamente un plano de la casa, reflejando un intento por estructurar la situación. El énfasis excesivo en las líneas periféricas (muros) o de “contención” parece indicar un esfuerzo consciente por mantener el control. El techo y los muros representan el Yo del sujeto.

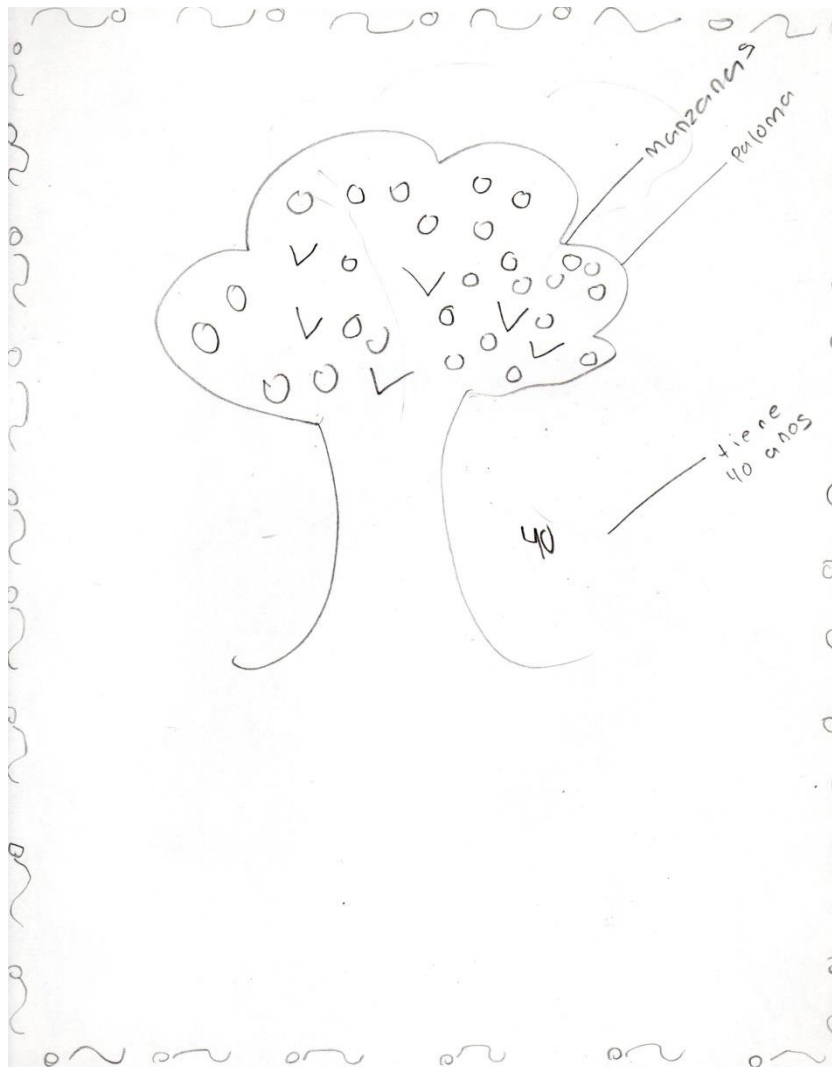
**Figura 31. Casa (Postest)**



## Árbol

El árbol en forma de “ojo de cerradura” sin una línea que cierre la base de su ramaje circular no sombreado y sin una línea base del tronco, implica fuertes tendencias opositoristas.

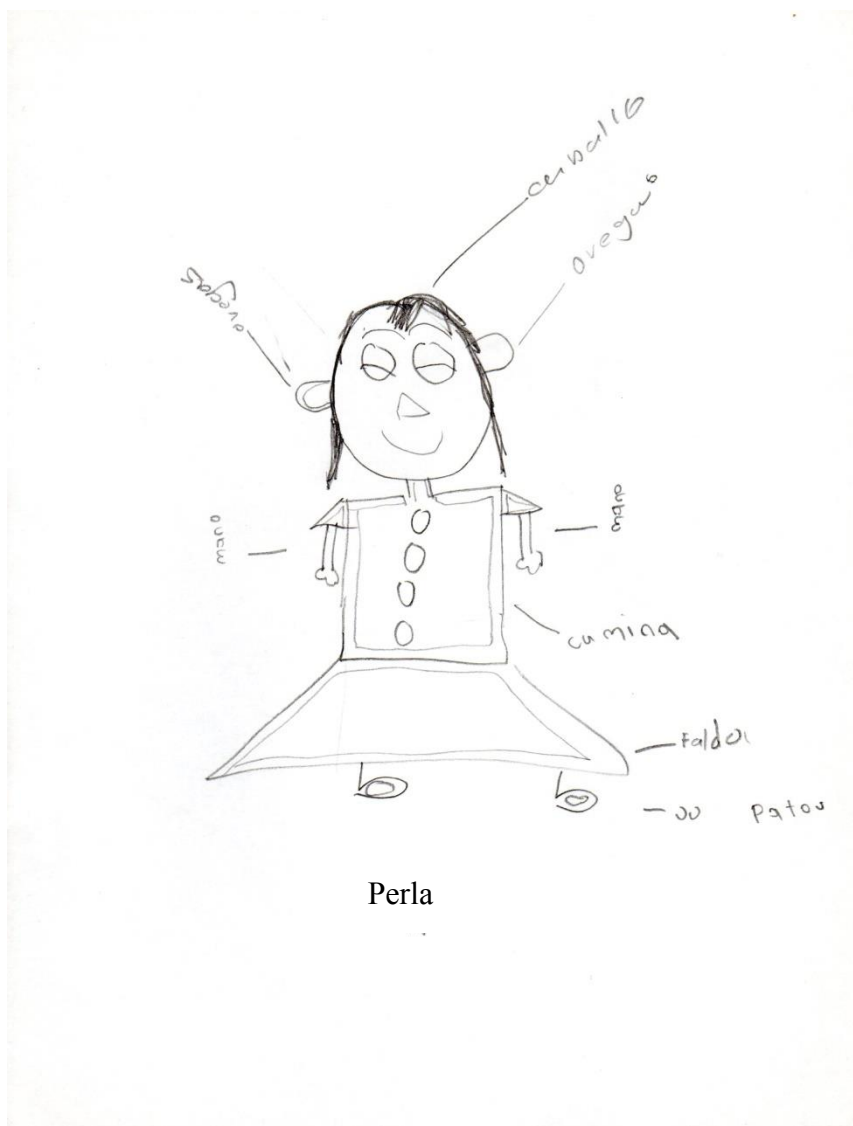
**Figura 32. Árbol (Postest)**



## Persona

Una persona dibujada totalmente de frente, sin indicación de profundidad y los brazos completamente extendidos en ángulo recto respecto al tronco, implica que el sujeto es esencialmente rígido e intransigente, tiene una fuerte necesidad de esconder sus sentimientos de inadecuación e inseguridad.

**Figura 33. Persona (Postest)**



✓ **Test de la Persona Bajo la Lluvia de Querol y Chavez (2004)**

El trazo se muestra entrecortado, siendo indicador de ansiedad e inseguridad. El movimiento es rígido, mostrándose en sujetos encerrados y protegidos del mundo, ya que sienten una amenaza por el entorno. La orientación de la persona es inclinada, indicando falta de equilibrio, inestabilidad. La presencia de nubes y lluvia, representan una amenaza y hostilidad del medio, así como angustia.

**Figura 34. Persona bajo la lluvia (Postest)**



**Tabla 8. ANÁLISIS CUALITATIVO**

	<b>PRETEST</b>	<b>POSTEST</b>
<b>WISC-IV</b>	<p>Se observó un desempeño deficiente en las pruebas del Área Verbal, obteniendo un rendimiento muy bajo en su capacidad para resolver problemas prácticos y de la vida cotidiana, un vocabulario escaso en cuanto al número de palabras que manejaba, y en la habilidad de abstraer e integrar conceptos. El nivel de conocimientos y de cultura general estaban rindiendo por abajo de lo esperado a su edad, de modo que es posible considerar que su memoria a largo plazo no estaba funcionando en buenas condiciones, además aún no había adquirido el concepto numérico, ya que no logró realizar adecuadamente los ejercicios de aritmética.</p> <p>En donde tuvo ligeramente un mejor desempeño, fue en el Área de Ejecución, es decir, los procesos perceptivo-motores, que</p>	<p>No se observaron cambios significativos en los resultados de esta prueba. De hecho no consiguió realizar una de las subpruebas (Números y Letras), debido a que no comprendió la actividad, lo cual se refleja en su C.I. Total que llega a ser dos puntos más bajo que en la primera evaluación.</p>



	<p>tienen que ver con la capacidad de atención visual, al manejo de espacio y de forma, que permite explorar la habilidad para razonar deductivamente, y cuando se trata de aprender con rapidez estímulos visuales relacionados con otros.</p>	
<b>BENDER</b>	<p>Obtuvo una calificación de 13 puntos que corresponde a una edad que fluctúa entre los 5 años a los 5 años 5 meses.</p> <p>Se encontraron: distorsión en la forma, integración y modificación de la figura, rotación y cambio curvas por ángulos, e inestabilidad en la coordinación motora.</p>	<p>En esta segunda aplicación tuvo una calificación de 5 puntos que corresponde a una edad de 7 años a 7 años 5 meses.</p> <p>Se encontraron: desproporción de la forma, rotación, línea continua en lugar de puntos en el arco, distorsión de la forma y perseveración.</p>
<b>DIBUJO LIBRE</b>	<p>Se presenta una pobre expresión gráfica, los trazos apenas se perciben y los colores elegidos son muy claros.</p>	<p>Aumento del uso del color, existe mayor expansión y riqueza de elementos gráficos, los trazos son más firmes y continuos.</p>
<b>DFH</b>	<p>Se muestran figuras pequeñas, sin notarse grandes diferenciaciones en su género y trazos simples.</p>	<p>Mayor aumento del tamaño, se perciben muchos más detalles en cada una de las figuras, notándose una diferenciación en cuanto al género.</p>

<b>FAMILIA KINÉTICA</b>	Las figuras son pequeñas, representando a todos los miembros de su familia, sus gestos faciales apenas se perciben.	El tamaño de las figuras es más grande. Además sólo presenta a cuatro miembros de la familia, los cuales se encuentran más cercanos a ella, aunque termina dibujándose en último lugar por olvido.
<b>HTP</b>	Los trazos se perciben débiles, los detalles son pobres y los dibujos son pequeños.	El tamaño de las figuras es más notable, se muestran detalles que adornan las hojas y el dibujo, se nota un gran interés y dedicación para ejecutar cada uno de los dibujos.
<b>CAT</b>	Historias cortas, descriptivas, no existe una continuidad, disminuida expresión oral.	Mayor contenido, tienen un principio y un final, se observa una mayor identificación con los personajes de las láminas.

Como se puede observar en el cuadro, los cambios más notables de Perla s dieron en las pruebas proyectivas y en el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender (mejoró su puntuación). Además, presentó una mayor expresividad gráfica y lingüística, ya que dibujaba figuras más coloridas y de tamaño más amplio, mientras que sus historias estaban mejor desarrolladas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo general de este estudio se centró en aplicar la terapia de juego integrativa para la regulación de las emociones de una niña de 10 años con discapacidad intelectual y observar cuáles eran los resultados.

A lo largo del proceso terapéutico se intentó crear una alianza terapéutica para facilitar la externalización de sus emociones y pensamientos, y así poder reducir los altos niveles de ansiedad que experimentaba Perla. Esta diada paciente-psicóloga, no se logró plenamente, debido a que la niña aún sentía desconfianza hacia la terapeuta.

Aixline (1975) menciona al respecto que el tipo de relación que se establece entre el terapeuta y el niño, durante la terapia de juego, es lo que hace posible que el niño pueda revelar su Yo verdadero al ser aceptado por el terapeuta; y, debido a esta misma aceptación, crece un poco su confianza en sí mismo y aumenta su capacidad para extender los límites de la expresión de su personalidad.

Los momentos en los que Perla sentía más libertad para hablar sobre sus emociones y pensamientos, preguntar, crear historias y juegos, era cuando se realizaban actividades que tenían que ver con la pintura digital y el arenero.

Las sesiones que se tenían con la madre, siempre estaban cargados de contenidos frustrantes y angustiantes. Sin embargo, Perla percibía a María como una figura muy significativa para ella, todas las cartas y dibujos que hacía se los dedicaba a ella, y apreciaba y agradecía los esfuerzos que hacía su madre para trabajar, mantener la casa en buen estado y llevarla a todas las sesiones de terapia. Además, en las últimas sesiones que se tuvo con Perla, ya había logrado diferenciar entre su madre de crianza y su madre biológica y expresaba que esta cuestión ya no le generaba tanto conflicto pues ahora tenía más claro el lugar de cada una.

Sus habilidades sociales también mejoraron ligeramente, aunque buscaba cierta aceptación por parte de sus compañeros de clase regalándoles cosas y su forma de expresar afecto asustaba a los demás pues se mostraba demasiado efusiva; ya había acordado no dejar que los demás le pidieran dinero, y ofrecer disculpas cuando molestara a sus amigos.

A lo que se refiere al establecimiento de límites en casa para propiciar un manejo más adecuado de su conducta, faltó trabajar en esta área, debido a la dinámica familiar en la que todavía no era muy claro cuál iba a ser la posición de cada quién y de qué manera ayudarían en el trabajo terapéutico con Perla.

Está claro que la familia es una pieza clave para lograr cambios significativos, sobre todo en la relación del principal cuidador (la madre) con la del niño discapacitado.

Vargas y Polaino-Lorente (1996) comentan que es posible que su conducta disruptiva se deba a que interprete como señales de aceptación las señales de rechazo, porque logra la atención que no consigue de otra manera. Y como consecuencia, los profesores y alumnos atribuyen que su molesto comportamiento se debe a un grave trastorno de conducta. Además, al tratarse de un niño discapacitado, suelen adjudicarle su fracaso al déficit cognitivo, en lugar de al contexto familiar y social.

Otro factor importante que se observó durante el proceso terapéutico, fue la *motivación*, ya que si ésta es escasa no se logran grandes cambios, que a su vez, se encuentra relacionado con el fracaso, ya que normalmente se espera que fallen y esto es percibido por los niños, lo que perturba su motivación al realizar alguna actividad, cuando la respuesta ante las personas con deficiencia intelectual debería ser de comprensión, e impulsar su esfuerzo.

A esto, Vargas y Polaino-Lorente (1996) añaden que la *indefensión aprendida* (elevadas expectativas personales de fracaso y bajas expectativas de éxito) conlleva consecuencias cognitivas (incontrolabilidad), motivacionales (incapacidad para esforzarse) y emocionales (conducta depresiva).

Estos datos, hacen reflexionar sobre el tema de la *integración* del niño con discapacidad intelectual. Si el rechazo por parte de los compañeros se debe en cierto modo al inicial rechazo de sus padres, lo más apropiado sería comenzar por promover un cambio de actitudes en ellos, en lugar de empeñarse en integrarlo en la escuela (Vargas & Polaino-Lorente, 1996).

Berástegui (2005, en Berástegui, 2012) propone que, si consideramos a las familias como aliadas en la protección de los menores más vulnerables, deberíamos colocarlos, no sólo en una posición activa y bien informada sino también dotarles de los recursos necesarios (económicos, médicos, psicológicos y educativos).

A su vez, Heckausen (1967; en Vargas & Polaino-Lorente, 1996) plantea que los profesionales de la salud debemos orientar e informar a los padres de los niños deficientes sobre sus potencialidades de forma que, convencidos de ello, se entreguen a la difícil tarea de promover las percepciones de control y de competencia más saludables y eficaces en sus hijos. También nos dice que las conductas paternas que facilitan el desarrollo del sentido de competencias son, principalmente, el apoyo emocional (incluso cuando el niño falla), la estimulación de la independencia, el refuerzo del éxito y la realización de tareas con el niño.

Pocos estudios se han centrado en la regulación socioemocional de niños con discapacidad intelectual (Baurain and Nader-Grosbois, 2009a, 2009b, 2011; encontrado en Baurain, Nader-Grosbois y Dionne, 2013). No existen muchas investigaciones respecto al estado emocional y la regulación emocional en personas con discapacidad intelectual, éstas se encuentran están más enfocadas en cuestiones del aprendizaje. Por lo tanto, queda mucho por estudiar en este campo y se hace una invitación a que se continúe con esta línea de investigación,.

Baurain y Nader-Grosbois (2012) también coinciden en examinar si los niños con discapacidad intelectual tienen habilidades o deficiencias en la regulación de sus conductas o respuestas socioemocionales.

Asimismo, se propone e invita a seguir investigando los efectos de la psicoterapia integrativa como una opción de tratamiento complementario en niños con características especiales, ya que no existe la suficiente información que la apruebe o desacredite.

Pues desde el siglo XX se viene acumulando infinidades de tipo de intervenciones, entonces ¿por qué no pensar en trabajar esta modalidad con estos niños?

Aunque claro también se debe tener en cuenta el grado de la deficiencia, como los procesos cognitivos se encuentran afectados la capacidad de comprender y abstraer la información se encuentra modificada (retardada) lo que probablemente obstaculizaría este tipo de intervención en niños con una discapacidad más avanzada.

Ahora, en cuanto a la regulación emocional resulta ser de gran importancia de nuestro día a día, pero en las personas con discapacidad intelectual lo es más porque tienen más obstáculos que lidiar para adaptarse a la sociedad, a la vez de que las demás personas tampoco saben cómo acercarse a ellos.

Si bien, la educación académica es importante y no debe hacerse de lado, pero una de las prioridades del niño con discapacidad intelectual debe ser también la regulación socio-emocional, para que logre su desenvolvimiento e independencia.

Muchas veces, no se tiene la conciencia de que sus procesos de adaptación son distintos a los de los demás y que sus deficiencias cognitivas tienen un impacto en su inclusión social, por lo que necesitan más tiempo y dedicación para desarrollar esta parte.

Aunque las personas con discapacidad intelectual tienen un déficit en su regulación emocional, esto no significa que no puedan dominar esta área pero se necesita de dedicación, paciencia y apoyo. Además, las personas cercanas a ellas deben tener expectativas realistas sobre su desarrollo y avances.

Hubo avances y estancamientos en la búsqueda de implementar la mejor terapia posible, pero se necesitan más pruebas e información para trabajar mejor. No se logró el progreso esperado, sin embargo, Perla consiguió expresarse mejor, que era uno de los objetivos principales, y respetó los límites dentro de las sesiones.

Con la terapia de juego integrativa se obtuvieron progresos aunque fueron limitados, esto puede deberse también a que aún no existe suficiente información sobre cómo deben ser llevados este tipo de casos, pues las técnicas empleadas no están dirigidas propiamente a una población tan específica como Perla, una niña con discapacidad intelectual.

## COMENTARIOS FINALES

Para finalizar este escrito quisiera concluir mencionando la experiencia y el aprendizaje que tuve al cursar la Especialización en Intervención Clínica en Niños y Adolescentes, en la cual estuvieron involucradas mis clases teóricas y las prácticas profesionales en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, en donde tuve la oportunidad de trabajar en coterapia en la Cámara de Gesell y en las sesiones de supervisión.

Mis aprendizajes, fueron desde lo más básico, que fue recibir a un paciente a nivel de intervención psicológica clínica, aunado a los miedos y angustias provocados por la falta de experiencia, entre ellos el tener ya a una paciente en edad infantil con características especiales.

Otro temor eran las sesiones en la cámara de Gesell, donde iba a haber personas observándome, me preocupaban equivocarme y sus críticas. Mis angustias se basaban en cómo iba desarrollándose la sesión, y qué hacía yo para impulsar a la niña a lograr un avance.

Sin embargo, el nerviosismo por entrar a la cámara de Gesell fue disminuyendo, la preocupación por la retroalimentación terminó convirtiéndose en un apoyo en el que podía darme cuenta de lo que me faltó hacer y de lo que había hecho bien. La supervisión de mis compañeros también resultó ser una gran guía indispensable, ellos me aportaban sus conocimientos y percepciones que yo había perdido de vista durante las sesiones, además me comprendían, pues ellos también estaban pasando por los mismos procesos.

Por lo tanto, conforme pasaban las sesiones dejé a un lado esa parte persecutoria que me generaban las supervisiones, y me enfoqué en que Perla se desarrollara, confiara y se comprometiera con la sesión.

Durante las sesiones se generaban diversos ambientes, que dependían del estado de ánimo de la niña, y esto también me generaba ansiedad, ya que me encontraba ante la expectativa de lo que traería Perla para ese día, a veces aunque tuviera estructuradas mis sesiones si la niña no se encontraba dispuesta a trabajar, tenía que replantearme las sesiones, lo que desembocaba en mí frustración y angustia.

¿Qué fue lo que me dejó trabajar con un caso de esta naturaleza?

Con este caso tuve la oportunidad de acercarme a una realidad, en donde puse a prueba mis conocimientos, mis habilidades y capacidades, así como ir desarrollando las que aún no tenía. A decir verdad, en un inicio desconocía este tipo de intervención en niños con esta problemática, y ahora entiendo el porqué; la información es escasa y los avances son pequeños y muy tardados. Cuando por fin se lograba un progreso a la siguiente semana ya se había retrocedido como desde el principio, lo que me generaba grandes cantidades de angustia y frustración, ya que mis deseos de tener mejoras eran muy altos, no podía evitar sentirme entusiasmada cuando presenciaba un adelanto y volverme a sentir derrotada cuando no los había. A pesar de todo eso, siempre me mantuve motivada y aún más comprometida con la niña.

¿Qué le pude dejar a la niña?

A pesar que no se logró plenamente una alianza terapéutica, en gran medida por su historia de vida. Todas las personas significativas para ella se habían alejado, tal vez de alguna manera Perla sabía que iba a partir en cualquier momento y como una forma de protegerse nunca “bajo la guardia”, o debido a tantas pérdidas significativas, no le iba a ser tolerable aceptar a una persona más, pues su confianza y seguridad estaban dañadas.

Aun así, se obtuvieron varios momentos en donde ella pudo expresar sus pensamientos y sentimientos sin sentirse agredida o criticada, Perla era bien recibida a la sesión siguiente, aceptándola tal y cómo es.

En ese tiempo también me encontraba en mi propio proceso terapéutico, el cual me ayudó a encontrar el inicio y el fin de mis sesiones con la niña.

Ahora considero que cualquier caso necesita estar bajo la supervisión de un experto y haber estado bajo un proceso terapéutico, es inevitable involucrar emociones y se necesita de alguien neutro que vuelva a ubicarte y te señale lo que en ese momento no se percibe claramente por ser parte de la terapia; además se generan muchas dudas que se disipan al tener a alguien que te instruya y, a veces, te organice.



A partir de lo que aprendí en las clases teóricas de la especialización y con el caso, logré controlar algunas de mis ansiedades y frustraciones durante las sesiones. Aprendí a hacer un plan de trabajo e irlo modificando de acuerdo al progreso del paciente, en este caso Perla; así como a acercarme a investigaciones y relacionar la teoría con lo visto durante las sesiones para comprender el caso.

Me di cuenta de la importancia que tiene la figura del terapeuta de niños, como una guía y soporte para el paciente y su familia (o la persona más cercana a éste), ya que no sólo se sobrellevan los desasosiegos del paciente, también van los de sus seres queridos.

A su vez, pude percatarme de que cada caso es particular y sus necesidades son distintas, por ejemplo, específicamente en este caso, considero que el trabajo en conjunto de una intervención médica adecuada, sumada a la terapia emocional y de aprendizaje, hubieran traído cambios significativos.

Unos elementos esenciales que descubrí fueron el apoyo, dedicación y constancia de la familia. Durante este proceso terapéutico se necesitó de darle continuidad en casa al trabajo realizado en las sesiones, sin embargo las sugerencias y tareas no se llevaban a cabo, esto debido a la dinámica familiar. Si las circunstancias hubieran sido distintas se habrían logrado grandes avances en el progreso de Perla.

Otro factor en contra fueron los obstáculos administrativos, los trámites eran muy tardados y cuando se lograba una cita ya habían pasado meses, esto por consiguiente retrasaba el trabajo terapéutico. Si estos aspectos hubieran estado a nuestro favor se hubiera logrado una diferencia positiva más notable.

En fin, la intervención en niños consta de diversos ingredientes: bases teóricas, búsqueda de alternativas o complementos que potencialicen el bienestar del paciente, tolerancia a la frustración, estar o haber estado en un proceso terapéutico, la supervisión de un experto, dedicación, tiempo, energía, es decir, vocación.

Ésta ha sido una de las vivencias más enriquecedoras que me brindó la Especialización en Intervención Clínica en Niños y Adolescentes, pues me ofreció los cimientos y me enfrentó a una realidad, la que se vive en terapia con los pacientes, el tener un acercamiento

más próximo con la sociedad a la que quiero brindar mis servicios, lo que no te enseñan en el salón de clases, en donde pude descubrir y utilizar mis capacidades y mis habilidades como profesional y como persona.

## REFERENCIAS

- Aguilar, G. (2010). *Conductas problema en el niño normal. Programas preventivos y terapéuticos. Guía para padres y maestros*. México: Trillas.
- Aixline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Editorial Diana.
- Aldecoa, T., & Polaino-Lorente, A. (1996). *La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Álvarez, C., Torres, C., Arias, E., Garza, M., Pérez, P., Sevilla, R., & González, J., (1998) *La Sociedad Mexicana para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental presenta: Educación del Deficiente Mental en México (Discapacidad Intelectual)*. México, Sociedad Mexicana para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental.
- American Psychiatric Association . (2000). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association . (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM.V*. APA.
- Amescua, G. (2008). *Psicoterapia infantil relacional. Un modelo de intervención Gestalt*. México: CEIG.
- Baurain, C., & Nader-Grosbois, N. (2012) Socio-emotional regulation in children with intellectual disability and typically developing children in interactive contexts. ALTER, European Journal of Disability Research, 6, 75–93.

- Baurain, C., & Nader-Grosbois, N. (2012). Theory of Mind, Socio-Emotional Problem-Solving, Socio-Emotional Regulation in Children with Intellectual Disability in Typically Developing Children. *J Autism Dev Disord.* 43, 1080–1097. doi: 10.1007/s10803-012-1651-4
- Baurain, C., Nader-Grosbois, N., & Dionne, C. (2013). Socio-emotional regulation in children with intellectual disability and typically developing children, and teachers's perception of their social adjustment. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2774–2787.
- Bendersky, B. (2004) *La teoría genética de Piaget. Psicología evolutiva y educación.* Buenos Aires: Longseller.
- Berástegui, A. (2012) *Adopciones especiales: ¿niños especiales para familias especiales? Papeles del Psicólogo*, 33 (3), 211-220.
- Bermejo, B. (2003) *El mundo emocional de las personas con retraso mental. Un estudio empírico sobre su capacidad para reconocer y experimentar emociones.* Tesis de doctorado. Salamanca: Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca
- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y el adolescente.* México: Prentice Hall.
- Brenning, K., & Braet, C. (2012).The emotion regulation model of attachment: An emotion-specific approach. *Personal Relationships*, 20,107-123. doi: 10.1111/j.1475-6811.2012.01399.x
- Blumberg, S. (1994) Yo adopto, tú adoptas, nosotros adoptamos. En Giberti, E., Blumberg, S., Renzi, C., Gelman, B., & Lipski, G. (1994) *Adoptar hoy.* Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1954) *Los cuidados maternos y la salud mental.* Organización Mundial de la Salud.
- Cattanach, A. (2009). *Introduction to play therapy.* Estados Unidos: Routledge.
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico.* México: Pearson.

- Connor, K., & Schaefer, C. (2000) *Manual de terapia de juego (Volumen 2). Avances e innovaciones*. México: Manual Moderno
- Díaz, J. (1997). *El juego y el juguete en el desarrollo del niño*. México: Trillas.
- Drewes et al. (2011). *Integrative Play Therapy*. Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F., Heredia, M., & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno
- Feldman, R. (2008). *Desarrollo en la infancia*. México: Pearson.
- Fiasse, C., & Nader-Grosbois, N. (2012). Perceived social acceptance, theory of mind and social adjustment in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1871–1880.
- Galindo, E., Galguera, I., Taracena, E., & Hinojosa, G. (2011). *Modificación de Conducta en la Educación Especial, diagnóstico y programas*. México: Trillas.
- García, I. (2005). *Concepto actual de discapacidad intelectual. Intervención Psicosocial*, 14 (3), 255-276.
- Gelman, B. (1994). El hijo posible. En Giberti, E., Blumberg, S., Renzi, C., Gelman, B., & Lipski, G. (1994) *Adoptar hoy*. Argentina: Paidós.
- Giberti, E. (1994). ¿Cuánto tiempo se tarda en querer al hijo adoptado? En Giberti, E., Blumberg, S., Renzi, C., Gelman, B., & Lipski, G. (1994) *Adoptar hoy*. Argentina: Paidós.
- Giberti, E., Blumberg, S., Renzi, C., Gelman, B., & Lipski, G. (1994) *Adoptar hoy*. Argentina: Paidós.
- Goldstein, T. (2010). The effects of acting training on theory of mind, empathy, and emotion regulation. Boston College. The Graduate School of Arts and Sciences. Department of Psychology. Tesis de doctorado.

- González, J. (1997). *Evaluación del desarrollo potencial en sujetos escolarizados con retraso mental*. Tesis de doctorado. Madrid: Facultad de Psicología, Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad Complutense de Madrid.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Hoffmann, Jessica & Russ, Sandra. (2012). Pretend play, creativity, and emotion regulation in children. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 6, 175-184. doi: 10.1037/a0026299
- Hormigo, A. (2006). *Retraso mental en niños y adolescentes: aspectos biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- INEGI (2013). *Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas con Discapacidad. Datos Nacionales*. Tomado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/discapacidad0.pdf?s=inegi&c=2896&ep=146>
- Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios Pedagógicos*. (28), 193-204.
- Jurado, B. (2001). *Análisis comparativo de las principales teorías en la terapia de juego*. Tesina de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Lazcano-Ponce, E., Katz, G., Allen-Leigh, B., Magaña, L., Rangel-Eudave, G., Minoletti, A. ...Salvador-Carulla, L. (2013). Trastornos del desarrollo intelectual en América Latina: un marco para establecer las prioridades políticas de investigación y atención. *RevPanam Salud Pública*, 34 (3), 204-209.
- Lipsky, G. (1994). El silencio no es salud. En Giberti, E., Blumberg, S., Renzi, C., Gelman, B., & Lipski, G. (1994) *Adoptar hoy*. Argentina: Paidós.
- Mannoni, M. (1982). *El niño retardado y su madre*. Argentina: Paidós.
- Marcelli, D., & Ajuriaguerra, J. (2005). *Psicopatología del niño*. España: Masson.
- Mesquita, B., & Frijda, N. (2011). An emotion perspective on emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 25:5, 782-784, doi: 10.1080/02699931.2011.586824

- Muntaner, J. (2001). *Las personas con retraso mental bases para su inclusión social y educativa. Guía para padres y educadores*. Málaga: Aljibe.
- Novell, R., Rueda, P., & Salvador, L. (2003). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS
- Oaklander, V. (2001). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos.
- Oliva, L., Medina, M., & Martínez, R. (2001). *Cómo trabajar psicoterapia Gestalt con niños*. México: Universidad Veracruzana.
- OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Tomado de <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- OMS (2007). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. España: Médica Panamericana.
- OMS (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Tomado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- OPS-OMS (2011). *IESM-OMS Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México*. Tomado de [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)
- Pacheco, J., & Lugo, J. (2004) *Investigación y sociedad en la región sureste de México*. México: Universidad Autónoma de Yucatán Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.
- Pequeña, J. (2006). *Efectos de un programa para el mejoramiento de la autoestima en niños de 8 a 11 años con problemas específicos de aprendizaje. Cuadernos de psicopedagogía*. 6 (10), 1-19.

- Perinat, A. (2002). *Desarrollo socioafectivo en niños de 2 a 12 años*. España: UOC Papers.
- Rangel, M. (2009). *Psicoterapia infantil: un enfoque psicoanalítico*. México: Trillas.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. ...Yeager, M. (2007). *El nuevo nombre del retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual*. Siglo Cero, 38 (4).
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. España: McGraw Hill.
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego (2ª edición)*. México: Manual Moderno.
- Seymour, J. (2011). History of Psychotherapy Integration and Related Research'; en Integrative Play Therapy. Estados Unidos: John Wiley & Sons.
- Solloa, L. (2006) *Trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento (2da ed.)*. México: Trillas.
- Vargas & Polaino-Lorente (1996). La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vaydich, Jenny L. (2012). The influence of emotion regulation on aggressive behavior in the face of provocation. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 72(12-B), 7669.
- Wallon, P., Cambier, A, & Engelhart, D. (1999). *El dibujo del niño*. México: Siglo XXI