



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES  
DE LA VERA CRUZ**

*Licenciatura en Psicología Plan de Estudios 2008  
Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo de 2011  
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8967-25*

**TALLER DE JUEGO GESTALT PARA DISMINUIR  
SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL EN UN INFANTE  
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

*VIRIDIANA GUADALUPE ARAUZ ROJAS*

**ASESORA**

**BERTHA MARÍA MEDINA GUZMÁN**

**ORIZABA, VERACRUZ**

**OCTUBRE 2019.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios:** Por permitirme llegar hasta este punto de mi vida, nunca dejarme sola y ponerme a las personas indicadas en mi camino.

**A mi madre y padre:** Principales y fundamentales pilares e impulsores de mi existencia, gracias, por su paciencia y por estar allí siempre que lo necesité, por brindarme todo lo que estuvo en sus manos y ser un ejemplo de vida.

**A mi hermano:** Por ayudarme a no darme por vencida, regalarme consejos valiosos para llegar con éxito a alcanzar mis objetivos.

**A mi pareja:** Tú paciencia, cooperación confianza y ayuda, siempre fueron regalos que me brindaste para salir adelante. Además, me demostraste que todo lo que se hace con amor, vale la pena.

**A mis maestros de la Universidad:** Quiero agradecerles, especialmente a ellos este trabajo, por cada detalle y momento dedicado para aclararme cualquier tipo de duda, por la exactitud con la que enseñaban cada clase, discurso y por siempre impulsarme a dar lo mejor de mí para lograr alcanzar mis objetivos.

**Al Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz:** Mi universidad, gracias, por haber permitido la formación en esta etapa de mi vida, en la que aprendí a disfrutar cada momento que me permití descubrir de lo que era capaz.

**A la escuela primaria Benito Juárez García:** A este recinto agradezco permitirme realizar mi trabajo de titulación en sus instalaciones y apoyarme con el tiempo que requerí para lograr mi meta.

**A mi pequeño participante:** Me permito especialmente agradecer al niño que fue parte de este proyecto de titulación. Su constante actitud de colaboración y el tiempo que compartió conmigo fue de las cosas que hizo posible la realización del taller, gracias, por ser la principal inspiración para este trabajo.

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>Capítulo I. Taller de Terapia de Juego</b>	
1.1 Definición de juego.....	7
1.2 Importancia del juego en la infancia.....	12
1.3 Origen de la terapia de juego.....	13
1.4 La terapia de juego y sus diferentes modelos de intervención.....	15
<b>Capítulo II. Juego Gestalt</b>	
2.1 Modelo de juego Gestalt.....	17
2.2 El juego Gestalt como método de intervención.....	20
2.3 Autores que usan el juego Gestalt como método de intervención.....	21
2.4 Autores que ejercen el juego Gestalt en niños con discapacidad.....	24
<b>Capítulo III. Fobia Social</b>	
3.1 Naturaleza de la fobia Social.....	31
3.2 Génesis de la fobia social.....	34
3.3 La fobia social y su impacto en la etapa infantil.....	39
3.4 Diferentes alternativas para tratar la fobia social en la infancia.....	42
3.5 La Fobia Social en niños con discapacidad .....	43
<b>Capítulo IV. Metodología</b>	
4.1 Hipótesis.....	45
4.2 Diseño.....	45
4.3 Preguntas de investigación.....	46
4.4 Variables.....	46
4.5 Instrumentos.....	47
4.6 Sujeto.....	47
4.7 Marco contextual.....	49
4.8 Procedimiento.....	50
<b>RESULTADOS</b> .....	61
<b>ANÁLISIS</b> .....	68
<b>RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS</b> .....	71
<b>REFERENCIAS</b> .....	75
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Correlación de Resultados.....	62
---	----

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelos de Terapia de juego.....	17
Tabla 2. Tipos de Discapacidad .....	30
Tabla 3. Tipos de sistemas.....	34

## RESUMEN

El presente trabajo, describe la aplicación de un taller de terapia de Juego Gestalt, diseñado para reducir los síntomas de un síndrome de Fobia Social. Esta investigación es un estudio de caso, el cual es un método con origen en la medicina, psicología y educación.

En primera instancia, se muestra la introducción, la cual manifiesta los objetivos específicos que representan los resultados esperados, llevando a cabo estrategias basadas en la terapia de juego. Asimismo, se encuentra el planteamiento del problema, el cual, expone el eje de la investigación y posteriormente se plantea la hipótesis, en la que se establece la suposición de los resultados de esta investigación.

Este estudio se divide en cuatro capítulos, el primero habla de la importancia que tiene el juego en los niños, así como los diferentes tipos de juego y la manera en que el trabajo terapéutico, con esta herramienta, logra tener cambios en el aspecto emocional, social e incluso familiar. En el segundo capítulo, se muestra la importancia de utilizar un taller basado en la terapia de juego y los diferentes modelos para trabajar con el caso en particular. Además de la manera en que se ha utilizado desde el panorama de la discapacidad intelectual.

En el tercer capítulo, se expone todos los aspectos del síndrome de fobia social, como la génesis de dicho padecimiento, la cual surge como algo natural y se va convirtiendo en algo patológico cuando del miedo surgen ciertas características que globalmente se consideran como síntomas. Asimismo, se explica, como se manifiesta en los niños con discapacidad intelectual y diferentes métodos para tratar este tipo de fobia.

Para tener éxito con el taller, en el capítulo Cuatro, se plantean objetivos generales y específicos, los cuales, cada uno cumple con una sesión del taller. Llevando paso a paso el procedimiento del taller, reacciones del menor, actitudes diferentes y su avance a través de las sesiones para demostrar que el diseño de un taller de juego Gestalt puede disminuir los síntomas del síndrome de Fobia Social en un infante con discapacidad intelectual. Consecuentemente se presentan los resultados del taller, la escala y de la entrevista con la maestra de grupo y abuela materna, esto, para demostrar que existieron cambios favorables, desfavorables, positivos, negativos, del menor. Además de un análisis en donde se integran y agregan, los resultados obtenidos.

Posteriormente, se generan algunas recomendaciones para que el estudio consiga tener otras perspectivas o vertientes de investigación, en futuras líneas de mejora del taller que se aplicó.

**Palabras clave:** Juego, Taller de Terapia de Juego Gestalt, Síndrome de Fobia Social, Discapacidad Intelectual, Infante.

## INTRODUCCIÓN

*Entra en el juego de los niños y encontrarás el lugar donde se encuentran sus mentes, corazones y almas, Axline (1998).*

Para el ser humano, el juego, constituye un elemento que es fundamental para crecer y desarrollar desde habilidades motrices hasta verbales, incluso, a través de este, se enfrentan a diferentes situaciones, las cuales hacen tomar decisiones, afrontar y resolver problemáticas de la vida cotidiana. Es por esto que, con la frase anterior, Axline (1998), invita, a padres, maestros, psicólogos y adultos en general, encontrar los verdaderos anhelos y necesidades de un niño que no expresa verbalmente sus sentimientos, pensamientos y emociones, sin embargo, se reflejan a través del juego.

De esta manera, dicho elemento, no se define como una simple actividad, también se considera como principal herramienta para diferentes tipos de estudios e investigaciones. Por ejemplo, para la presente investigación, se habla de una historia en la que el juego funge como herramienta principal, esta herramienta, comenzó, en el servicio social realizado en la escuela primaria federal Benito Juárez García, con clave oficial: 30DPR1589M, la cual integra Unidades de Servicio y Apoyo a la Educación Regular (USAER 13). Esta unidad, se dedica a la atención de los alumnos con discapacidad y/o aptitudes sobresalientes que presentan necesidades educativas especiales, como en la orientación a los maestros y a los padres de familia.

Se sabe que, dentro de la vida cotidiana infantil, constantemente existe una interacción entre emociones, sentimientos y pensamientos. Los cuales, por la misma naturaleza humana, traen defensas biológicas. Para Ruiz (2013), la discapacidad intelectual es la condición que más presenta algún tipo de dicha defensa y la más común, es la ansiedad.

La ansiedad, se define según DSM-V (2013), como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Según Marss (2011), tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad

se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto el plano físico, como el psicológico y conductual.

Según el DSM-V (2013), existen diferentes tipos de ansiedad, por ejemplo, la ansiedad generalizada, ansiedad por separación, agorafobia, fobia social y fobia específica. De esta manera, si se cumple un tiempo de seis meses con los síntomas indicados en dicho manual, se habla de un trastorno, de lo contrario mientras no se propaguen en dicho lapso, se considera un síndrome, el cual toma lugar en la presente investigación.

En México, el Instituto Nacional de Psiquiatría (2017), arroja a través de la Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños, que los infantes con discapacidad presentan el 15% fobia específica, el 9% fobia social, un 5% trastorno de ansiedad generalizada y solo un 3% presentan algún tipo de distimia. Entonces, al observar en el servicio social, el grupo de primero de primaria, la manifestación de diferentes comportamientos que refleja, un infante con discapacidad intelectual, hace creer que se trata de los síntomas de Fobia Social.

Se habla de síndrome de Fobia Social, cuando se manifiestan síntomas que intervienen en diferentes aspectos sociales, familiares y escolares, por ejemplo, no ir al baño solo; no participar en clase a pesar de saber la respuesta; en el recreo comer asilado en el salón de clases y no ser capaz de convivir con compañeros de misma edad o de diferentes grupos.

El infante con discapacidad intelectual, presentaba los síntomas que se mencionan en el párrafo anterior, es por esto que se hablará de la Fobia Social, la cual, según el DSM-V (2013), se define como el temor intenso y persistente a situaciones sociales o a ser el centro de atención como hablar, comer o escribir en público, utilizar baños públicos, asistir a fiestas o entrevistas. No se limita a un lugar específico, sino a cualquier sitio. De hecho, según Ruíz (2013), este tipo de Fobia Social, está cargada de consecuencias de gran trascendencia a corto, medio y largo plazo, por ejemplo: abandono de estudios, inhibición en el funcionamiento social, desarrollo de abuso y dependencia de alcohol y drogas, además de desarrollar una personalidad de tipo paranoica.



En medio de la investigación, acerca de los síntomas que presentaba el infante con discapacidad intelectual, se encontró que el juego al ser una acción natural que propone un acercamiento más profundo como menciona Axline (1998), es una herramienta que el campo de la Pediatría y Psicología Infantil avalan la importancia de este método de intervención para cualquier infante. Ya que se ha demostrado que, mientras el niño juega, explora la realidad, prueba estrategias distintas para operar sobre dicha realidad, además de probar alternativas para cualquier dilema que se plantee en el juego. Así, desarrolla diferentes modos y estilos de pensamiento, de esta manera jugar es para el niño, un espacio para lo espontáneo, para la investigación creativa y la fantasía con reglas propias.

Igualmente, se considera, un medio sobre el que se construirán sus habilidades cognitivas y a través, del cual le darán sentido al mundo, ya que es un método de aprendizaje que se queda grabado para siempre. Y esto, es así, porque se sabe que nacen con una capacidad innata para adquirir nuevos conocimientos y tremendamente motivados para jugar. Por eso, cuando le dedican el tiempo necesario al juego, éste crece en complejidad y los niños se vuelven más exigentes cognitiva y socialmente.

Cuando el juego se fusiona con la terapia, se convierte en una herramienta esencial para detectar algunas patologías que afectan al comportamiento infantil. Según Cornejo (2012), a través de la Terapia de Juego, los terapeutas pueden trabajar distintas disfunciones en el ámbito físico, cognitivo, social y afectivo del niño. De esta manera, se vuelve una herramienta fundamental para la infancia.

Se sabe, que existen diferentes tipos de juego para trabajar con niños, como el juego Gestalt, el cognitivo conductual, el psicoanalítico, humanista, estratégico y el conductual. Estas herramientas se manejan de diferente manera como sesiones conferencias y talleres. Además, se encuentra que, en México existe la Asociación Mexicana de la Terapia de Juego, la cual sugirió a la doctora, Christina Teresa Nahabedian (1963), ella, utiliza el modelo Gestalt en el tratamiento de niños con algún tipo de discapacidad, algún síndrome y autismo. Se contacta a dicha profesional, para adquirir conocimiento a través de las experiencias que puede brindar por su trabajo con el juego terapéutico Gestalt.

Para Blix (2015), este modelo, proporciona técnicas de gran eficacia para manejar conductas neuróticas, autodestructivas, así como para movilizar y encaminar la energía del niño hacia un desarrollo autónoma y creativo, además se sabe que posee un considerable valor para la terapia individual o grupal, a corto o largo plazo y puede intervenir en una gran variedad de problemas y diferente tipo de personas.

Con los elementos anteriormente mencionados, sostiene como hipótesis qué: *La aplicación de un Taller de Terapia de Juego Gestalt, en un infante con discapacidad intelectual, logrará una disminución en los síntomas del síndrome de Fobia Social.* Con dicha oración, se entiende que la importancia de este estudio es demostrar la eficacia del diseño de un taller de Terapia de juego Gestalt consiga que niños con discapacidad intelectual. Así, como en el área de salud, exponer este taller como método que propicia la imaginación, espontaneidad, paciencia creatividad y preparación personal del terapeuta.

Para poder comprender lo anterior, se obtuvieron dos principales variables, el Taller de Terapia de juego Gestalt y Fobia Social, las cuales, a través del método de correlación de Pearson, logrará obtener resultados objetivos acerca de la hipótesis anteriormente mencionada. Asimismo, con esta investigación se pretende dar respuesta y aportar información respecto a la pregunta: *¿La aplicación de un Taller de Terapia de juego Gestalt, disminuirá los síntomas del síndrome de Fobia Social que presenta un infante con discapacidad intelectual?* En consecuencia, el objetivo general del trabajo es *desarrollar y aplicar un taller de juego Gestalt, para disminuir los síntomas de Fobia Social, que presenta un infante.*

La estructura de la presente investigación, consta de diferentes capítulos que dan fundamentación teórica, y además reflejan el proceso de Taller de Terapia de juego Gestalt para el infante con discapacidad intelectual. Con esta línea, la primera variable de Taller de Terapia de Juego Gestalt, se divide en dos capítulos.

Para lograr que el trabajo tenga un resultado más enfocado, se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- Detectar los síntomas de fobia social, que presenta el infante con discapacidad intelectual.

- Aplicar un instrumento para confirmar los síntomas de Fobia Social, que presenta el infante con discapacidad intelectual.
- Contactar con la doctora sugerida por la Asociación Mexicana de Terapia de Juego, para aclarar diferentes puntos acerca de las adaptaciones que se realizarán al taller.
- Buscar bibliografía, acerca del modelo Gestalt en la intervención para la Fobia Social.
- Diseñar un taller de terapia de juego Gestalt.
- Aplicar elementos que sugiere Fernández (2016), al realizar un taller de terapia de juego Gestalt.
- Realizar adaptaciones necesarias en el taller de terapia de juego Gestalt, para un niño con discapacidad intelectual.

La estructura de la presente investigación, consta de diferentes capítulos que dan fundamentación teórica, y además reflejan el proceso del taller de terapia de juego Gestalt para el infante con discapacidad intelectual. Con esta línea, la primera variable de taller de terapia de juego Gestalt, se divide en dos capítulos.

El capítulo uno, habla sobre todo lo relevante al juego, definición, importancia, origen y como la terapia de juego logra ser una intervención importante no solo en niños que asisten a terapia comúnmente, sino, también, en infantes con discapacidad intelectual. Asimismo, en el capítulo dos, se refleja el estudio del modelo Gestalt y su línea de trabajo, la cual muestra los beneficios de utilizar dicho modelo para los problemas que los niños lleguen a manifestar durante la infancia. Además, de grandes autores de la ciencia psicología que utilizan dicho modelo en su trabajo como terapeutas y se realiza una breve referencia que expone el modelo Gestalt utilizado en la infancia de niños con discapacidad intelectual para visualizar un panorama claro de los elementos importantes para tener en cuenta del taller de terapia de juego Gestalt.

En el capítulo tres, se logra visualizar la segunda variable, síndrome de fobia social. Con este capítulo se aprecia la naturaleza de la fobia social, así como los principales síntomas, además se manifiesta claramente la diferencia entre síndrome y trastorno. De la misma manera se presenta cómo se relaciona esta variable con la discapacidad intelectual.

Por último, el capítulo cuatro, describe el diseño de la investigación, los

instrumentos utilizados, para la detección de los síntomas de la fobia social y la comprobación de la disminución de los mismos. Para ello, se utilizó el método de correlación de *Pearson* representado por una gráfica en la que visualmente se pueden apreciar los resultados. Así, como recomendaciones para las futuras líneas de trabajo con el taller de terapia de juego Gestalt. Así como también, se detallan todas las sesiones con el infante, para apreciar los diferentes momentos importantes que se vivieron en esta investigación.

Finalmente, es preciso resaltar, que la importancia de este estudio se basa en las adaptaciones que se tuvieron que realizar en el taller de terapia de juego Gestalt, debido a que fueron fundamentales en el trabajo para un infante con discapacidad intelectual. Asimismo, se logrará reflejar las limitaciones, logro y contratiempos durante la aplicación del taller.

# MARCO TEÓRICO

## CAPÍTULO I. TALLER DE TERAPIA DE JUEGO

### 1.1 Definición de juego

En la vida de cualquier infante, la principal actividad que realiza y responde a la necesidad de niños y niñas de mirar, tocar, curiosear, experimentar, inventar, imaginar, aprender, expresar, comunicar, crear, soñar, es el juego. Es así, como a lo largo de los años, esta palabra que puede ser común se convierte en una herramienta para la ciencia, una de ellas es la Psicología, ya que, los niños a través del juego, expresan pensamientos y sentimientos que verbalmente no manifiestan. Es por esto que, la base primordial de la terapia lúdica es el juego, debido a que la interacción que tiene el niño con el medio externo e interno, impacta en su habilidad social, su desarrollo motriz e intelectual, así como la curiosidad por aprender.

Asimismo, se ha convertido en una de las técnicas más estudiadas a lo largo de los años. El juego es una actividad presente en todos los seres humanos desde la prehistoria. Los etólogos mencionan que es un posible patrón fijo de comportamiento en la ontogénesis humana, que se ha consolidado a lo largo de la evolución de la especie. Si buscamos en los orígenes, se puede desprender la contribución del juego a la especie humana.

No hay humanidad donde no exista el juego. Es algo que los antropólogos han descubierto, y si pensamos que el juego va unido a la infancia, profundizando sobre él llegaremos a considerar el papel de la infancia a lo largo de la historia. La prueba de que jugar no es un invento de nuestros días la encontramos en la literatura y el arte antiguos, en los que se describen las actividades de los niños, y en el Foro Romano hay una rayuela gravada en el piso.

Los sonajeros más antiguos se fabricaban de vejigas de cerdo o de garganta de pájaros, los que se llenaban de piedras para que el sonido producido estimulara la curiosidad de los niños más pequeños. Desde este punto, el juego se ha convertido en uno de los patrimonios más importantes. Sorprendentemente a menudo, los niños juegan el mismo tipo de juegos: a la rayuela, a saltar a la cuerda, con muñecos o

pelotas. Sin embargo, los juegos y los juguetes suelen diferenciarse en las distintas sociedades, dependiendo este fenómeno del acceso a diversos tipos de materiales.

Compartir positivas experiencias lúdicas crea fuertes lazos entre adultos y niños a través de toda la niñez, según Oaklander (2012). En una palabra, el jugar es vital para el desarrollo en la infancia ya que a través del juego se ponen en práctica todas las habilidades que favorecen la maduración y el aprendizaje. Aunque los niños aprenden a través del juego con placer, no es un objetivo en sí mismo.

Aunque el periodo lúdico de los niños era mucho más corto que sería en tiempos posteriores. En Grecia tenemos el ejemplo ineludible de los juegos griegos que fomentaban un despertar psicológico en los participantes. Si nos retomamos a las tribus más primitivas, nos encontramos que el juego era una preparación para la vida y la supervivencia. En un principio, cuando la horda primitiva subsistía de la recolección de los que eventualmente encontraban los hombres en su deambular nómada, los niños participaban, desde que les era posible tener una marcha independiente, en la tarea común de la subsistencia, por lo que la infancia, entendida como tal, no existía. Olímpicos. Estos festivales olímpicos se celebraban cada 4 años, era la más importante celebración religiosa, y ofrecía a los griegos desunidos la oportunidad de afirmar su identidad nacional.

En tiempos más recientes el juego ha sido estudiado e interpretado de acuerdo a los nuevos planteamientos teóricos que han ido surgiendo en Psicología de Piaget (1966) que ha destacado tanto en sus escritos teóricos como en sus observaciones clínicas, la importancia del juego en los procesos de desarrollo. Sternberg (1989), también aporta a la teoría piagetiana. Son muchos los autores que, de acuerdo con la teoría piagetiana, han insistido en la importancia que tiene para el proceso del desarrollo humano la actividad que el propio individuo despliega en sus intentos por comprender la realidad material y social.

Los educadores, influidos por la teoría de Piaget revisada, llegan a la conclusión de que la clase tiene que ser un lugar activo, en el que la curiosidad de los

niños sea satisfecha con materiales adecuados para explorar, discutir y debatir Thompson (1997).

Además, Piaget también fundamenta sus investigaciones sobre el desarrollo moral en el estudio del desarrollo del concepto de norma dentro de los juegos. La forma de relacionarse y entender las normas de los juegos es indicativa del modo cómo evoluciona el concepto de norma social.

Considerando que Rago (2017), menciona que Freud refiere por primera vez al juego, en su texto “El creador literario y el fantaseo” haciendo un paralelismo entre juego y la creación poética, aludiendo a que la importancia y seriedad que los niños tienen frente a dicha actividad es comparable a la actitud que el poeta ejerce frente al poema. Freud (1885), menciona lo siguiente:

Jugar forma parte de la rutina del niño, siendo ésta su actividad preferida y más intensa, mediante la cual crea un mundo propio, diferenciado del mundo real, donde va incorporando y enlazando elementos de la realidad externa, de sus vivencias y su fantasía. El niño diferencia muy bien de la realidad su mundo del juego, a pesar de toda su investidura afectiva; y tiende a apuntalar sus objetos y situaciones imaginados en cosas palpables y visibles del mundo real. Sólo ese apuntalamiento es el que diferencia aún su «jugar» del «fantasear» (p.121).

Posteriormente entre los pioneros del juego se encuentra Melanie Klein, la cual afirma: “El juego es una expresión simbólica de los conflictos y angustias” y de esta manera lo utiliza como una herramienta proyectiva, según Charles E. (2012). Por esto, se entiende que el juego es la herramienta básica para que un niño exprese y refleje lo que en ciertas ocasiones no lo puede comunicar verbalmente como se mencionó anteriormente.

Además, Karl Groos (1902), filósofo y psicólogo; el juego es objeto de una investigación psicológica especial, siendo el primero en constatar el papel del juego como fenómeno de desarrollo del pensamiento y de la actividad. Está basada en los estudios de Darwin que indica que sobreviven las especies mejor adaptadas a las condiciones cambiantes del medio. Este teórico, estableció un precepto: “el gato jugando con el ovillo aprenderá a cazar ratones y el niño jugando con sus manos aprenderá a controlar su cuerpo”.

Por ello el juego es una preparación para la vida adulta y la supervivencia. Asimismo, Groos define que la naturaleza del juego es biológico e intuitivo y que prepara al niño para desarrollar sus actividades en la etapa de adulto, es decir, lo que hace con una muñeca cuando niño, lo hará con un bebé cuando sea grande.

Posteriormente, uno de los autores más importantes e influyentes utilizados no solo en el área terapéutico, sino también, en el área educativa, Lev Semyónovich Vigotsky (1924), dice que el juego surge como necesidad de reproducir el contacto con lo demás. Naturaleza, origen y fondo del juego son fenómenos de tipo social, y a través del juego se presentan escenas que van más allá de los instintos y pulsaciones internas individuales.

Con ello, deja claro que el juego es un impulsor claro para que los niños tengan contacto con las personas que las rodean, primeramente, con su familia y sus relaciones más cercanas, posteriormente, compañeros de clase y amigos. Esta herramienta, da pauta a la comunicación y es un elemento para establecer relaciones sociales. Es por esto que, Magal (2010), menciona en su trabajo que Erickson en 1950, dice que el juego es una función del yo, un intento de sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo. El juego tiene una función de comunicación.

Es decir, través del juego que se ayuda a los niños a expresarse y posteriormente a resolver sus trastornos emocionales, conflictos, o traumas. Y además promover el crecimiento y el desarrollo integral, tanto en lo cognitivo como en las interacciones con sus semejantes de manera apropiada. Por otra parte, Winnicott (2009), define el juego como una experiencia siempre creadora, es una forma básica de la vida, y enfatiza que lo universal en el niño es el juego y concierne al ámbito de la salud, ya que facilita el crecimiento y conduce al niño a relacionarse. En otras palabras, la imaginación y capacidad de creación del niño parten del juego y de su práctica en la infancia.

Incluso, para Jean Piaget (1956), el juego forma parte de la inteligencia del niño, porque representa la asimilación funcional o reproductiva de la realidad según cada etapa evolutiva del individuo. Piaget se centró principalmente en la cognición sin dedicar demasiada atención a las emociones y las motivaciones de los niños. El



tema central de su trabajo es una inteligencia o una lógica, que adopta diferentes formas a medida que la persona se desarrolla.

De hecho, las capacidades sensorio motrices, simbólicas o de razonamiento, como aspectos esenciales del desarrollo del individuo, son las que condicionan el origen y la evolución del juego. Piaget asocia tres estructuras básicas del juego con las fases evolutivas del pensamiento humano: el juego es simple ejercicio (parecido al *ánima*); el juego simbólico (abstracto, ficticio); y el juego reglado (colectivo, resultado de un acuerdo de grupo).

Además, dicho autor, se centró principalmente en la cognición sin dedicar demasiada atención a las emociones y las motivaciones de los niños. El tema central de su trabajo es una inteligencia o una lógica, que adopta diferentes formas a medida que la persona se desarrolla. Presenta una teoría del desarrollo por etapas.

Asimismo, el autor establece una diferencia significativa entre el sustantivo *juego* y el verbo sustantivado *el jugar*. Cada juego, por sus características pone de manifiesto al jugarlo el mundo interno del niño: alegrías, logros, desarrollo, problemas, conflictos, afectos, etc. Clasificarlos permite orientar a padres, terapeutas a conocer la evolución del mismo según Padilla (2013).

Esto traduce que el juego configurativo materializa la tendencia general de la infancia a dar forma a los materiales que manipula, por ejemplo, arena, plastilina. Este tipo de juegos poseen un carácter íntimo y la expresión afectiva por parte del niño es más intensa. También, es preciso mencionar que otro tipo de juego que nos menciona dicho autor es el simbólico mediante este el niño expresa sus emociones y su vida de fantasías, manifestando su mundo interior, lo que le ayuda a desarrollar su personalidad.

En la medida que vive los personajes de la vida familiar y social, superando así las normas y conflictos que le impone el adulto según Arnaiz, Rabadán y Vives (2001). Los conflictos que se le presentan en su vida cotidiana se pueden resolver mediante el juego, ya que, al jugar, vence realidades dolorosas y domina los contenidos de sus miedos originados en las pulsiones proyectándolos al exterior en los juguetes. Una de las principales herramientas para utilizarlo es la terapia de juego.

Por otra parte, para Violet Oaklander (2012), refiere la siguiente definición de juego:

Para los niños el juego es un asunto serio y que tiene un propósito determinado a través del cual se desarrollan mental, física y socialmente. El juego es la forma de auto terapia del niño mediante la cual frecuencia se llega al centro de las confusiones, ansiedades y conflictos (p.13).

Esto quiere decir qué, a través de la seguridad del juego, los niños pueden someter a prueba sus nuevas formas de ser. El juego representa una función vital para el niño. Es bastante más que una actividad frívola, despreocupada y placentera que los adultos generalmente consideran. También, sirve como lenguaje simbólico. Los niños experimentan mucho de lo que aún no pueden expresar en el lenguaje y, por tanto, utilizan el juego para formular y asimilar lo que experimentan.

En conclusión, las definiciones mencionadas, logran resaltar que el juego es una herramienta eficaz para cualquier terapeuta y, sobre todo, un gran impulsor en la infancia, desde la estimulación de la inteligencia y las habilidades sociales, hasta para observar comportamientos que revelan circunstancias desfavorables para la salud mental de los niños. Además, para finalizar, cabe resaltar que, las ideas de la Gestalt que propone Oaklander (2007), serán principalmente las que se tomen en cuenta para la presente investigación.

## **1.2 Importancia del juego en la infancia**

Después de mencionar las definiciones de juego, es importante resaltar que es una herramienta que aporta el desarrollo de una serie de habilidades de los niños. Sin embargo, existen diferentes funciones esenciales que parten de dicha actividad. La importancia del juego, en este documento se destacaron anteriormente desde el punto de vista del terapeuta.

Primeramente, Rago (2017), aporta que, según Gómez, en el 2011, menciona que el juego permite al niño conocer el mundo exterior y adaptarse a él. Es esencial para estructurar el yo, ya que no solo enriquece la creatividad y la imaginación del pequeño, también permiten desarrollar la observación, ejercitar la atención, la

concentración y la memoria. Herramientas que luego el niño logrará aplicar también a situaciones de su cotidianidad no lúdicas.

Es decir, el infante en realidad, aunque no lo note, el juego fungirá como un transporte de emociones, habilidades y toma de decisiones en situaciones que dejarán la fantasía para pasar a la realidad. Por ejemplo, algo que parece sencillo, pero en realidad provoca discusiones como la elección de una carrera profesional.

Por otra parte, Casas (1999), hace referencia a que el jugar es una función fundamental para el desarrollo psíquico del niño, permite desarrollar procesos psíquicos importantes y a la vez es el medio por el cual el niño se expresa. Desde su interpretación es posible conocer su mundo interno, fantasías, miedos. Para finalizar este pequeño apartado, es importante destacar, que lo habitual es que el niño a lo largo de su infancia vaya adquiriendo poco a poco habilidades para desarrollar varios tipos de juego que lo ayudan entre otras cosas a irse integrando a la sociedad, a reconocer, adaptar y asimilar la realidad que lo rodea, dicha idea la manifiesta, Vygotsky (2009). Y verdaderamente existen diferentes maneras de aplicar el juego para una intervención profesional, una de ellas, es la Terapia de Juego, misma que a lo largo de los años ha tomado fuerza como método de intervención.

### **1.3 Origen de la Terapia de Juego**

Este breve capítulo permite destacar la génesis de la terapia de juego, debido a que, ha sido una herramienta que a lo largo del tiempo ha tomado fuerza mediante la adaptación generacional desde sus orígenes. Debido a que, gracias a los diferentes descubrimientos de dicha terapia, ha logrado ser una de las más aplicadas hoy en día.

Los primeros avances de la Terapia Lúdica inician a finales del siglo XX, con los descubrimientos de Sigmund Freud (1977) muy conocido como el padre del psicoanálisis. Freud la descubre cuando quiere tratar a Hans, un niño quien presentaba fobia a los caballos. Sin embargo, al darse cuenta que los niños operan de una manera diferente a la de los adultos, Hermine Von Hug-Hellmuth, (1913), se apropia de la teoría de Freud y es ella la primera mujer que trabaja con niños a través del juego. Gracias a Hermine Hellmuth, es como el juego comienza a tomar forma para

servir de herramienta al trabajar con los niños. Esto quiere decir que, al comparar el comportamiento de un adulto, hace diferencia a la manera de llevar un tratamiento, esto se debe al simple hecho que empatizar con un adulto no es lo mismo que con un niño.

De esta manera, Anna Freud (1992) y Melanie Klein (1988), siguieron los pasos de Hermine, aunque modificando la teoría ya establecida. Posteriormente Jung, Adler y Perls, (s.f.), adoptan la terapia del juego creando sus propios modelos, porque estos diferían del psicoanálisis de Freud. Hoy en día, la terapia de juego más reconocida y más utilizada que se basa en la terapia centrada en el cliente de Rogers, es la de Virginia Axline (1977).

A pesar de que Freud de cierta manera fue pionero en problemas como fobias en niños y posteriormente Anna Freud (1992), siguieron los pasos de su principal aprendiz, mientras más se profundizó en el trabajo con los infantes, más se encontraron alternativas para llevar un tratamiento con diferentes tipos de juguetes, diferentes interacciones con niños y una de estas alternativas fue propuesta por Virginia Axline.

Virginia Axline comenzó a utilizar en 1977, el salón de juegos como espacio terapéutico de los niños con una técnica no directiva: en el propio salón de juegos surge el conflicto que afecta al niño. Casi dos décadas más tarde, Janet West, (1999), aplica la técnica de Axline basándose en la célebre pirámide de Maslow.

Al tener en cuenta dicha pirámide, esto refiere diferentes elementos para ayudar a un infante a satisfacer las necesidades que puedan ser completadas en la etapa de la infancia, y de esta manera, provocar un enfoque a la autorrealización. No obstante, comenzaron a reflejarse ciertas limitaciones, debido a que los procesos de solución se alargan significativamente con la terapia de juego.

A partir de West, (1999), empieza a dar síntomas de cierto agotamiento durante la terapia de juego. Ésta tiene sus recompensas, pero puede resultar frustrante, pues el terapeuta tiene que esperar en cada sesión a que espontáneamente surja un material que manifieste el conflicto del niño. Asimismo, este bloqueo terapéutico

vendrá a ser superado por el enfoque Gestalt, que utiliza como instrumento metodológico el experimento. Así, la psicoterapia Gestalt infantil es una experiencia cálida para el niño y el terapeuta.

Por otra parte, Violet Oaklander, (2007) terapeuta gestáltica, trabaja con niños utilizando el juego y la fantasía como principal herramienta. Además, propone una dirección clara en el proceso de terapia provocando en cada sesión una experiencia útil enfocada a las resistencias que puedan presentar los niños.

Para terminar, actualmente una de las representantes más importantes de México en la Terapia de Juego, es Lorena Fernández (2016) tiene como base principal en su intervención con niños y adolescentes, este tipo de terapia en donde las sesiones promueven una estructura de etapas que se dividen en: Caldeamiento específico, caldeamiento inespecífico, acción y cierre. En conclusión, hay que tomar en cuenta muy bien, desde donde viene la terapia de juego, y es importante destacar que surge a partir de la observación de un problema precisamente de fobia, al igual que este estudio.

#### **1.4 Modelos de la Terapia de Juego**

Se sabe que Oaklander (2012) ha sido la principal representante de la terapia de juego Gestalt, sin embargo, se considera nombrar diferentes modelos, ya que se han ido creando y modificando nuevos modelos de intervención de dicha terapia.

En la Asociación Mexicana de Terapia de Juego, existen diferentes modelos, que reflejan la importancia de trabajar con los niños. A lo largo de los años, surgen distintos modelos, profesionales de la salud, han desglosado todos estos para definir sus líneas de trabajo, así como las diferentes estrategias que se utilizan en cada uno de ellos.

Es importante destacar, que los diferentes modelos parecen cambiar si se habla de autores diferentes, sin embargo, no es así, cada autor trabaja con técnicas variadas que llevan un propósito comunicativo, y de interacción entre paciente y terapeuta, todo esto forma en sí un sentido para el tipo de terapia que cada quien lleva a cabo, parte de las definiciones que tiene cada una de ellas:

Tabla 1.  
*Modelos de Terapia de juego*

<b>Modelo</b>	<b>Definición</b>
<i>Psicoanalítico</i>	Se basa en conocer la vida interior del niño, en profundizar en sus experiencias traumáticas, el manejo de resistencias y transferencias.
<i>Alderiana</i>	Es la integración de conceptos y estrategias de la psicología individual por Alfred Adler. Es activo y directivo en terapeuta cree que el niño tiene un papel dentro de la sociedad.
<i>Centrada en el niño</i>	El terapeuta es un mediador y compañero explorador en el autodescubrimiento del niño, en donde el terapeuta le permite al niño ser protagonista de cómo será la sesión y deja que el niño exprese todo aquello que siente.
<i>Cognitivo-Conductual</i>	El objetivo es que el paciente pueda distinguir entre sus pensamientos lógicos e irracionales, y como su comportamiento es afectado por sus creencias y actitudes inadecuadas.
<i>Ecosistémica</i>	Se basa en la interacción entre el niño, el terapeuta y los sistemas en los cuales está inmerso el niño. Su meta es observar la conducta a un cambio en su sistema.
<i>Gestalt</i>	El terapeuta respeta la singularidad y el proceso individual de cada niño, brindándoles nuevas experiencias y actividades que lo ayudaran a fortalecer aquellos aspectos del self (del sí mismo) que han sido suprimidos, limitados o perdidos. Se utilizan técnicas expresivas, creativas y proyectivas.
<i>Grupal</i>	Esta terapia mejora las habilidades de socialización, fortalecer la autoestima, mejora el autoconocimiento, fomenta la resolución de conflictos, genera sentimiento de pertenencia, favorece el apego a las reglas, estimula la tolerancia a la frustración y combate la impulsividad.
<i>Jungiana</i>	El propósito principal es individualizar a los niños, es decir, hacer que los pacientes se vuelvan más en lo que son, en realizarse y conocerse en relación con los otros.
<i>Relaciones Objetales</i>	Se basa en solucionar problemas de apego, abuso, violencia, enfermedades, entre otros, basados en la teoría de Melanie Klein. Su fundamento principal es que debe de existir una relación entre el paciente y el terapeuta, en donde esta relación sea segura.
<i>Terajuego</i>	Es un tratamiento breve e intensivo basado en los principios del apego. Existe la interacción entre el niño, sus padres y sus hermanos.

*Fuente:* Suncian (2016).

En conclusión, se destaca que, a pesar de que existen diferentes modelos, el Gestalt, es de los más utilizados en una terapia de juego, debido a que según Editorial (2019), promueve la expresión y creatividad del niño, ayudándolo a fortalecer sus habilidades que fueron reprimidas, por los diferentes factores que influyen en él, desde acostumbra desde bebés a guardar sentimientos y emociones. Asimismo, este modelo, permite brindar una intervención tanto con sesión terapéutica como taller.

## **CAPÍTULO II. JUEGO GESTALT**

### **2.1 El modelo Gestalt**

En el presente capítulo, habla acerca de los aspectos más importantes en el modelo Gestalt y su intervención con la población infantil. Así como lo que se debe tomar en cuenta para realizar con éxito una intervención, además, se resalta la empatía como clave para un buen trabajo terapéutico.

Según Echeverría, (2010), la intervención con niños desde la Terapia Gestalt, nos invita primero a una revisión personal acerca de la concepción que tenemos sobre los niños, y sobre todo a una revisión acerca de nuestra infancia, nuestra niñez, nuestro niño interior, ya que el encuentro con estas personas nos lleva a enfrentarnos a nuestros más íntimos fantasmas o miedos desconocidos. Es por esto que se hacen necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Concepto de anormalidad y normalidad en el modelo Gestalt
- La comunicación en Psicoterapia con niños
- La terapia de juego o Terapia Lúdica
- Desarrollo integral del niño (Desarrollo físico, emocional, cognitivo, moral, psicosexual)

Teniendo en cuenta estos aspectos se puede iniciar la maravillosa aventura que significa el trabajo con niños desde el modelo Gestalt. Para comenzar el tema de desarrollo integral del niño es importante, esto, no es lo mismo un niño de 3 años atravesando el período de egocentrismo, a uno de 8 años en donde sus amigos son lo más importante.

Debido a que, el poder conocer que se espera para cada etapa de la vida del niño hace comprender porque algunos de sus comportamientos, sean percibidos por padres, profesores y adultos como inadecuados, sin embargo, son comportamientos totalmente adaptables y apropiados para cada niño dependiendo de la edad.

Después de lo mencionado, se toca el tema de normalidad y anormalidad desde el modelo Gestalt, por el cual es necesario tener en cuenta que frente a estos aspectos que confluyen ámbitos multidimensionales, como son: Nivel de Desarrollo,

sexo, cultura, relatividad, individualidad y el nivel de tolerancia de los adultos. El término de normalidad, entendida como lo que se espera que cultural y socialmente el promedio de los seres humanos hagamos, se puede definir algunas características que la componen, como el manejo de símbolos sociales, trato adecuado con la autoridad, relación con grupo de iguales, regulación de emociones.

Desde la Terapia Gestalt, se toma en cuenta la perspectiva de desarrollo, reconociendo que puede existir desajustes normales que desencadenan en comportamientos clínicamente desviados, como por ejemplo la esquizofrenia o la psicosis. También es importante tener en cuenta que los niños pueden presentar dificultades de ajuste en algún momento de sus vidas al igual que cualquier persona adulta y esto quiere decir que tener algún problema no se puede significar tener una patología.

Cuando Fritz Perls asentó las bases de la terapia Gestalt, se basó en un principio muy básico. Es aquel donde concebir al ser humano como una entidad completa que consiste en un cuerpo, una mente y un alma. Asimismo, según este marco, esas personas que podrían alcanzar el equilibrio y el bienestar si trabajásemos más por integrar esa unidad. Ahí donde favorecer el autoconocimiento, la conciencia, la responsabilidad con uno mismo.

Por otro lado, si nos preguntamos ahora sobre la efectividad de la terapia Gestalt, caben señalar algunos aspectos. Tal y como se revela un estudio del 2012 llevado a cabo en el Sistema Nacional de Salud de Reino Unido, este enfoque psicoterapéutico es efectivo para tratar procesos como la angustia, los miedos, las crisis personales, la ansiedad o los problemas de autoestima.

Sin embargo, si nos referimos a trastornos más graves, adicciones e incluso trastornos alimentarios, la terapia Gestalt no es efectiva (o al menos tanto como otro tipo de psicoterapias más habituales en el campo de la clínica). Su utilidad tal y como hemos señalado al inicio, es muy valiosa en el campo del crecimiento personal. El modo de hacer psicoterapia, no se centra en la enfermedad, sino en generar salud desde las potencialidades que posee la propia persona.



Autores como el psiquiatra Perls, y el sociólogo Paul Goodman, fueron los principales creadores de esta tipología psicoterapéutica.

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

El niño "normal" está lleno de "deberías", con los demás, con la sociedad y con la cultura; muchas veces poniéndose máscaras que después se le dificultará vivir sin ellas. Se ignora su etapa de desarrollo, y su personalidad como ser único, individual irrepetible. La terapia Gestalt hace un gran hincapié en el aquí y ahora, en el momento presente. Entendiendo que todo cuanto ocurre es en el ahora, puesto que el pasado ya no existe y el futuro aún no es. El aquí (espacial) y el ahora (temporal) son conceptos básicos procedentes de la filosofía oriental.

Por tanto, la empatía encierra la concepción de lo que puede ser la Normalidad y Anormalidad desde una mirada terapéutica Gestáltica. El procedimiento para comprender al niño se inicia, entendiendo lo que él está transmitiendo y luego refiriéndose a datos pasados para no formarse prejuicios. El realizar los procedimientos la inversa (buscar afuera lo que está adentro), hace que se pierda la posibilidad de entender qué es lo que piensa, siente y hace el niño, y esto es lo que verdaderamente interesa en la terapia.

Como se mencionó, existen diferentes aspectos que solo el modelo Gestalt toma como importantes, además como herramienta básica para trabajar con los niños en un ámbito terapéutico es el juego, es decir, para dicha terapia significa a su vez maduración y crecimiento, para que el individuo, aunque este en una etapa infantil logre hacerse cargo de sí mismo mediante el autoapoyo. Esto se refuerza con la creatividad que cada niño fomenta mediante la lúdica, debido a que las situaciones reales se internalizan con los juegos que se proponen, y comienzan a tener diferentes opciones para solucionar las diferentes dificultades que existen.

## **2.2 El juego Gestalt como método de intervención**

Anteriormente se había mencionado que el juego, es una herramienta importante en cualquier modelo terapéutico, sin embargo, la Gestalt, utiliza el juego como una herramienta base para trabajar no solo con niños, sino con adolescentes e incluso con adultos, según Editorial (2013).

Una de las razones, es porque en sí, el juego en la Gestalt, es algo que fluye en diálogo, actividades y en la interacción entre paciente y terapeuta. Es por esto que el eje de esta investigación es el modelo Gestalt, y se considera el más apropiado para el caso de este estudio.

De esta manera, la Terapia Lúdica parte de uno de los principios fundamentales del modelo Gestalt, en donde Echeverría (2005) nos dice que el niño es una persona que tiene capacidad para ayudarse así mismo, teniendo en cuenta que, si el ambiente cambia, el comportamiento también cambia. De esta forma se aceptan los hechos que influyen en su comportamiento. Es decir, tiene consecuencias tanto en la sesión como fuera de ella.

Durante cualquier sesión en Gestalt, se comienza con un encuadre, en donde el terapeuta evidencia una actitud de respeto para que el niño perciba que puede ser él mismo. Y está disponible cuando el niño llega, manteniendo siempre el consultorio ordenado y preparado para él, cumpliendo con la cita, y cancelándola con anticipación cuando sea necesario; si llega tarde se disculpa con el niño que es su consultante, no solo con los padres o los profesores, mantiene en secreto las confidencias del niño, así los padres o profesores lo exijan, solo se da la información que sea estrictamente necesaria.

La relación terapéutica no debe ser percibida por el niño como amenazante y siempre debe ser genuina, transmitiéndole al niño calidez y comprensión, una relación en la que pueda sentirse lo suficientemente seguro como para relajar sus defensas y sentir cómo puede estar sin ellas. Si el terapeuta está verdaderamente convencido de que la hora le pertenece al niño, no sentirá angustia o la necesidad de presionarlo para que este juegue o hable.

No hay fenómenos que generalmente se consideren característicos de un proceso terapéutico (catarsis, reflejos de sentimientos, etc.), sin embargo, la aceptación del otro tal y como es, produce cambios inmediatos.

En realidad, según Echeverría (2013), es necesario que el niño exprese abiertamente sus verdaderos sentimientos sin importar cuán difíciles o asociales parezcan; pues es aquí donde la intervención toma fuerza, ayudándolo a hacer catarsis a través de diferentes ejercicios en el juego, como, un cuento, una historia e incluso el uso de títeres. Además, Perls, trabaja con “*Oso Perls*”, el cuál intervenía cuando el niño no lograba expresarse con el terapeuta abiertamente.

Asimismo, cuando el niño se sienta lo suficientemente a salvo podrá demostrar las auténticas emociones y él solo estará seguro de que el terapeuta realmente lo acepta cuando lo haya puesto a prueba mostrándole aspectos rechazados de su personalidad. Y por esta razón la terapia lúdica difícilmente promoverá conductas socialmente inaceptables fuera de las sesiones terapéuticas pues la aceptación del terapeuta parece reducir la hostilidad en lugar de inculcarla, en pocas palabras, se considera un tipo de catarsis, que ayuda al infante.

En conclusión, la verdadera intervención en el juego es cuando se logra llevar al niño a ser aceptado como persona a pesar de las diferencias y es por esto que las consecuencias son en el interior de la sesión y en el exterior. Para llevar a cabo lo anterior, se necesitan terapeutas que avalen el juego como un método exitoso de intervención.

### **2.3 Autores que proponen el juego Gestalt como método de intervención**

A lo largo de los años, han surgido diferentes autores que proponen el Juego Gestalt cómo un método eficaz de intervención en cualquier problema interno o externo que pueda reflejar un niño. A través de los años, han utilizado diferentes métodos que han evolucionado a lo largo del tiempo. A continuación, se mencionan los más relevantes para el presente trabajo. Primeramente, Fritz Perls (1976), al ver como algunos niños no lograban llegar a expresar sus emociones, creo el Oso Perls, el cual es un oso

grande de tela que se utiliza como silla vacía o para que los niños puedan pelear, hablarle, abrazarlo, matarlo, herirlo, disfrazarlo. Con ello, se busca que no sea un animal definido para que no se produzca algún recuerdo y facilita la proyección de los niños.

De hecho, actualmente, muchos terapeutas, al no tener herramientas para tratar un caso que provoque el mutismo en un niño, aunque su modelo no sea Gestalt, utilizan esta técnica, para conseguir que los infantes a través del habla, exprese sus sentimientos, pensamientos y emociones. Esto se debe, a que en ciertas circunstancias el niño no se siente cómo para hablar con una figura humana, pues esto puede hacer lo que provoque el conflicto que está presentando.

El muñeco tiene su silla dentro de la sesión, siempre está en un mismo sitio. El niño sabe que puede jugar con él y para eso lo saca de la silla y lo utiliza como el desee. Perls (1976), refiere que en varias ocasiones cuando el niño comenta algo acerca del oso, por ejemplo: "está muy triste" o "no me cae bien" se hace que le digan porque esta triste o porque no les agrada, generalmente el terapeuta debe contestar por el muñeco haciendo una voz diferente y se intenta no mover mucho los labios.

De esta manera nació la utilización de títeres en el juego Gestalt, el cual ha sido utilizado por psicólogos contemporáneos como Cornejo (2012), la cual a través de su trabajo con los niños aporta que, por alguna problemática, les cuesta trabajo expresarse. Debido a esto plantea la utilización del oso Perls y los títeres en cuentos neutrales o de algún tema en específico, permitiendo la participación de los niños y dejando que tomen sus propias decisiones.

Además, menciona que todos los niños que llegan a terapia en general presentan: Un equivocado sentido de sí mismos y poca habilidad para hacer contacto con otros. Los sentimientos y actitudes que pueden darse en los niños que han sufrido maltrato son: desconfianza, culpa (soy malo), responsabilidad de lo que está pasando, responsabilidad por acusar, miedos de separación, abandono depresión por todos los sentimientos no asumidos (sienten lo que no deben sentir), sentido de pérdida, sentido de duelo, sentido de vergüenza, de ser inadecuado, enojo.

Existen diferentes propuestas para la terapia Gestalt, sin embargo, según Blix

(2015), es importante recordar que el juego, sirve como herramienta para intervenir de manera más directa con el niño debido a que se trabaja en el lenguaje y altura del niño, destaca la importancia de las habilidades que el terapeuta debe de poseer para que los problemas emocionales que tiene el menor logre expresarlos y aprender a enfrentarlos fortaleciendo sus capacidades.

Uno de los representantes más importantes de Juego Gestalt, también destaca la importancia de las habilidades del terapeuta al trabajar con los niños. Sin embargo, acentúa la importancia que radica en la primera sesión, Oaklander (2003), propone que el niño debe estar presente para escuchar lo que los padres dicen acerca de la problemática que se les presente. Esto, según dicha autora, ayuda al niño a sentirse seguro en el espacio de la sesión, debido a que influye que no habrá secretos entre el terapeuta y sus padres. Y sugiere que se incluyan los siguientes puntos:

- Presentación del terapeuta con el niño.
- Aclarar para qué está aquí.
- Hablar del secreto ético.
- Establecer con el niño las reglas que se seguirán en el proceso.
- Establecer las formas de trabajo, abriendo posibilidad de proponer juegos y actividades.
- Sesión en la que puede conocerse al niño en general.

Las metas que la terapia persigue son:

- Regresarle al niño su sentido de sí mismo, qué es de él y qué es de los demás.
- Ayudarle a reconocer sus límites.
- Promover la integración de aspectos del sí mismo, que asuma las cosas que están afuera.
- Que toque su propio poder, sin agresión, así como su autoapoyo.
- Expresen sus sentimientos.
- Promover habilidades para manejar el enojo.
- Promover la auto mutación.

De esta manera, en la Terapia Gestalt se demanda del cliente una participación madura, una toma de responsabilidad y un darse cuenta. La aplicación de esta terapia difiere poco de niños a adultos. Una de las diferencias, es que el niño además de vivir los problemas de adaptación al igual que el adulto, necesita seguir creciendo. Su organismo, cambia, madura, se desarrolla, surgen nuevas necesidades. Puede llegar a

controlar sus músculos, negar lo que siente, reprimir su enojo (no debe llorar, no debe sentir miedo, etc.), así, aprende a desconfiar de sus sentidos y de sus sensaciones según Amezcua (2010). El niño va viviendo las diferentes etapas de desarrollo ininterrumpidamente, esto se refiere a cuerpo, emociones e intelecto. Esta es la base para el sentido de sí mismo.

Un fuerte sentido de sí mismo lleva a un buen contacto con el medio y con los demás. Al vivir una problemática, como la ya expuesta, se distorsiona este sentido del sí mismo. El pequeño siente que algo le falta, se culpa a sí mismo, no es merecedor de recibir algo.

Para fortalecer los aspectos mencionados en el párrafo anterior, es necesario llevar una sesión terapéutica formal, sin embargo, para Fernández (2016), existen situaciones que pueden llevarse a través de un taller, individual o grupal, debido a que las sesiones que propone intervienen en problemas de: *Bullying*, Estrés, Ansiedad, Fobias.

Dicha autora presenta una serie de juegos que ayudan al menor a través del área emocional, corporal y social a superar cualquier situación como las que se mencionó anteriormente. Fernández, utiliza títeres, cuentos, ejercicios de relajación retomados por Oaklander (2012), así como juegos de confianza para fortalecer las capacidades personales de cada niño.

De hecho, una de las especialidades de Fernández (2016), son los problemas de ansiedad, menciona que, en los últimos años, debido al aumento de la intervención de la tecnología, así como el cambio de diferentes cuidadores primarios, provocan en los niños a muy temprana edad problemas de ansiedad manifestadas como algún tipo de Fobia.

#### **2.4 Autores que ejercen el juego Gestalt en niños con discapacidad**

Antes de comenzar esta sección, es necesario conocer la definición de Discapacidad intelectual, debido a que, este tema, ha sido un tabú durante muchos años, rodeada de estigma y de exclusión. Actualmente, están cambiando los conceptos, las definiciones y el contexto, avanzando en el camino en el que nos

centramos en las personas con sus metas, ilusiones y sus necesidades, y no solo en las limitaciones que puedan presentar.

Ruiz (2009), estima que, en los países desarrollados, aproximadamente un 1% de la población tiene dicha enfermedad. Este porcentaje se triplica al menos en países poco desarrollados debido a las difíciles condiciones y recursos sociosanitarios que elevan dramáticamente los problemas durante el embarazo, parto y los primeros años de la vida.

Además, se sabe que la desnutrición y las malas condiciones de higiene y salud derivadas de la pobreza, de la desinformación, hacen que el número de niños con discapacidad intelectual y otras alteraciones del desarrollo, si logran sobrevivir, alcance cifras alarmantes. Asimismo, dicha enfermedad, se caracteriza por déficits en el comportamiento adaptativo que conducen a dificultades en la consecución de estándares sociales, culturales, problemas de autonomía persona y responsabilidad social.

También, existen las dificultades a nivel conceptual o académico, es decir, les cuesta trabajo realizar tareas que implican memoria, atención, lenguaje, lectura, escritura, razonamiento matemático, adquisición de conocimientos prácticos, capacidad de resolución de problemas. Por ejemplo, en el dominio social, posee poca conciencia de sus pensamientos, sentimientos y experiencias con lo demás, la empatía, las habilidades para la comunicación interpersonal y la habilidad para ser amigos.

Por otro lado, en el dominio práctico, está relacionado con el grado de aprendizaje y cómo la persona incorpora la gestión autónoma en las distintas situaciones de la vida, como podría ser, su cuidado personal, la responsabilidad del trabajo, el manejo del dinero, el ocio, la organización de tareas para el colegio o el autocontrol.

De hecho, en los casos de discapacidad intelectual más graves, los hitos del desarrollo motor, desarrollo del lenguaje o desarrollo social son alcanzados más tarde que en la población general y se podrán identificar en los primeros años de vida, mientras que en niveles más leves de discapacidad intelectual podrán no ser

identificados hasta la edad de escolarización, cuando se haga evidente la dificultad para el aprendizaje académico.

En cuanto al desarrollo cognitivo, los niños con discapacidad intelectual pasan por los mismos estadios evolutivos que los niños sin dicha condición y en el mismo orden, pero su ritmo de desarrollo es más lento. El razonamiento típico de las personas con discapacidad intelectual puede identificarse con características de los periodos más primarios de pensamiento, aunque algunas personas también lleguen a mostrar habilidades relacionadas con niveles más avanzados de pensamiento. Existen diferentes tipos de asociaciones cuando se trata de hablar de esta discapacidad.

Por ejemplo, cuando la discapacidad intelectual se asocia a un síndrome genético puede haber un aspecto físico característico, además cuando es adquirida, tras una enfermedad, se puede iniciar de golpe, puede ser tras una meningitis o después de un golpe en el cráneo durante el desarrollo.

Según Ruiz (2009), las personas con discapacidad intelectual presentan entre tres y cuatro veces más trastornos mentales, neurológicos, médicos y físicos que la población general. Los problemas de salud mental en las personas con discapacidad intelectual son los mismos que en personas sin estas condiciones, sin embargo, la prevalencia es mayor. Lo más común, son los trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y las alteraciones del sueño.

Otra de las funciones intelectuales que suele verse más afectada en personas con discapacidad intelectual es el lenguaje y la comunicación. En general, las personas con discapacidad intelectual presentan un lenguaje adecuado que equivale a sus iguales de menor edad. A mayor gravedad, mayores problemas en el lenguaje.

Cabe mencionar que, las alteraciones de conducta como otro de los problemas generalmente asociados a la discapacidad intelectual y que pueden ser consecuencia de varios factores: como el malestar producido por la dificultad para comunicarse o expresar sus deseos y necesidades personales, los problemas emocionales relacionados a su vez con la exclusión y la discriminación social o, simplemente, como una forma de expresar o comunicar aquello que no pueden transmitir de otra manera.



Estas conductas problemáticas, por su intensidad, frecuencia o duración afectarán negativamente al desarrollo personal y a las oportunidades de participación en la comunidad de la persona con discapacidad intelectual. Generalmente, estas conductas tienen una función para la persona que la realiza y exigen un sobreesfuerzo del sistema de apoyos para atender adecuadamente las necesidades del sujeto.

Es por esto que, parte fundamental del trabajo, tiene que tener en claro, el significado de dicho término, en este caso se encuentra que, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, antes AAMR) recoge en su onceava edición (2010) la siguiente definición de discapacidad intelectual: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en diferentes habilidades”. Esta definición va acompañada de unas premisas que clarifican el concepto:

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de 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 comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
3. En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.
4. Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual, generalmente, mejorará, (pág,104).

Este enfoque concibe la discapacidad como el ajuste entre las capacidades de la persona y el contexto en que esta funciona y los apoyos necesarios, dichos apoyos, se pueden tener desde los primeros años, entre más temprano se detecte dicha condición, más rápido podrá ejercer independencia en sus acciones, tanto escolares como, posteriormente, en los laborales. El funcionamiento intelectual está relacionado con las siguientes dimensiones:

- Habilidades intelectuales
- Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica)

- Participación, interacciones y roles sociales
- Salud (salud física, salud mental, etiología)
- Contexto (ambientes y cultura)

La terminología propuesta por la AAIDD es la siguiente:

- Discapacidad intelectual leve
- Discapacidad intelectual moderada
- Discapacidad intelectual grave
- Discapacidad intelectual profunda/pluridiscapacidad
- Discapacidad intelectual de gravedad no especificada.

Asimismo, se define que “la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) dentro de los trastornos del neurodesarrollo, grupo de afecciones cuyo inicio se sitúa en el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico, para ello se deben cumplir los tres criterios siguientes”, (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013, pág. 238).

Dicho manual distingue los siguientes puntos:

1. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, comprobado mediante la evaluación clínica y prueba de inteligencia estandarizadas individualizadas.
2. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares del desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo, continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, participación social, vida independiente en los múltiples entornos.
3. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo del desarrollo.

Además, se propone una clasificación del trastorno del desarrollo intelectual en función de la gravedad medida según el funcionamiento adaptativo, (DSM-V, 2013), éste es el que determina el nivel de apoyos requerido. Así, funge como guía para psicólogos y diferentes profesionales de la salud mental. Distingue entre:

- Leve 317- f70
- Moderado 318.0 -f71
- Grave 318.1 – f72
- Profundo 318.2 – f73 (p.260).

Tabla 2  
*Tipos de Discapacidad*

Tipo	Descripción
<i>Discapacidad Intelectual leve</i>	Se incluye en la misma al alumnado cuya puntuación en CI, sin llegar a 55-50, se sitúa por debajo de 75-70 (unas 2 desviaciones típicas por debajo de la media, con un error de medida de aproximadamente 5 puntos). Acerca de ese tramo límite por arriba, en el DSM-5 se indica que se podría diagnosticar discapacidad leve con un cociente intelectual entre 70 y 75 si existe déficit significativo en conducta adaptativa, pero no cuando no exista.
<i>Discapacidad intelectual moderada</i>	Se incluye en la misma al alumnado cuya puntuación en CI se sitúa en el intervalo de CI entre 55-50 y 40-35. La conducta adaptativa de este alumnado suele verse afectada en todas las áreas del desarrollo. Suponen alrededor de 10% de toda la población con discapacidad intelectual.
<i>Discapacidad intelectual grave</i>	Se incluye en la misma al alumnado cuya medida en Ci se sitúa en el intervalo entre 35-40 y 20-25 y supone el 3-4% del total de la discapacidad intelectual. Las adquisiciones de lenguaje en los primeros años suelen ser escasas.
<i>Discapacidad intelectual profunda</i>	La medida del CI de este alumnado queda por debajo de 20,25 y supone el 1-2% del total de la discapacidad intelectual. Suelen presentar limitado nivel de conciencia y desarrollo emocional, nula o escasa intencionalidad comunicativa, ausencia del habla y graves dificultades motrices. El nivel de autonomía, si existe, es muy reducido.

*Fuente:* DSM-V, (2015).

Esteban Levingo (2017), es uno de los pioneros en hablar sobre la importancia de atender las necesidades emocionales con Discapacidad Intelectual. El habla de los niños en el otro espejo, ¿Qué papel juegan las imágenes, el cuerpo, las fantasías, el tiempo, los sueños, las ficciones y la discapacidad en la infancia? A los niños del otro espejo generalmente se los clasifica, tipifica, selecciona e institucionaliza en prácticas terapéuticas, clínicas y educativas especiales de acuerdo con pautas, pronósticos y diagnósticos que se estigmatizan la estructuración subjetiva y el desarrollo.

De hecho, este escrito propone la inclusión en el otro espejo, apartándose de lo que supuestamente estos niños no pueden hacer, crear, decir, representar, simbolizar ni jugar, para ubicarse fervientemente a partir de lo que sí pueden construir, pensar, imaginar, hacer, decir y realizar, aunque parezca extraño, desmedido,

intraducible, caótico o imposible. Los niños de la otra infancia no dejan de interrogar y cuestionar los presupuestos teóricos, prejuicios clínicos e ideales prácticos, lo que constantemente impulsa a recorrer nuevos trayectos inexplorados en los ámbitos clínicos, educativos e interdisciplinarios.

Según Levingo (2017), con relación a la discapacidad es muy importante que los niños puedan construir un espacio de juego. Para ello es necesario establecer una diferencia entre lo cómico y el humor, una diferencia ya establecida por Freud. Para que un niño pueda armar el humor tiene que tener constituida cierta imagen del cuerpo y jugar con ella, hacer uso de esta imagen, reírse de uno, reírse del otro en el sentido de poder jugar como modo de estructurar su subjetividad.

Lo anterior, implica necesariamente cierto humor, por ejemplo, al jugar a los monstruos, jugar a los miedos, jugar a que es otra cosa o jugar a que las cosas hablan, cualquier juego que el niño establece tiene una cuota de humor. Y la revés, nosotros nos preocupamos cuando nos encontramos con un niño, con cualquier tipo de discapacidad, que no puede jugar, que no puede poner en juego el humor.

Si un niño encarna dramática o drásticamente su diagnóstico, difícilmente pueda reírse de él o pueda establecer con otro un lazo que este mediado por el humor como un espacio de encuentro, y como un modo de exorcizar la discapacidad, de elaborarla. También, este autor, aunque es de una escuela psicoanalítica, utiliza la Gestalt dependiendo de las características del niño y de la discapacidad que presente.

Gracias a este capítulo, se puede llegar al epílogo que las técnicas que aplican los autores mencionados anteriormente, parecen sencillas, sin embargo, llevan un gran significado y largos años de estudio y de evolución.

Esto se debe a que los autores invitan a llevar un contacto real con el medio y con las personas, para fortalecer el sí mismo. Además de una perspectiva desde el lado más complejo que es la discapacidad intelectual, dando paso a la inclusión tanto en lo educativo, como terapéuticamente.

## **CAPÍTULO III. FOBIA SOCIAL**

### **3.1 Naturaleza de la Fobia Social**

La mayoría de las personas se sienten nerviosas en ciertas situaciones sociales, tal como en una entrevista de trabajo o al dar un discurso. La mayoría de nosotros nos preocupamos por lo que vamos a decir, hacer o vestir en eventos como estos. Estas situaciones con frecuencia se vuelven más fáciles con alguna experiencia. Sin embargo, para las personas que tienen fobia social (también llamado trastorno de ansiedad social), estas situaciones pueden ser atemorizantes e insoportables.

Existen diferentes niveles de fobia social. Por ejemplo, algunas personas solo pueden tener síntomas en una situación específica, como presentarse en el escenario o hablarle a una multitud. Otros pueden tenerlo en cualquier momento en que están en público o rodeadas por otras personas.

La fobia social es un miedo fuerte a ser juzgado por otros y a sentir vergüenza. Este miedo puede ser tan potente que impide ir al trabajo o a la escuela o llevar a cabo las actividades de cada día. Toda persona ha sentido ansiedad o vergüenza alguna vez. Por ejemplo, conocer personas nuevas o dar un discurso puede poner nervioso a cualquiera. Pero las personas que tienen fobia social se preocupan por éstas y otras cosas semanas antes de que éstas ocurran.

Quienes tienen fobia social tienen miedo de hacer cosas comunes delante de otras personas; por ejemplo, pueden tener miedo de firmar un cheque delante del cajero de una tienda, o pueden tener miedo de comer o beber delante de otras personas, o de usar un baño público. La mayoría de las personas que tienen fobia social saben que no deberían sentir el miedo que sienten, pero no lo pueden controlar.

A veces terminan alejándose de lugares o eventos donde creen que podrían verse obligados a hacer algo que los avergüence. Para algunos, la fobia social es un problema sólo en determinadas situaciones, mientras que otros tienen síntomas en casi todas las situaciones sociales.

La fobia social, o trastorno de ansiedad social, se caracteriza por un miedo

intenso y persistente en respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás Olivares (2014). De esta manera, la persona teme ser observada, actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad con resultados similares de humillación.

Asimismo, las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o se soportan con una ansiedad o malestar intensos. La fobia interfiere marcadamente en la vida de la persona o produce un malestar clínicamente significativo. Es por esto que, si no fuera así, sólo podríamos hablar de ansiedad social o timidez: malestar e inhibición más o menos generalizada en presencia de otras personas, pero con un grado mucho menor de evitación e interferencia que en la fobia social y con un curso menos crónico, a esto, se le denomina síndrome.

Por tanto, la exposición a las situaciones temidas provoca ansiedad o ataques de pánico. No se diagnostica fobia social cuando el único temor social se refiere a la posibilidad de ser observado en pleno ataque de pánico, a no ser que este temor esté circunscrito a situaciones únicamente sociales.

En los niños la ansiedad puede manifestarse como llanto, berrinches, abrazos, quedarse paralizados o retirarse de situaciones sociales con gente desconocida. Las personas reconocen que su miedo es excesivo o irracional (p.ej., no es irracional el miedo a ser preguntado en clase cuando uno no sabe la lección), aunque este reconocimiento puede no darse en los niños. Es común la ansiedad anticipatoria incluso días y semanas antes de afrontar la situación social o actuación en público temidas.

En comparación al DSM-V (2013), los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) requieren la presencia de síntomas de ansiedad y exigen que, al menos en una ocasión, se hayan presentado conjuntamente un mínimo de 2 síntomas (de la lista de 14 síntomas del pánico), y uno de los síntomas siguientes: rubor, miedo a vomitar, necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar. El grado de concordancia entre el DSM-V y la CIE-10 es sólo moderado.

En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999), sólo el 66% de los casos con un diagnóstico positivo según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en ambos sistemas.

En la fobia social, aparte de las situaciones temidas, pueden distinguirse varios niveles o sistemas de respuesta: sistema somático, autónomo, sistema cognitivo y sistema conductual. Las situaciones temidas como los distintos sistemas de respuesta serán expuestos a continuación, pero conviene tener en cuenta que existe una amplia variabilidad individual entre los fóbicos sociales respecto a qué situaciones temen, qué reacciones presentan, qué creencias mantienen, el grado en que evitan, etc.

Esto se aclara, porque si se considera que una persona, vive diferentes experiencias, es importante aclarar cómo actúa cada sistema, y así visualizar diferentes casos que se pueden presentar. Y así, en un tiempo adecuado lograr intervenir con éxito dicho padecimiento. A continuación, para una visualización más clara, se presentará en una tabla los dos tipos de sistemas de respuesta, retomado de Bados, (2012).

Tabla 3.  
*Tipos de sistemas*

<b>Tipo</b>	<b>Descripción</b>
<i>Sistema Somático y autónomo</i>	Las reacciones corporales más comunes son: taquicardia/palpitaciones, temblor (voz, manos), sudoración, sonroja miento, tensión muscular, malestar gastrointestinal (p. ej., sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, náuseas y urgencia urinaria).
<i>Sistema cognitivo</i>	Aparecen dificultades para pensar tales como imposibilidad de recordar cosas importantes, confusión, dificultad para concentrarse y dificultad para encontrar las palabras. Por otra parte, existe una tendencia a centrar la atención en sí mismo, concretamente en los síntomas somáticos y autónomos de ansiedad (especialmente los visibles).

*Fuente:* Bados (2012).

Además, los fóbicos sociales asignan a los síntomas somáticos una mayor frecuencia e intensidad que la que observan otras personas en ellos. Hay fóbicos

sociales que no presentan reactividad autónoma a pesar de mostrar reactividad cognitiva.

Asimismo, en comparación a los fóbicos sociales que no presentan ataques de pánico en las situaciones sociales, aquellos que sí los presentan se caracterizan por un mayor miedo y evitación de las situaciones sociales, más ansiedad somática, un mayor malestar e interferencia producidos por su fobia y niveles más altos de susceptibilidad a la ansiedad y desesperanza, según Bados, (2012). De hecho, en el sistema cognitivo pueden distinguirse varios temores básicos, ligados muchas veces a normas excesivamente elevadas de comportamiento:

- Temor a ser observado.
- Temor a sentir mucha ansiedad y pasarlo fatal.
- Temor a tener un ataque de pánico.
- Temor a no saber comportarse de un modo adecuado o competente (p.ej., miedo a decir cosas sin sentido o embarazosas, miedo a cometer errores sociales).
- Temor a manifestar síntomas de ansiedad (rubor, sudoración, temblor de manos, voz temblorosa, bloqueo, vómito, ataque de pánico) que puedan ser vistos por los demás y/o interferir con la actuación.
- Temor a la crítica y a la evaluación negativa. La persona teme ser vista como ansiosa, incompetente, rara, inferior, poco interesante, aburrida, poco atractiva o estúpida.
- Temor al rechazo, a ser dejado de lado por los demás como consecuencia de su evaluación negativa.

Es importante, que, para concluir este breve capítulo, se destaque todas las consecuencias que la Fobia Social puede traer a las personas, como trastorno y como síndrome. Ambas, se deben considerar como una intervención seria, para que los síntomas no se prologuen y afecten a la persona, como futura profesional, es necesario tomar en cuenta los síntomas aprobados nacionalmente y entrar en el origen de dicho padecimiento.

### **3.2 Génesis de la Fobia Social**

Pocos son los datos sólidos existentes acerca de los factores implicados en el origen y mantenimiento de la fobia social. De hecho, muchos de los datos existentes se basan en estudios realizados con personas ansiosas sociales más que con fóbicos



sociales, según Olivares, (2009). Finalmente, todavía falta una gran cantidad de aspectos por investigar. Lo expuesto a continuación está basado principalmente en propuestas hechas y datos revisados por (Bados, 2001), Bruch y Cheek (1995), Caballo (1995), Hudson y Rapee (2000), Neal y Edelman (2003), Olivares y Caballo (2003), Olivares, Rosa y García-López (2004). Por otra parte, con Bados (2001) puede verse un modelo explicativo de las dificultades para hablar en público.

Gracias a dichos autores, se sabe que existe una serie de factores cuya interacción pueden explicar el surgimiento de la fobia social. Para empezar, al igual que parecemos estar preparados evolutivamente, temer a ciertos animales (aquellos que pudieron ser peligrosos para nuestros antepasados) y no a otros, también parece existir una preparación evolutiva para temer las expresiones faciales de ira, crítica y rechazo, preparación que facilitaría el orden social dentro del grupo al establecer jerarquías de dominancia.

A lo largo de los años, según Caballo, (1995), se ha comprobado que es mucho más fácil condicionar miedo o, al menos, hacerlo más resistente a la extinción a las expresiones faciales citadas que a caras felices o neutrales. Además, una vez condicionadas las respuestas de miedo, estas son producidas incluso por presentaciones de las expresiones faciales a nivel subliminal; esto indica que no es necesaria una detección consciente de dichas expresiones, sino que las respuestas de miedo se activan a un nivel simplemente preatención.

Sin embargo, se tienen que considerar los factores ontogenéticos tales como variables socio-culturales (connotaciones negativas que tienen ciertos estímulos), experiencias pasadas de las personas con las situaciones fóbicas y expectativas y creencias sobre covariaciones entre acontecimientos.

De hecho, en el presente trabajo, se trabaja el origen de las connotaciones negativas que el infante, tuvo a partir de experiencias pasadas, según su cuidadora primaria. Es decir, fijó una experiencia aversiva que asocia con un estímulo fóbico social. Esto se puede comprobar con los síntomas que el infante refleja en la escala que se le aplicó.

Es por esto, que, la teoría de la preparación requiere que el estímulo

potencialmente fóbico se asocie al menos una vez con una experiencia aversiva. En cambio, la explicación no asociativa de Menzies y Clarke (1995) mantiene que, dados ciertos procesos madurativos y experiencias normales de desarrollo, existen muchos estímulos evolutivamente prepotentes que generan miedo en la mayoría de las personas al primer encuentro sin necesidad de ningún aprendizaje asociativo, ya sea directo o indirecto (observacional, transmisión de información).

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en gemelos monocigóticos que dicigóticos y, en concreto, se ha tendido a hallar una mayor concordancia en fobia social entre los primeros (13-24%) que entre los segundos (10-15%) (Hettema, Neale y Kendler, 2001). Por otra parte, la fobia social es más frecuente entre los familiares de primer grado de los fóbicos sociales –al menos los de tipo generalizado– (16-24%) que entre los familiares de primer grado de los infantes normales (3-6%), aunque desde luego esto puede ser explicado por factores no genéticos.

La fobia social generalizada y el trastorno de personalidad por evitación, pero no la fobia social circunscrita es también más frecuente entre los familiares de primer grado de los fóbicos sociales generalizados que entre los familiares de primer grado de los infantes normales. Asimismo, en comparación a grupos control, es más probable que los familiares de los fóbicos sociales presenten fobia social que no otros trastornos como fobia simple, agorafobia o trastorno de ansiedad generalizada. Por otra parte, la timidez y la ansiedad social parecen contar con un componente hereditario, pero no está claro si hay una transmisión genética directa de la fobia social en particular.

Los datos de Kendler, Karkowski y Prescott (1999) con 854 pares de gemelas indican una heredabilidad total del 50% para la fobia social; el otro 50% vendría explicado por factores ambientales específicos para cada individuo; los factores ambientales familiares (compartidos) tendrían poco peso. De todos modos, los grandes porcentajes de gemelos monocigóticos no concordantes (76-87%) y de familiares de primer grado no afectados (76-84%) encontrados en estudios con fóbicos sociales muestran la fuerte influencia de los factores no genéticos.

Sin embargo, algunos autores creen que existe simplemente una transmisión

genética de una vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad en general. Rapee y Heimberg (1997) han hipotetizado que puede existir una tendencia general, genéticamente mediada, a interpretar las situaciones como amenazantes, mientras que factores ambientales serían los responsables de canalizar este estilo de procesamiento hacia determinadas categorías de situaciones (sociales en este caso). En concreto, hay varios factores de la propia experiencia que, aisladamente o en combinación, pueden interactuar con una vulnerabilidad biológica preexistente para producir fobia social.

De esta manera, la importancia de estos factores depende fundamentalmente de que originen un sentido de falta de control o de pérdida de control de un mayor o menor número de situaciones sociales. El control de los resultados en estas situaciones (pero no necesariamente en otras, ya sean de tipo social o no) sería percibido por la persona como radicado en los otros, en vez de en sí misma. Asimismo, los factores experienciales se detallan a continuación por Bados (2012):

Progenitores sobreprotectores (hipercontroladores), muy exigentes, poco o nada afectuosos, que no apoyan a sus hijos inhibidos, que utilizan la vergüenza y el “qué pensarán” como técnicas educativas y disciplinarias, y que incluso muestran actitud de rechazo. Los fóbicos sociales en comparación a controles normales y puede ser un resultado del temperamento ansioso de los niños en interacción con la ansiedad de los padres.

A su vez, este estilo educativo inhibe las relaciones satisfactorias entre padres e hijos, interfiere en el desarrollo de la independencia, autoconfianza y competencia social de estos últimos, y facilita el surgimiento de una gran necesidad de aprobación. Unos padres muy exigentes pueden favorecer el desarrollo de una conciencia excesiva de sí mismo, de metas perfeccionistas y de la creencia de que los otros son inherentemente críticos. A veces, esto, contagia a los niños, absorben la ansiedad y puede provocar la inhibición de las habilidades.

Según Bados (2012), la falta de experiencia social y de habilidades sociales, por ejemplo: educación inhibidora de las relaciones sociales (educación que se ve facilitada si alguno de los padres presenta trastornos de ansiedad o ansiedad social), aislamiento del propio niño (facilitado por factores temperamentales), aislamiento de

la familia (favorecido por problemas psiquiátricos en alguno de los progenitores). Son los principales causantes de mantener cierto grado de miedo en la persona. Esto quiere decir que, el aislamiento social del propio niño y de la familia, el cual es informado más frecuentemente por los fóbicos sociales generalizados en comparación a los no generalizados, inhibe el desarrollo de las habilidades sociales del niño y favorece la ansiedad social.

En cuanto a la epidemiología de la fobia social, los datos sobre la prevalencia de la fobia social provienen de estudios en los que debe tenerse en cuenta el tipo de población estudiada, criterios diagnósticos utilizados, métodos de detección y medida. Los datos epidemiológicos proceden de muestras de población general y clínica, de niños y adolescentes. La edad de comienzo se ha estudiado también en adultos que informan retrospectivamente del inicio de sus síntomas. Estos datos pueden variar, pues, en relación con los diversos factores implicados en muestras tan diferentes.

La prevalencia reseñada ha aumentado a medida que este trastorno es conocido e identificado. En los primeros estudios epidemiológicos en población general adulta (ECA) se obtuvieron cifras que variaban de 1.5% a 3% aproximadamente. Posteriormente la prevalencia vital, también en población general, y según Kessler y cols. en 1994 (*National Comorbidity Study*) las cifras de prevalencia referidas fueron de 13,3%. Todo ello expresa la diversidad conceptual y metodológica en las diversas investigaciones realizadas.

En los estudios epidemiológicos que se refieren a niños y adolescentes, antes de la publicación del DSM-V, podían incluirse tanto los trastornos de evitación - siguiendo como la fobia social, lo que complica el análisis de los datos de estas investigaciones en este tiempo, que siguieron los criterios de aquella clasificación diagnóstica; por otra parte, sujetos con fobia social circunscrita o limitada, como miedo a hablar en público, se consideraban en ocasiones dentro de las fobias específicas.

Otros síntomas de fobia social eran diagnosticados por algunos autores como trastornos de ansiedad excesiva, apoyándose en los síntomas que provocaban un solapamiento entre ambos trastornos, como ya se ha expuesto previamente. Los

criterios diagnósticos tan cambiantes han contribuido a confundir y complicar los datos epidemiológicos.

El epílogo de este capítulo, es que la infancia el primer factor social que los niños enfrentan, son sus propias familias, por esto precisamente la fobia social se presenta más en niños que en adolescentes y adultos. La importancia de ello, es la intensidad de las repercusiones que puede tener el no tratar este tipo de miedo.

### **3.3 La fobia social y su impacto en la etapa infantil**

En esta sección, se hablará del impacto que puede tener la Fobia Social, en los niños, debido a que anteriormente se reflexiona el origen de este padecimiento y precisamente la infancia según Blix, (2015), es una de las etapas más sensibles para adquirir este tipo de condición. Para empezar, Malcarne (2012), identifica en algunos niños comportamientos a los que denominan una inhibición de conducta ante desconocidos, que permanecen estables a través de la infancia y adolescencia, a los que consideran rasgos de temperamento.

El niño con estas características responde a estímulos o acontecimientos nuevos para él con activación simpaticotonía excesiva, con comportamientos de evitación y alejamiento, suspendiendo su actividad y conversación, retrayéndose, aumentando la latencia de su interacción con los otros y aferrándose a los conocidos. Estos niños ante estas situaciones presentan una mayor frecuencia cardíaca y menor variabilidad de la misma durante el tiempo que dura esta situación, así como taquicardia ante situaciones mínimas de estrés que los que no presentan inhibición de conducta.

Asimismo, comparados con niños no “inhibidos” muestran más bajo umbral de activación de los circuitos hipotalámicos y amigdalas ante situaciones no familiares. Los autores consideran que estos comportamientos tienen una base genética, observándose su heredabilidad por la frecuencia con que aparecen en familiares en primer grado, y son detectables ya en los primeros meses de vida, manteniéndose estables a través del tiempo e influenciando el desarrollo de la personalidad.

En realidad, se postula que asimetrías en la actividad del córtex cerebral

frontal pueden constituir un marcador biológico de esta característica del temperamento. En su modelo, el lóbulo frontal derecho mediaría las conductas de “aproximación”, emociones y conductas positivas, mientras el izquierdo lo haría con las de “evitación/retirada”.

La inhibición de conducta ante extraños constituye un factor de riesgo para la aparición posterior de trastornos de ansiedad, habiéndose debatido si lo sería para cualquiera de ellos, o específicamente para alguno. Bados (2012) publica sus hallazgos respecto a la especificidad de la asociación de la inhibición de conducta en la infancia con la ansiedad social 6 en los primeros años de la adultez y no con otros trastornos de ansiedad, considerándola un factor de riesgo para aquella que debe ser afrontado preventivamente.

Relacionalmente este patrón comportamental de inhibición de conducta puede provocar una interacción aversiva con sus cuidadores, generalmente la madre, que a su vez es frecuente haya sufrido perturbaciones del vínculo en su propia infancia, por la exagerada reactividad del niño, influyendo en la atención que se le presta. Ello conduce a la elaboración de un vínculo inseguro y ansioso, lo que puede provocar posteriormente mayor dificultad en las relaciones con sus compañeros y reacciones de evitación a situaciones sociales que incrementarían su ansiedad social.

Los estudios longitudinales, sobre los niños con riesgo para trastorno de ansiedad investigan los predictores de estabilidad de este patrón de comportamiento para la identificación de vulnerabilidad que permita plantear estrategias de prevención, en las que se incluirían intervenciones dirigidas a la resolución de trastornos o problemas parentales y aproximaciones cognitivas que proporcionen la desensibilización del niño vulnerable a las situaciones nuevas y cambiantes.

La inhibición de conducta no debe ser confundida con la normal reacción de “ansiedad al extraño” descrita por Barret (1996) en sus ya clásicas investigaciones, como un organizador, utilizando este término empleado en embriología con la significación conceptual que en ésta tiene, de la vida psíquica. El niño accede a los 7-8 meses de vida a la madurez que le permite diferenciar la figura de vínculo generalmente la madre de las demás personas, sufriendo cierta ansiedad ante los

extraños si la madre no está presente.

Su aparición expresa un desarrollo afectivo y maduración adecuados – no sucede en niños autistas o muy perturbados, por ejemplo y solo cuando su intensidad es excesiva podría considerarse cercana al comportamiento descrito como inhibición de conducta. Desde un punto de vista etológico Bowlby (1973) mantiene la tesis de que la ansiedad ante el extraño y de separación de la madre tienen un valor de supervivencia, y forman parte de señales neurobiológicos, determinadas genéticamente, en la filogénesis. Las investigaciones de Bowlby sobre la formación del vínculo, fueron coincidentes con las observaciones que Spitz había realizado en los niños, añadiendo la influencia de la calidad de este vínculo en las relaciones futuras del niño con los otros compañeros y personas adultas, familiares o no.

Además, según Rodríguez (2003), la mayoría de los estudios epidemiológicos sitúan la edad de media de inicio, entre los 14 y los 16 años, y se considera muy poco frecuente que el trastorno comience luego de los 25 años lo que genera graves consecuencias en el proceso de adaptación.

Dicho autor expone la relación que la edad de inicio tiene con el agravamiento del problema, y por tanto con su tratamiento, revela cierta polémica, y concuerda con Malcarne (2012), al afirmar que esto se debe entre otros motivos, a que no existe evidencia de que una edad de inicio temprana conlleve a una diferencia estadística y significativa en términos de severidad, comorbilidad, historia familiar o respuesta al tratamiento, de los que desarrollan el trastorno con una edad de inicio posterior. Asimismo, en los niños, se necesita demostrar que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

La ansiedad puede traducirse en llantos, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos, y la inhibición o abstención de mantener relaciones con los demás llegando incluso al mutismo, según Zubeidat (2008). Entonces, lo que se pone de relieve, más que un empeoramiento respecto al nivel previo de actividad, es una falta de consecución de las expectativas que se habían

creado con respecto a su edad.

Sin embargo, Oaklander (2012), manifiesta que los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir los contactos con los demás, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales, procurando aferrarse siempre a sus familiares de mayor edad.

Esto quiere decir que es posible que disminuya la participación de estos niños en clase, que haya negativa a asistir a la escuela o evitación de las actividades y citas adecuadas para su edad. Cuando el trastorno se inicia en la adolescencia, puede conducir a un empeoramiento del rendimiento social o académico.

Además, Malcarme, (2012), manifiesta la diferencia de los adultos, en los niños puede faltar el reconocimiento de que el temor es excesivo o irracional, éstos no suelen tener la oportunidad de evitar la totalidad de situaciones temidas, y es posible que se muestren incapaces de identificar la naturaleza de la ansiedad. Además, el cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo seis meses en los individuos menores de 18 años.

Para evitar que el padecimiento de Fobia Social, tenga consecuencias en la adolescencia, es necesario tratarlo en la infancia, detectar los síntomas desde una temprana edad, para estructurar un plan de intervención adecuado para él caso, es por esto que existe la importancia de conocer diferentes tipos de alternativas de intervención en esta etapa. Es importante tratar a los niños, con creatividad, debido a que la intervención para este tipo de fobia, puede provocar más ansiedad y no aportar a un crecimiento que integre salud emocional y sus habilidades para interactuar con las personas.

### **3.4 Diferentes alternativas para tratar la fobia social en la infancia**

Con referencia específica a la intervención de la fobia social, destaca la escasez de investigaciones al respecto. Esto es debido en gran parte a que los investigadores se han centrado fundamentalmente en el estudio y diseño de estrategias de tratamiento para el niño con manifestaciones externas: agresivo, inconforme, hiperactivo e impulsivo; y no en el desarrollo de estrategias de tratamiento para el



niño con manifestaciones internas: ansioso, aislado e introvertido, a pesar de su considerable prevalencia en la población infantil.

A pesar de ello, se encuentran diferentes alternativas para dicha fobia en los niños, la más adecuada según Padilla (2013), es la psicoterapia de juego, debido a que este tipo de intervención invita al niño a expresar las emociones y le brinda herramientas para que aprenda a utilizarlas en las situaciones que pueda sentir los síntomas de la fobia Social.

Actualmente el modelo Gestalt, en este tipo de intervención ha tomado fuerza y ha avanzado, Blix (2015), menciona que, para empezar a trabajar con el niño, la Gestalt ofrece juegos de tipo expresivos que van al ritmo de cualquier tipo de persona.

### **3.5 Fobia social en niños con Discapacidad Intelectual**

Como se mencionó en el capítulo anterior del presente trabajo, se sabe que la Fobia Social, suele ser un problema que impide el desarrollo social y emocional de los niños, sin embargo, dicho padecimiento no distingue entre niños regulares y niños con alguna condición, es por esto que se explicará lo que pasa con los niños con discapacidad intelectual que adquieren este trastorno.

Se sabe, que la Fobia Social, comienza a partir de las habilidades sociales las cuales, según Ballester, (2002), se definen como las conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Es decir, las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas.

De esta manera, al ser las habilidades sociales, un factor importante en los niños con discapacidad intelectual con los cuales, ellos logran realizar diferentes interacciones para establecer relaciones y volverse más independientes, el que un niño presente este padecimiento, es una gran limitante. Esto expone al niño a factores que pueden ser agresivos para su personalidad.

Además, Buss (2000), refiere que cuando un niño tiene una discapacidad, las habilidades sociales se convierten en un gran reto para ellos, pues exige complejidad

para interactuar con las demás personas, así que cualquier exposición hostigante, como alguna exhibición de algo incorrecto, sobre todo en los primeros meses de vida.

Dicho autor manifiesta que, a partir de los 11 meses de edad, el cerebro del menor comienza a tener temperamento, la falta de este temperamento provoca la intensificación de sentimientos de culpa, sobre todo en los niños con discapacidad pues están más expuestos puesto que, la sensibilidad emocional es frágil en ellos provocando algún síndrome.

En conclusión, el detectar síntomas de Fobia Social, en un infante con discapacidad intelectual, se vuelve algo vital para la salud mental de este. Además de las habilidades sociales las cuales son su principal herramienta para la vida, son afectadas y no impulsan la salud emocional.

## **CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA**

El presente capítulo hace referencia al plan de investigación para cumplir de manera estructurada con el Taller de Terapia de juego Gestalt. En este apartado se encontrará hipótesis, misma que refiere una suposición de los resultados de este estudio. Posteriormente, se representará el diseño de investigación que se lleva a cabo a través de un plan con estrategias para comprobar la hipótesis y contestar la pregunta de investigación que igualmente se encuentra en esta sección.

Se especificará el instrumento utilizado para comprobar los resultados del taller, en donde se describirá la validez y confiabilidad del mismo. Consecutivamente, se mostrará el marco contextual el cual refleja las condiciones y situación general que describe el entorno de la presente investigación y finalmente, se describirá el estudio de caso, que en esta investigación es el infante con discapacidad intelectual, el cual se recabaron datos de su historia clínica (Anexo A), para tener más información acerca de él.

### **4.1 Hipótesis**

La conjetura científica, de la presente investigación, se demuestra en este apartado, en el cual, se refleja una breve suposición para dar inicio a este trabajo, en ella se muestran también diferentes variables que ayudan a definirla estructura de la investigación. Es así, como este estudio, pretende demostrar que:

*El taller de juego Gestalt, disminuirá los síntomas de Fobia Social que presenta un infante con discapacidad intelectual.*

### **4.2 Diseño**

Se pretende comprobar los efectos de un taller terapéutico, por ello la presente investigación es de tipo experimental, con un estudio de caso exploratorio, Sampieri (2014). Este tipo de investigación fue seleccionado porque permite demostrar que un taller de juego Gestalt, contribuye a una disminución de síntomas de Fobia Social, que presenta el infante. Merriam (2010), demuestra que la importancia de este método, se basa en que es particularista, descriptivo, heurístico e inductivo. Es muy útil para

estudiar problemas prácticos o situaciones determinadas. Al final del estudio de caso encontraremos el registro, donde se expone de forma descriptiva en cuadros e imágenes.

#### **4.3 Pregunta de investigación**

Se pretende contestar la siguiente pregunta de investigación durante el trabajo realizado, en relación a las variables citadas. Las mismas tienen lugar de acuerdo a lo aplicado para este caso y se fundamentan en la reacción del niño con eventos de tipo social y el impacto que tienen los talleres de terapia de juego Gestalt para ayudar a un mejor desarrollo de forma directa. *¿Un Taller de Terapia de Juego Gestalt, disminuirá los síntomas del síndrome de Fobia Social que presenta un infante con discapacidad intelectual?*

La actividad lúdica ayudará a que el síndrome de Fobia Social no se convierta en trastorno, además del juego, permite observar si se manifiesta algún otro conflicto, debido a que el tipo de intervención, propiciará la expresión emocional.

#### **4.4 Variables**

La variable es una definición de conceptos centrales o núcleos de interés del trabajo investigativo, generalmente reflejados de manera explícita en las preguntas de investigación como dice Kerlinger y Lee (2002) es una expresión de una abstracción formada a partir de la generalización de un particular. Partiendo de esto, se obtuvieron las siguientes variables para el presente trabajo:

##### **Variable Dependiente**

Según DSM-V (2013) la Fobia Social, se entiende como miedo irracional y desproporcionado que surge en ciertas situaciones de interacción social. La persona está convencida de que actuará de manera inadecuada, ridícula, embarazosa o humillante.

Esta convicción va acompañada de un número variable de sensaciones físicas como taquicardia, calor, rubor, sudoración, temblores o sensaciones en el estómago. La escala que se utilizará en el presente trabajo, presenta *ítems* que representan los síntomas de dicho manual.

### **Variable Dependiente**

Taller de Terapia de Juego Gestalt: Según Oaklander (2008), es estar completamente presente con la persona en una situación específica con todos los aspectos del organismo-sentidos, cuerpo, expresión emocional, intelecto, que son disponibles para su uso.

### **4.5 Instrumentos**

Se utiliza la Escala de Ansiedad Infantil de *Spence* (SCAS; Spence, 1997), formada primeramente por 38 *ítems* que evalúan síntomas de ansiedad frecuentes en niños, (Anexo B). En el año 2009, fue validada por la Universidad Autónoma de México para pánico/agorafobia, Ansiedad de separación, Fobia Social, Miedos Obsesiones/Compulsiones y Ansiedad generalizada. Para lograr descifrar si existe algún tipo de trastorno o si hay peligro de concebirlo.

La versión original de la SCAS en inglés fue traducida al español de acuerdo con el método habitual de traducción y retro traducción por Hambleton, Merenda y Spielberger, en el año 2005 y de forma semejante a la descrita en Balluerka, Gorostiaga, Alonso y Haranburu en el año 2007.

### **4.6 Sujeto**

Se trabaja con un varón nacido el 16 de julio de 2013, con edad de seis años y cinco meses, que actualmente vive con su abuela materna, su tutora.

El embarazo del infante no fue planeado, se presentó ingesta de sustancias como marihuana y alcohol por parte de la madre durante su gestación. Además, sufría maltrato físico por el padre biológico, provocándole a la madre severos sangrados a los cuales no les prestaba atención.

Cuando cumplió los 7 meses de embarazo los abuelos del infante apoyaron económicamente a la madre biológica para conseguir un trabajo en el Puerto de Veracruz y poder tener cuidados adecuados para el embarazo. Durante la etapa perinatal no hubo complicaciones referidas, fue a través de cesárea y tuvo puntuaciones favorables en las valoraciones de Silverman, Apgar y Capurro.

Sin embargo, la alimentación del infante fue con fórmula desde el primer día de

su vida y el contacto con su madre biológica solo duró unas cuantas semanas, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) recibió una llamada de denuncia de un vecino refiriendo que se escuchaba llanto de un bebé. El DIF inmediatamente fue al lugar y encontró a Infante de cuatro semanas sucio, enrojecido, con infección estomacal, moretones y marcas, además, debajo de una cama. En este momento la madre no estaba y el DIF toma posesión del menor.

Posteriormente, esta institución contacta con los abuelos maternos del menor, la señora X, y el señor Y (para fines de confidencialidad), a los cuales les brindan la custodia del infante desde ese entonces. Consecutivamente, el abuelo del infante decide quedarse por cuestión laboral en Veracruz y lo llevan a un preescolar cuando tenía tres años de edad.

La maestra de su grupo les menciona que al parecer el infante tiene algún problema de desarrollo motriz y sugiere llevarlo a algún lugar donde les puedan dar una mejor referencia a cerca de lo que aparentemente pasaba con el infante.

El equipo del Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de Veracruz (CRISVER) canaliza a al infante al área de neurología y psicología en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En donde fue diagnosticado con Discapacidad intelectual leve causada por daño físico e intoxicación durante el embarazo provocando daño neurológico permanente en el infante.

Actualmente, el infante vive con sus abuelos maternos, los cuales refieren que el infante presenta taquicardia y sudoración excesiva cuando necesita ir al baño, se asusta en las fiestas de sus compañeros y llora al saber que realizará alguna actividad, va a la escuela de Benito Juárez y cursa el primer grado de primaria.

La maestra de dicho grupo refiere que cuando se le pide la participación (en aspectos que sabe que puede contestar correctamente, como nombrar colores, objetos y animales), el infante comienza a llorar y presenta sonrojamiento de piel. Además, al indagar los motivos que tiene el infante para no participar, él explica que no le gusta expresarse verbalmente frente a los compañeros.

Este comportamiento, lo empieza a manifestar a partir de que se incluye en el ciclo escolar (octubre), teniendo con estos síntomas un total de un mes. Asimismo,

asiste a la Unidad de Apoyo a la Educación Regular (USAER) que ofrece la primaria.

El alumno en el aula presenta diferentes síntomas con relación al miedo, por ejemplo: no participar en clase, no ir al baño solo y convivencia nula con sus compañeros en el recreo, salón de clases o diferentes actividades escolares.

#### **4.7 Marco Contextual**

El infante estudia en la escuela primaria Benito Juárez García clave: 30DPR1589M, misma que ofrece el servicio de la Unidad de Apoyo a la Educación Regular (U.S.A.E.R.) número 13. Integrada por seis maestros de grupo, un maestro de educación física y una maestra de educación especial.

Dicha institución posee áreas limpias y en general con buena iluminación, tiene dos baños para el uso de todo el plantel y posee seis salones de clase, una biblioteca y el salón de U.S.A.E.R, este último servicio atiende 10 casos de diferentes grupos. El infante de estudio del primer grado todos los días asiste a realizar actividades en dicho lugar.

Esta escuela está ubicada en la colonia de Santa María Tlachichilco de la ciudad de Orizaba Veracruz. Existen alrededor de 800 personas en 200 unidades habitacionales. Se contabilizan 455 habitantes por km<sup>2</sup>, con una edad promedio de 34 años y una escolaridad de seis años cursados. En este lugar los pobladores se dedican principalmente al negocio minorista bajo un salario mínimo, el cual no permite por lo regular tener una adecuada alimentación. En 2017, el DIF de dicha colonia, reveló que, 5 de cada 10 niños posee problemas gastrointestinales y obesidad infantil.

Además, en general la población no asiste a servicios médicos con regularidad, pues se refiere que utilizan métodos caseros con plantas medicinales, preparaciones con diferentes plantas y flores para aliviar cualquier tipo de enfermedades.

En la colonia donde radica el infante, misma que dio la apertura necesaria al presente trabajo de estudio, existen tres diferentes escuelas que ofrecen servicios variados, en beneficio de la comunidad. Se cuenta con un preescolar, una primaria y secundaria, mismas que actualmente poseen una población baja de estudiantes, pues la mayoría de los menores están a cargo del cuidado de hermanos o ayudan a sus

padres trabajando en los diferentes negocios que predominan dicha colonia, como comercios propios.

#### **4.8 Procedimiento**

A continuación, se narrarán con detalle los aspectos importantes durante el proceso del taller, en el cual se establecieron objetivos y materiales para cada sesión en específico (Anexo B). Asimismo, se destacan los momentos e interacciones que hubo con el infante. Además de mostrar de manera estructurada las fases que se vivieron durante este taller.

Se trabajó un total de seis sesiones de una hora, en un aula con gran iluminación y espacio en las mismas instalaciones de la escuela primaria Benito Juárez. Cada sesión que se vivenció con el infante tuvo un tema diferente a tratar, potencializando su creatividad, y animándolo a conocerse, pues el niño es una persona que tiene capacidad para ayudarse a sí mismo, sea cual sea su condición, Loretta Cornejo (2012).

##### **Fase número uno: Detección de síntomas del Síndrome de Fobia Social**

**Instrumento:** Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS, 1997).

**Descripción:** La maestra de U.S.A.E.R 13, de la escuela Benito Juárez García, aplica el instrumento (Anexo C), anteriormente mencionado de manera oral, y la facilitadora del taller supervisa que las preguntas no sean modificadas para que el menor fácilmente pueda contestarlas. En los resultados de la prueba, arroja un riesgo y sintomatología de Fobia Social, los cuales mencionan los siguientes síntomas:

1. Me da miedo hacer un examen
2. Me da miedo usar baños públicos
3. Tengo miedo de hacer el ridículo
4. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela
5. Me preocupa lo que las otras personas piensan de mi
6. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase

**Observaciones:** El infante, consiguió contestar todas las preguntas, no obstante, se alargó el tiempo de aplicación debido a las respuestas prolongadas que brindaba, por lo que se tuvo que realizar un breve receso. Al continuar después de



dicho descanso, no hubo problema por continuar las preguntas y que contestara claramente. Es importante mencionar que, en un principio, el infante mostraba sonrojamiento de piel y sudoración de manos, sin embargo, este comportamiento tiene explicación, debido a que antes de aplicar las preguntas, había más niños trabajando en el mismo salón, y cuando se percató de su presencia, comenzó a presentar dichas manifestaciones. Al pedirle a los demás niños que se retiraran del salón, lo rojo de la piel ya le había disminuido, y de esta manera, se concluye el primer test.

### **Fase número dos: Primera sesión**

**Instrumento:** Arcilla, vaso de plástico, arena, recipientes de diferentes formas de plástico, globo de látex pequeño, bocinas, música infantil, cara feliz y triste.

**Objetivo:** Proporcionar herramientas al menor mediante el juego para que logre respirar adecuadamente provocándole relajación, así como encaminar al menor por un proceso que lo conduzca a conocer, fortalecer e integrar características particulares respecto a su cuerpo.

### **Actividad:** Relajación

**Descripción:** Esta actividad, comienza con ejercicio de *rapport* trabajando con arcilla para moldear, mientras se le realizan diferentes preguntas como se puede ver en el. El infante se mostró en particular muy interesado por tocar la plastilina, así que se le indicó que prestara atención a las indicaciones porque iba a trabajar con ella de una manera que no lo había hecho, con esto se logró focalizar la concentración en la arcilla.

Subsiguientemente, se le indica que cierre los ojos y comience a tocar la arcilla, haciendo diferentes referencias acerca de la textura, olor y plasticidad del material, de esta manera se invita a conocer con lo que se está trabajando. Finalmente, el infante termina de manipular la arcilla, se le quita la venda de los ojos y ahora se le pide que haga la figura que él quiera. Durante la actividad el infante le solicita a la facilitadora, que ella también haga una figura, esto favorece la interacción de ambos y de esta manera se sabe surgió la empatía entre la facilitadora y el infante.

Asimismo, para centrar al infante en el aquí y ahora se aplican el caldeamiento inespecífico que son ejercicios de respiración, inhalando y exhalando, en este caso se

ejemplifican y adaptan diferentes formas para lograr la ejecución adecuada de las actividades, (Anexo D). Al principio al infante se le dificulta sostener la respiración, sin embargo, cuando se le ejemplifica con el globo, y es así como de manera pausada va aprendiendo a respirar, este ejercicio se realiza varias veces, hasta notar que lo hace sin necesidad de ver el globo.

**Actividad:** Conocimiento de sí mismo.

**Descripción:** La respiración lleva a la relajación y concentración, según Lorena Fernández, (2016) por tanto es importante que después de esto se empiece el caldeamiento específico, en donde se llevará al infante a conocerse con el juego “Estar en movimiento”. Se sabe que una de las características de los niños con discapacidad intelectual, es la falta de conocimiento corporal, por esto el objetivo de la sesión fue cumpliéndose porque se dio la oportunidad de conocer sus extremidades, sus piernas, y brazos.

El infante en este juego en un inicio, se encuentra dudoso de ver sus extremidades, sin embargo, después de que la facilitadora del taller hace partícipe del juego, el infante logra hacer las actividades. Este juego se vio resaltado con música, con la cual muestra atención y más concentración en la actividad.

**Cierre:** En el cierre de esta sesión al infante, se le hacen diferentes preguntas, sugeridas por Lorena Fernández, (2016), y con caras de diferentes expresiones que se muestran en él. De esta manera el infante tiene la oportunidad de expresar como se sintió en las distintas etapas de la sesión (Anexo D1). Estas caritas se utilizaron siempre.

Se finaliza con ejercicios de inhalación y exhalación progresiva para dar por terminada la sesión, y el infante denota tranquilidad, sin embargo, le pide a la pasante llevarse la arcilla que utilizó, en este caso no se le otorga y se explica que es material pertenece a las sesiones, y siempre que regrese tendrá la oportunidad de verlo. Al ser esto un distractor la pasante aplica de nuevo ejercicios de respiración, y de esta manera cerrar la sesión de manera exitosa.

**Observaciones:** En esta sesión, existieron dificultades, primeramente, lograr

centrar la atención del infante, además de algunas interrupciones externas (ruidos, clase de educación física y timbres), lo que provocaba que el infante volteara a las ventanas. Sin embargo, ante todo esto, es preciso resaltar la actitud del infante, en la interacción con la instructora del taller, como algo fundamental, además es preciso resaltar, cuando el infante, logra darle una figura a la arcilla debido a que a través del juego representa la arcilla como una figura fuerte por fuera, pero cubierta con un caparazón, la cual hace referencia y simboliza su misma protección.

### **Fase número tres: Segunda sesión**

**Instrumento:** Vaso de plástico, agua, recipientes de diferentes formas de plástico, globo de látex, sombrero, peluches, pañuelo.

**Objetivo:** El objetivo de la segunda sesión es aumentar la confianza en sus decisiones para lograr una mejoría en los síntomas resaltados de la fobia social.

**Actividad:** Relajación

**Descripción:** Se da la bienvenida, se indica que se sienta en la alfombra para dar inicio a las actividades. Inmediatamente el infante, toma posición para empezar con la respiración del globo mágico, el infante comienza a inhalar y exhalar al ritmo del globo que se le muestra.

La facilitadora del taller, hace la respiración con el menor, ya que se le dificulta recordar que tiene que sostener el aire, después de tres respiraciones logra concretar esta fase de relajación. Violeta Oaklander (2001), menciona que verter agua en diferentes recipientes, ayuda al infante relajarse y tomar concentración. Es por esto que se le presentó los recipientes y posteriormente se le solicitó que pasara el agua de un recipiente a otro.

El infante, prestaba atención al ejemplo, y miraba a la facilitadora, buscando aprobación en cada movimiento, mientras derramaba agua en los recipientes, la facilitadora, le hacía ver como el agua a pesar de ser tan resbalosa, y tan difícil de controlar, él lo lograba hacer de manera correcta y parecía un experto manejándola.

**Actividad:** Sombrero de las decisiones

**Descripción:** Posteriormente el infante se sentó en la alfombra y la instructora sacó el sombrero de las decisiones, cuando escuchó el nombre del sombrero, se le

explica que él puede tomar en sus manos el poder y la decisión de controlar lo que pasará. Se le plantearon varias situaciones (Anexo D2).

Al mencionarle una de las situaciones, el infante, tomaba decisiones que el piensa serían las mejores. En este caso se le tuvo que explicar al infante con ejemplos y peluches para que lograra comprender todas las situaciones. En un principio, todas las situaciones el infante, se quedaba callado y cuando se le daba más opciones con ejemplos lograba solucionar la situación y tomar las propias decisiones.

Cuando se acaba la actividad se pregunta al menor: ¿Crees que el sombrero mágico te ayudó a solucionar los problemas de los muñecos?, a lo que contesta que, si y que ojalá algún otro día pueda usarlo, por tanto, se le explica al infante que el sombrero le dio el poder de tomar la decisión, y puede usar ese poder cuando más lo necesite.

**Actividad:** Confianza en sí mismo

**Descripción:** A continuación, para ayudar a incrementar la confianza en sí mismo según Lorena Fernández (2016), se aplica un ejercicio de confianza, en donde se le vendan los ojos y se le explica que tiene que buscar las manos de la facilitadora, la cual lo estaría esperando, si necesitaba ayuda podía solicitarla. Al principio, el infante con los ojos vendados (Anexo D3), no logra moverse, solamente permanecía sentado y estiraba las manos.

La instructora lo invita a moverse y le asegura que no se lastimará. Después de dar esa instrucción el infante, comienza a moverse, sentado, tratando de arrastrarse siguiendo la voz de la instructora. Al llegar a ella manifiesta un suspiro y una sonrisa. Posteriormente, la instructora felicita al infante y se le retira la venda de los ojos, a lo que responde con un aplauso.

**Cierre:** Como en todas las sesiones, el infante evalúa las actividades de la sesión con las caras que se le presentaron. Todas las actividades le gustaron, excepto la del sombrero mágico, en donde puso ambas caras. Se preguntó a qué se debía que pusiera ambas caras, a lo que él infante, contestó que no sabía que decidir, sin embargo, al final logró hacerlo.

**Observaciones:** Como en la sesión anterior, la principal dificultad de la sesión fue conseguir la atención del infante, aquí se manifestó una internalización exitosa para realizar la actividad del globo mágico, esto se muestra a través de que el menor realiza una respiración verdaderamente profunda, lo cual se le dificultaba en la primera sesión.

Es grato destacar que la respiración se logra internalizar debido a la adaptación que se realizó para relajarse, esto dio pie a que el menor consiguiera concentrarse, además de captar su atención, una complicación fue adaptarse a su lenguaje y lograr ejemplificar en el sombrero de las decisiones para que el infante lograra comprender y resolver la situación.

#### **Fase número cuatro: Tercer sesión**

**Instrumentos:** Animales del Zoológico (león, águila, cebrá, cocodrilo, oso, serpiente y pavo real).

**Objetivo:** Se pretende llevar al infante, a generar alternativas para incrementar su autoestima o su propia dimensión afectiva, (Anexo D4).

**Actividad:** Relajación

**Descripción:** En esta sesión automáticamente el infante, empieza a contener aire y a exhalar, como se le ha indicado en las sesiones anteriores. En este caso solo se le indica la cantidad de veces que lo hará, derivado de que pudo internalizar el proceso del globo mágico.

**Actividad:** Autoestima

**Descripción:** Se le presentan al infante los animales, uno a uno, los describe brevemente. Después se le ayudaba a pensar como actuaba un elefante, y se le invitaba a actuar como él.

Uno por uno el infante, observaba al animal y posteriormente los lograba imitar (Anexo D5), al principio no quería imitar ningún animal, sin embargo, la facilitadora, al ver la pena que tenía el infante, ella lo anima a hacerlo y de esta manera logra comenzar la imitación.

**Observaciones:** Al final, a pesar de que, al infante, le costó trabajo arrancar con el ejercicio principal de la autoestima propuesto por Fernández, (2016), refirió

que le gustó imitar los animales y la sesión fue de su agrado. Además, al final comentó que el sintió que era como un elefante, alto, fuerte y grande.

Esto se considera un logro, debido a que, comienza a estructurarse, una personalidad firme, lo cual fortalece la disminución de los síntomas del síndrome de Fobia Social. Se observa que, en esta sesión, estaba somnoliento, pero, en realidad, la participación no presentó problema por entrar a pesar que en un principio había más niños en el salón.

**Fase número cinco:** Cuarta sesión

**Instrumento:** Papel bond blanco y plumones de colores

**Objetivo:** Brindarle herramientas al infante, para auto valorarse y de esta manera establecer satisfactoriamente contacto consigo mismo y con los demás.

**Actividad:** Relajación

**Descripción:** El globo mágico, es la actividad preferida del infante, así que comienza a realizar la inhalación y exhalación profunda. Esta actividad ha sido fundamental sobre todo para focalizar y tranquilizar, lo cual potencializa la atención del infante.

**Actividad:** Reconocimiento de habilidades

**Descripción:** Para esta actividad, se dibujó junto con el infante, un árbol, en donde se le explicó que el árbol que se dibujaría es el mismo. Las raíces representan las cosas que él logra hacer o decir cuando está con su familia, en el troco cuando está en la escuela y finalmente, las manzanas que representan los logros que ha tenido (Anexo D6). De esta forma, logra identificar el árbol y sus partes pues en la escuela comenta que su maestra le estaba explicando las partes que tiene un árbol.

Cuando se le explico que se pondría en cada uno, se queda callado y comienza a ver las partes del árbol. La facilitadora, lo apoya plateando un día normal, para que conseguir que el infante se dé cuenta de los logros en cada una de sus esferas, cada vez que menciona una acción como, por ejemplo: jugar con mi hermanita, separar el frijol, limpiar mis cosas, se le elogia para que se dé cuenta que esas acciones efectivamente son un logro. El infante logra decir cuáles son sus logros y de lo que es capaz de hacer.

**Cierre:** Posteriormente en la evaluación con el menor, comenta su gusto por las actividades siendo su actividad favorita el globo mágico. Pregunta si habrá más sesiones a lo cual la instructora le contesta que sí y feliz y muy alegre se retira del salón.

**Observaciones:** En la presente sesión se tuvo una limitante, el infante al no saber leer ni escribir, para la facilitadora del taller fue una dificultad el ayudarlo a escribir como lo dictaba la actividad (Anexo D7).

Sin embargo, aunque tomó un par de minutos extras, se logra que el infante identifique cada logro, para aumentar la idea: “Si puedo”. Este día, comenta la maestra de grupo que, el infante logra tomar *luch* con uno de sus compañeros, cuando antes hacía de manera aislada.

**Fase número seis:** Quinta sesión

**Instrumento:** Teatro de títeres, títeres personalizados con base del cuento.

**Objetivo:** Potenciar la habilidad del infante, para relacionarse con los demás de manera segura, Lorena Fernández, (2016) sugiere trabajar a través del cuento: “Un gran cochinito pequeño” (Anexo D8).

**Actividad:** Relajación

**Descripción:** El globo mágico, para esta sesión, se convirtió en la herramienta más importante del taller de terapia de juego Gestalt, la respiración que se le enseñó al infante es algo que adoptó como un “poder” (así lo refirió él). Con esto, logra compartir con la facilitadora que el globo mágico lo acompaña siempre, en su salón de clase, en su casa e incluso cuando va al baño.

**Actividad:** Había una vez

**Descripción:** Se prepara un teatro y con títeres que representaban el cuento (Anexo D9), se le contó al menor, con música de fondo para lograr que el infante atendiera la historia. Se le hizo participe en varias ocasiones preguntándole que opinaba de lo que estaba sucediendo.

**Actividad:** ¡Hora del *Roll!* (Anexo D10).

**Descripción:** Posteriormente, se le dio a escoger un títere de los utilizados en el cuento para que lograra crear el final junto con la instructora y de esta manera darle

al infante el poder de que puede cambiar a veces la situación dependiendo de su actitud y de que decida hacerlo.

**Cierre:** A continuación, se evalúa sesión con el infante, en donde usa la carita feliz y menciona que el cuento le gustó mucho, además que el final que se le agregó al cuento fue lo mejor de la sesión, menciona que el cochinito se parece a él por chiquito y porque no es igual que los otros personajes.

**Observaciones:** Se considera un logro, a partir de que el infante adopta un personaje del cuento y consigue brindarle un final que da señales que, al fortalecer su identidad, potencia la habilidad para relacionarse con los demás de manera segura.

**Fase número siete:** Sexta sesión

**Instrumentos:** Alfombra, pelotas de plástico.

**Objetivo:** Llevar al niño por un proceso en donde pueda fortalecer e integrar su comprensión sobre las características particulares desde su percepción para así lograr afrontar las situaciones que le puedan producir miedo y con la respiración profunda lograr afrontar situaciones que provoque mucha ansiedad, (Anexo D11).

**Actividad:** Relajación

**Descripción:** Así que la instructora da la bienvenida al infante mencionando que es la última estación de la aventura, después de la sesión el ya no me vería, pero cada sesión fue adquiriendo poderes (habilidades) que le servirán en la escuela, en la casa y en los lugares que él quisiera. Entonces el infante comenzó a aplaudir e inmediatamente tomo posición para comenzar con el ejercicio de respiración.

Antes de continuar con la relajación, se le da un breve resumen de lo que se realizó en las sesiones anteriores, el infante prestaba atención mientras se le recordaban dichas sesiones y asentía con la cabeza recordando cada una de las actividades que se vieron.

Posteriormente se le da inicio a la sesión con la respiración profunda, inmediatamente el infante comienza a hacer la respiración del globo mágico y la instructora lo hace con él. Oaklander (2001) recomienda hacer esta respiración para lograr centrar en el aquí y ahora. Además de fungir como herramienta de concentración y relajación. Lo cual se comprueba en todas las sesiones.



**Actividad:** ¡Ese soy yo!

**Descripción:** Para lograr que al infante no le afecten los comentarios ofensivos y solo distinga los comentarios positivos. Se le presenta la actividad: ¡Ese soy yo! Consistió en presentarle al infante pelotas, representaban frases ciertas y falsas acerca de el mismo. Si la frase era falsa, tenía que dejar pasar la pelota, por otro lado, si era verdadera la tomaría. Precisamente en esta actividad, al principio, se veía distraído por las pelotas, por lo cual se le tuvo que dar varios ejemplos para que el infante lograra jugar de manera exitosa. Así tomaba las pelotas que eran ciertas y se le daban ejemplos de cada frase.

Las oraciones que se le decían se pueden observar en la carta descriptiva. Después se le menciona al infante, que las pelotas que el no agarro, provocan también sentimientos, el infante comentó que cuando le preguntan en la escuela no sabe qué hacer e incluso cuando es invitado a jugar no lo hace pues le daban ganas de llorar.

**Cierre del Taller de terapia de juego Gestalt:** Construyendo mi lugar seguro.

**Descripción:** Consecuentemente para cerrar con el este taller durante las sesiones anteriores al infante se le fue sembrando la idea de que iba a lograr hacer las cosas que no ha hecho a través de ciertos “poderes” (habilidades) que iba a ir adquiriendo poco a poco. Por tanto, la idea de la alfombra mágica parte de la autora Lorena Fernández (2016) en donde dice que es una oportunidad que se le da al infante, para ir a un lugar seguro.

Es por esto que la actividad mencionada anteriormente se adaptó al infante, regalándole una alfombra mágica, se le explicó que cuando él tuviera muchas ganas de llorar, se pusiera nervioso, lo regañara su abuelita o tenga un día muy malo en la escuela él puede tomar la alfombra, sentarse en ella, cerrar los ojos y hacer la respiración del globo mágico. Es decir, ir con la imaginación al lugar donde él se sintiera seguro y recordar todas las actividades que le gustaron del taller.

Al decirle esto, inmediatamente el infante cuestiona a la facilitadora, acerca de probar la alfombra, a lo que se contesta que sí, inmediatamente el infante, cierra los ojos y comienza a hacer la respiración del globo mágico. Entonces después de un rato,

abre los ojos, le da las gracias a la facilitadora y le da un abrazo (Anexo D12). Se da paso a darle un diploma por haber logrado cursar el taller: “El juego es el pasaporte a una infancia feliz”. Se le da las gracias al infante y se despide de él agradeciendo y reconociendo su cooperación y el querer trabajar en este taller, absolutamente en todas las sesiones el comportamiento del infante, fue indispensable para las actividades, es por esto que se tomaron nota específicamente de dichas actitudes (Anexo E).

**Fase número Ocho:** Re-test

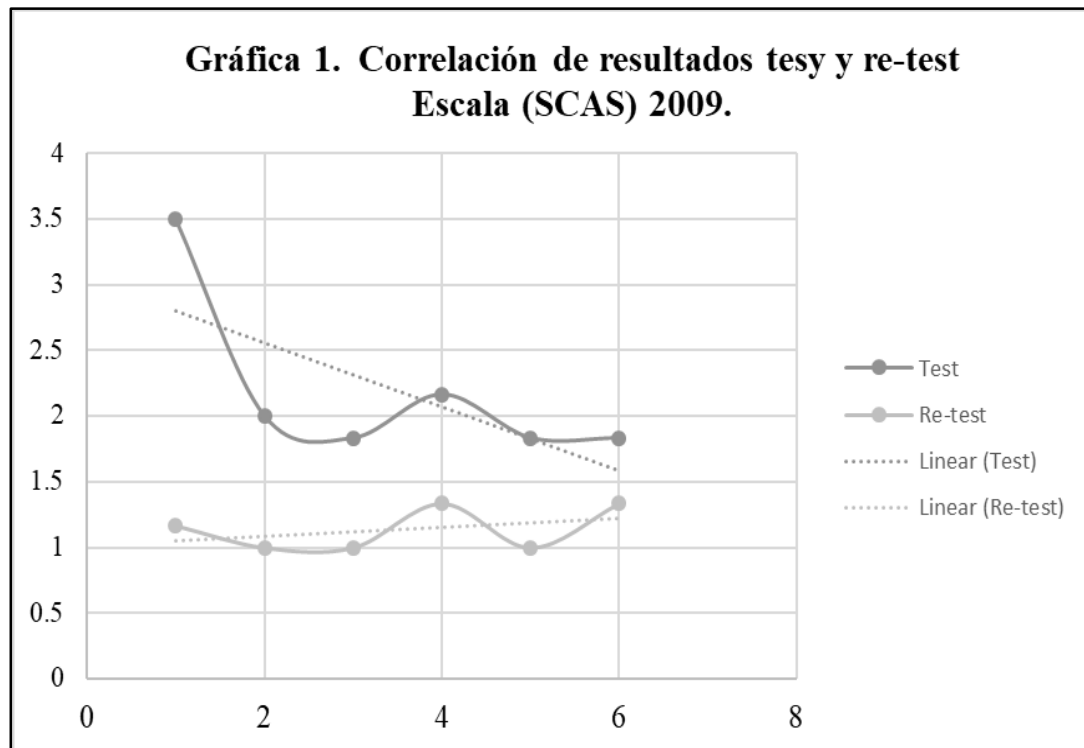
**Instrumento:** Escala de Ansiedad Infantil de Spence.

**Descripción:** Pasando alrededor de seis meses, dando tiempo a que el taller se internalizara en el infante, poco a poco, se aplica el *re-test*. Esta escala nos permite ver si hubo alguna disminución de los síntomas de fobia social (Anexo F).

## RESULTADOS

Con el fin de dar un cierre apropiado a este documento, se ha redactado esta sección que sintetiza los aspectos más relevantes del mismo, algunos alcances y limitaciones del tema, una gráfica en donde se correlacionan datos, así como el resumen de una breve indagación. De la misma forma algunos puntos a destacar no solo sobre la propuesta, sino la formación como futura psicóloga en general, ha sido enriquecida durante los periodos de práctica, servicio social y principalmente en el trabajo de taller de terapia de juego Gestalt.

Al principio, con la información recabada a través de la observación durante el servicio social, el infante, fue seleccionado por los problemas que presentaba a su corta edad en el salón y el principal instrumento que ayudó a confirmar que estaba pasando por un síndrome de fobia social es la escala de SCAS, cuyo resultado se presenta a continuación:



El objetivo de la gráfica anterior, es, plasmar los resultados, para visualizar la correlación que se realizó con el test y el re-test y comprobar, la eficacia del taller de

terapia de juego Gestalt. De esta manera, se logra apreciar en la gráfica, la línea que se encuentra a lo alto, representa los resultados del test, antes de la aplicación del taller. Por otro lado, la línea en la parte inferior, se encuentra el re-test, es decir, los resultados después de la aplicación del taller. Esto, lleva a la siguiente fórmula:

Se estudian dos variables, la variable X, será representada como test y la Y como retest, para lograr hacer una correlación y lograr comparar los resultados, se aplica el método de correlación de Pearson, esto se representa con la letra P. A lo cual presenta la siguiente fórmula:

$$\rho_{X,Y} = \frac{\sigma_{XY}}{\sigma_X \sigma_Y} = \frac{E[(X - \mu_X)(Y - \mu_Y)]}{\sigma_X \sigma_Y},$$

A través de esta fórmula, promediando cada categoría del test, se saca la correlación de la variable X y Y, dicha fórmula, la realiza el programa *Microsoft Excel*. Esto lleva a los siguientes resultados:

$$X = -0.695418626$$

$$Y = 0.577350269$$

Esto, indica que el promedio de las categorías, deja de tener un resultado negativo, convirtiéndose en positivo, de esta manera se comprueba que a través de la escala *SCAS*, se puede demostrar que los síntomas del síndrome de Fobia Social del infante, disminuyeron un 95%. A lo largo del trabajo, se formularon una serie de preguntas iniciales, que de cierta forma enfatizaban puntos clave sobre la viabilidad del tema con la historia del infante. Las respuestas a la incógnita, fueron halladas al estar frente al infante, con la propuesta y quedaron implícitas a lo largo del análisis; sin embargo, se considera apropiado enfatizar las más relevantes como parte de este cierre.

Sobre la viabilidad, cabe aclarar que para poder considerar aplicar una propuesta tan peculiar, se debieron cumplir algunas condiciones necesarias. Establecer como primer punto si realmente existió un problema de síndrome de Fobia Social que haya requerido tomar acciones específicas; de cualquier forma, el juego se

puede trabajar enfocándose en otros aspectos como la autoestima en general, debido a que, uno de los grandes logros de los juegos aplicados en el taller, fueron múltiples beneficios, los cuales tendrán mención más adelante.

Además, fue muy importante tomar en cuenta los gustos e intereses específicos del infante. Observar su entusiasmo durante las actividades que hacía en la escuela y que tenían que ver con educación física o con armar un rompecabezas, ayudó a asegurar que el trabajo con el juego fuera algo interesante para el infante.

Ante esto, fue evidente y relevante el asegurarse que la escuela contara con espacio necesario y así poder llevar a cabo esta clase de dinámicas, contando con iluminación adecuada para el uso de los materiales y juguetes necesarios que la facilitadora Viridiana aportó. Fue vital asegurarse que el aula donde se realizó el taller fuera neutral, debido a que había ruidos externos que contribuían a la distracción del menor.

Durante las sesiones se resolvieron más cuestionamientos que inquietaban, como la motricidad del infante y su creatividad, en su manera de jugar. Se reitera la satisfacción de la constante disposición del mismo, para trabajar y participar con este tipo de taller tan fuera de la zona de confort.

Después de todo, desde la primera sesión se creó empatía, de esta manera se formó un espacio armónico de correspondencia por parte ambos. Es de suponerse que después de todo la relación entre el infante y la facilitadora, fue el principal propulsor de esta aventura.

Algo que resultó una incógnita sobre la propuesta y que no se sabía con exactitud hasta llegando el momento de la aplicación, es factor de la discapacidad porque si bien es cierto que el propósito de este trabajo fue disminuir los síntomas que presentaba el infante, a través de juego, de no ser bien dirigidas las actividades, podía tornarse solamente como un juego que propiciara distracción en el infante.

Sin embargo, no fue así, debido principalmente a la manera de dar las indicaciones, los ejemplos y la base de una autora con experiencia para realizar las actividades y tener contacto con personas que tuvieran un trabajo con los niños con discapacidad.

Lo que resultó difícil de establecer, fue “un rango de mejora” es decir, saber de manera objetiva y fundamentada si el síndrome de fobia social del infante, disminuyó. Esto lleva a la siguiente sección de las conclusiones, donde se presenta de manera sintética los resultados generales obtenidos en la aplicación del taller, que, si bien requirieron un arduo análisis de las vivencias en cada sesión, así como los datos arrojados por la escala aplicada y la indagación que respalda el avance del infante tras la aplicación del taller.

Ante esto, se garantiza que una mejoría emocional para el infante, requiere del interés y estimulación por parte de las esferas en las que interactúa, así como el hacerle saber que la condición con la que vive no es una limitante para expresar emociones. Es por esta razón que cada sesión fue adaptada, tratando de tocar cada esfera en la que el infante convive y en las cuales puede llegar a afrontar y que en algún momento dado puede ser afectado por estas.

Un elemento importante y fundamental para presentar los resultados es el juego, el cual fue una herramienta eficaz, siempre y cuando se utilizara adecuadamente con situaciones controladas y previamente planificadas especialmente para este caso. Escoger el modelo de juego para el infante, en particular fue algo indispensable; como ya se explicó, al ser un estudio de caso, conocer al menor, la historia clínica, así como su comportamiento dentro del salón de clases, en el recreo y en la convivencia con sus amigos.

Después de leer la historia clínica y de conocer al infante, en sus diferentes esferas, se determina el juego Gestalt, y con esto vino inmediatamente la pregunta, ¿Cómo el juego Gestalt puede beneficiar al infante, en el estado que se encuentra? La respuesta inmediata a esto es “no es posible” por la condición del niño, no obstante, se demuestra que, dependiendo de escoger un autor con experiencia en casos con discapacidad, siguiendo paso a paso sus indicaciones y recomendaciones acerca de la actitud de la instructora, es posible.

Por otra parte, se encuentra lo que se denomina como múltiples beneficios. Es decir, los logros que como efecto se obtuvieron al llevar a cabo la propuesta del taller de terapia de juego Gestalt. Entre los principales se encuentra la expresión de

emociones, hasta cierto punto lógico, debido a que, el juego fomenta que el infante, exprese emociones que en el día a día no puede demostrar, por ejemplo, enojo, tristeza y también alegría.

En el caso del infante, la expresión se hizo presente desde la primera sesión, hasta la última, el juego Gestalt propiciaba que el infante riera, e incluso saltara de felicidad pues la música que fue uno de los elementos importantes fomentaba libertad para que el infante lograra expresarse. Y no fue solo en esta sesión, la expresión emocional fue en todas las sesiones de diferentes maneras.

Otro de los beneficios secundarios que surgieron durante la primera sesión, fue la autonomía, misma que tenía una ausencia en el infante, debido a que en un principio el infante no podía tomar decisiones por muy sencillas que fueran, a todo contestaba no sé o no puedo y en la primera sesión logró llegar a la conclusión que las actividades fueron de su agrado y hacer comentarios a la instructora que reflejaban el: “Yo sí puedo maestra”.

Además, esta sesión fue clave para el trabajo y el futuro del menor, pues la respiración profunda, fue un elemento utilizado para centrar al infante, en el aquí y ahora, así como la implícita relajación que puede provocar, debido a que fue la primera herramienta que el infante logró utilizar con éxito en su vida cotidiana. Pues en la indagación después del taller con la madre y maestra de grupo mencionan que cuando el infante se le regaña, se le pregunta algo o se le pide participar lo primero que hace es cerrar los ojos, inhalar y exhalar.

Por tanto, esto trae un grato reconocimiento de que el objetivo principal de la primera sesión se cumplió con éxito pues esto hace que el infante se relaje y automáticamente quede de lado algún síntoma de la fobia social. Una de las problemáticas que se reflejaron en el test aplicado, en la indagación con la madre y con la maestra de grupo, así como en la observación, era que el infante no lograba tomar decisiones propias, al contrario de esto, le sudaban las manos, se quedaba callado y lloraba.

Es grato para su infancia poder tener confianza para expresar sentimientos,

deseos y pensamientos, esto ayuda a que el infante logre ser comprendido y atendido en cuanto a sus necesidades emocionales. Regularmente y a través de la investigación, uno de los problemas que en general causan la fobia social son problemas de la confianza en uno mismo, conocido también como: autoestima.

En el caso del infante se dedicaron dos sesiones para lograr fomentar confianza en él, para impulsar a la eliminación de los síntomas de fobia social que presentaba. De lo más gratificante fue cuando el infante logró expresar sus habilidades en un árbol, sus habilidades en el área familiar, en el área escolar y social, así como sus logros en dichas áreas. Fue una de las partes que más se dificultaron para que el infante comprendiera lo que es un logro y lo que es una habilidad. Sin embargo, la cooperación que hubo por parte del infante fue algo que ayudó a formar este árbol que lo representaba.

Además, en esta actividad el infante, reconoce para lo que es bueno. Por ejemplo, ayudar en las labores del hogar, jugar con sus amigos en el recreo, diferenciar entre frijoles que pueda comer y piedras, así como hacer las tareas de la escuela solo, así como entender y jugar el deporte de fútbol. También en las sesiones dedicadas a aumentar la confianza del infante fue seleccionado un cuento para fomentar que a pesar de que es diferente que los demás niños, es capaz de hacer muchas cosas.

El cuento le dio la oportunidad de identificarse con el personaje principal, pues al ser narrado a través de títeres se pretendía proyectar al infante en este personaje para lograr interactuar y proyectar que el personaje principal fue capaz de ser el héroe de la historia. De esta manera el infante logra crear un final al cuento, haciendo valer que es capaz de hacer muchas cosas siempre y cuando uno tiene confianza en sí mismo. En la última sesión se pretendía dar una herramienta final a esta aventura que se comenzó con el infante de tal manera que para él la aventura continuara y lograr solucionar problemas de manera independiente, así como crearle un lugar seguro en donde él podía recurrir cada vez que comenzara a tener los síntomas de la fobia social, así como la respiración profunda que para este entonces ya había adaptado a su vida cotidiana.



Después de que se da un cierre apropiado del taller que se aplicó durante seis semanas, con el infante hay dos maneras de comprobar la efectividad de este trabajo. Cabe destacar que es verdaderamente satisfactorio decir que en cuanto a las dos indagaciones se obtuvieron comentarios positivos referidos a un avance del infante. Es decir, los síntomas que presentaba como la sudoración, llanto y falta de expresión oral había desaparecido pues el principal elemento que el infante utiliza es la respiración. La maestra refiere que la participación en clase aumentó, levanta la mano y antes de expresarse hace una inhalación y exhalación.

Por otro lado, la madre del infante explica que, cuando se le regañaba o se le pedía hacer una labor de casa, el infante inmediatamente mostraba mucho nerviosismo, así como ganas de llorar y evitaba a toda costa realizar las actividades. Incluso ir al baño solo tanto en clase como en casa era algo que demandaba una serie de jalones, evitación y llanto.

La facilitadora del taller de terapia de juego Gestalt, se siente satisfecha y comprometida y así, continuar con una preparación formal del ámbito infantil. Además de un profundo aprendizaje acerca de la idea de trabajar con niños que tienen diferentes condiciones. Prepararse de manera terapéuticamente personal, para lograr hacer un trabajo íntegro y evitar cualquier tipo de proyección que pudieran afectar la interacción con el infante.

Al principio, con la información recabada a través de la observación durante el servicio social, el infante, fue escogido por los problemas que presentaba a su corta edad en el salón y el principal instrumento que ayudó a confirmar que estaba pasando por un síndrome de fobia social es la escala de SCAS (2009), la cual, en el *retest*, se refleja que el infante logra tener una disminución de los síntomas que reflejaba en la escala aplicada.

## ANÁLISIS

Desde un principio para lograr el trabajo exitoso del taller de terapia de juego Gestalt, existieron autores que como regalo dejan un legado para el bienestar del infante; conocimientos, experiencia y consejos. Este legado le da un sustento a este trabajo, se trata de un estudio de caso, el cual se tuvo que manejar con mucho cuidado, pues como sabemos cuándo intervenimos con una persona, puede provocar algo para su bienestar o al contrario para perjudicar.

Existen diferentes terapias de juego para poderlas adaptar al taller, sin embargo, con base en las características del menor, su manera de pensar, la condición de discapacidad intelectual que posee, así como su manera de expresarse se opta por el modelo de juego Gestalt, el cual permite una manera flexible de trabajar con el infante.

Originalmente, Oaklander (2012), es la autora que de manera simple explica el modelo con el que ha tenido numerosos casos de diferentes niños con diferentes condiciones tanto cognitivas como emocionales y una de las propuestas de su modelo es que permite manejar la propia intuición de quien dirige la terapia, y en este caso el taller. Como ella misma menciona el trabajo que se realiza con el niño puede ser ventana del niño que se lleva dentro, porque al trabajar con niño en terapia de juego, definitivamente tienes que ser uno.

Es por esto que comprobar la eficacia del taller de juego Gestalt como método de intervención para la fobia social que presenta un niño con discapacidad intelectual de seis años, tiene que tener una base teórica, así como de Oaklander se tomaron elementos que se consideraban podrían ser de ayuda para la instructora del taller. Sin embargo, debido al contexto en el que se realizó el taller, hubo la necesidad de buscar un autor mexicano que tratara con el juego Gestalt problemas de ansiedad entre ellos, la fobia social.

Para esto se encontró que la psicoterapeuta Gestalt mexicana, Fernández, (2009) quien trabaja con ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social y estrés postraumático, propone un taller de juego para la intervención. La autora

maneja objetivos específicos, que tienen la meta de tratar al niño con fobia social aumentando la confianza, autonomía, autoestima y sobre todo la relajación internalizada con diversos ejercicios de respiración. Es por esto que el taller para la intervención con el infante abarcó los puntos más relevantes para la fobia social.

Sin embargo, la autora no maneja en su libro, alguna sesión para niños con discapacidad, por lo tanto, todas las actividades tienen diferentes adaptaciones que con ayuda de una psicóloga experta en niños con esta discapacidad. Sobre todo, para que el infante logrará jugar e interactuar con la instructora del taller.

Poco a poco las adaptaciones del taller impulsaron que el infante interactuara de una manera eficaz debido a que las sesiones fueron aplicadas en un lapso de seis semanas, sin embargo, los resultados reales se presentaron en el retest, el cual se aplicó seis meses después de la aplicación.

La pregunta de investigación lleva a que el presente trabajo tome dirección y apoya al cumplimiento del objetivo. La pregunta más importante que fue respondida es: ¿Cuál será el resultado de aplicar el juego Gestalt en un taller de intervención para la fobia social que presenta un niño con discapacidad intelectual? Después de aplicar las actividades durante seis sesiones, los juegos sugeridos por Lorena Fernández, (2016), fomentaron en el infante una mejora en los síntomas desde la primera sesión. Como ella menciona, tocando el área corporal para el conocimiento de sí mismo, la autoestima para fomentar la confianza y lograr mostrar a través del test y en su comportamiento durante las clases y en su casa.

Se puede concluir que la autoestima fue la principal herramienta del infante, misma que tomó e internalizó y actualmente aplica para que desapareciera el asco, la sudoración y el llanto. Con esto se comprueba que el juego como método de intervención funciona de manera exitosa, sin importar la condición del niño. En este caso, el infante, logra demostrar que los complejos y los límites a veces son de los adultos. La fantasía es un elemento que el infante utiliza en el juego, ayudándolo a volverse tan fuerte como el personaje que constantemente mencionaba “*Optimus Prime*”.

El infante menciona que cuando hace la respiración del globo mágico, él se siente fuerte como *Optimus Prime* y junto con la instructora llegan a la conclusión que este personaje es alguien que tiene la posibilidad y habilidad de volverse más fuerte. Él adopta este personaje refiriendo que el globo mágico lo lleva a hacer un *Optimus Prime*.

El modelo *Gestalt* utiliza proyecciones del infante para sembrar la idea al infante que no será hoy, ni mañana pero definitivamente algún día se sentirá mejor y podrá ser *Optimus Prime*. Se le da un regalo para que el infante, adopte esta idea, en donde viajando por la alfombra mágica podrá dirigirse a un lugar seguro y de esta manera poder “cargar energía” y afrontar problemas.

Después de todo lo vivido durante las sesiones del taller, se concluye que el infante, ya sabe cómo crecer, como desarrollarse, como aprender, como expandirse y descubrir, como sentir, reír, llorar y enfurecerse, que es correcto para él y que no lo es. Ya sabe cómo amar, ser alegre, ser fuerte y llenarse de energía. Todo lo que él necesita es un espacio para aplicar todas las herramientas que se fomentaron en el taller.

Finalmente, es satisfactorio para la facilitadora y diseñadora del taller de terapia de juego *Gestalt*, culminar esta etapa como futura profesional, para así, dar paso a más investigaciones, trabajos y proyectos en el área infantil. Además de llevarse un gusto especial por la intervención de niños con diferentes condiciones, y con ello, demostrar que la psicología, pueda ampliar aplicaciones terapéuticas para la salud emocional, tanto en niños con alguna discapacidad como en adultos. Es grato, resaltar que las habilidades como empatía, contacto visual, paciencia y creatividad de la facilitadora, fueron una base importante para tener éxito en esta investigación.

## **RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS**

Parte del trabajo de una futura Psicóloga es indispensable hacer un breve resumen a cerca de algunas sugerencias, del caso trabajado en esta investigación, que se deben de tomar en cuenta para el bienestar del infante. Esta sección, se dividirá en dos grandes vertientes: recomendaciones y propuestas.

### **Recomendaciones**

Primordialmente, aunque se logra disminuir los síntomas del síndrome de Fobia Social que presentaba, otros tipos de ansiedad también surgieron en la escala aplicada. Para esto es recomendable que el infante, tome un tratamiento terapéutico en donde logren controlar los demás síntomas de ansiedad que llegara a presentar.

Además, es necesario recomendar aumentar su seguridad a través de la alfombra mágica, para ello, se recomienda a la cuidadora primaria del infante de estudio no castigarlo con ella pues tomaría un sentido que no se pretende. Pues el modelo Gestalt que se aplicó no apoya la recompensa y el castigo.

Otro factor, es aumentar el número de sesiones, debido a que, al realizar seis sesiones, limita un poco el trabajo que se puede realizar con el infante. Con ello se podría tratar diferentes temas con más profundidad, y uno de ellos es la autoestima. El trabajarla desde la raíz, es una recomendación para fortalecer más la personalidad del infante.

### **Propuestas**

Que el infante vaya con un Psicólogo Infantil para seguir trabajando con la alfombra mágica y está poco a poco sea retirada para que, de manera independiente, algún día logre afrontar lo que se le presente; además se sugiere seguir trabajando con el juego pues es un elemento que facilita la expresión y comprensión del menor.

Asimismo, seguir trabajando la ansiedad en general del infante, para lograr una reducción de todos los tipos de ansiedad que aparecen en la escala aplicada de SCAS, (2009). Finalmente, registrar este taller, para aplicarlo, en los niños que presenten síntomas de síndrome de Fobia Social en los USAER, de diferentes escuelas.

## REFERENCIAS

### Bibliográficas

- Amezcu V.G. (2010). *La magia de los niños*. Habana, Cuba: Academia.
- Andrés, K, Slade, M. y Peters, G. (1999). *Resultados a largo plazo de un tratamiento en un grupo para el miedo a hablar en público*. Ángeles, Nueva York: Oxford.
- Asociación Psiquiátrica Americana, (APA), (2013). *Manual Diagnóstico y Estático de los Trastornos Mentales, DSM-V*. Barcelona, España: Masson.
- Bados, A. (2011). *Fobia Social*. México, D.F.: Paidós.
- Ballester, R. (2002). *Habilidades sociales*. Madrid, España: Pirámide.
- Ballesteros, M. C. (2016). *Actas Españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines. En consideraciones clínicas sobre la comorbilidad de los trastornos por ansiedad en la infancia* (pp. 339-352).
- Baraldi, C. (2000). *Jugar es cosa seria*. Buenos Aires, Argentina: Homo Sapiens.
- Barrett, P. (En imprente). *Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Los Ángeles, Nueva York: Routledge.
- Blix, J (2015). *Lúdica Gestalt*. Guadalajara, México, D.F.: Santillana.
- Blix, J. (2015). *Utilizar el juego como lenguaje para entrar en el niño y lograr ayudarlo en el juego del presente*. Santiago, Chile: Masson.
- Bote, S. (En imprente). *Psicodrama con niños y adolescentes*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Bruch, G y Cheek, J. (1995). *Desarrollo de factores que contribuyen a la timidez en la infancia y adolescencia*. Nueva York: Guilford.
- Burga, R. (2000). *Terapia Gestáltica*. Lima, Perú: Cuatro Vientos.
- Caballo, V. (1995). *Evaluación de las habilidades sociales en la infancia y adolescencia*. Madrid, España: Pirámide.
- Casas de Pereda, M. (1999). *En el camino de la simbolización*. Buenos Aires: Paidós
- Castañedo, R. (2008). *Ansiedad*. Madrid, España: Pirámide.
- Clark, S. (2000). *Modelo tentativo sobre la génesis de la Fobia Social*. Los Ángeles, Nueva York: Guilford.
- Cornejo L. (2012). *Manual de terapia infantil Gestáltica*. Madrid, España: Desclée.

- Echeverría, A. (2005, marzo). *Psicogente: Intervención en niños desde Terapia Gestalt*. Simón Bolívar.
- Fagan, J.S. (2007, diciembre). *La terapia Gestalt: Una introducción a la técnica Gestalt*. The editorial New York.
- Fernández, R., L. (2016). *Juego Psicoterapéutico y desarrollo emocional*. Guadalajara, México: Pax México.
- Freud, A. (1992). "*La madre rechazante*". En *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*. Barcelona, España: Paidós.
- García, M. y Varela, F. (2013). *Psicología Especial*. Tomo. Habana, Cuba: Academia.
- Ginger, S. y Ginger, A. (2000). *La Gestalt: Una terapia de contacto*. Guadalajara México: Manual Moderno.
- Hudson, J. y Rappe, R. (2000). *Los orígenes de la Fobia Social*. Los Ángeles, Nueva York: Guilford.
- Klein, M. (1988). "*Los orígenes de la transferencia*". En *Obras Completas*, 3. Barcelona: Paidós.
- Ladereth G., L. (2012). *Play Therapy*. Los Ángeles, Nueva York: Routledge.
- Levingo, E. (2017). *Los niños del otro espejo*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Magal, S. (2010). *Estudio del Juego Terapéutico en niños de 4 a 5 años de educación inicial*. Trabajo de grado, Facultad de Psicología, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Malcarne, R. (2012). *Detección e intervención en la Fobia Social*. Barcelona, España: Pirámide.
- Meersand, Pamela; Gilmore, Karen (2012). *Psicodinamia y la infancia*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing p.79.
- Meersand, Pamela; Gilmore, Karen (2018). *Tratamiento Psicodinámico para el Primer tratamiento de Jóvenes y Niños*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing. p. 79.
- Menzies, R y Clarke, J. (1995). *Etiología de la Fobia Social*. Los Ángeles, California: Guilford.
- Neal, M y Edelman, J. (2003). *La infancia y los desórdenes de ansiedad, una guía para tratamiento*. Los Ángeles, Nueva York: Routledge.
- Oaklander V. (2008). *Ventanas a Nuestros Niños*. Santiago, Chile: Cuatro vientos
- Oaklander V. (2012). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes, terapia infanto-juvenil*. Santiago Chile: Cuatro Vientos.

- Olivares, J y Caballo, V. (2003). *El tratamiento de la Fobia Social en niños y adolescentes*. Madrid, España: Pirámide.
- Olivares, J y Sánchez- García, R. (2006). *Intervención en adolescentes con Fobia Social. Versión 10-14 años*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Manuscrito sin publicar.
- Olivares, J, Rosas, A y García, L. (2003). *Origen de la Fobia Social*. Madrid, España: Pirámide.
- Padilla, V. (2013). *Psicoterapia de Juego*. México, DF: Plaza y Valdés.
- Perls, F. (1976). *El enfoque Gestáltico*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Rago, N. (2017). *Importancia del juego en la clínica Psicoanalítica Infantil*. Trabajo de Grado, Facultad de Psicología, Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo Uruguay.
- Rodríguez, L. (2003). *Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad*. Madrid, España: Pirámide.
- Ruíz, E. (2001). *Evaluación de la discapacidad intelectual en personas con síndrome de Down*. Madrid, España: Panamericana.
- Schorn, M. (1999). *Discapacidad: Una mirada distinta, una escucha diferente*. Buenos Aires. Argentina: Hormé.
- Sharlock, R. (2007). *Entendimiento del cambio de discapacidad intelectual*. Ángeles, Nueva York: Routledge.
- Suncin E. (2016). *Efectos Psicológicos y emocionales de la Terapia Lúdica en pacientes infantiles con leucemia en fase curativa*. Trabajo de grado, San Salvador. El Salvador.
- Verdugo, A. (2002). *Análisis de la definición de la discapacidad intelectual*. Madrid, España: Santillana.
- Walker, R. (1983). "La realización de estudios de casos en educación. Ética, teoría y procedimientos". A: W. Dockrell, id. Hamilton (Eds.). *Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa*. Madrid: Nucea.
- West, J. (1999). *Terapia de Juego Centrada en el niño*. Guadalajara, México: Manual Moderno.
- Winnicott, D. (2009). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires, Argentina: Horme-Paidós.
- Wyatt G. (2001). *Terapia de Juego Centrada en el niño*: Buenos Aires, Argentina: Manual Moderno.



## **Medios electrónicos**

Editorial. (27 de agosto del 2013). Historia y Modelos de la Terapia de juego. (Asociación mexicana de Psicoterapia de Juego), [mensaje en un blog]. Recuperado el < 27 de febrero del 2019 >, de <http://www.terapiadejuego.com/cms/blog/historia-y-modelos-de-la-terapia-de-juego/>

Vernarda Blanco. (noviembre 12 del 2012). Teorías de los Juegos: Piaget, Vygotsky Gross. (WordPress), [Medio electrónico]. Recuperado el < 24 de febrero del 2019>, de < <https://actividadesludicas2012.wordpress.com/2012/11/12/teorias-de-los-juegos-piaget-vigotsky-kroos/>

Vigotsky, L.S. (2009). El papel del juego en el desarrollo. En: El desarrollo de los procesos superiores. Barcelona: Ed. Crítica. Recuperado el < 27 de febrero del 2019>[http://www.amnweb.org/uploads/8/2/6/7/8267504/vigotsky\\_el\\_desarrollo\\_de\\_los\\_procesos\\_psicologicos\\_superiores.pdf](http://www.amnweb.org/uploads/8/2/6/7/8267504/vigotsky_el_desarrollo_de_los_procesos_psicologicos_superiores.pdf)

Lázaro Ruíz. (marzo 02 del 2013). Problemas escolares en la adolescencia. (SEPEAP). [página web]. Recuperado el <27 de febrero del 2019>, de < <http://www.pediatriaintegral.es/numero-anteriores/publicación-2013-03/los-problemas-escolares-en-la-adolescencia/.com>

Trastorno de ansiedad social en adultos: epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico). Recuperado el < 28 de febrero del 2019> <https://www.uptodate.com/contents/search>. Último acceso: marzo de 2019

## **Otras referencias**

Nahabedian, C. (1963). *Comunicación personal*. Asociación Mexicana de Terapia de Juego. México, México.

**ANEXOS**

## ANEXO A

### Historia Clínica

El infante, nació el 16 de Julio del 2013, la tutora del menor, la cual es la abuela materna, refiere que no fue un embarazo planeado y que la madre biológica tuvo muchos problemas durante el embarazo. Consumía marihuana, alcohol y no hubo ninguna revisión médica durante el periodo prenatal, además sufría maltrato físico por el padre biológico del menor, provocándole a la madre severos sangrados a los cuales no les prestaba atención. Cuando cumplió los 7 meses de embarazo los abuelos apoyaron económicamente a la madre biológica para conseguir un trabajo en el puerto de Veracruz y poder tener cuidados adecuados para el embarazo.

Durante la etapa perinatal no hubo complicaciones referidos, fue a través de cesárea y tuvo puntuaciones favorables en las valoraciones de Silverman, Apgar y Capurro. Sin embargo, la alimentación del infante fue con fórmula desde el primer día de su vida y el contacto con su madre biológica solo duró unas cuantas semanas, ya que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) recibió una llamada de denuncia de un vecino refiriendo que se escuchaba llanto de un bebé. El DIF inmediatamente fue al lugar y encontró al infante, de 4 semanas sucio, colorado con infección estomacal, golpes y debajo de una cama. En este momento la madre no estaba y el DIF toma posesión del menor.

Posteriormente esta institución contacta con los abuelos maternos del menor, la señora X, y el señor Y, a los cuales les brindan la custodia del menor desde ese entonces. Posteriormente el abuelo del menor decide quedarse por cuestión laboral en Veracruz y lo llevan a un preescolar cuando tenía 3 años de edad. La maestra de su grupo les menciona que al parecer el infante, tiene algún problema de desarrollo motriz y sugiere llevarlo a algún lugar donde les puedan dar una mejor referencia a cerca de lo que aparentemente pasaba con el infante.

El equipo de Cris Ver, canaliza al infante, al área neurología y psicología en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En donde fue diagnosticado con Discapacidad Intelectual Leve causado por daño físico e intoxicación. El equipo del Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de Veracruz (Cris Ver) canaliza a el infante, al área de neurología y psicología en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En donde fue diagnosticado con Discapacidad intelectual leve causado por daño físico e intoxicación durante el embarazo provocando daño neurológico permanente en el menor.

Actualmente el menor vive con sus abuelos maternos, va a la escuela de Benito Juárez y cursa el primer grado de primaria. Asiste a la Unidad de Apoyo a la Educación Regular (USAER) que ofrece la primaria. No tiene ningún contacto con su madre materna y el infante, refiere a su abuela como “mamá”.

**ANEXO B**  
**Instrumento aplicado**

**Escala de Ansiedad Infantil de Spence**

NOMBRE..... FECHA.....

Marca con una **X** la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente..	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo..	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

*Continuación Anexo B...*

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Escribe qué es.....				
¿Con qué frecuencia te pasa?.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

## ANEXO C

### Cronograma General

Sesión	Objetivo	Materiales
<b>Uno</b>	Proporcionarle herramientas al infante, mediante el juego, para que logre respirar adecuadamente provocándoles relajación, así como encaminar al menor por un proceso que lo conduzca a conocer, fortalecer e integrar características particulares respecto a su cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recipientes de diferentes formas</li> <li>• Música Infantil</li> </ul>
<b>Dos</b>	Aumentar la confianza del infante, en sus decisiones para lograr una mejoría en los síntomas resaltados del síndrome de Fobia Social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sombrero</li> <li>• Peluches</li> <li>• Pañuelo</li> </ul>
<b>Tres</b>	Generar alternativas para incrementar su autoestima o su propia dimensión afectiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animales del zoológico de plástico (León, águila, cebra, cocodrilo, oso, elefante, pavo real, serpiente)</li> </ul>
<b>Cuatro</b>	Brindarle al infante herramientas para auto valorarse y de esta manera establecer satisfactoriamente contacto consigo mismo y con los demás.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel bond blanco</li> <li>• Plumones de colores</li> </ul>
<b>Cinco</b>	Potenciar su habilidad para relacionarse con los demás de manera segura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teatro de títeres</li> <li>• Títeres personalizados a base del cuento</li> </ul>
<b>Seis</b>	Llevar al infante por un proceso, en donde pueda fortalecer e integrar su comprensión sobre las características particulares desde su percepción para así lograr afrontar las situaciones que le pueden producir miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelotas</li> <li>• Alfombra</li> </ul>

## ANEXO D

### Carta descriptiva: sesión número uno

Taller de terapia de juego Gestalt							
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de seis años de edad diagnosticado con discapacidad intelectual	<b>Numero de sesiones:</b>	6	<b>Periodo:</b>	2018	2019	
<b>Objetivo general:</b>	Evitar que el menor desarrolle todos los síntomas de la fobia social, con la disminución de los síntomas de dicha condición mediante la intervención de sesiones lúdicas adaptadas a las características del niño.						
<b>Planeación</b>							
<b>Bloque:</b>	1	<b>N° SESION:</b>	1	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	21/12/18	<b>Tiempo estimado :</b>	50 min
		<b>Facilitadora :</b>	Viridiana Guadalupe Arauz Rojas				
<b>Objetivo:</b>	Proporcionarle herramientas al menor mediante el juego, para que logre respirar adecuadamente provocándole relajación, así como encaminar al menor por un proceso que lo conduzca a conocer, fortalecer e integrar características particulares respecto a su cuerpo						
<b>Objetivos particulares:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar un juego para lograr que el menor logre identificar las partes del cuerpo.</li> <li>• Llevar a cabo una relajación automática para lograr centrar al menor y conseguir realizar las actividades.</li> </ul>						
<b>Actividades propuestas:</b>	<b>Adaptaciones</b>		<b>Recursos</b>				
<p><b>1.-Caldeamiento Inespecifico/ Relajación</b> La instructora o pasante le da la bienvenida al menor a la sesión, brevemente se le explicará de lo que se tratarán las sesiones en un lenguaje más legible para el menor. Posteriormente se pasará a las actividades de respiración para centrarlo en el aquí y en el ahora. <b>Arcilla para rapport:</b> Se le pedirá al menor que cierre los ojos y sienta la arcilla se le harán las siguientes preguntas: ¿Es suave? ¿Áspero? ¿Duro? ¿Blando? ¿Grumoso? ¿Frio? ¿Tibio? ¿Húmedo? ¿Seco? Agárrenlo y sujétenlo. ¿Es liviano? ¿Pesado? <b>Arenas movedizas:</b> Se jugará con el menor que el suelo es arena, y para poder pararnos sobre este, el cuerpo y todas las partes del cuerpo hay que hacerlas tiesas. <b>Globos (Inhalación-exhalación):</b> En este ejercicio se le explicará al menor que su estomago es un globo, para llenarlo se tiene que jalar aire y para lo contrario sacarlo por la boca. Se hará sucesivamente empezando a sostener el aire por 3 segundos hasta llegar a 7 segundos.</p> <p><b>2.-Caldeamiento especifico/ Conocimiento de sí mismo.</b> <b>Estar en movimiento:</b> El menor en posición de pie, esperan la indicación del expositor para ejecutar lo que este vaya indicando. Solicitará que se realicen varias conductas y en cada una de ellas, el niño deberá observar que partes de cuerpo permaneces inmóviles cuando ejecuta lo solicitado. Por ejemplo: <b>Salta y vemos que nuestras piernas se mueven Habla y mira que parte del cuerpo se mueve</b></p> <p><b>3.- Cierre de la sesión:</b> El menor evaluará la sesión mediante una serie de preguntas. La evaluará a través de carita feliz o triste. ¿Te gustó la sesión? ¿Te gustaría regresar para hacer más actividades? ¿Cómo te sentiste con la primera actividad? ¿Segunda actividad? Se harán ejercicios de respiración para que el menor cierre internamente todo el proceso la sesión.</p>	<p><b>1.- Relajación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el ejercicio de la arcilla para rapport para las preguntas se le podrán ejemplos para facilitar su percepción, por ejemplo: ¿Es suave como una nube?</li> <li>• Se hará una breve introducción para que el menor entienda el movimiento de la arena, esto se realizará con pequeños juguetes y un vaso con arena</li> <li>• Al menor se le solicitara que procure que toda el agua en el recipiente necesitará estar en el otro recipiente para evitar que el mismo se moje</li> <li>• Se hará primero una demostración con un globo de látex para que el niño pueda visualmente saber lo que se hará.</li> </ul> <p><b>2.- Conocimiento de sí mismo</b> <b>Estar en movimiento:</b> Se agregará música y la actividad se hará junto con el menor.</p>		<p><b>1.- Relajación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arcilla</li> <li>• Vaso de plástico</li> <li>• Arena</li> <li>• Recipientes de diferentes formas de plástico.</li> <li>• 1 globo de látex pequeño</li> </ul> <p><b>2.- Conocimiento de sí mismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Música infantil</li> <li>• Grabadora o reproductor de música</li> </ul> <p><b>General:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio amplio</li> <li>• Mesa de trabajo</li> <li>• Tapete de plástico</li> <li>• Cara feliz-triste</li> </ul>				

**Anexo D1**  
**Evidencias del Taller de Juego Gestalt**  
**Sesión uno**



Infante y globo mágico



*Rapport* con arcilla roja



Relajación: *Tensar y destensar.*



Evaluación de la primera sesión



Ejercicio: *Conociéndome a mí mismo*



## ANEXO D2

### Carta descriptiva: sesión número dos

TALLER DE TERAPIA DE JUEGO GESTALT						
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de seis años de edad diagnosticado con discapacidad intelectual	<b>Número de sesiones:</b>	8	<b>Periodo:</b>	2018	2019
<b>Objetivo general:</b>	Evitar que el infante desarrolle todos los síntomas del síndrome de fobia social, con la disminución de los síntomas de dicha condición mediante la intervención de sesiones lúdicas adaptadas a las características del niño.					
<b>Planeación</b>						
<b>Bloque:</b>	2	<b>Nº de sesión</b>	2	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	<b>Tiempo estimado:</b>	50 min
		<b>Facilitadora:</b>	Viridiana Guadalupe Arauz Rojas			
<b>Objetivo:</b>	Aumentar la confianza del menor en sus decisiones para lograr una mejoría en los síntomas resaltados de la Fobia Social.					
<b>Objetivos particulares:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar a cabo una relajación automática logrando centrar al infante, para realizar las actividades.</li> <li>• Construir mediante el juego confianza en sí mismo</li> </ul>					
<b>Actividades propuestas:</b>			<b>Adaptaciones</b>		<b>Recursos</b>	
<p><b>1.- Bienvenida</b></p> <p>La instructora o pasante da la bienvenida al menor a la sesión, se le recuerda de manera breve lo que se vivió en la sesión anterior</p> <p><b>2.-Caldeamiento Inespecífico/Relajación</b></p> <p><b>Globos (Inhalación-exhalación):</b></p> <p>En este ejercicio se le explicará al menor que su estomago es un globo, para llenarlo se tiene que jalar aire y para lo contrario sacarlo por la boca. Se hará sucesivamente empezando a sostener el aire por 3 segundos hasta llegar a 7 segundos.</p> <p><b>Agua calma:</b></p> <p>Violeta Oaklander nos dice que verter agua en varios recipientes relajara al menor, esta actividad consiste en ofrecer al niño diversos recipientes para que los llene y vacíe de agua.</p> <p><b>3.-Caldeamiento específico- Confianza</b></p> <p><b>Sombrero de las decisiones:</b> En este caso se trata de ayudar que el menor deje de tener miedo a tomar sus propias decisiones y confíen en sí mismos. Para ello jugaremos con un sombrero, real, que colocaremos sobre sus cabezas y los animaremos a tomar algún tipo de decisión y con juguetes plantearle situaciones y que el tome la decisión. <b>A ciegas:</b> Se le vendarán los ojos al menor y se le pedirá que busque las manos de la instructora o pasante</p> <p><b>Cierre de la sesión:</b> El menor evaluará la sesión mediante una serie de preguntas. La evaluará a través de carita feliz o triste. ¿Te gustó la sesión? ¿Te gustaría regresar para hacer más actividades? ¿Cómo te sentiste con la primera actividad? ¿Segunda actividad? Se harán ejercicios de respiración para que el menor cierre internamente todo el proceso de la sesión.</p>			<p><b>1.- /Relajación</b></p> <p>Se hará una breve introducción para que el menor entienda el movimiento de la arena, esto se realizará con pequeños juguetes y un vaso con arena</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menor se le solicitará que procure que toda el agua en el recipiente necesitará estar en el otro recipiente para evitar que el mismo se moje</li> <li>• Se hará primero una demostración con un globo de látex para que el niño pueda visualmente saber lo que se hará.</li> </ul> <p><b>2.- Confianza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sombrero de las decisiones:</b> Se elogiará al menor cada vez que tome una decisión para incitarlo a evitar el miedo por decidir independientemente.</li> <li>• <b>A ciegas:</b> Primero se le dará una guía con voz como pistas acerca del lugar donde tiene que llegar. Después se hará sin guía de voz.</li> </ul>		<p><b>1.- Relajación</b></p> <p>Vaso de plástico Agua Recipientes de diferentes formas de plástico. 1 globo de látex pequeño</p> <p><b>2.-Confianza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sombrero</li> <li>• Peluches</li> <li>• Pañuelo</li> </ul> <p><b>General:</b></p> <p>Espacio amplio Mesa de trabajo Tapete de plástico</p>	

**ANEXO D3**  
**Evidencias del Taller de Juego Gestalt**  
**Sesión dos**



Relajación con agua mágica



El globo mágico



Decisiones con el sombrero



Juego con confianza



Cerrando la sesión

## ANEXO D4

### Carta descriptiva: sesión número tres

TALLER DE TERAPIA DE JUEGO GESTALT						
<b>Descripción de la población</b>	Persona de seis años de edad diagnosticada con discapacidad intelectual.	<b>Total, de horas:</b>	6	<b>Periodo:</b>	2018	2019
<b>Objetivo general:</b>	Evitar que el menor desarrolle todos los síntomas de la fobia social, con la disminución de los síntomas de dicha condición mediante la intervención de sesiones lúdicas adaptadas a las características del niño.					
Planeación						
<b>Bloque:</b>	3	<b>N° SESION:</b>	3	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	<b>Tiempo estimado:</b>	50 min
				04/ 01 / 18		
		<b>Facilitadora:</b>	Viridiana Guadalupe Arauz Rojas			
<b>Objetivo:</b>	Generar alternativas para incrementar su autoestima o su propia dimensión afectiva					
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear en el menor de manera lúdica la importancia que él tiene como persona.</li> <li>• Usar el juego como medio para que el menor comience a tener conocimiento acerca de que tiene habilidades.</li> </ul>					

Actividades propuestas:	Adaptaciones	Material:
<p><b>1.- Bienvenida</b></p> <p>La instructora o pasante le da la bienvenida al menor a la sesión, se le recuerda de manera breve lo que se vivió en la sesión anterior</p> <p><b>2.-Caldeamiento Inespecífico/Relajación</b></p> <p>Globos (Inhalación-exhalación): En este ejercicio se le explicará al menor que su estómago es un globo, para llenarlo se tiene que jalar aire y para lo contrario sacarlo por la boca. Se hará sucesivamente empezando a sostener el aire por 3 segundos hasta llegar a 7 segundos.</p> <p><b>3.-Caldeamiento específico/ Autoestima (Introducción)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El zoológico: El expositor le solicita al menor “vamos a imaginar que cada uno se convierte en un animal del zoológico, pero no cualquiera, sino aquél que más le gusta”</li> <li>• El niño nombrará el animal que escogió y hará una descripción de sus características físicas y de actuar</li> <li>• Posteriormente en la tarjeta escribe el nombre del animal y cinco de las características que mencionó</li> <li>• El expositor solicita que interpreten al animal, actuando como lo haría éste y de acuerdo a las características mencionadas.</li> <li>• Cuando han hecho lo anterior, se repite y toma una tarjeta y actúa según animal que le haya tocado</li> <li>• La actividad finaliza cuando el niño ha tenido</li> </ul>	<p>1.- El zoológico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menor se le pondrán los animales de manera visual para que se le facilite identificarlos.</li> <li>• Se ayudará a que el menor vea las características que tienen diferente.</li> <li>• Se apoyará al menor para que logre mencionar las características.</li> <li>• Se utilizarán juguetes de animales de zoológico.</li> </ul>	<p>1.-El zoológico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animales del zoológico de plástico (León, águila, zebra, cocodrilo, oso, serpiente, pavo real)</li> </ul>

**ANEXO D5**  
**Evidencias de Taller de Juego Gestalt**  
**Sesión tres**



Iniciando con globo mágico



Selección para imitar animales



Imitación de un elefante



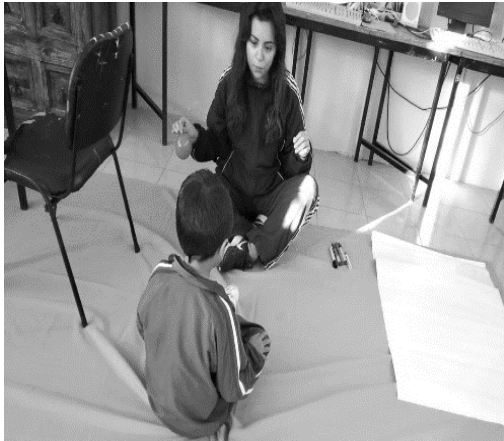
Recordando animales del zoológico

## ANEXO D6

### Carta descriptiva: sesión número cuatro

TALLER DE TERAPIA DE JUEGO GESTALT							
<b>Descripción de la población</b>	Persona de seis años de edad diagnosticada con discapacidad intelectual.	<b>Total, de horas:</b>	6	<b>Periodo :</b>	2018	2019	
<b>Objetivo general:</b>	Evitar que el menor desarrolle todos los síntomas de la fobia social, con la disminución de los síntomas de dicha condición mediante la intervención de sesiones lúdicas adaptadas a las características del niño.						
Planeación							
<b>Bloque:</b>	4	<b>Nº SESION:</b>	4	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	11/01/19	<b>Tiempo estimado:</b>	50 min
		<b>Facilitadora:</b>	Viridiana Guadalupe Arauz Rojas				
<b>Objetivo:</b>	Brindarles al menor herramientas para auto valorarse y de esta manera establecer satisfactoriamente contacto consigo mismo y con los demás.						
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducir al menor a través del juego para construir autovaloración y auto apreciación en él.</li> </ul>						
Actividades propuestas:				Adaptaciones	Material:		
<p><b>1.-Bienvenida</b> La facilitadora le da la bienvenida al menor a la sesión, se le recuerda de manera breve lo que se vivió en la sesión anterior</p> <p><b>2.-Caldeamiento Inespecífico/Relajación</b> Globos (Inhalación-exhalación): En este ejercicio se le explicará al menor que su estomago es un globo, para llenarlo se tiene que jalar aire y para lo contrario sacarlo por la boca. Se hará sucesivamente empezando a sostener el aire por 3 segundos hasta llegar a 7 segundos.</p> <p><b>3.-Caldeamiento Inespecífico de / Reconocimiento de habilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>El árbol de mis logros:</i> Se entrega a los niños el material y se les solicita que hagan un dibujo de un “árbol”, el cual deberá tener raíces, tronco y copa grandes. El terapeuta comenta a los niños que el “árbol” representa los logros que cada uno tiene o ha ido teniendo.</li> <li>• En las “raíces” escribirán- dibujarán las habilidades que les han servido para “llevarse bien con su familia, con sus padres, en la escuela, con los amigos; en general todo lo que ayudado a “salir adelante”</li> <li>• En el “tronco”, escribirán o dibujan los logros que han tenido como consecuencia de sus habilidades. Irán haciendo la asociación entre habilidades y logros.</li> </ul> <p><b>4.-Cierre de la sesión:</b> El menor evaluará la sesión mediante una serie de preguntas. La evaluará a través de carita feliz o triste. ¿Te gustó la sesión? ¿Te gustaría regresar para hacer más actividades? ¿Cómo te sentiste con la primera actividad? ¿Segunda actividad? Se realizará la sesión del globo mágico </p>				<p><b>1.-Reconocimiento de habilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ayudará al menor para dibujar el árbol</li> <li>• Se le explicará al menor que son las habilidades y como todos tenemos habilidades</li> <li>• Para la explicación del significado de las habilidades</li> </ul>	<p><b>1.Reconocimiento de habilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel bond blanco</li> <li>• Plumones de colores</li> </ul>		

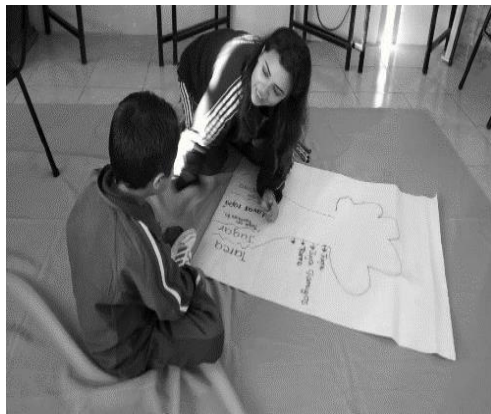
**ANEXO D7**  
**Evidencias del Taller de Juego Gestalt**  
**Sesión cuatro**



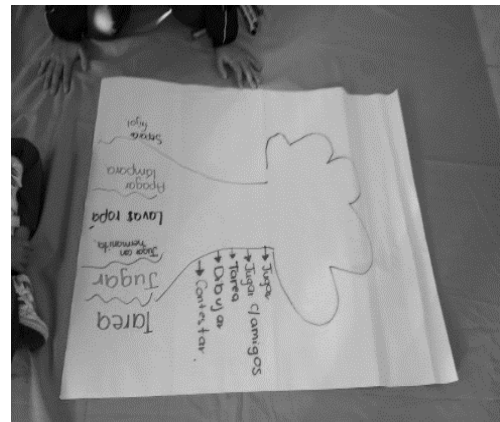
Respiración profunda



El árbol de los logros



Esos son las habilidades y logros



El árbol final

## ANEXO D8

### Carta descriptiva: sesión número cinco

TALLER DE TERAPIA DE JUEGO GESTALT						
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de seis años de edad diagnosticado con discapacidad intelectual	<b>Total, de horas:</b>	6	<b>Fechas que comprende:</b>	18/01/19	<b>Periodo:</b>
<b>Objetivo general:</b>	Evitar que el menor desarrolle todos los síntomas de la fobia social, con la disminución de los síntomas de dicha condición mediante la intervención de sesiones lúdicas adaptadas a las características del niño.					
Planeación						
<b>Bloque</b>	5	<b>N° de sesión:</b>	5	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	<b>Tiempo estimado:</b>	50 min
		<b>Facilitadora:</b>	Viridiana Guadalupe Arauz Rojas			
<b>Objetivo:</b>	Potenciar su habilidad para relacionarse con los demás de manera segura.					
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al menor por medio del juego el significado de las interacciones asertivas</li> </ul>					
Actividades propuestas:			Adaptaciones	Recursos:		
<p><b>1.-Bienvenida</b> La facilitadora le da la bienvenida al menor a la sesión, se le recuerda de manera breve lo que se vivió en la sesión anterior</p> <p><b>2.-Caldeamiento Inespecifico/Relajación Globos (Inhalación-exhalación):</b> En este ejercicio se le explicará al menor que su estomago es un globo, para llenarlo se tiene que jalar aire y para lo contrario sacarlo por la boca. Se hará sucesivamente empezando a sostener el aire por 3 segundos hasta llegar a 7 segundos.</p> <p><b>3.- Caldeamiento Especifico/ Había una vez....</b> Se interpretará el cuento: <i>Un gran cochinito pequeño.</i> (AnexoD).</p> <p><b>4.- Caldeamiento específico/ Hora del Roll!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizando los personajes principales del cuento anterior, se planteará un juego con el menor en el que cada quién adoptará un personaje utilizando los títeres.</li> <li>• Mediante la interacción con los títeres el menor tendrá que tomar decisiones acerca de las situaciones que se plantean en el cuento</li> <li>• Además, el menor creará el final del cuento.</li> </ul> <p><b>5.-Cierre de la sesión:</b> El menor evaluará la sesión mediante una serie de preguntas. La evaluará a través de carita feliz o triste. ¿Te gustó la sesión? ¿Te gustaría regresar para hacer más actividades? ¿Cómo te sentiste con la primera actividad? ¿Segunda actividad? Se hará el ejercicio del globo mágico.</p>			<p><b>1.- Había una vez....</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuento se resumirá y se simplificará para lograr que el menor logre entender mejor el cuento.</li> </ul> <p><b>2.- Hora del Roll!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se crearán basadas del cuento situaciones en las que el menor pueda tomar decisiones.</li> <li>• Se le dará a escoger los personajes al menor</li> </ul>	<p><b>1.-Había una vez...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teatro de títeres</li> <li>• Títeres personalizados a base del cuento</li> </ul> <p><b>2.- Hora del Roll!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Títeres personalizados a base del cuento</li> </ul>		

## ANEXO D9

### Cuento utilizado en el show de títeres

#### *Un pequeño gran cochinito*

Había una vez en una granja, una vaca, y un cochino. La vaca tenía la piel blanca como la nieve con manchas negras como el carbón y el cochino era grande, gordo y sobre todo muy burlón. Ambos eran muy felices comiendo y jugando entre ellos dos, juntos eran el centro de atención de toda la granja, siempre les daban lo que ellos querían.

Un día muy hermoso, en donde el sol brillaba, los pajaritos cantaban, la vaca y el cochino estaban caminando por el verde y brillante pasto de la granja. De pronto escucharon que la puerta de la granja se estaba abriendo y entre la puerta se asomaba un cochinito muy pequeño, tan pero tan pequeño que casi era igual a una hormiga. - ¿Quieres ver cómo era el cochinito? -.

-Hola amigos, me llamo Tito, mucho gusto- dijo el pequeño cochinito. La vaca y el cochino se le que quedaron viendo al pequeño amiguito y ambos comenzaron a reír, era tanta la risa que se tuvieron que sentar y agarrase su pancita. -Qué pequeño eres, dijo con tono burlesco el cochino. Ambos observaban sus pequeñas orejas y reían cada vez que el pequeño Tito quería comentar algo.

Triste y nervioso, el pequeño Tito se fue a fuera de la granja y comenzó a llorar. Un día la vaca y el cochino estaban jugando y de repente la vaca cae a un agujero y tratando de salir se quedó atorado. -Auxilio, auxilio, - gritaba la vaca. El cochino, su amigo trató de ayudarlo, pero terminó atrapado en el hoyo. Ambos comenzaron a gritar y Tito que escuchó sus quejas desde lejos corrió hacia donde ellos.

Colorín colorado, este cuento no ha acabado...

*Lorena Fernández Rodríguez*



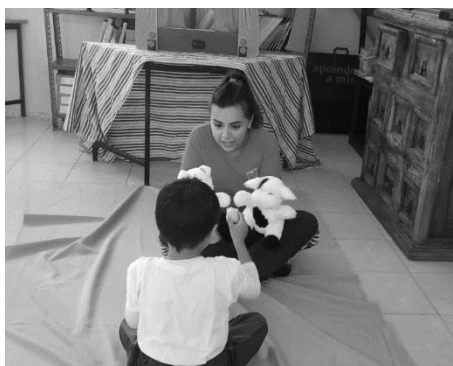
**ANEXO D10**  
**Evidencias del Taller de Juego Gestalt**  
**Sesión cinco**



A punto de empezar la función



El cuento: Un pequeño gran cochinito



Un final, muy real

## ANEXO D11

### Carta descriptiva: sesión número seis

TALLER DE TERAPIA DE JUEGO GESTALT						
<b>Población</b>	Persona de seis años de edad diagnosticado con discapacidad e intelectual	<b>Total, de horas:</b>	6	<b>PERIODO:</b>	2018-2019	
<b>Objetivo general:</b>	Evitar que el menor desarrolle todos los síntomas de la fobia social, con la disminución de los síntomas de dicha condición mediante la intervención de sesiones lúdicas adaptadas a las características del niño.					
Planeación						
<b>Bloque</b>	6	<b>N.º SESIÓN:</b>	6	<b>Fecha(s) que comprende:</b>	<b>Tiempo estimado:</b>	50 min
<b>Número de participantes:</b>	1	<b>Facilitadora:</b>	Viridiana Guadalupe Arauz Rojas			
<b>Objetivo:</b>	Llevar al niño por un proceso en donde pueda fortalecer e integrar su comprensión sobre las características particulares desde su percepción para así lograr afrontar las situaciones que le puedan producir miedo					
<b>Objetivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para que el menor logre sentirse seguro a través de la respiración que se ha ido practicando</li> <li>• Cerrar al menor para que logre aplicar todo lo aprendido en su vida diaria</li> </ul>					
Actividades propuestas:			Adaptaciones		Recursos:	
<p><b>1.- Bienvenida:</b> La facilitadora le da la bienvenida al menor a la sesión, se le recuerda de manera breve lo que se vivió en la sesión anterior</p> <p><b>2.-Caldeamiento Inespecífico/Relajación: Globos (Inhalación-exhalación):</b> En este ejercicio se le explicará al menor que su estomago es un globo, para llenarlo se tiene que jalar aire y para lo contrario sacarlo por la boca. Se hará sucesivamente empezando a sostener el aire por 3 segundos hasta llegar a 7 segundos.</p> <p><b>3.-Caldeamiento específico:</b> Título: ¡Ese soy yo! Se le dice al menor que cada pelota representa una característica que él tiene. Explicando que no todas las pelotas las tiene que agarrar ya que algunas pueden ser una característica falsa o que no le pertenece. Las características se le dirá a manera de oración, como se muestra el ejemplo: "Darío hace mucho berrinche" (se le lanza rodando una pelota), "Darío puede aprender a escribir porque le pone empeño a su estudio "(se lanza la pelota)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Eres una persona muy alegre</li> <li>• "Eres una persona que no le gusta hacer actividades"</li> <li>• "Es una persona que puede hacer amigos"</li> <li>• "Es una persona que no puede hacer amigos"</li> <li>• "Es una persona que se enoja con facilidad"</li> <li>• "Darío es una persona que le gusta platicar"</li> <li>• "Darío es una persona que puede hablar en el salón de clases"</li> <li>• "Darío no puede hablar en el salón de clases"</li> </ul>			<p><b>1.- ¡Ese soy yo!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hará un ensayo para comprobar que el menor haya entendido la indicación</li> <li>• Cada situación se le explicara al menor de manera ejemplificada</li> <li>• Será de una distancia corta para lograr que menor pueda tomar las pelotas con mayor facilidad</li> </ul>		<p><b>1.- ¡Ese soy yo!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelotas</li> <li>• Papel bond</li> <li>• Plumones</li> </ul> <p><b>2.- Alfombra mágica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alfombra</li> </ul>	
<p><b>4.-Cierre del trabajo: <u>Construyendo mi lugar seguro:</u></b></p> <p>La idea de alfombra mágica. Se le explicará al menor que en la alfombra mágica, él puede llegar a un lugar seguro utilizando la imaginación. Cada que se sienta mal o tenga miedo, utilizando la respiración como recurso puede sacar la alfombra mágica y sentarse en ella, para con la imaginación viajar a donde él quiera y necesite. Así como recordar todo lo que jugamos en esta sesión Se le envolverá la alfombra como regalo, para que menor pueda llevárselo a casa.</p>						

**ANEXO D12**  
**Evidencias del Taller de Juego Gestalt**  
**Sesión seis**



Tomando lo verdadero



La magia del globo mágico



Verdadero regalo de la alfombra mágica



Cerrando para abrir un comienzo

**ANEXO E**  
**Observaciones del Taller de Juego Gestalt**

Número de Sesión	Observaciones
Sesión uno	<p><b>Hora de inicio: 9:00am</b> <b>Hora de finalización: 10:15 am</b> <b>Lugar: Escuela primaria Benito Juárez García (salón U.S.A.E.R)</b> <b>Fecha: 21 de diciembre del 2018</b></p> <p>El sujeto se presenta con higiene y aliño adecuado al contexto escolar, al empezar la primera actividad se observó que el menor presenta somnolencia, sin embargo, al continuar las actividades, refleja concentración al sostener la mirada fija en los materiales, que se utilizaron. En esta sesión, en la segunda actividad de caldeoamiento específico, se le pregunta si necesita ir al baño o ir tomar algún líquido, a lo que contesta que no. En el cierre de la sesión, el sujeto comentó lo siguiente: “Me gustó mucho trabajar con usted maestra, quiero venir mañana” y realizó la siguiente pregunta: “¿Me puedo llevar la plastilina y el globo mágico”? A lo que se le contestó que el material lo seguiría utilizando, mientras siguiera viniendo a las sesiones. El sujeto se despidió aclarando que fue muy divertido y se retiró del salón.</p>
Sesión dos	<p><b>Hora de inicio: 9:00 am</b> <b>Hora de finalización: 10:00 am</b> <b>Lugar: Escuela primaria Benito Juárez García (salón U.S.A.E.R)</b> <b>Fecha: 28 de diciembre del 2018</b></p> <p>Este día el sujeto se presenta con el uniforme de la escuela. Al empezar la sesión recordando lo anterior, se refleja cierta dificultad para recordar lo anterior, sin embargo, la instructora, comienza a poyarlo recordándole que la sesión anterior se quería llevar la arcilla con la que trabajó, con ello realizando preguntas, el sujeto de manera breve comenzó a recordar cada detalle de la sesión pasada. Al comenzar con el globo mágico, solicita que la instructora también haga la respiración con él, así que la instructora también realiza esa actividad. En la segunda actividad, cuando se le explica los poderes que posee el sombrero de las decisiones, el menor aplaude, invitando a la instructora que lo utilice también, a lo que se le responde que no solo lo utilizará, además, lo pondrá a prueba, el menor reacciona aplaudiendo, posteriormente la instructora le da un par de ejemplos al menor, y de esta manera logra realizar la actividad. Cuando empieza el cierre de sesión el menor refiere que estas actividades le gustaron más que las pasadas. Y pregunta si otra vez se utilizará el sombrero mágico, a lo que se le reitera, que él tiene el poder de tomar las decisiones pues el sombrero ya hizo todo su trabajo en él. A lo anterior, el menor regresa feliz a su salón de clase.</p>
Sesión tres	<p><b>Hora de inicio: 8:59 am</b> <b>Hora de finalización: 9:45 am</b> <b>Lugar: Escuela primaria Benito Juárez García</b> <b>Fecha: 04 de enero del 2019</b></p> <p>Hoy, el menor expresa emoción a través de risas y aplausos, ala entrar a la sesión, comienza a recordar lo vivido anteriormente, así como el globo mágico, el cual se convirtió en la actividad favorita del sujeto. Al plantearle el uso de animales de plástico para la segunda actividad, el menor comenzó a explorarlos, explicando uno a uno que tipo de animal eran. Además, la instructora, le pregunta si le gustaría que hiciera la actividad con el sujeto, a lo que contesta que sí, al comenzar la actividad en un inicio, se mostraba tímido y un poco inseguro cuando se le explico que tenía que imitar a los animales, sin embargo, cuando la instructora se adentró en la actividad, él logró realizarla de manera libre y fluida. Al finalizar esta sesión el menor menciona que antes</p>

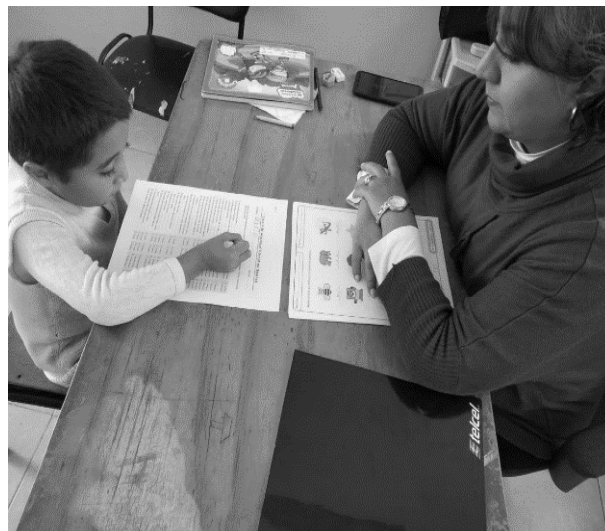
### *Continuación Anexo E...*

	<p>no le gustaba que en su salón la maestra le preguntara delante de todos, y refiere que cuando pasa eso, se acuerda del globo mágico y logra contestar.</p>
<b>Sesión cuatro</b>	<p><b>Hora de inicio: 9:00 am</b> <b>Hora de finalización: 10:00 am</b> <b>Lugar: Escuela primaria Benito Juárez García</b> <b>Fecha:11 de enero del 2019</b></p> <p>El sujeto, llega preguntando que se hará, y comienza tomando posición inmediatamente para lograr realizar la respiración a través de la inhalación y exhalación, además en la actividad, el sujeto logra explicar las partes del árbol e identificar cuáles son logros que ha tenido, con ayuda de algunos ejemplos de la instructora, en esta actividad, el sujeto menciona que a veces sabe hacer diferentes tareas que en su casa hace, pero que a veces le da miedo equivocarse, a lo que la instructora platica, que esquivarse no está mal, que de hecho eso ayuda a las personas a aprender para mejorar, que eso poco a poco lo irá practicando, a lo que el menor le agradece a la instructora y le menciona que tratara de acabar las actividades que le indiquen.</p>
<b>Sesión cinco</b>	<p><b>Hora de inicio: 9:00 am</b> <b>Hora de finalización: 10:15 am</b> <b>Lugar: Escuela Primaria Benito Juárez García</b> <b>Fecha:18 de enero del 2019</b></p> <p>En esta sesión, el sujeto llega observando de manera silenciosa el teatro que se montó, a pesar de ello, no se olvida de la actividad del globo mágico y comienza a respirar de manera automática, a lo que la instructora lo acompaña haciendo la respiración con él, además se sienta de frente al sujeto y juntos comienza a recordar la sesión pasada, el menor, enseguida, la instructora le explica la siguiente actividad. Al interactuar con el sujeto a través del cuento, ayuda a proseguir con la actividad de juego de roles, en donde el menor escoge al cochinito como personaje para usar, y esto ayuda a la proyección de su situación cuando se burlan de él, y cuando le dicen que lo no es capaz de realizar diferentes actividades. El menor logra reflejar un final en cual explica la capacidad para realizar, y que la apariencia no importa, siempre y cuando crea en el mismo, el menor refleja alegría y sonrisa al irse de esa sesión y comenta que de todas, ha sido su actividad favorita.</p>
<b>Sesión seis</b>	<p><b>Hora de inicio: 9:00 am</b> <b>Hora de finalización: 9:50 am</b> <b>Lugar: Escuela Primaria Benito Juárez García</b> <b>Fecha:25 de enero del 2019</b></p> <p>En la última sesión, el menor preguntaba si habría una próxima, a lo que se le contestó que era la última sesión, sin embargo, se le explica que se le tiene una sorpresa para que nunca olvide todo lo que se vivió en todas las sesiones, después de ello se empieza a hacer los ejercicios de inhalación y exhalación posteriormente se continúa con la segunda actividad, en la cual en un principio había dificultad para entender las indicaciones, sin embargo posteriormente, al realizar varios ejemplos delante de él, logra realizar la actividad. En esta última, el sujeto se muestra en silencio y al finalizar realiza el siguiente comentario: A veces me dicen cosas que no son ciertas de mí, pero no sabía”. Lo cual dio pie para explorar los sentimientos que reflejaba en cada una de las oraciones, además surgió un enlace para la última actividad del taller, en la cual se le brinda una alfombra, la cual refiere un lugar seguro y se le enseña cómo utilizarla, e incluso, en los momentos en las cuales las puede utilizar.</p>

**ANEXO F**  
**Aplicación de la escala (SCAS)**  
**Primera aplicación adaptada**  
**Re-test después del taller**



Primera aplicación  
01 de octubre del 2018



Re-test después del Taller  
04 de abril del 2019