

183126 A



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

IZTACALA



Psicología
1992

U.N.A.M. CAMPUS IZTACALA

“La Terapia de Juego como Alternativa Terapéutica Aplicada a Niños con Parálisis Cerebral.”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN “PSICOLOGIA” PRESENTA

Ana María “del Toro” del Villar



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres, Tomás e Iris, por haberme dado la existencia, por el apoyo que me han dado y por el espíritu de lucha que me han inculcado.

A mi hermano Tomas quien admiro y respeto por la fe que me ha tenido, por su comprensión y apoyo en momentos difíciles.

A mis hermanos Irving, Gerardo, Rosa Iris y Alfredo, como muestra de mi cariño fraterno.

A ti, hija, quien sin siquiera saberlo, es el motivo que me ha impulsado a seguir adelante en la vida; quien sin siquiera imaginarlo me ha despertado del letargo en que existía, por ello y más te doy las gracias, segura de que en el futuro me entenderás.

A amigos y familiares que de alguna manera han contribuido a este logro personal.

A todos esos "pequeños especiales", no por su atipicidad, sino porque a pesar de ello son grandes, por haberme enseñado aquello que vale en lo real, por darme aquello que no se compra y que en estos días no se dá porque casi nadie tiene: el amor a la vida y a tu hermano, aunque él te vea mal. Segura estoy de que Dios ha asignado a ustedes como portadores de un mensaje especial a toda la humanidad.

De manera especial a la Mtra. Rosario Espinosa, quien ha sido para mí más que la mejor maestra, más que la mejor amiga más que mi confidente, por su gran calidad humana y profesionalismo, por haber aceptado la asesoría en este trabajo.

Chayo, gracias.

También a los Profesores Jesús Lara y Susana Gonzalez, por su asesoría, consejos y ayuda en la realización de mi tesis, porque este logro personal es también de ustedes.

Susana y Jesús, gracias.

I N D I C E .

INTRODUCCION.	127	1
CAPITULO I: "JUSTIFICACION SOCIAL"	-----	1
I.A) Realidad de la Educación Especial en México.	-----	1
I.B) El trabajo del Psicólogo en la Educación Especial.	---	3
CAPITULO II: "EL JUEGO Y EL DESARROLLO INFANTIL DESDE TRES PUNTOS DE VISTA: LA TEORIA PSICOGENETICA DE PIAGET; LA ESCUELA SOVIETICA EN BASE A VYGOTSKI Y ELKONIN; Y EL ENFOQUE HUMANISTA DE C.ROGERS.	-----	8
II.A) El juego bajo el punto de vista de la teoría Psicogenética de Piaget.	-----	8
II.A.1) Conceptos Básicos de la teoría Piagetiana.	---	8
II.A.2) Breve descripción de las etapas de desarrollo infantil.	-----	11
II.A.2.1) Etapa sensorio motriz	-----	11
II.A.2.2) Etapa preoperacional	-----	13
II.A.2.3) Etapa de las Operaciones Concretas.	-----	16
II.A.2.4) Etapa de las Operaciones Formales.	-----	18
II.A.3) Clasificación de los Juegos según Piaget.	---	19
II.A.3.1) Juegos Sensoriomotores.	-----	20
II.A.3.2) Juego Simbólico.	-----	22
II.A.3.3) Juego con Reglas.	-----	25
II.B) El juego desde la óptica de la Escuela Soviética; Vygotski y Elkonin.	-----	26
II.B.1) Consideraciones preliminares de la Escuela Soviética	-----	27

II.B.2) Desarrollo del Juego: Vygotski.-----	27
II.B.3) Desarrollo del juego: Elkonin.-----	29
II.C) El Enfoque Humanista de C. Rogers.-----	35
+ CAPITULO III: " CARACTERISTICAS DEL PARALITICO CEREBRAL Y SU	
ACTIVIDAD LUDICA".-----	45
✓ III.A) Definición de Parálisis Cerebral.-----	45
✓ III.B) Etiología de la Parálisis Cerebral.-----	46
✓ III.C) Clasificación de la Parálisis Cerebral.-----	47
III.D) Equipo de Trabajo.-----	51
III.E) La Familia y el Paralítico Cerebral.-----	54
III.F) El Juego y el niño con Parálisis Cerebral.-----	60
CAPITULO IV: "LA TERAPIA DE JUEGO".-----	76
IV.A) ¿Qué es el Juego?.-----	76
IV.B) La Terapia de Juego.-----	79
IV.B.1) El Terapeuta-----	82
IV.B.2) El cuarto de Juego y los juguetes.-----	84
IV.B.3) Los Límites.-----	87
IV.B.4) Niños a los que se recomienda la Terapia de	
Juego.-----	89
CAPITULO V: "INTERVENCION".-----	94
V.A) Planteamiento del Problema.-----	94
V.B) Objetivos de la Investigación.-----	95
V.B.1) Objetivo General.-----	95
V.B.2) Objetivos Particulares-----	95
V.C) Hipótesis-----	95

V.D) Elección de la prueba estadística.	96
V.E) Variables-----	96
V.E.1) Variable Independiente-----	96
V.E.2) Variable Dependiente.-----	96
V.F) Método-----	97
V.F.1) Población-----	97
V.F.2) Material-----	102
V.F.3) Escenario.-----	102
V.F.4) Instrumentos-----	102
V.F.5) Procedimiento-----	103
V.F.5.1) Fase de Pre-intervención.-----	103
V.F.5.2) Fase de Intervención.-----	103
V.F.5.3) Fase de Post-intervención.-----	105
V.G) Resultados-----	105
V.G.1) Descripción de los Resultados por sujeto-----	106
CONCLUSIONES-----	126
BIBLIOGRAFIA-----	132

INTRODUCCION.

Hablar del juego parecería tópicos de poca seriedad, para algunos ello sería verdad, pero en el presente estudio se aborda a la actividad lúdica como factor de importancia para el desarrollo - tanto físico como mental; éste en sus dos aspectos, intelectual y emocional.

Veremos cómo para Piaget la actividad lúdica no sólo sirve - como una actividad en la cual el niño realiza paulatinamente "la conquista de su medio ambiente", sino que sustenta dicha aseveración ofreciendo una explicación evolucionista de las diferentes - etapas de desarrollo y la actividad de juego. El juego simbólico, que es la actividad en donde el niño reproduce sus vivencias sin que estas ocurran en ese momento en la realidad, permite al niño - asimilar sus vivencias que de alguna manera lo pueden conflictuar, es "una asimilación de lo real al Yo", dicha actividad resulta actividad, resulta de tal importancia, que para el desarrollo del - niño, por muy limitado que esté física o mentalmente puede llevar un crecimiento personal sin que explaye algún tipo de actividad lúdica.

También se expone aquí el enfoque de la Escuela Soviética, - donde basándonos en Vygotski y Elkonin, abordan el juego de manera científica buscando una unidad de juego en la cual sea la parte más molecular pero que al mismo tiempo sea aquella que contenga todas las características de la actividad del juego.

Consideran que el juego es la actividad por medio de la cual el pequeño aprende a ser socializado, esto es, le permite adoptar patrones de comportamiento que desde la infancia primera son modeladas por los adultos haciendo que el niño se adapte y adquiera los roles que en el futuro tendrá que adoptar.

Rogers, por su parte, expone una serie de puntos, en los cuales da explicación de el comportamiento del ser humano, planteando en primera instancia, que el individuo interioriza una serie de valores que son motivo principal de inadaptación en él mismo, valores que son modelados por los adultos que están presentes en su medio entorno inmediato y quienes por lo general, existen vínculos emocionales. A partir de aquí el individuo comienza a formar una imagen de sí-mismo, de tal forma que si los valores que son introyectados son de reprobación y no aceptación el pequeño tenderá a devaluarse y auto-castigarse incluso, llegando a creer que es el origen de todos los problemas que existen en el seno familiar; como sucede en los chicos que padecen parálisis cerebral.

Rogers y Axline, exponen que todo individuo posee una fuerza interna que está encaminada a lograr el objetivo de cualquier individuo, es el crecimiento, la autorealización e independencia emocional, pero como el individuo está en un medio en donde su auto imagen es alimentado por el entorno en el que se encuentra, el pequeño inicia el desarrollo de "mecanismos de defensa" los cuales no son mas que el intento del "Yo-mismo para avanzar hacia el crecimiento y la autorrealización. Ello se manifiesta en conductas que han sido denominadas como problemas, calificando al menor como un ser inadaptado, pero ello no es más que el reflejo de la dinámica familiar y condiciones que lo rodean.

Axline, utiliza la técnica de terapia de juego en niños que presentan diversos problemas de conducta inadaptada, y donde se han obtenido buenos resultados. Ello sucede así porque precisamente, en el espacio de terapia se logra que los pequeños inhiban sus mecanismos de defensa mediante la aceptación del pequeño, sin crí

ticas, censuras o reprobación alguna, ello le permite experimentar sus potencialidades cambiando positivamente su auto-estima, dando como resultado una aceptación de los demás ya que comienza a aceptarse el mismo. Ello viene a dar como resultado que el pequeño se adapte de una mejor manera a su medio social-familiar.

En el estudio, fué aplicada la terapia de juego en 10 niños que padecen de parálisis cerebral; en una institución donde por sus características de poco presupuesto económico, urgía dar atención grupal, dicha técnica permite su uso en las dos condiciones, tanto a nivel individual como en grupo. Sus alcances son en el presente estudio fueron significativos, ya que todos los pequeños experimentaron cambios favorables. No obstante, se sugiere que la familia sea tratada terapéuticamente ya que si bien se dan los cambios en los pequeños, el regresar a las condiciones inadecuadas, el pequeño puede retroceder a las conductas problemáticas.

Por otro lado, los cambios en los niños reportados por las maestras, en realidad reflejan una inadaptación en ellas mismas en dos aspectos: el no saber si los cambios experimentados son buenos o inadecuados, y por otro el no saber cómo tratarlos con sus nuevas conductas. Ello reafirma más la necesidad de tener un trabajo en equipo, donde los diferentes especialistas tengan una comunicación abierta y constante para que el trabajo sea incluso de mayor calidad, esto es un trabajo multidisciplinario.

CAPITULO I "JUSTIFICACION SOCIAL"

I.A) Realidad de la Educación Especial en México.

En nuestro país habitamos aproximadamente 80 millones de personas; tan sólo en el área metropolitana existen 20 millones. Estos datos proporcionan una idea de la situación en cuanto a explosión demográfica se refiere. Pero, ¿a cuanto asciende el número de individuos con requerimientos especiales?. Desafortunadamente no se cuenta con datos del todo confiables, sin embargo, abordaremos el caso basándonos en algunos trabajos.

Guevara (2), reporta que según el IV Censo Nacional de Población realizado en 1940, se obtuvo la proporción de algunos tipos de invalidez existentes en México. Dicha proporción fue dada, por cada 100,000 habitantes, de la siguiente manera:

Ciegos-----	129.89
Sordos-----	102.28
Mudos-----	26.83
Sordomudos-----	38.96
Inválidos del Aparato	
Musculo-esquelético-----	336.21

La misma autora, reporta los datos obtenidos en el D.F. en el año de 1954, encontrando la siguiente proporción por cada 100,000 habitantes:

Inválidos del Aparato	
Locomotor-----	595
Ciegos-----	94
Sordos-----	41

En el año de 1963, se realizó otro muestreo referente al D.F., y por cada 100,000 habitantes se encontraron los siguientes datos:

Inválidos del Aparato	
Locomotor-----	700
Problemas de Audición-----	300

Para 1973, la tasa de inválidos en la República Mexicana era del 7% ; la distribución se presenta a continuación:

TIPO DE INCAFACIDAD	No. DE INCAFACITADOS	%
Sistema Musculo		
Esquelético-----	316,595-----	.596
Ciegos-----	49,933-----	.094
Débiles Visuales-----	106,240-----	.200
Sordos-----	21,779-----	.041
Deficientes		
Mentales-----	1,593,600-----	3.000
Alcohólicos-----	660,000-----	2.309
Otros-----	970,578-----	.760
Total-----	3,718,725-----	7. %

Por su parte, la S.E.P. (46), considera que existe un 10% de incapacitados de la población total; datos que son obtenidos de la Organización Mundial de la Salud (O.N.U.) en el año de 1978. Dicho porcentaje se encuentra distribuido de la siguiente manera:

Ciegos y Débiles Visuales	.1 %
Sordos e Hipoacúsicos	.6 %
Problemas de Lenguaje	3 al 4.0 %
Problemas Neuromotores	.5 %
Deficiencia Mental	2.5 al 2.8 %
Problemas de Aprendizaje	2 al 4.0 %

Hinojosa y Col. (25), consideran que la tendencia de la invalidez calculada para diversos años será la siguiente:

AÑO	POBLACION	NO.INVALIDOS
1950	25,791,017	1,805,371
1960	34,923,129	2,444,619
1970	48,377,363	3,386,415
1980	62,892,228	4,402,455
1990	76,839,788	5,378,788
2000	90,787,348	6,355,114

Por otro lado, el Programa Nacional de Educación, Cultura, Recreación y Deporte, correspondiente al periodo 1984-1988 del Poder Ejecutivo Federal (), indica que la inscripción actual es de 111,000 educandos en los servicios de Educación Especial, la cual va dirigida a personas con problemas de aprendizaje, lenguaje, problemas de conducta o con impedimentos motores.

A pesar de que la poblaciónn atendida por este servicio se incrementó en estos últimos años en casi el 400%, los niños atendidos representan menos del 4 % de la demanda potencial.

Los factores que han impedido el desarrollo de este servicio son principalmente, la insuficiencia de infraestructura y de personal docente, así como la falta de modelos educativos adecuados a las necesidades de los demandantes. Asimismo, se destaca la inexistencia de servicios de Educación Especial para niños que muestran capacidades sobresalientes. A pesar de todo esfuerzo, la Educación Especial en México constituye un problema, ya que si consideramos que el 10% de la población requiere de dicho servicio, en términos reales sólo el 2.71 % es atendido, porcentaje al que habrá que añadir la fracción correspondiente a los individuos que habitan en comunidades marginadas. Así, más del 90 % de la población con requerimientos especiales, no recibe atención.

Hinojosa y Col. (25), ponen en consideración dos razones:

a) Las escuelas de Educación Especial en México son insuficientes.

b) La formación de maestros no cubre la demanda, ya que existen 2,680 profesores, siendo la cantidad requerida de 111,062.

Referente a la incidencia de Paralíticos Cerebrales, aunque no podemos indicar datos precisos, Hinojosa y Col. (op.cit.), consideran que existen 204,493 sujetos afectados del aparato locomotor, lo que representa aproximadamente un 9% de la población que requiere Educación Especial.

Por su parte la S.S.A. comunicó una incidencia de 240,000 casos de Parálisis Cerebral en la República Mexicana, y al parecer, cada año existen 11,000 casos nuevos de Parálisis Cerebral. Bajo esta panorámica, resulta evidente consolidar alternativas que contribuyan a solucionar esta problemática social.

I.B) El Trabajo del Psicólogo en la Educación Especial.

Si bien es cierto que la invalidez es un producto del mismo sistema social y político, a su vez ésta agudiza la situación económica del país, misma que se refleja desde un nivel micro (la familia) puesto que el incapacitado pasa a ser una carga económica y de trabajo debido a los cuidados especiales que requiere y cuya situación se puede prolongar para toda la vida, frenando el desarrollo educacional, laboral, cultural y consecuentemente, el económico de la familia.

6

También afecta a un nivel macro, puesto que estos sujetos pasan a engrosar (en su gran mayoría), los grupos marginados de analfabetas, desempleados y subempleados, mendigos, alcohólicos, delincuentes.

No producen bienes para el desarrollo del país, contrariamente, el Estado debe desviar una parte del Presupuesto Nacional para la edificación y mantenimiento de Centros de Rehabilitación y atención especializada a estas personas.

Decimos que son producto del sistema Social y Económico del país como otros autores así lo afirman, entre ellos Mares (Op.Cit); en donde basándose en investigaciones como la realizada por Velazco (54), se demuestra que las condiciones que provocan el problema del retardo, en su mayoría son expresiones concretas del raquitismo progresivo de la estructura socio-económica del país.

Bayes (5), señala que en diferentes trabajos se muestra la existencia de una correlación positiva entre factores socio-económicos y el retardo en el desarrollo, por lo que dicha situación no es tarea que compete a un solo profesional, sino que es política y por tanto compete a todos los ciudadanos.

Considerando lo anterior, resulta absurdo dejar dicha problemática en manos de un solo profesional llamese médico, psicólogo o pedagogo.

¿Cuál debe ser entonces, la actuación del Psicólogo respecto a la invalidez?

Ribes (44), opina que la fundamentación epistémica de la Psicología no está clara, ya que dicha disciplina surgió ante la diversidad de demandas sociales y demás intereses que se suscitaron a lo largo de la historia sin que estuviera consolidada como ciencia o como ingeniería de alguna ciencia.

Desde su óptica, la Psicología existe como profesión "si ésta es mediada por una disciplina estrictamente aplicativa" y su acción estaría encaminada en tomar "problemas y transferir conocimiento traducibles a soluciones concretas". Dicha mediación debe permitir el ubicar justamente su especificidad de contenido así como sus interrelaciones disciplinarias.

El Psicólogo, por tanto, es un Científico Básico en donde su acción estaría encaminada a replantear los problemas estudiados, así como sus categorías y paradigmas procurando que el producto de este trabajo tenga verdadera correspondencia con lo social y natural en concreto. También su trabajo, deberá estar enfocado a la desprofesionalización, de tal suerte que pueda actuar através de un no profesional

diferente, ampliando de esta manera el campo de aplicación de la Psicología.

Por otro lado, Mares (30), opina que a pesar del desarrollo alcanzado por algunas disciplinas, actúan con linealidad y con una visión pobre, monopolizando problemas que competen a otras disciplinas.

Como ejemplo menciona a la Psicología Conductual, la que dado el problema del Retardo en el Desarrollo, se desconocen en parte los factores biológicos y sociales, los que son reducidos, interpretados o traducidos a aspectos Psicológicos.

Plantea una alternativa para subsanar la Psicologización de diversos eventos y a la vez conjugar la actividad de diferentes profesiones que necesariamente se vinculan a diferentes problemas, se trata de la Interdisciplina y la Multidisciplina.

La primera es entendida como la actividad científica en donde diferentes disciplinas se integran para configurar orgánicamente un nuevo campo de acción y de conocimientos, lo que implica "la formulación de un nuevo objeto teórico y práctico así como la reintegración y el reordenamiento de conceptos, metodologías y técnica de las disciplinas insertadas.

La Multidisciplina, es la actividad donde diferentes disciplinas actúan a nivel práctico ante un mismo problema pero en diferentes niveles, esto es, la acción de cada disciplina es dirigida hacia aquellas características del objeto que le competen.

A su criterio, la Interdisciplina y la Multidisciplina, no deben ser excluyentes una de otra, tampoco deben caer en la mezcla de diferentes disciplinas, sino que deben significar el conocimiento exacto de la responsabilidad general implicada en la colaboración de las diferentes disciplinas y en la interpretación de su trabajo cuya formación y entendimiento debe surgir de la práctica concreta y contextualizado en las condiciones reales del problema (6).

También aborda la desprofesionalización como actividad que debe realizar el Psicólogo, entendido como un proceso mediante el cual los profesionales y los no profesionales conjugan sus esfuerzos y conocimiento para entender su realidad, transformarla y servirle al máximo. Ello implica dos ventajas: por una parte, el no profesional brinda la posibilidad de conocer y resolver adecuadamente el problema de su desarrollo con los elementos propios del contexto y de la forma en que se relacionan, y finalmente facilita la delimitación del problema.

Por su parte el profesional, además de enseñar, aprende las vías prácticas óptimas para desarrollar métodos apropiados e incidir en la solución de cada problemática en particular. Su práctica deberá estar contextualizada en las situaciones problemáticas por resolver y sus conocimientos no deberán ser parciales o limitados.

Así, ^{el} trabajo del Psicólogo deberá estar inmerso en lo que se refiera a medidas de prevención, la que está dada en diversos aspectos y de manera inter y/o multidisciplinaria.

Veamos algunos de ellos:

- 1) Promover la salud mediante campañas dirigidas a este fin.
- 2) Prevenir enfermedades conociendo sus causas.
- 3) Detectando en forma temprana la incapacidad mediante campañas de salud.
- 4) Mejorando las técnicas médicas para no provocar invalidez al tratar ciertas enfermedades.
- 5) Controlar la transmisión genética de los diferentes tipos de invalidez.
- 6) Controlar las condiciones sociales que puedan causar daño en el desarrollo del individuo.

A este último punto, se hace necesaria la realización de diversas investigaciones SERIAS dirigidas al estudio de las condiciones que la provocan y la relación que guardan con las estructuras socio-económicas del país, para así poder realizar trabajos congruentes a nuestra realidad.

Podemos concluir que, de acuerdo con Mares (op.cit.), la Interdisciplina, la Multidisciplina, la Desprofesionalización y la Prevención, son aspectos que pueden dar posibilidad a la ubicación y desarrollo social de la disciplina en cuestión.

Hasta aquí hemos descrito la situación de los sujetos con diversas incapacidades, contemplando los aspectos políticos y económicos; sin embargo, a nivel micro, con respecto a la familia y al sujeto incapacitado, diremos que la esencia del problema, para nuestro caso, no lo constituye prioritariamente el dano orgánico en sí mismo, sino la actitud psicológica de los padres, en primera instancia que asumen ante esta situación, dicha actitud por lo tanto es adquirida y coformada en el seno de su familia y a su vez esta refleja a la sociedad en la que se ubica.

Dadas ~~esta~~ consideraciones preliminares, es necesario recalcar que ^{el} psicólogo ante dicha problemática social, juega un papel importante y complementario al equipo rehabilitatorio ya que requiere detectar, evaluar y tratar, tanto la dinámica familiar como aspectos de la personalidad del paralítico cerebral considerando, claro, el alto índice de sujetos con esas incapacidades, lo que requiere crear e implementar estrategias novedosas y de uso masivo. Creemos que la Terapia de Juego puede contribuir a lo planteado, ya

que permite mediante su empleo con grupos, obtener la información requerida en términos de dinámica familiar y autoimagen, como un primer paso para mejorar las actitudes psicológicas contrarias a una óptima rehabilitación integral. En segundo lugar, resulta ser una técnica para modificar actitudes conductuales en los niños derivando en una mejor adaptación a su medio ambiente familiar y social.

CAPITULO II EL JUEGO Y EL DESARROLLO INFANTIL DESDE TRES PUNTOS DE VISTA: LA TEORIA PSICOGENETICA DE PIAGET; LA ESCUELA SOVIETICA EN BASE A VYGOTSKI Y ELKONIN; Y EL ENFOQUE HUMANISTA DE C. ROGERS.

II.A) El juego bajo el punto de vista de la teoría Psicogenética de Piaget.

Tratar el tema del juego infantil puede resultar para algunos de poca importancia, contrariamente a dicha opinión, consideramos que no sólo es tema de interés, ya que al abordarlo, podemos percatarnos fácilmente de que encierra gran complejidad.

Revisando la literatura, podemos encontrar estudios que tratan el tema en cuestión, sustentados claro, por diferentes enfoques teóricos y que por ello mismo arrastran una línea conceptual acorde con su respectiva teoría.

En el caso del presente trabajo, se abordan tres puntos de vista, con la sola intención de enriquecer el tópico aquí tratado, sin hacer de ello un eclecticismo o confrontar dichas aproximaciones con la finalidad de dar a conocer la validez de una sobre la otra, ello no es objetivo del presente trabajo.

Se intenta exponer dichos enfoques respetando cada uno, pero a su vez, resaltando los puntos que de manera complementaria, expliquen la función y desarrollo de la actividad lúdica infantil, proporcionando un panorama que pueda servir como punto de referencia aplicado comparativamente a los niños con parálisis cerebral infantil. Iniciaremos explicando brevemente, los conceptos básicos de la teoría de Piaget.

II.A.1) Conceptos Básicos de la Teoría Piagetiana.

Jean Piaget, uno de los teóricos que dedicó su vida al estudio del desarrollo cognoscitivo humano, tenía tres inquietudes básicas desde su juventud, estas fueron: el conocimiento de la evolución biológica, la filosofía y la formación del conocimiento. Pero el objetivo más importante de las investigaciones de Piaget, consistía en descubrir qué es en realidad lo que constituye la inteligencia.

Es fácil percatarnos de la orientación biológica que refleja en sus definiciones, principalmente de "inteligencia", considerando diferentes estructuras y funciones que la conforman a lo largo del desarrollo del individuo.

Argumenta que la inteligencia, es la "forma de equilibrio hacia la cual todas las ESTRUCTURAS COGNOSCITIVAS tienden, es un caso concreto de una adaptación biológica". Ello quiere decir que la inteligencia humana es un tipo de rendimiento biológico que le permite al individuo interactuar eficazmente con el medio ambiente a un nivel psicológico determinado.

Piaget (40), identifica dos elementos principales que conforman a la inteligencia, son: la ESTRUCTURA y la FUNCION.

Dentro de la FUNCION encontramos dos procesos que son conocidos como la ASIMILACION y la ACOMODACION, complementarios uno del otro pero que conforman la adaptación del individuo.

Dichos procesos son invariables por lo que Piaget les dá el calificativo de "constantes" ya que se presentan en cualquier individuo y en cualquier etapa de desarrollo, y su función es asegurar el paso de cualquier estado al siguiente nivel.

Lo que desencadena a estas dos funciones, que en realidad es una sola, son los intereses o necesidades, ya sean fisiológicas, afectivas o intelectuales, aunque cabe decir que dichas necesidades van cambiando de un nivel mental a otro y las explicaciones revisten formas muy diferentes según el grado de desarrollo intelectual.

Al lado de estas FUNCIONES CONSTANTES, se encuentran las ESTRUCTURAS, que por su naturaleza son VARIABLES, y son precisamente estas estructuras progresivas, las que marcan la diferencia de un nivel a otro de desarrollo, desde los comportamientos elementales del recién nacido hasta su adolescencia.

Las ESTRUCTURAS VARIABLES son la forma de organización de la actividad mental bajo su doble aspecto: motor o intelectual por una parte, y afectivo por otra, así como sus dos dimensiones: individual y social es decir, interindividual.

Piaget distingue seis estadios o periodos que marcan la aparición de estas estructuras sucesivamente construidas de tal manera que la segunda es edificada sobre la primera, la tercera sobre la segunda y así sucesivamente.

Cada estadio constituye (por las estructuras que lo definen) una "forma particular de equilibrio" y la evolución mental se efectúa en el sentido de una equilibración cada vez más avanzada. Dicho equilibrio es necesario para que se pueda hablar de una "adaptación".

Cualquier organismo persigue siempre el equilibrio para poder adaptarse; contrariamente, cuando sucede un desequilibrio, existe también la manifestación de una necesidad, la que surge cuando algo fuera de nosotros o en nosotros (organismo físico y-o mental) ha cambiado, de tal manera que se impone un reajuste de la conducta en función de esa transformación por medio de la asimilación y la acomodación.

El equilibrio trabaja en dos niveles: en las "Funciones" y en las "Estructuras".

Hasta aquí hemos visto cómo se entrelazan los diferentes elementos que identifica Piaget, sin embargo, creemos necesario vertir las definiciones que al respecto tiene con la finalidad de entender mejor su teoría.

Dentro de las "funciones" (las que recordamos son constantes), encontramos la ASIMILACION y la ACOMODACION.

La ASIMILACION es la incorporación de las cosas y las personas a la actividad propia del sujeto, por tanto, incorporar el mundo exterior a las estructuras ya construidas (11).

En otras palabras, es el proceso mediante el cual el individuo trata con un acontecimiento ambiental en función de sus estructuras.

La ACOMODACION es el reajuste de las estructuras en función de las transformaciones sufridas y por tanto reajustarlas a los objetos externos.

Describe la tendencia de un individuo a cambiar en respuesta ante ciertas exigencias ambientales a raíz de las nuevas estructuras. (10).

Tanto la asimilación como la acomodación, conforman la adaptación (principio general de las funciones constantes) la que va acompañada también de otro elemento conocido como "organización", que es la tendencia de cualquier organismo a sistematizar sus procesos en sistemas coherentes que pueden ser físicos o psicológicos.

Como hemos dicho, las estructuras son las que definen las formas o estados sucesivos de equilibrio y pueden identificarse de dos maneras:

ESQUEMAS DE ACCION; se refieren en primera instancia a las conductas reflejas y posteriormente a otros tipos de

conductas más desarrolladas que son aprendidas y que conocemos como hábitos. Son estructuras básicas subyacentes a las acciones explícitas del niño.

OPERACIONES. Son aquellas que van surgiendo a lo largo del desarrollo en diferentes tipos llegado su momento, y son una serie de actividades intelectuales que constituyen la estructura psicológica.

II.A.2) Breve descripción de las etapas de desarrollo Infantil.

Piaget (39), identifica seis estadios a lo largo del desarrollo infantil:

ESTADIO 1: Llamado de "reflejo o montajes hereditarios", se observan tendencias instintivas y la aparición de las primeras emociones.

ESTADIO 2: Es el de los primeros hábitos motores y primeras percepciones organizadas, así como de la diferenciación de sentimientos.

ESTADIO 3: De la "Inteligencia Sensoriomotriz o Práctica", es anterior al lenguaje y aparecen las regulaciones afectivas elementales, las primeras fijaciones exteriores de la afectividad.

ESTADIO 4: Es el de la "inteligencia Intuitiva"; de los sentimientos interindividuales espontáneos y de las relaciones sociales de sumisión al adulto, que incluye desde los dos años hasta los siete; es la segunda parte de la infancia.

ESTADIO 5: De las "Operaciones Intelectuales Concretas", aparece la lógica y los sentimientos morales y sociales de cooperación; incluye de los siete años hasta los once o doce.

ESTADIO 6" El de las "Operaciones Abstractas", se caracteriza por la formación de la personalidad y de la inserción afectiva e intelectual de la sociedad de los adultos (abarca propiamente la adolescencia).

Dichos estadios son agrupados en cuatro etapas, las cuales serán descritas a lo largo del presente capítulo.

II.A.2.1). Etapa. Sensorio-motriz.

Es la primera etapa de desarrollo e incluye a los

estadios 1, 2 y 3, y se extiende desde el nacimiento hasta los 18 meses o los dos primeros años de vida. Consiste, como lo diría Piaget (36), en una "conquista del mundo", pero a través de las percepciones y del movimiento de todo el universo práctico que rodea al niño pequeño, pero al paso del tiempo ello evoluciona dando nuevos bríos.

Al inicio, el recién nacido lo refiere todo a sí mismo, esto es, a su propio cuerpo. La vida mental se reduce al ejercicio de aparatos reflejos, los que habrán de desempeñar un papel en el desarrollo psíquico posterior. Dichos reflejos como el de succión, se afinan con el ejercicio; posteriormente y sobre todo, dan lugar a una especie de generalización de su actividad; chupa cuando mama, también chupa en el vacío, se chupa los dedos cuando los encuentra, después cualquier otro objeto y finalmente coordina el movimiento de los brazos con la succión hasta llevarse sistemáticamente el pulgar a la boca.

El niño asimila su universo a través de la succión. Este mismo universo se convertirá en una realidad susceptible de ser mirada, escuchada y cuando los movimientos lo permitan, sacudida.

Estos ejercicios reflejos se complican al integrarse en hábitos y percepciones organizadas. De hecho, el acto de succionar el pulgar y el dirigir la mirada hacia la fuente de algún ruido, pertenecen ya al segundo estadio (hábitos motores y percepciones organizadas).

Entre los tres y los seis meses, el pequeño comienza a tomar lo que ve, y esta capacidad de prensión que después será de manipulación, multiplica su poder de formar nuevos hábitos. Es a través de los ciclos reflejos en donde el niño va incorporando nuevos elementos y constituye totalidades organizadas más amplias. Luego basta que ciertos movimientos del menor, alcancen por accidente un resultado interesante para la producción de nuevos movimientos. A ello último se le conoce como "REACCIONES CIRCULARES" lo que representa una forma más evolucionada de asimilación.

En el tercer estadio (de la inteligencia práctica), se observa que la inteligencia aparece mucho antes que el lenguaje (pensamiento interior que supone el empleo de signos verbales). Aunque se trata de una inteligencia exclusivamente práctica, que se aplica a la manipulación de objetos, no utilizando más que percepciones y movimientos organizados en esquema de acción.

También observamos que no existe diferenciación entre el "yo" y el mundo exterior al inicio de la evolución mental; las impresiones vividas no están ligadas ni a una conciencia personal ("yo") ni a objetos concebidos como exteriores; se

dan sólo como un bloque indisociado, es por ello que todo lo que es percibido, está centrado en la propia actividad.

La "conciencia" inicia con un "egocentrismo" inconsciente e integral, mientras que los progresos de la "inteligencia sensoriomotriz" desembocan en la construcción de un universo objetivo, dentro del cual el propio cuerpo aparece como un elemento entre otros.

También es necesario mencionar que existe un paralelismo entre la vida intelectual y la vida afectiva. Al segundo estadio así como a los inicios de la inteligencia sensoriomotriz, corresponden una serie de sentimientos elementales o afectos perceptivos relacionados con las modalidades de la actividad propia: lo agradable y lo desagradable, el placer y el dolor, etc. así como también los sentimientos de éxito ó de fracaso (Piaget, ibidem). Con el desarrollo de la inteligencia, en cambio, y principalmente con la construcción del "ESQUEMA DEL OBJETO", la afectividad está caracterizada por la elección del objeto, esto es, por la objetivación de los sentimientos y su proyección en otras actividades que no son las del "yo". En este nivel la actividad del niño, alcanza ya a diferenciarse; los objetos son concebidos como exteriores al "yo" e independientes de él, la conciencia del "yo" comienza a afirmarse a título de polo interior de la realidad, opuesto a éste otro polo externo u objeto.

Dichos objetos son concebidos por analogía a este "yo", como activos, vivos y conscientes, como lo son las personas.

Los sentimientos elementales de alegría, tristeza, éxito y fracaso, son experimentados en función de esa objetivación de las cosas y las personas, de ahí el inicio de los sentimientos que Piaget refiere como interindividuales.

La elección del objeto, recae primero en la persona de la madre, en lo negativo como en lo positivo, luego en la del padre y los demás seres próximos. Es el inicio de la simpatía y de la antipatía que tienen un amplio desarrollo en el período siguiente.

II.A.2.2) Etapa Preoperacional.

Esta etapa abarca el estadio cuatro y se extiende desde los dos hasta los siete años; incluye la segunda parte de la primera infancia.

En esta etapa, el niño adquiere la capacidad, gracias al lenguaje, de reconstruir sus acciones pasadas en forma de relato y anticipar sus acciones futuras mediante la representación verbal.

Con la palabra, se llega a compartir la vida interior como tal, se va construyendo conscientemente en la medida en que comienza a poder comunicarse.

En la función del lenguaje se pone de manifiesto tres grandes categorías de hechos desde el punto de vista de las relaciones sociales fundamentales.

En primer lugar, están los hechos de subordinación y las presiones ejercidas por el adulto hacia el niño, en donde se le propone un "yo" ideal de tal manera que los ejemplos que le vienen de arriba son otros de tantos modelos que hay que imitar. Se desarrolla entonces una sumisión inconsciente intelectual y afectiva debido a esta presión que el adulto ejerce.

En segundo lugar, están todos los hechos de intercambio del propio adulto con los demás niños. Hasta al rededor de los siete años, los niños no saben discutir entre sí y se limitan a confrontar sus afirmaciones contrarias; hablan para sí mismos, convirtiendo el intercambio en "monólogo colectivo", donde se excitan mutuamente en la acción en lugar de intercambiar pensamientos reales. Ello se presenta en casi todas sus acciones incluyendo el juego.

De aquí la tercera categoría, el pequeño no habla a los demás, más bien se habla a sí mismo mediante "monólogos" que acompañan su acción, lo que constituye más de la tercera parte del lenguaje espontáneo en niños de tres a cuatro años, disminuyendo gradualmente hasta los siete años.

Ello demuestra que la conducta social está a medio camino de la solución verdadera; el individuo sigue inconscientemente centrado en sí mismo. Este egocentrismo es una identificación entre el "yo" y la realidad exterior representada en este caso por los demás individuos y no únicamente por los objetos como en la etapa anterior.

El lenguaje juega un papel muy importante, ya que es el vehículo de los conceptos y las nociones que pertenecen a todo el mundo y que refuerzan el pensamiento individual con un amplio sistema de pensamientos colectivos, pero antes de que ello pase, el niño tiene que comenzar con una incorporación laboriosa de los datos a su "yo" y a su actividad, aunque la asimilación egocéntrica caracteriza los inicios del pensamiento del niño así como su socialización.

El pensamiento egocéntrico se presenta en este tipo de juego que Piaget (40) denomina como "simbólico": el juego constituye la forma de actividad inicial de casi toda tendencia, o por lo menos un ejercicio funcional de esa tendencia que lo activa al margen de su aprendizaje propiamente dicho y reacciona sobre este reforzándolo.

De hecho, el juego aparece desde la primera etapa de desarrollo aunque de manera diferente.

La función del juego egocéntrico ó simbólico, es satisfacer las necesidades del "yo" merced de una transformación de lo real en función de los deseos, así, el niño que juega a las muñecas revive todos sus placeres ó todos sus conflictos, resolviéndolos, compensándolos y complementando la realidad por medio de la ficción.

El juego simbólico parecería ser un esfuerzo de sumisión, idea equivocada, es una asimilación deformadora de lo real al "yo". El juego simbólico constituye el polo egocéntrico del pensamiento, es "el pensamiento egocéntrico en estado casi puro".

En el extremo opuesto, se encuentra el pensamiento intuitivo, se trata de la experiencia y de la coordinación sensoriomotriz propiamente dicha, aunque reconstruidas ó anticipadas merced a la representación.

Aquí, la manera de estudiar el pensamiento infantil, es através de los "porqués" lo que demuestra claramente el carácter todavía egocéntrico de su pensamiento.

En este nuevo terreno de la representación misma del mundo, por oposición a la organización del universo práctico, todo se desarrolla como si los esquemas prácticos fuesen transferidos al nuevo plano y se prolongaran no sólo en forma de "finalismo", donde se tiene la idea de que todas las cosas están hechas para los hombres y los niños, sino también de "animismo", esto es la tendencia a concebir las cosas como vivas y dotadas de intención.

Tanto el animismo como el finalismo, expresan una confusión ó indisociación del mundo interior ó subjetivo y el universo físico y no una primacía de la realidad psíquica interna.

Junto al animismo y el finalismo cabe relacionar el "artificialismo", que es la creencia de que todas las cosas han sido construidas por el hombre ó por una actividad divina análoga a la forma de fabricación humana.

Piaget, considera que el origen de los móviles y el dinamismo de toda conducta infantil es la afectividad, no existiendo un acto puramente intelectual ni puramente afectivo sino que ambos elementos interfieren porque el uno supone al otro, por ejemplo, en la resolución de un problema matemático intervienen valores, intereses, etc., y por otro lado el amor supone la comprensión.

Existen tres novedades afectivas en esta etapa, la aparición de los sentimientos morales, el desarrollo de los sentimientos interindividuales y la regulación de los intereses y valores.

El interés es la prolongación de las necesidades; el interés es el regulador de la energía, su intervención moviliza las reservas internas de fuerza y basta que un trabajo interese para que parezca fácil y la fatiga disminuya.

El sistema constituido por los diferentes valores, condiciona las relaciones afectivas interindividuales. Desde que aparece la comunicación comienza a desarrollarse un juego sutil de simpatías y antipatías en términos de si responden o no a los intereses del sujeto y sus valores. Los cuales, casi todos dependen de la imagen de la madre ó del padre.

Existe otro tipo de sentimiento el cual es reservado para aquellos que juzgue superiores a él, como los padres, entre otras personas mayores, es el "respeto", el cual es un compuesto de afecto y de temor, dicho término, da origen a los sentimientos morales de obediencia y heteronomía.

La primera moral del niño, es la de obediencia, donde el criterio que tiene del bien es durante mucho tiempo la voluntad de los padres. Dichos valores morales, son valores normativos, puesto que no emanan de manera espontánea, sino de reglas propiamente dichas, y es precisamente através de sus juegos y de su imaginación así como de la actividad espontánea de su pensamiento que afirma sin pruebas y asimila lo real a la actividad propia llegando a deformar la realidad doblegándola a sus deseos.

II.A.2.3) Etapa de las Operaciones Concretas.

De los siete a los doce años, el niño poco a poco, va adquiriendo cierta capacidad de cooperación, ya no confunde su propio punto de vista con la de los demás, sino que lo disocia para coordinarlos.

El lenguaje "egocéntrico" desaparece casi por completo, y en sus discursos espontáneos se refleja una estructura gramatical lógica. En cuanto a su conducta colectiva, tienden a fijar sus reglas ya admitidas por un grupo, ello conyeva a que se controlen mutuamente con el fin de mantener una igualdad ante una ley única.

Lo esencial, es que el niño llega a un principio de reflexión en lugar de las conductas impulsivas de la pequeña infancia, el niño de siete años en adelante, piensa antes de

actuar y comienza a conquistar la conducta de reflexión que no es mas que una discusión con sigio mismo análoga a la que podría mantenerse con interlocutores. El niño comienza a liberarse de su egocentrismo social e intelectual y adquiere por lo tanto la capacidad de nuevas coordinaciones que habrán de representar la mayor importancia para la inteligencia y para la afectividad.

La afectividad se caracteriza por la aparición de nuevos sentimientos morales y sobre todo por una organización de la voluntad que desemboca en una mejor integración del "yo" y en una regulación más eficaz de la vida afectiva.

El sentimiento que surge ahora es de respeto mutuo, pasa cuando se atribuye recíprocamente un valor personal equivalente y no se limitan a valores de sus acciones particulares.

El respeto mutuo conduce a nuevas formas de sentimientos morales distintos de la obediencia exterior inicial. En primer lugar ocurren las transformaciones relativas al sentimiento de la regla, de la que une a los niños entre sí, tanto como la que une al niño con el adulto, inclusive, una nueva regla puede ser adoptada, ya que no es mas que el reflejo de una voluntad común o de un acuerdo.

Un producto afectivo particularmente notable del respeto mutuo es el de la justicia, sentimiento fuerte entre los amigos y que marca las relaciones entre niños y adultos hasta modificar a menudo el trato hacia los padres. El sentimiento de justicia tiene su origen según Piaget (1932), en una experiencia injusta, que puede ser involuntaria por parte de los demás pero de la cual el niño es víctima, entonces, comienza a disociar la justicia de la sumisión.

El respeto mutuo conduce a una organización nueva de los valores morales. Su carácter principal, consiste en aplicar una autonomía relativa de la conciencia moral de los individuos dejando de ser moral de sumisión.

La organización de dichos valores morales que caracteriza a la segunda infancia, es comparable a la lógica misma.

La honradez, el sentimiento de justicia y la reciprocidad en general constituyen un sistema racional de valores personales, y este sistema puede compararse a los agrupamientos de relaciones o de nociones que son de origen de la lógica incipiente, los valores son agrupados según una "escala" y no en base a relaciones objetivas.

A medida que los sentimientos y los pensamientos se organizan, van surgiendo regulaciones como la voluntad,

entendida esta no como energía en sí misma, sino mas bien como regulación de la energía.

La voluntad aparece cuando hay conflictos de tendencias o intenciones, por ejemplo, cuando no hay decisión entre un deber y un placer tentador. El acto de la voluntad consiste en reforzar la tendencia superior y aparentemente débil (el deber) haciéndola más fuerte y no el seguir la tendencia inferior y fuerte (el placer deseado).

La voluntad se desarrolla durante el mismo período que las operaciones intelectuales, mientras que los valores morales se organizan en sistemas autónomos compatibles a los agrupamientos lógicos.

II.A.2.4) Etapa de las Operaciones Formales.

Esta etapa incluye el período de la adolescencia, en donde el joven es concebido por Piaget (37) como un sujeto que construye sistemas y teorías. Lo que es característico del adolescente es su interés por problemas inactuales, sin relación con la realidad vivida día con día.

Entre los once y doce años, tiene lugar una transformación elemental en el pensamiento del niño, marca el fin de las operaciones concretas construidas en la segunda infancia, dando paso al pensamiento formal o el "hipotético deductivo". Las operaciones lógicas pasan del plano de la manipulación concreta al plano de las meras ideas. Es pues "hipotético-deductivo", porque deduce las conclusiones que hay que sacar de hipótesis y no sólo de una observación real.

De manera paralela con la formación de las operaciones formales y el perfeccionamiento de las construcciones del pensamiento, la vida afectiva de la adolescencia se afirma por la conquista de la personalidad y su inserción en la sociedad adulta.

Piaget (38) opina que la formación de la personalidad inicia a partir del final de la infancia, esto es, entre los ocho y doce años, con la organización autónoma de las reglas, de los valores y la afirmación de la voluntad como regulación y jerarquización moral de las tendencias. Pero además existe la subordinación a un sistema único que integra el "Yo" de un modo sui generis, el cual consiste en una coordinación autónoma. Este sistema personal se puede constituir sólo en el nivel mental de la adolescencia, puesto que supone el pensamiento formal y las construcciones reflexivas.

Por esta razón, Piaget considera que existe personalidad a partir de la formación de un "programa de vida", que a la vez es fuente de disciplina para la voluntad e instrumento de

cooperación; dicho plan de vida, supone la intervención del pensamiento y de la reflexión libre, y es por ello que no se elabora hasta que existan ciertas condiciones intelectuales como lo es el pensamiento formal ó hipotético deductivo.

Referente a la vida social del adolescente, puede dar la impresión de que es completamente asocial, nada es más falso, ya que precisamente medita sin cesar en función de la sociedad, siendo ésta la que le interesa, la que quiere reformar y no siente más que desprecio y desinterés a la sociedad que él condena.

La verdadera adaptación del adolescente a la sociedad, se hace cuando éste pasa de ser un "reformador" a un "realizador".

Como hemos visto, las investigaciones de Piaget, tratan de ser lo más integrales posibles, y como es de esperarse no deja de lado la función de la actividad lúdica dentro del desarrollo. Es tópico que trataremos a continuación con mayor detalle.

II.A.3) Clasificación de los Juegos según Piaget.

El juego es indispensable para el equilibrio afectivo e intelectual del pequeño, ya que le permite no sólo la adaptación a lo real, sino como diría Piaget (14), la asimilación de lo real al "Yo" sin coacciones ni sanciones. En el juego, el niño transforma lo real mediante asimilación más o menos pura a las necesidades del "Yo".

El juego, en especial el simbólico, le sirve al niño como un medio propio de expresión, o sea de un sistema de significantes construido por él y adaptable a sus deseos. La función que tiene el juego (de asimilación al "Yo"), se manifiesta bajo las formas particulares más diversas en la mayor parte de los casos afectivo sobre todo, y en otras veces al servicio de intereses cognoscitivos.

El simbolismo lúdico, puede llegar a cumplir la función de lo que es para el adulto el lenguaje interior; pero en lugar de representar simplemente un acontecimiento interesante o impresionante, el niño tiene la necesidad de un simbolismo más directo que le permita volver a vivir ese acontecimiento, en vez de conformarse con una evocación mental.

Piaget (op.cit.), considera que los conflictos afectivos son los que reaparecen en el juego simbólico, por ejemplo, si un niño tiene miedo a un perro, las cosas se pueden arreglar

en un juego simbólico, donde los perros dejan de ser malos o los niños se hacen valientes.

Observamos que el juego puede servir para la liquidación de conflictos, pero también para la compensación de necesidades no satisfechas, intercambio de roles (de obediencia y de autoridad), liberación y extensión del "Yo", etc.

El juego simbólico, se refiere también con frecuencia a conflictos inconscientes, tales como intereses sexuales, defensa contra la angustia, fobias, agresividad o identificación con agresores, repliegues por temor o riesgo a la competencia, etc.

Pasemos ahora, a la clasificación que del juego hace Piaget en base a los diferentes períodos de desarrollo.

¶ A criterio de Piaget (op.cit.), se encuentran tres grandes estructuras que caracterizan a los juegos infantiles, lo cual le permite hacer una clasificación, sucesivamente ordenadas acorde a dichas estructuras quedando de la siguiente manera: Juego Sensoriomotor; Juego Simbólico; y Juego con Reglas. ¶

¶ II.A.3.1). Juegos Sensoriomotores. ¶

¶ Estos juegos no poseen ninguna técnica en particular, son simples ejercicios que ponen en acción un conjunto variado de conductas pero sin modificar su estructura, presentándose en el estado de adaptación actual, es decir, ejercen sus estructuras en el vacío sin otro fin que el placer mismo del funcionamiento, no existe necesidad o interés por aprender una nueva conducta. ¶ este tipo de juego, es el primero en aparecer y es el que caracteriza los estadios II, III, IV y V del desarrollo preverbal, pero no permanece inmutable sino que al contrario, las adquisiciones nuevas son cada vez más raras y otras formas de juego aparecen con el símbolo y la regla, la frecuencia de los juegos de ejercicio disminuye con la adquisición del lenguaje, sin embargo reaparece y se constituye de nuevo, por ello Piaget (37) (40), considera necesario clasificar este tipo de juego en dos modalidades: Sensoriomotores puros y referentes al pensamiento.

Los Sensoriomotores Puros se subdividen a su vez en tres, que describiremos a continuación:

A) JUEGO DE SIMPLE EJERCICIO: Se caracterizan por ser la producción de una conducta ordinariamente adaptada a un fin

utilitario tal cual, pero sacándolo de su contexto y repitiéndola por el solo placer de ejercer su habilidad. En todas las edades vuelven a formarse juegos de este tipo, aquí se engloban los juegos sensoriomotores del estadio II al V, como ejemplo, mencionaremos el acto de lanzar un objeto repetidas veces, conducta que inicialmente observamos en los niños de aproximadamente seis a ocho meses de edad, e incluso persiste hasta los siete u ocho años, cuando el niño arroja piedras por el sólo acto de hacerlo.

B) JUEGO DE COMBINACIONES SIN OBJETO: En este tipo de juego, el niño no sólo se limita a ejercer actividades ya adquiridas en el plano de la adaptación inteligente, sino que constituye nuevas combinaciones que son lúdicas desde el comienzo; pero como estas combinaciones no tienen un fin previo, constituyen sólo una extensión del ejercicio funcional característico de la primera clase. En esta segunda clase, se engloban por ejemplo, los juegos de destrucción de objetos, que es debido al titubeo de encontrar nuevas y diversas combinaciones constructivas, pero para el niño, es más fácil en esta etapa deshacer que construir.

C) JUEGO DE COMBINACIONES CON UNA FINALIDAD: Son juegos que desde su inicio tienen una finalidad lúdica, y por tanto se transforma tarde o temprano en una de tres opciones: Primero, se acompaña de imaginación representativa y deriva entonces hacia el juego simbólico; Segundo, se socializa y orienta hacia un juego de reglas; Tercero, se conduce a adaptaciones reales saliendo del dominio del juego para entrar en el de la inteligencia práctica.

Pasemos ahora a la descripción de los juegos de ejercicio de pensamiento, donde también encontramos las tres categorías que acabamos de describir en los juegos de ejercicio simple, sólo que estos marcan la transición entre el ejercicio sensoriomotor, el de la inteligencia práctica y el de la inteligencia verbal.

Lo que equivale a un ejercicio simple y constituye un acto de inteligencia reflexiva, es el acto del niño de realizar preguntas caracterizado por los "porques", en donde lo puede hacer por el sólo placer de hacerlo. Puede también inventar un juego sin principio ni fin por el placer de cambiar sin objeto palabras y conceptos, o puede fabular por el sólo placer de construir lo que equivale a una combinación lúdica de pensamientos con una finalidad, pero la fabulación rara vez permanece en el nivel de la sola combinación ya que se transforma fácilmente en imaginación simbólica por constituir en sí misma un acto de pensamiento.

Pasemos a la descripción de los juegos simbólicos, donde se puede decir que no existe una etapa que marque el paso de transición de un tipo de juego a otro, ya que como indica Piaget, el juego es en sí mismo y en conjunto, un juego de

ejercicio que preejercita un tipo particular de pensamiento, se trata de la imaginación como tal.

II.A.3.2) Juego Simbólico.

La forma más primitiva del símbolo lúdico (que de alguna manera marca el paso del ejercicio sensoriomotor y el simbolismo), es lo que se nombra como "esquemas simbólicos", que es la reproducción de un esquema sensoriomotor fuera de su contexto y en ausencia de su objetivo habitual como la conducta de hacer "como que" duerme, característico del sexto estadio.

Del juego de ejercicio conservan el poder de ejercer una conducta fuera de su contexto de adaptación actual por el simple placer funcional, mientras que del juego simbólico presentan ya la capacidad de evocar esta conducta en ausencia de su objetivo habitual, ya sea frente a nuevos objetos o sin ninguna ayuda material. El esquema simbólico es suficiente para asegurar la primacía de la representación sobre la acción pura, lo cual permitirá al juego asimilar el mundo exterior al "Yo" con medios mucho más poderosos que los del simple ejercicio.)

Vemos cómo a partir del esquema simbólico, se muestra la función formal del juego como tal, pero a partir del segundo periodo del desarrollo infantil, desde la adquisición sistemática del lenguaje (de 1.5 a los 7 años) se ven aparecer sucesivas formas nuevas de símbolos lúdicos, donde Piaget en sus observaciones, hace una clasificación y análisis de estas.

ESTADIO I: TIPOS IA Y IB.- Después del esquema simbólico, aparece la "proyección de esquemas simbólicos sobre objetos nuevos" (IA). Aquí, una vez constituido el esquema simbólico, llega el momento en que gracias al juego de las correspondencias establecidas entre el "Yo" y los otros, así como por el mecanismo de la imitación, el sujeto atribuirá a los otros y a las cosas mismas el esquema que se le ha hecho familiar, pero la proyección de esquemas simbólicos sobre objetos nuevos es la generalización de sus propias conductas, por ejemplo, hacer llorar a su muñeca como lo hace ella misma.

ESTADIO I: TIPOS IIA Y IIB.- El tipo IIA "Asimilación simple de un objeto a otro" (por ejemplo una cáscara de naranja que primero es asimilada primero como una papa y después como un pastel), corresponde también a un tipo contemporáneo, el IIB que prolonga la forma IB en el empleo de los esquemas de imitación el cual consiste en una asimilación del propio cuerpo a otro y a cualquier objeto,

esto es, "el juego de imitación" propiamente dicho, como el "hacer que plancha y decir que es la planchadora".

Una vez constituido el símbolo en su generalidad, continúa su desarrollo en combinaciones simbólicas variadas donde todavía son rudimentarias. Las verdaderas combinaciones simbólicas con verdaderas proliferaciones indefinidas, caracterizan una tercera etapa que se manifiesta plenamente a partir de la segunda mitad del estadio I que es de los tres a los cuatro años.

ESTADIO I: TIPO IIIA.- Es el estadio de " las combinaciones simples" que van desde la trasposición de escenas reales a desarrollos mas extendidos". Ello no es mas que la prolongación de los tipos IIA y IIB, pero con construcciones de escenas enteras en lugar de asimilaciones simples de objetos a objetos ó bien imitaciones aisladas. También aquí, las formas más elementales del tipo IIIA, se inician al mismo tiempo que las del tipo II, pero enseguida se diferencian de ellas.

Tales juegos son los más interesantes en la construcción simbólica intencional del niño, ya que presentan desde la simple trasposición de la vida real hasta la invención de seres imaginarios sin modelo asignativo pero que reúnen elementos de imitación y asimilación deformante en rasgos variables.

La imitación está llevada al máximo en la reproducción de las escenas reales por medio del juego de muñecas, sin embargo hay trasposición a fines subjetivos y no copias mediante un esquema de acomodación.

En esta etapa, se fusionan tanto la asimilación como la imitación que habían existido hasta entonces paralelas, convirtiéndose en el apogeo de las construcciones simbólicas, y lo que es notable en ellas, es cómo el sujeto reproduce y prolonga lo real, pero en el fondo, la imaginación del niño es a lo que el sentido común le atribuye, se presenta la incoherencia, y sobre todo a la asimilación subjetiva que testimonian sus trasposiciones.

El elemento imitativo de sus juegos es comparable a los dibujos de esta edad, donde copia lo real pero por yuxtaposición de alusiones sin representación adecuada en cuanto al contenido, así el juego de "imaginación" reproduce todo lo vivido pero por representaciones simbólicas y esta reproducción es ante todo afirmación del "Yo".

A criterio de Piaget (ibidem), la invención de personajes ficticios suple lo que posteriormente será el pensamiento interior en sus formas egocéntricas; lo mismo que el monólogo de los sujetos de esta edad lo que equivale a lo que más tarde será el lenguaje interior. Es importante

señalar que estos compañeros míticos heredan la actividad moralizadora de los padres por la razón de que se trata de incorporarla lo más agradable posible.

ESTADIO I: TIPO IIIB.- Es el de las llamadas "combinaciones compensatorias" donde se prolonga la asimilación de lo real por medio de la ficción simbólica que testimonian los juegos precedentes, solo que aquí se quiere "corregir lo real" más que reproducirlo por placer, por ejemplo, cuando un acto prohibido es ejecutado ficticiamente como el tomar una taza y jugar como si lo hiciera con el agua, después de habérselo prohibido en la realidad. También se encajona en esta clasificación el juego que consiste en realizar lo que no se osaría hacer en la realidad, la "compensación" se convierte aquí en "catarsis" según Piaget.

ESTADIO I: TIPO IIIC.- Es el de las combinaciones "liquidadoras", esto es, en presencia de situaciones desagradables o penosas, el niño puede "compensarlas" o bien, aceptarlas. En este caso intenta revivirlas trasponiéndolas simbólicamente, así al ser aislada del contexto desagradable, la situación es asimilada progresivamente por incorporación a otras conductas. Estos tipos de juegos muestran con una claridad particular las funciones del juego simbólico que son las de asimilar lo real al "Yo" cuando éste ha sido amenazado para posteriormente superar y vencer dichas vivencias.

ESTADIO I: TIPO IV D.- Es el de las "combinaciones simbólicas anticipadoras" el cual marca una de las formas extremas del simbolismo lúdico cuando se refleja en la dirección del pensamiento adaptado, se caracteriza por aceptar una orden o un consejo pero anticipando simbólicamente las consecuencias de la desobediencia o de la imprudencia, así la anticipación funciona a manera de una representación adaptada.

ESTADIO II.- Poco a poco, los juegos simbólicos comienzan a desaparecer, lo que indica un nuevo estadio. Ello sucede de los cuatro a los siete años. A esta edad, casi han desaparecido debido a que al aproximarse cada vez más a lo real, el símbolo llega a perder su carácter de deformación para convertirse en una simple representación imitativa de la realidad. Ahora tres nuevos caracteres diferencian los juegos simbólicos anteriores:

El primero es el orden relativo de las construcciones lúdicas opuestas a la incoherencia de las combinaciones simbólicas del tipo III. A partir de los cuatro años de edad, se observa una secuencia en las ideas en el curso del diálogo, lo que indica la fusión de estas dos conductas: el relato espontáneo y los juegos de papeles.

Un segundo progreso es la preocupación creciente por la veracidad de imitación exacta de la realidad que acompaña al

juego, como las casas, los muebles dibujos, modelos, etc. Estos detalles tienden a la acomodación precisa, y aún a la adaptación propiamente inteligente.

Un tercer carácter es el comienzo del símbolo colectivo propiamente dicho, con diferenciación y adecuación de los papeles. Esta organización del símbolo colectivo, supone el progreso en la dirección del orden y la coherencia.

También se podría decir que la secuencia de las ideas se deriva de los progresos de la socialización; además existe el paso del egocentrismo inicial a la reciprocidad, debido a una doble coordinación en las relaciones interindividuales y en las representaciones correlativas.

Además todo progreso de la socialización, desemboca en la transformación del simbolismo en la imitación objetiva de lo real, pero la socialización hasta este momento es frágil.

ESTADIO III.- Entre los once y doce años vemos la disminución del simbolismo en provecho de los juegos de reglas o de las construcciones simbólicas cada vez menos deformantes y cada vez más cercanas al trabajo continuo y adaptado. Debido a la adaptación social progresiva, el desarrollo de las construcciones, trabajos manuales, dibujos, etc., son cada vez más adaptados a la realidad y marcan el final del símbolo lúdico.

Este símbolo se convierte en imagen y ya no sirve a la adaptación del "Yo", sino más bien a la adaptación a la realidad. Así, el juego de reglas que hasta ahora ha sido ignorado por los pequeños, cobra importancia desarrollándose hasta la edad adulta.

[II.A.3.3) Juego con Reglas.]

El juego de reglas es la actividad lúdica del ser socializado. La regla reemplaza al símbolo y enmarca al ejercicio apenas ciertas relaciones sociales se constituyen. El niño no se da a sí mismo reglas, sino por analogía con las que ha recibido, se marca así la diferencia entre dos tipos de reglas: las reglas transmitidas y las espontáneas.]

Las reglas transmitidas, son aquellas en donde los juegos se convierten en "institucionales" en el sentido de las reglas sociales, pues se imponen por presión de las generaciones anteriores, como el juego de canicas, en donde observamos la acción de los mayores sobre los menores.

Los juegos de reglas espontáneos, proceden de la socialización, ya sea de los ejercicios simples o de los juegos simbólicos (algunas veces) y de una socialización que

si bien puede implicar relaciones de menores a mayores, a menudo se limita a relaciones entre iguales y contemporáneos.

Así pues, Piaget (40) considera que los juegos de reglas son juegos de combinaciones sensoriomotoras (como carreras, lanzamiento de bola, etc.) con competencia entre los individuos (sin lo cual la regla sería inútil) y regulado por un código transmitido de generación en generación o bien por acuerdos improvisados.

Los juegos de reglas pueden nacer de las costumbres adultas o bien de juegos de ejercicios sensoriomotores que se vuelven colectivos, o de juegos simbólicos que se han vuelto colectivos pero que se despojan totalmente o en parte de su contenido imaginativo, es decir de su simbolismo mismo.

Piaget encuentra que en el juego simbólico se entremezclan los símbolos inconscientes (característicos de los sueños) sobre todo entre los 4 años de edad y considera que el juego simbólico es la asimilación de lo real al "Yo", vemos que el símbolo inconsciente se refleja en el egocentrismo, pues presenta semejanzas con el sueño en cuanto a pérdida del contacto con la realidad, ya que el estado egocéntrico es un estado de indiferenciación completa entre el "Yo" y el mundo exterior y por tanto un estado de proyección en las impresiones internas del mundo exterior. El sueño (en similitud con los juegos infantiles) es la realización simbólica de un deseo reprimido para los psicoanalistas, en donde el contenido de ellos es una trasposición simbólica debida a una censura que viene de la consciencia del sujeto así como de su "superyó" o interiorización de la acción de los padres. Este contenido es censurado porque está formado por tendencias reprimidas. Dicho simbolismo proviene de identificaciones, proyecciones, oposiciones, disfraces, etc.

II.B) El juego desde la óptica de la Escuela Soviética: Vygotski y Elkonin.

Hasta aquí hemos descrito las ideas principales de la teoría de Piaget y su explicación referente a la actividad lúdica. Pasemos ahora a describir las ideas de dos grandes estudiosos soviéticos respecto de la psicología del desarrollo, pero no sin exponer previamente algunos aspectos que consideramos son de información básica para entender con mayor facilidad las ideas que se expondrán mas adelante.

II.B.1) Consideraciones Preliminares de la Escuela Soviética

Las investigaciones en Rusia, en su totalidad, abordan diversos problemas bajo una óptica diferente a la manera occidental que estamos acostumbrados. Ello se debe a los fundamentos ideológicos que proporciona la filosofía oficial "marxista-leninista" y el materialismo dialéctico.

Dentro de la disciplina de la Psicología existen diferentes ramificaciones las cuales son determinadas según el objeto de estudio. Dentro de las más importantes se encuentran las siguientes (34): Psicología Social y Anormal; Psicología Experimental General; Actividad Nerviosa Superior y Psicología del desarrollo.

El área de la Psicología del desarrollo recibe mayor énfasis en la Unión Soviética. Dentro de dicha área encontramos a grandes estudiosos como lo son L. S. Vygotski; D. Elkonin; Luria; Leontiev y otros, los cuales han marcado el rumbo de las investigaciones, por ejemplo, Elkonin enfatiza en su teoría del desarrollo el papel de las diferentes actividades e interrelaciones sociales con los adultos y la influencia que ellos ejercen sobre el desarrollo del niño. Pero pasemos ahora a exponer los puntos que considera Vygotski con respecto al juego.

II.B.2) Desarrollo del Juego: Vygotski.

Vygotski (55), centra su interés en el estudio del desarrollo de las funciones Psicológicas Superiores, relacionándola con la utilización de los signos durante la evolución del desarrollo psíquico del niño, y aborda el tema del juego refiriéndose al empleo lúdico de los objetos como "símbolos" para designar otros.

Vygotski, ofrece un esbozo muy conciso de lo que opinaba de la trascendencia del juego. Considera que el juego del niño está encaminado a la actividad futura, pero principalmente a la de carácter social; el niño ve la actividad de los adultos que lo rodean, la imita y la transforma en juego, y en el juego adquiere las relaciones sociales fundamentales. Opina que el juego aparece en el niño en edad pre-escolar (mas o menos a los tres años) ya que es en esta edad cuando comienza a experimentar tendencias irrealizables, por ello resalta el hecho de que el juego funciona para satisfacer ciertas necesidades en el niño, a diferencia de los niños más pequeños donde son satisfechas sus necesidades de modo inmediato, esta característica prevalece, y para resolver su tensión, el niño entra a un mundo ilusorio e imaginario donde da cabida a sus deseos

irrealizables. Esas necesidades o deseos deben ser comprendidos ya que atraviesan por una evolución de madurez sucesiva lo que dará pie al entendimiento del juego como forma de actividad.

Un nuevo proceso psicológico surge en los niños pre-escolares, se trata de la imaginación, elemento que dá un matiz especial a la conducta del niño, "para los adolescentes y niños en edad escolar la imaginación es un juego sin acción". (40). así, para distinguir al juego de cualquier otra actividad, debe existir una situación imaginaria.

Reconoce al juego como la actividad principal de los párvulos, constituyendo la hipótesis del fondo psicológico del juego protagonizado.

Considera que el juego surge cuando el pequeño comienza a experimentar tendencias irrealizables, que para resolverlo entra en un mundo imaginario en donde se realizan sus deseos fundamentados en su relación con los adultos.

Lo típico de la situación imaginaria, es la transferencia de las significaciones de un objeto a otro y las acciones reconstruidas en forma sintética y abreviada de las acciones reales.

Siempre que se produzca una situación imaginaria en el juego habrá a la vez reglas, pero no aquellas que se forman por adelantado y que cambian según el desarrollo del juego, sino reglas que dependen de la misma situación imaginaria, por lo tanto se ajusta a reglas observables y viceversa, todo tipo de reglas contiene una situación imaginaria en el sentido de que tan pronto el juego queda regulado por unas normas, se descartan una serie de posibilidades de acción. En el desarrollo del niño, el juego desempeña un papel especial, proporciona un estadio transicional en el cual el niño separa el pensamiento (significado de la palabra) del objeto, situación que el niño pequeño se ve impedido a realizar. En el juego, el pensamiento está separado de los objetos y la acción surge de las ideas más que de las cosas. La transferencia de los significados se facilita por el hecho de que el niño acepta una palabra como la propiedad de una cosa, lo que en realidad ve no es la palabra, sino lo que esta designa.

A ello se le añade una paradoja, en el juego el niño adopta una línea de resistencia, esto es, hace lo que más le apetece, pero al mismo tiempo aprende a seguir la línea de mayor resistencia, se somete a ciertas reglas renunciando a lo que desea, así, el hecho de que se someta a ciertas reglas y renuncie a la acción impulsiva, constituyen el camino hacia el máximo placer en el juego.

Vygotski (op.cit.), explica esta situación afirmando que la regla vence porque es un impulso más fuerte, una regla de ese tipo es una regla interna, una regla de "autolimitación", y no una regla en la que el niño obedece como si se tratase de una ley física.

El juego, entendido como la acción en una situación imaginaria, enseña al niño a guiar su conducta no solo a través de la percepción inmediata de objetos sino por el significado de dicha situación. La separación de estos dos factores sucede en edad pre-escolar (3 años).

En el juego, el pensamiento está separado de los objetos, y la acción surge a partir de las ideas más que de las cosas.

El juego proporciona un estadio transicional en donde el niño separe los objetos y la acción, es decir, separar el pensamiento (significado de las cosas) del objeto.

La transferencia de significados se facilita por el hecho de que acepta la palabra como propiedad de una cosa, esto es, de lo que la palabra designa y no la palabra en sí.

Vygotski (55), considera que el juego desarrolla una "zona de desarrollo próximo", lo que quiere decir que durante el juego el niño está encima de su actividad promedio, por encima de su conducta diaria, ya que el juego contiene en sí mismo todas las tendencias evolutivas pero de manera condensada convirtiéndose en una considerable fuente de desarrollo. La actividad lúdica es el camino por el cual el niño avanza en su desarrollo.

Aclara que el juego guarda pocas cosas que pertenezcan al terreno de lo "imaginario", si bien es cierto que se trata de una situación imaginaria, esta se puede comprender si se observa bajo la luz de una situación real que ha sucedido verdaderamente, concluye que la imaginación es más bien una situación de "memoria en acción" que una situación nueva ó fantasiosa.

Consideramos que existen varios puntos que pueden ser retomados de los planteamientos de Vygotski y complementar la idea que respecto al juego tenemos.

II.B.3) Desarrollo del Juego: Elkonin.

Elkonin (11), intenta elaborar una teoría general sobre el juego, capaz de superar las limitaciones de las teorías estudiadas por el mismo, para ello se basa en las hipótesis de Vygotski, ya que, según su consideración, fué el que más

cercano estuvo en describir la naturaleza psicológica del juego, partiendo de la consideración de que la unidad fundamental del juego es el "juego protagonizado", característico en la actividad lúdica de los niños de la última edad pre-escolar, por ser un juego social, cooperativo, de reconstrucción de los papeles y la interacción de los adultos.

Elkonin (op.cit.), considera que el juego es aquella actividad en la que existe una situación de "ficción". Se basa en el uso del "análisis desintegrador de las unidades" o en el "método desintegrador del todo" usado por primera vez en las investigaciones psicológicas de Vygotski.

La "Unidad" es el producto del análisis que, a diferencia de los elementos, posee todas las propiedades fundamentales del todo, propiedades que son partes vivas e indivisibles de esa unidad.

Elkonin considera que es el único método a aplicar en el estudio del juego, ya que permite el análisis del surgimiento, desarrollo y decaimiento del mismo.

Dicha unidad la encuentra examinando la forma desplegada y desarrollada del juego de roles tal como sucede en la edad preescolar, en otras palabras, es el juego protagonizado.

La unidad del juego se encuentra constituida por el papel y las acciones pertinentes para interpretarlo. En el juego están representadas en unión indisoluble la motivación afectiva y el aspecto técnico-operativo de la actividad, aunque cabe decir que entre el papel y el carácter de las acciones respectivas existe una estrecha ligazón funcional y una parte contradictoria: cuanto más sincretizadas y abreviadas sean las acciones lúdicas, con mayor profundidad se reflejan en el juego el sentido, la misión y el sistema de relaciones entabladas en la actividad reconstruida de los adultos y cuanto más concretas y desplegadas son las acciones lúdicas; tanto más se manifiesta el contenido objetivo y concreto de la actividad reconstruida.

Ahora bien, según Elkonin, el contenido fundamental del papel asumido por el niño, es precisamente la reconstrucción de ese aspecto de la realidad. Esta realidad puede dividirse convencionalmente en dos esferas interdependientes pero distintas a la vez. La primera es la esfera de los objetos tanto naturales como los debidos a la mano del hombre. La segunda es la esfera de la actividad de las personas, de su trabajo y de las relaciones que entablan. La esfera que influye más en el juego protagonizado es precisamente esta segunda, de tal suerte que " el juego protagonizado en forma desplegada no es el objeto ni su uso ni el cambio ó substitución de objetos que puede hacer el hombre sino las relaciones que las personas entablan mediante sus acciones

con los objetos". No es la relación "hombre- objeto" sino la relación "hombre-hombre".

El singular impacto que la esfera de actividad humana y de las relaciones entre las personas que se produce en el juego, evidencia que pese a la variedad de temas, todos ellos entrañan por razón de principio el mismo contenido, es decir, la actividad del hombre y la relación social entre las personas.

Elkonin distingue entre el tema y el contenido del juego e indica que el primero es el campo de la realidad que los niños reconstruyen en el juego. Los temas pueden ser muchos y muy variados pero reflejan las condiciones concretas de vida del niño que cambian según las condiciones de vida en general y a medida que el niño va entrando en un medio más vasto cada día, va ensanchando su horizonte.

El contenido del juego es el aspecto característico central reconstruido por el niño, de la actividad de los adultos y de las relaciones que entablan en su vida laboral y social.

El contenido del juego revela la penetración mas o menos profunda en la actividad de los adultos; puede revelar sólo el aspecto externo de la actividad humana, solo el objeto con el que opera el hombre o la actitud que adopta frente a su actividad y de otras personas ó el sentido social del trabajo humano.

El carácter concreto de las relaciones entre las personas representadas en el juego, es muy diferentes; estas relaciones pueden ser de cooperación, de ayuda mutua, de división del trabajo y de solicitud de atención de unos con otros, pero pueden ser también relaciones de autoritarismo, despotismo, hostilidad, rudeza, etc., todo depende de las condiciones sociales concretas en las que viva el niño.

Los temas de los juegos no se extraen únicamente de la vida de los niños sino que tienen un fondo social y por lo tanto no pueden ser un fenómeno biológico. El fondo del juego es social porque también lo son su naturaleza y su origen, es decir que el juego nace de las condiciones de vida del niño en la sociedad.

Creemos que esto último es de gran importancia para el caso en estudio, ya que con los niños con parálisis cerebral, durante el juego se puede observar la reproducción del tipo de relaciones sociales que experimenta día con día.

Elkonin, no deja hasta aquí su investigación, estudia también la evolución que el juego va teniendo a lo largo de la vida infantil, aunque a su parecer no se puede hablar de la evolución del juego hasta que se hayan formado las

coordinaciones motoras fundamentales que brindan la posibilidad de actuar y manipular con los objetos, puesto que si el niño no sabe sostener, es imposible cualquier acción lúdica.

Elkonin (op.cit.) opina que en los primeros seis meses de vida, el niño va desarrollando los sistemas sensoriales implícitos desde el mismo comienzo de las interacciones del niño con el adulto que lo cuida durante su proceso de aprendizaje.

Dicho desarrollo se anticipa al desarrollo de la esfera de los movimientos de las manos, movimientos que son caóticos. La formación primaria del acto de asir y su ulterior perfeccionamiento, transcurre en la actividad conjunta con los adultos: "es el adulto quien crea las diferentes situaciones en donde se perfecciona la dirección psíquica de los movimientos de las manos basados en la percepción visual del objeto y en su distancia".

Los adultos que se ocupan del niño, le proporcionan sin darse cuenta, ejercicios conjuntos para formar el movimiento de asir. De esta manera, también transcurren el desarrollo de la orientación del niño en el espacio y la dirección independiente de los movimientos.

Después de haberse formado el acto de asir, la evolución de los movimientos pasa a otra fase que consiste en la aparición y desarrollo de diversos movimientos reiterativos los que se tornan cada vez más y más variados. El niño ya no se conforma con dar palmaditas al objeto, sino que lo agita, lo pasa de un mano a otra, golpea un objeto con otro, etc.

Dichas reacciones reiterativas encadenadas que van acompañadas del examen del objeto que se manipula, son justamente las acciones fundamentales que el niño de esa edad hace con los objetos.

El nivel de desarrollo de esa manipulación que transcurre en los primeros meses de vida, depende de la atención pedagógica que se le haya brindado.

Vemos que el desarrollo del niño transcurre no sólo por el mandato de su necesidad natural, sino que también ese desarrollo es ayudado en mayor o menor grado por el adulto

Al final de la infancia temprana, se preparan las premisas fundamentales para la transición al juego protagonizado, donde observamos que:

a) En el juego se insertan objetos sustitutivos de objetos reales que reciben un nombre adecuado a su significación lúdica.

b) Se complica la organización de las acciones, la cual adquiere carácter de concatenación reflexiva de la lógica de las conexiones vitales.

c) Se produce una síntesis de las acciones y su separación de los objetos

d) Aparece la comparación de sus acciones con las acciones de los adultos, y conforme a ello la adjudicación a sí mismo del nombre de un adulto.

e) Se opera la emancipación respecto del adulto, ante la cual este se presenta como modelo de acción y a la vez surge la tendencia a actuar con independencia pero como adulto.

Estas premisas, se observan durante el desarrollo de la actividad del niño con los objetos, bajo los auspicios del adulto y en actividad conjunta con ellos. Así es que el juego aparece con ayuda de los adultos y no de manera espontánea.

Elkonin opina que las investigaciones experimentales del juego, son posibles únicamente en el proceso de formación prolongada de la actividad lúdica de una misma colectividad de niños con el fin especial de dirigir de esa manera su desarrollo cuya tarea fundamental consistirá aclarar las posibilidades y condiciones de transición de un objeto de actuación en el juego a otro.

Dicha estrategia es conocida como "método genético experimental" utilizado por Vigotski.

A partir de diversas investigaciones son destacados cuatro niveles de desarrollo del juego los cuales se exponen:

PRIMER NIVEL DE DESARROLLO DEL JUEGO (3-3:8 años):

1.- Los contenidos centrales del juego son principalmente las acciones con determinados objetos dirigidas al compañero de juego; son las acciones de la "madre", de la "educadora", etc. dirigidas a los "hijos", "niños", etc. Lo más importante en la representación de los papeles, son las escenas en donde el menor por ejemplo, "da de comer" sin importar el orden en que se haga y lo que se "dé de comer".

2.- Los papeles aunque existen, vienen determinados por el carácter de las acciones, y no son ellos los que las determinan, no se adjudican aun los nombres de las personas que ellos asumen.

3.- Las acciones son monótonas y constan de una serie de operaciones que se repiten, no pasan a otros actos consecutivos como tampoco van precedidos de otros como lavarse las manos, etc.

La lógica de las acciones es fácil de infringir sin que los niños protesten.

SEGUNDO NIVEL DE DESARROLLO DEL JUEGO (4-5:8 años):

1.- El contenido fundamental del juego sigue siendo la acción con el objeto, pero se pone en primer plano la correspondencia de la acción lúdica a la acción real.

2.- Los papeles son denominados por los niños se reparten las funciones, aunque la representación del papel se reduce a ejecutar acciones relacionadas con el papel dado.

3.- La lógica de las acciones viene determinado por la sucesión de la vida, es decir por la sucesión observada en la vida real.

El número de las acciones se amplía y rebasa el límite de un solo tipo dentro de un determinado juego.

4.- La alteración de la continuidad no se acepta pero no se protesta ni motiva el rechazo.

TERCER NIVEL DEL DESARROLLO DEL JUEGO (6 años):

1.- El contenido principal del juego llega a ser la interpretación del papel y la ejecución de la acción dimanante de él, entre los que comienza a destacar las acciones especiales trasmisoras del carácter de las relaciones con los otros participantes en el juego.

2.- Los papeles están bien perfilados y realzados, los niños mencionan sus papeles antes de que el juego comience, determinando y encauzando el comportamiento del niño.

3.- La lógica y el carácter de las acciones se determinan por el papel asumido. Las acciones cobran variedad, aparece el habla teatral específicamente dirigida al compañero de juego en congruencia con el papel propio y el papel interpretado por el compañero, aunque en ocasiones se dan las relaciones ordinarias no iudicas.

4.- La infracción de la lógica de las acciones ese protestada y donde generalmente expresan "asi no es en la vida"

CUARTO NIVEL DEL DESARROLLO DEL JUEGO:

1.- El contenido fundamental del juego es la ejecución de acciones relacionadas con la actitud adoptada ante otras personas cuyos papeles interpretan otros niños.

2.- Los papeles están claramente perfilados y destacados. A lo largo de todo el juego se puede observar una línea de conducta. El habla tiene un carácter teatral manifiesto que viene determinado tanto por el papel del interpelante como del interpelado.

3.- Las acciones se desarrollan en orden estrictamente reconstituidor de la lógica real, son múltiples y reflejan la variedad de las realizadas por la persona a quien el niño representa.

4.- La infracción de la lógica de las acciones y reglas, se rechaza generalmente reclamando que "así no existe en la realidad" e indicando también la racionalidad de las reglas.

Los niveles de desarrollo que se han expuesto, son fases de desarrollo, ya que se ve con claridad, como indica Elkonin, que conforme se eleva esta también se eleva el nivel de desarrollo del juego.

La manera en que el juego se va enriqueciendo es a partir de las ideas que los niños tienen de la realidad circundante, y si no la tienen el juego no puede llevarse a cabo.

Es así que la esencia del juego, estriba en reflejar las relaciones sociales entre las personas.

II.C) El Enfoque Humanista de Carl Rogers.

Carl Rogers (46), es el creador de la "terapia centrada en el cliente", conocida como una de las teorías del "sí mismo", presenta una serie de proposiciones que conforman su teoría de la conducta la cual intenta dar cuenta de los fenómenos y hechos referentes a la personalidad, aunque como él lo indica, dichas proposiciones deben ser consideradas como supuestos e hipótesis susceptibles de verificación o refutación.

Describimos brevemente sus proposiciones:

1.- "Todo individuo vive en un mundo cambiante continuamente de experiencias de las cuales es el centro".

Roger (op.cit.), establece el concepto de "campo fenoménico" que es todo lo experimentado por el organismo de manera consciente ó inconsciente; es un mundo continuamente cambiante de experiencias donde el sujeto es el centro y sólo puede ser conocido en un sentido genuino y completo por él mismo, es decir, el mundo de la experiencia es un mundo privado para cada individuo lo que es denominado como "su realidad". Sólo una porción pequeña de la experiencia es vivida conscientemente (simbolización de algunas de nuestras experiencias), sin embargo gran parte de este mundo de experiencias es accesible a la conciencia si la necesidad del individuo lo permite.

El organismo reacciona ante dicho "campo tal como lo experimenta y lo percibe, dicha reacción es concebida no como una totalidad absoluta, sino como una totalidad organizada ante su campo fenoménico, es decir reacciona ante la percepción de su realidad, de tal manera que podemos ver que un mismo evento es percibido de diferente manera por dos personas.

2.- "El organismo reacciona ante el campo tal como lo experimenta y lo percibe. Este campo perceptual es la realidad para el individuo."

El organismo reacciona como una totalidad organizada ante su campo fenoménico lo que da explicación en buena parte que "áreas del organismo" (como la fisiológica y la psicológica) en apariencia diferentes se encuentran relacionadas la una con la otra, casos claros son por ejemplo la úlcera, y sin fin de enfermedades que encuentran alivio después de haber ventilado un problema emocional.

4.- "El organismo tiene una tendencia o impulso básico para actualizar, mantener y desarrollar al organismo experienciante".

Roger considera que cualquier organismo de cualquier edad, tiene la tendencia o impulso básico a avanzar en dirección de la autorealización, la madurez, independencia y autodirección. Para que el individuo logre su autorrealización, necesita permiso para ser él mismo, con la completa aceptación de sí por parte de él y los demás, pero al mismo tiempo apartándose del control heterónimo ó de las fuerzas externas.

5.- "La conducta es básicamente el esfuerzo intencional del organismo por satisfacer sus necesidades tal como las experimenta, en el campo tal como lo percibe".

Dichas necesidades se experimentan como "tensiones fisiológicas", que cuando se les experimenta constituyen la base de la conducta que aparece funcionalmente (aunque no conscientemente) destinada a reducir la tensión así como a mantener y desarrollar al organismo. Algunas veces la necesidad misma no es experimentada conscientemente.

Todavía no está definido si todas las necesidades se originan en tensiones fisiológicas, pero al parecer a través del condicionamiento cultural, dichas necesidades son elaboradas y canalizadas de tal forma que sólo remotamente se basan en la tensión fisiológica subyacente.

La conducta no es causada por algo que sucedió en el pasado, sino que son las tensiones presentes y necesidades presentes, las únicas que el organismo intenta reducir ó

satisfacer, la experiencia pasada solo sirve para modificar el significado de las experiencias presentes, de tal suerte que no existe conducta que no se oriente a satisfacer una necesidad presente.

6.- "La emoción acompaña y en general facilita esta conducta intencional; el tipo de emoción está relacionado con los aspectos de búsqueda versus los aspectos consumatorios de la conducta, y la intensidad de la emoción con la significación percibida de la conducta para la preservación y el desarrollo del organismo".

Rogers (46), considera que las emociones integran principalmente dos grupos: las sensaciones desagradables y/o excitantes y las emociones tranquilas y/o placenteras. El primer grupo tiende a acompañar al instinto de búsqueda del organismo, mientras que el segundo tiende a la satisfacción de las necesidades, es la experiencia consumatoria. Esta proposición es válida cuando es aplicada al organismo infrahumano o la bebé ya que el desarrollo de la personalidad puede implicar algunas modificaciones de este concepto, puesto que la conducta frecuentemente se puede describir mejor como orientada a la satisfacción de las necesidades de la personalidad, algunas veces contra las necesidades del organismo y la necesidad emocional se puede calificar mejor por el grado de implicación de la personalidad que por el grado de implicación del organismo (p. 419).

7.- "El mejor punto de vista para comprender la conducta es desde el propio marco de referencia del individuo".

Esta proposición fácilmente se puede entender, pero difícil de llevar a la práctica. Se refiere a que se puede comprender mejor la conducta alcanzando en la medida de lo posible el marco de referencia de la propia persona y percibiendo el mundo de la experiencia a través de sus ojos.

No nos damos cuenta de que en Psicología evaluamos a la persona desde nuestro propio marco de referencia o en su defecto desde un marco estadístico, pero la única manera de comprender significativamente su conducta es captarla tal como ella misma la percibe. Incluso nuestro conocimiento del marco de referencia del individuo depende fundamentalmente de algún tipo de comunicación que se dé.

La comunicación es en todo momento defectuosa e imperfecta, solo podemos percibir el mundo de la experiencia tal como la percibe ese individuo de manera velada. Podemos inferir a partir de la observación de su conducta una parte de su campo perceptual y experiencial.

8.- "Una parte del campo perceptual total se diferencia gradualmente constituyendo el sí-mismo".

Esto quiere decir que una parte del mundo privado total se reconoce como "yo", "mi", "mío"; es entendido el sí-mismo como la conciencia de ser o de funcionar".

9.- "Como resultado de la interacción con el ambiente, y particularmente como resultado de la interacción valorativa con los demás, se forma la estructura del sí-mismo: una parte conceptual organizada, fluida pero congruente, de percepciones de las características y relaciones del "yo" o del "mi", conjuntamente con los valores ligados a estos conceptos".

10.- "Los valores ligados a las experiencias, y los valores que son parte de la propia estructura, en algunos casos son valores experimentados directamente por el organismo, y en otros son valores introyectados o recibidos de otros, pero percibidos de una manera distorsionada, como si hubieran sido experimentados directamente".

A medida que el niño actúa gradualmente con el ambiente, va constituyendo conceptos acerca del sí-mismo en relación con el medio. Al mismo tiempo que emerge la conciencia del "yo experimento" aparece también la conciencia del "me gusta", "me disgusta". El bebé aunque no dispone de símbolos verbales, parece valorar aquellas experiencias que percibe como vitalizadoras y valorar negativamente aquellas experiencias que parecen amenazarlo o que no lo protegen. Posteriormente se incluye la valorización de sí-mismo por parte de los demás ("eres un niño bueno, eres un travieso", etc.).

Los valores experimentados por el organismo directamente y los valores introyectados o recibidos de otros, son percibidos de manera distorsionada como si hubieran sido experimentados directamente. Estos valores introyectados (de parte de los padres o de alguna otra persona), llegan a ser una parte amplia y significativa del campo perceptual del niño, y es aquí precisamente donde tiene lugar el tipo de simbolización distorsionada de la experiencia y un rechazo de la conciencia de las mismas (ello tiene gran peso en el desarrollo posterior de inadaptaciones psicológicas) dándole el valor de ser algo malo aunque para el organismo resulte gratificador o vitalizador en cuanto a sus necesidades; de esta manera los valores que el niño vincula con la experiencia, se divorcian de su propio funcionamiento orgánico y evalúa la experiencia en términos de las actitudes de sus padres u otras personas que están en contacto íntimo con él.

Estos valores llegan a ser aceptados como si fueran tan reales como los valores concretos obtenidos en la experiencia directa. El "yo" se forma sobre esta base de distorsión de los datos sensoriales (por ejemplo: sentir odio, lo que aparece ya como algo malo) para que se ajusten a la



estructura ya existente, adquiere una organización e integración que el individuo trata de preservar. Roger considera que la conducta refuerza este sí-mismo cuando no se aprehende tal valor a través de reacciones sensoriales o viscerales y se considera que la conducta se opone a la preservación o refuerzo del "yo" cuando no hay reacciones sensoriales o viscerales negativas.

IZT.

Las bases para un desarrollo del "yo" psicológicamente sano se forjan desde que el niño comienza a experimentar y valorarlas como positivas o negativas. Comienza a percibirse como persona amada, si las personas que le rodean aceptan y respetan todas sus expresiones del "yo". El padre que es capaz de a) aceptar genuinamente los sentimientos de satisfacción del niño; b) aceptar plenamente al niño que los experimenta y; c) aceptar al mismo tiempo que son irrelevantes para la propia estructura; el niño bajo estas condiciones no experimenta amenazas a su concepto de sí-mismo como persona amada. Puede vivenciar plenamente y aceptar como parte suya los sentimientos agresivos hacia su hermanito, por ejemplo. Puede experimentar plenamente la percepción de que la persona que lo ama no le agrada su acción de pegar. Lo que hace después depende del equilibrio conciente de los elementos de la situación. La conducta resultante probablemente será en algunos momentos, social y en otros agresiva.

Como la estructura del sí-mismo no se ve amenazada por la pérdida del amor, ya que son aceptados sus sentimientos, no necesita el niño rechazar de la conciencia la satisfacción que siente ni distorsionar su experiencia con las reacciones de los adultos y considerarla como propia. De esta manera, desarrolla un "yo" profundamente estructurado en el que no hay rechazo ni distorsión de su experiencia.

11.- "A medida que se producen experiencias en la vida del individuo, estas son: a) simbolizadas, percibidas y organizadas en cierta relación con el sí-mismo, b) ignoradas porque no se percibe ninguna relación con la estructura del sí-mismo, c) se les niega la simbolización ó se les simboliza distorsionadamente porque la experiencia no es compatible con la estructura del sí-mismo".

La primera condición es dada porque satisfacen una necesidad del sí-mismo ó porque son coherentes con su propia estructura y por eso la refuerzan. En otras palabras el sujeto escoge de entre todas sus vivencias sensoriales aquellas que concuerdan con su concepto de sí-mismo. Igualmente numerosas experiencias son simbolizadas porque están relacionadas con las propias necesidades.

En la segunda condición, el sujeto elige de entre sus numerosas experiencias sensoriales aquellas que concuerdan con su aceptación de sí-mismo, las restantes las ignora, ello pasa incluso en los casos en que el sujeto rechaza la



experiencia positiva si se encuentra devaluada la imagen de si-mismo.

En la última condición, dichas experiencias que son incompatibles con la estructura del si-mismo, están imposibilitadas de entrar a la conciencia. Como ejemplo tenemos el caso en donde la persona rechaza el hecho de ser inteligente cuando el auto concepto de si-mismo es negativo. Otro tipo de rechazo es el que conocemos con el nombre de "represión", en donde se produce la experiencia orgánica pero no la simbolización de esa experiencia o bien, la simbolización distorsionada de la misma, ya que una representación consciente adecuada de esa experiencia resultaría contradictoria con el concepto del si-mismo.

12.- "La mayoría de las modalidades de conducta que el organismo adopta, son compatibles con el concepto de si-mismo".

Cuando el organismo lucha por satisfacer sus necesidades en el mundo tal como lo experimenta, la modalidad que asume la lucha, es compatible con el concepto de si-mismo.

De la variedad de las formas para satisfacer la necesidad de alimento, de afecto etc., el individuo elige sólo aquellas que son compatibles con el concepto que tiene de sí. Sin embargo hay veces donde se rechaza también la experiencia aunque la necesidad orgánica existe, esta no puede ser admitida en la conciencia. La conducta que se adopta es congruente con el concepto de si-mismo y satisface la necesidad orgánica. Por ejemplo, un piloto que es conocido como una persona valiente, se le asigna una misión que implica grandes riesgos. Fisiológicamente experimenta miedo y la necesidad de escapar del peligro, puede percibir que la máquina no funciona adecuadamente ó que está enfermo.

La mayor parte de la conducta neurótica es de este tipo, situación que podemos encontrar de manera similar en los niños.

13.- "La conducta puede surgir en algunos casos a partir de experiencias y necesidades orgánicas que no han sido simbolizadas. Tal conducta puede ser incompatible con la estructura del si-mismo, pero en esos casos el individuo no es dueño de sí".

Es el típico caso donde el individuo se justifica diciendo "no sabía lo que hacía" porque así lo siente.

La inadaptación psicológica se produce cuando el organismo rechaza de la conciencia experiencias sensoriales y viscerales significativas que en consecuencia no son simbolizadas y organizadas en la totalidad de la estructura de su si-mismo. Cuando se produce esta situación hay una

tensión psicológica básica o potencial, si el individuo toma conciencia de esa tensión surge el sentimiento de ansiedad lo que causa la idea de no estar seguro de su dirección.

Tomando en cuenta la estructura de su si-mismo como una elaboración simbólica de una parte del mundo privado de las experiencias del organismo, podemos comprender que cuando se niega la simbolización a gran parte de este mundo privado, resultan las "tensiones básicas" como lo llama Rogers, (46). Luego encontramos una discrepancia real entre el organismo experienciante tal como existe, y el concepto de si-mismo que ejerce una fuerza dominadora en la conducta. Este si-mismo, representa muy inadecuadamente la experiencia del organismo. El control consciente se hace más difícil cuando el organismo lucha por satisfacer necesidades que son admitidas conscientemente y por reaccionar ante las experiencias rechazadas por el si-mismo consciente. Se produce entonces la tensión y si el individuo toma conciencia de esa tensión o discrepancia se siente ansioso, siente que no está unificado o integrado, que no está seguro de su propia dirección. En resumen, el organismo lucha por alcanzar ciertas satisfacciones en el campo tal como lo experimenta orgánicamente, en tanto que el concepto de si-mismo es más restringido y no puede admitir en la conciencia muchas de las experiencias reales.

Rogers (p 433) vislumbra dos formas diferentes de manifestación de la tensión:

1) Tensión en que el individuo tiene un concepto de sí definido y organizado basado en parte en las experiencias orgánicas (pueden ser afectos o sentimientos).

2) El individuo siente cuando explora su inadaptación, que no tiene si-mismo, que su único si-mismo consiste en emprender lo que los demás creen que debe hacer. El concepto de si-mismo, se basa por completo en evaluaciones de la experiencia que se toman de los demás, conteniendo un mínimo de simbolización exacta de la experiencia y un mínimo de evaluación orgánica directa de la experiencia. Puesto que los valores que sostienen los otros no tienen necesariamente una relación con las experiencias orgánicas reales del individuo, la discrepancia entre la estructura del si-mismo y el mundo experiencial, gradualmente se llega a expresar como un sentimiento de tensión y angustia.

15.- "La adaptación Psicológica existe cuando el concepto de si mismo es tal que todas las experiencias sensoriales y viscerales del organismo son, o pueden ser asimiladas en un nivel simbólico en relación compatible con el concepto que tiene de sí".

Quando la estructura de si-mismo es capaz de aceptar e incluir en la conciencia las experiencias orgánicas, cuando el sistema organizacional se puede expandir lo suficiente como para contenerlas, entonces se logra una clara

integración y un sentido de dirección y el individuo siente que su fuerza puede dirigirse y se dirige hacia la realización y desarrollo de un organismo unificado.

La sensación de autonomía y autodominio, corresponde a la accesibilidad de todas las experiencias a la conciencia. Siendo lo importante el hecho de que todas las experiencias, impulsos y sensaciones sean accesibles y no necesariamente el hecho de que estén presentes en la conciencia. Cuando todas las experiencias son asimiladas en relación al "yo" y se convierten en parte de su estructura, tiende a disminuir lo que se llama "conciencia de si" por parte del individuo. La conducta se hace más espontánea, la expresión de las actitudes es menos controlada porque el "yo" puede aceptar tales actitudes y tal conducta como partes suyas.

El individuo acepta el hecho de que "soy lo que soy" y entonces puede actuar espontáneamente y limitar su conciencia de si-mismo.

16.- "Cualquier experiencia incompatible con la organización o estructura de la persona, puede ser percibida como una enseñanza, y cuanto más numerosas sean estas percepciones, más rígidamente se organizará la estructura de la persona para preservarse".

Si el "yo" no se puede defender contra amenazas profundas, el resultado es un derrumbe psicológico catastrófico y una desintegración.

17.- "en ciertas condiciones, que implican principalmente una ausencia total de amenazas para la estructura del si-mismo, se pueden percibir y examinar experiencias incompatibles, y se puede revisar la estructura del si-mismo para asimilar e incluir tales experiencias".

En la terapia se asegura al paciente que se le acepta tal como es, y que cada nueva fasetta de si-mismo que se revele, también será aceptada, entonces las experiencias que habían sido rechazadas, se pueden simbolizar a menudo muy gradualmente, dandoles así una forma claramente consciente.

Una vez que son conscientes, el concepto de si se expande de manera tal que se les puede incluir como parte de una totalidad compatible.

Analizando los elementos que posibilitan la reorganización de la estructura del si-mismo, pueden ser dos factores probables: (a) La captación del nuevo material iniciado por la persona misma. Ello ocurre porque el consejero posibilita la exploración de la experiencia, y como se acepta el si-mismo en todos los pasos de su exploración y en todos los cambios que puede mostrar, parece posible explorar gradualmente más áreas con "seguridad" y por tanto

las áreas rechazadas se aceptan poco a poco. (b) El consejero acepta toda clase de experiencias, actitudes y percepciones, el paciente puede introyectar este valor social y aplicarlo a sus propias experiencias, aunque el individuo sabe que el consejero que sostiene tal valor es uno entre mil y que la sociedad en general no lo aceptaría tal como es, sin embargo la introyección de la actitud del consejero puede ser al menos un paso temporario o parcial hacia la experiencia de la aceptación de si mismo, aunque aún no se conoce suficientemente las condiciones esenciales para este tipo de experiencias.

18.- "Cuando el individuo percibe y acepta en un sistema compatible e integrado todas sus experiencias sensoriales y viscerales, necesariamente comprende más a los demás y los acepta como personas diferenciadas".

La persona que se acepta a si misma, tendrá mejores relaciones interpersonales con los demás, ello ocurre porque cuando todas las experiencias son accesibles a la conciencia y se las integra, la actitud defensiva se minimiza, cuando no hay necesidad de defenderse no hay necesidad de atacar y se percibe a la otra persona como lo que realmente es, un ser diferente que opera en términos de sus propios significados basados en su propio campo perceptual.

19.- "A medida que el individuo percibe y acepta mas experiencias orgánicas en su estructura del si-mismo, encuentra que está reemplazando su actual sistema de valores -basado en gran medida en introyecciones simbolizadas de manera distorsionada- por un proceso continuo de evolución organísmica".

Parece que en el momento en que el sujeto se da cuenta de que está en desacuerdo con los valores que ha introyectado y ha desechado, no sabe que "juicios de valor" utilizar, sin embargo ellos van surgiendo de manera auténtica y espontánea. Descubre que sus propios sentidos, su propio equipo fisiológico, pueden ofrecerle los datos para formular juicios de valor revisandolos continuamente. No hace falta que nadie le diga si lo que hace está bien o mal, actúa de una forma más libre y espontánea; siempre percibe que es satisfactorio y vitalizador.

Puede depositar su confianza en un proceso de evaluación en lugar de un rígido sistema de valores introyectados.

En terapia parecería que la reorganización que se produce se basa en la retención de los valores que se experimentan, los cuales preservan o desarrollan al organismo en oposición a los valores que otras personas consideran buenas para el organismo. De este modo, en tanto que el establecimiento de los valores por parte de cada individuo

puede sugerir una completa anarquía de valores, la experiencia indica que ocurre todo lo contrario, los valores más altos para el desarrollo del organismo se alcanzan cuando se permite la simbolización consciente de todas las experiencias y actitudes, y cuando la conducta se convierte en la satisfacción significativa y equilibrada de todas las necesidades que son accesibles en la conciencia.

La conducta que se sigue luego, satisfará tanto la necesidad de aprobación social de expresar sentimientos afectivos positivos, de expresión sexual, de evitar la culpa y el remordimiento como la necesidad de expresar agresión.

Todos los individuos tienen básicamente las mismas necesidades, incluyendo la de ser aceptado por los demás. Parece que cuando cada individuo formula sus valores en términos de su propia experiencia directa, resulta ser un alto grado de comunidad y un sistema de valores genuinamente socializado.

CAPITULO III: " CARACTERISTICAS DEL PARALITICO CEREBRAL Y SU ACTIVIDAD LUDICA".

—III.A) Definición de Parálisis Cerebral.

Para las personas que están familiarizadas con el término no existe tal vez confusión, pero para la población en general dicho concepto se presta para una interpretación diferente a la acostumbrada en el ambiente rehabilitatorio.

Para la mayoría de la gente, tal rubro alude a una parálisis ciertamente, pero "del cerebro", ya que dicho concepto es definido como gramaticalmente se construye, dando pie a que el paralítico cerebral sea concebido como una persona a la que no "le funciona el cerebro" y por tanto su capacidad intelectual es anulada.

El concepto como se puede ver, genera una imagen menospreciada de las potencialidades del paralítico cerebral, cuestión que afecta directamente al propio individuo aunque a pesar de tener millones de neuronas muertas que le obliguen a depender totalmente en el aspecto físico, puede presentar un nivel normal de inteligencia. Mencionaremos enseguida algunas definiciones de la parálisis cerebral.

Albot (2) define a este trastorno como una incapacidad neurológica causada por una lesión en los centros motores del cerebro, no sólo acarrea la pérdida del control muscular funcional sino que también implica perturbaciones del sensorio.

Westakle (56), considera que no es solo un tipo de alteración neuromuscular sino un grupo de trastornos que ocurren como consecuencia de un compromiso de áreas de control motor corticales o subcorticales.

Los Bobath (6), lo definen como un trastorno sensoriomotor "...no se trata de una entidad nosológica en particular, sino un grupo de ellas consiguiente a un desarrollo anormal del encéfalo o a una lesión encefálica.

Crickmay (9), por su parte considera que la parálisis cerebral es una expresión general la cual abarca una variedad de trastornos específicos que poseen en común la característica de que obedecen a una lesión de los centros motores del cerebro y se manifiestan por una pérdida del control motor.

Podemos decir entonces, que la palabra "parálisis cerebral" indica la consecuencia de la lesión: es una pérdida de la disminución de la función motora, o algún tipo de disfunción motora. La palabra "cerebral" denota que la lesión causal está en el cerebro y no en la médula espinal.

Como características visibles observamos, que el niño paralítico cerebral no consigue mover su cuerpo de manera normal, sin embargo, aunque existe una lesión a nivel encefálico, pueden existir escasas o nulas alteraciones en la inteligencia.

II.B) Etiología de la Parálisis Cerebral Infantil.

Las causas pueden ser muchas y muy diversas, pudiendo suceder principalmente en tres momentos importantes: antes, durante y después del nacimiento.

Entre las causas prenatales tenemos:

- anomalías del desarrollo del cerebro originadas por trastornos circulatorios.
- incompatibilidad sanguínea ✓
- infecciones y afecciones metabólicas sufridas por la madre tales como rubeola. ✓
- la prematurez.
- radiaciones a nivel pélvico. ✓
- ingestión de medicamentos mal empleados. ✓
- ingestión de alcohol y sustancias tóxicas o drogas. ✓
- hemorragias maternas o fetales.
- diabetes.
- traumatismos.

Causas perinatales:

- uso de fórceps.
- parto prolongado. ✓
- anoxia causada por desprendimiento del pulmón, obstrucción de vías respiratorias, o bien, por deficiencia placentaria.
- alteraciones provocadas por la anestesia administrada a la madre. ✓
- hemorragias intracraneales.
- ictericia (producción excesiva de bilirrubina debido a la incompatibilidad sanguínea de los padres lo cual daña el cerebro).

En cuanto a las lesiones originadas en periodo postnatal tenemos:

- lesiones circulatorias cerebrales como las que producen las convulsiones.
- infecciones que causan meningitis o encefalitis.
- traumatismos craneoencefálicos.
- intoxicaciones.
- anoxia postnatal.

III.C.) Clasificación de la Parálisi Cerebral.

La parálisi cerebral puede presentarse de diferentes formas por lo que se ha clasificado en base a dos criterios:

- a.- clasificación basada en la distribución de los miembros afectados.
 - b.- clasificación basada en los defectos funcionales derivados de la estructura cerebral que ha sido dañada.
- En la primera clasificación, se pueden identificar siete características:

a.1 Monoplejía.- Involucra la afectación de un sólo miembro, aunque estos casos son muy poco comunes.

a.2 Paraplejía.- Involucra la afección de las piernas y prácticamente esta característica se encuentra en paralíticos cerebrales tipo espástico.

✦ a.3 Hemiplejía.- Afección exacta de la mitad del cuerpo, dada ésta de manera lateral y se manifiesta generalmente en los espásticos, sin embargo existen algunos casos dentro de la atetosis. Además es común encontrar daño en la propiocepción, en la discriminación y en la forma de percibir. También en los casos de hemiplejía derecha suele aparecer con mayor frecuencia las alteraciones en el lenguaje que en las hemiplejías izquierdas.

a.4 Triplejía.- Involucra la afección de tres miembros; usualmente ambas piernas y un brazo, que por lo regular presentan espasticidad. Puede ser hemiplejía mas paraplejía o bien cuadripeljía incompleta.

✦ a.5 Cuadripeljía ^{espástica} (Tetraplejía).- En esta característica aparecen afectadas las cuatro extremidades, aunque los pacientes que se encuentran mas afectados de las piernas son espásticos por lo regular, y cuando los brazos son mas afectados, se trata por lo general de P.C. tipo atetósica ó diskinesicos.

✦ a.6 Diplejía.- Afección de partes contralaterales del cuerpo, es un término poco usado y se trata de una P.C. bilateral.

a.7 Doble hemiplejía.- Implica aquellos casos en donde los brazos se encuentran más dañados que las piernas, estos casos se encuentran por lo regular en P.C. tipo espástico, cabe decir que este término es poco usual (ver figuras 1, 2, 3 y 4).

Referente a la clasificación basada en el daño de la estructura cerebral del sistema nervioso central, tenemos varios tipos que describiremos a continuación:

b.1 Tipo espástico.- Los sujetos con este tipo de P.C., se caracterizan por mostrar un incremento del tono muscular, el cual puede variar desde un estado leve hasta un estado de rigidez de descerebración / (24) ello depende de la localización exacta de la lesión así como de la magnitud del compromiso del sistema piramidal. Además, existe la pérdida de movimientos voluntarios los que son substituidos por una acción refleja en masa de tipo flexor o extensor, y mientras mayor sea el grado de espasticidad, más primitivos serán sus movimientos y sus posturas. Referente a las posturas anormales, tenemos que por lo general, están involucrados los músculos antigravitatorios que son extensores en las piernas y flexores en los brazos, además la cabeza es llevada hacia atrás al igual que los hombros, extienden y rotan hacia adentro las caderas, rodillas y tobillos, y en ocasiones existen piernas en tijera, esto es, colocan las piernas cruzando una sobre la otra. Dicha descripción es característica en la posición de decúbito dorsal (boca arriba).

En decúbito ventral (boca abajo), se observa espasticidad flexora; el cuello, tronco, caderas y brazos se flexionan quedando éstos últimos bajo el pecho, produciendo un arqueamiento de la columna vertebral.

Esta flexión masiva impide el movimiento de cadera, columna, manos y brazos, por lo que el niño es incapaz de moverse hacia los lados ó ponerse boca arriba. ahora bien, cuando se afectan las vías piramidales, es decir, las vías motoras que descienden desde la corteza hasta la médula espinal y que rigen los movimientos voluntarios, se ocasiona la parálisis de tipo espástico (6), (53); (ver figuras 5 a 9).

b.2 Tipo atetósico .- Como característica principal, observamos en estos sujetos movimientos incontrolados lentos y serpenteantes que se originan desde una parte proximal a una distal. Además el atetósico presenta tono muscular muy fluctuante, ya que en estado de reposo se encuentra hipotónico y al inicio de un movimiento pasa a hipertónico, siendo estos movimientos abruptos y mal orientados. El atetósico, a diferencia del espástico, no presenta dificultad para moverse, pero se mueve cuando no lo desea y cuando lo quiere hacer no lo hace en la forma adecuada, su postura en general es impredecible e inconstante.

Cuando se aumenta la excitación en estos sujetos, se incrementa también la "tempestad de movimientos". Podemos ver con mucha frecuencia que la locución está afectada pues además de tener la cabeza hacia atrás, la boca por lo general está abierta y la lengua presenta también movimientos involuntarios; asimismo, los músculos masticatorios se encuentran involucrados, por lo que su habla en muchos casos se asimila al de un disco que gira a baja revolución presentando además muecas. La atetosis obedece a una lesión en los ganglios basales donde su función es la de controlar la conformación de los movimientos así como de regular el equilibrio y el tono (ver figuras 10 a 12 y 26).

b.3 Parálisis Cerebral tipo Atáxica. - La principal característica motora del atáxico, son las perturbaciones en el equilibrio y el balance, siendo la mayoría de los casos moderada. Existe mala fijación de la cabeza, tronco, hombros y cintura pélvica. Los movimientos voluntarios están presentes pero son torpes o no coordinados. Suelen presentar dismetría, esto es, cuando desean asir un objeto, es extendido demasiado el brazo, o puede ser también que el movimiento realizado no sea suficiente para poder tomar dicho objeto. Además existen escasos movimientos manuales finos.

Los casos más seriamente comprometidos, presentan un patrón de seria incoordinación o pérdida de balance, o ambos. El niño con ataxia pierde el sentido de la posición o postura, a causa de que no sabe qué músculo usar para orientarse en el espacio o con relación a la gravedad. Su marcha es tambaleante y frecuentemente da tropezones y su tono muscular se encuentra disminuido.

La ataxia se debe a una lesión cerebelosa o bien porque los mensajes no llegan al cerebelo. En el Primer caso se altera la velocidad y la regularidad de las contracciones y se presenta, como ya lo hemos dicho, como una asentuada hipotonía (ver figuras 13 a 15).

b.4.- Tipo Mixto. - En esta categoría se agrupan los casos que presentan combinaciones de dos o más de los tipos de P.C. ya mencionados.

Realmente son muy escasos los niños que presentan sintomatología pura, en donde con mayor frecuencia son los espásticos.

Contrariamente, el tipo atáxico es difícil de que sea bien diferenciado ya que generalmente se combina con el atetósico.

Existen también movimientos reflejos que perduran en algunos casos de parálisis cerebral, movimientos que ponen en manifiesto la inmadurez cerebral de sus misiones motoras.

Dichos movimientos son necesarios en algun momento de la vida, sobre todo a temprana edad, posteriormente van evolucionando acorde con el desarrollo del individuo de manera natural, pero cuando aparece un daño en este caso, que desemboque en una parálisis cerebral, la evolución se ve cuartada en diferentes grados dependiendo de la magnitud de la lesión.

Podemos ver, sobre todo en los casos de parálisis cerebral tipo espástica, la permanencia de algunos de ellos que describiremos a continuación:

I) REFLEJO DE PRENSION.- Este reflejo consiste en que el chico agarra fuertemente algún objeto (dedo) que es colocado en su mano; en un niño normal este reflejo permanece hasta los tres meses y a los cuatro desaparece.

II) REFLEJO DE SUCCION.- El niño gira la cabeza en la dirección misma del lado de la mejilla que se ha tocado.

III) REFLEJO TONICO DE LA NUCA.- Aquí los movimientos de las extremidades dependen de la posición cabeza-tronco; encontramos dos tipos en esta categoría los que a su vez se dividen en dos modalidades:

III.1.- REFLEJO TONICO DE LA NUCA TIPO EXTENSOR.- Cuando hay extensión de la cabeza, simultáneamente se extienden los brazos mientras que las piernas se flexionan.

III.2.- REFLEJO TONICO DE LA NUCA TIPO FLEXOR.- Cuando hay flexión de la cabeza, simultáneamente se flexionan los brazos y las piernas se extienden.

III.3.- REFLEJO ASIMETRICO TONICO DE LA NUCA.- Se observa que al girar la cabeza del niño, se extiende el brazo del mismo lado del giro al igual que la pierna, mientras que se flexionan el brazo y la pierna del lado opuesto

IV) REFLEJO LABERINTICO TONICO.- En este caso los movimientos de las extremidades dependen de la adaptación de la cabeza en el espacio. Este reflejo desaparece por lo general en el segundo mes de vida, y puede darse de dos formas:

IV.1.- LABERINTICO TONICO TIPO FLEXOR.- Cuando se flexiona la cabeza, automáticamente se dá la aducción y flexión de los brazos, flexión también de tronco y piernas aunque en estas ultimas puede ocurrir extensión

IV.2.- LABERINTICO TONICO TIPO EXTENSOR.- Existe hiperextensión de tronco con impulso hacia atrás de la cabeza y los hombros, así como extensión de caderas y rodillas.

V) REFLEJO DE MORO.- Se caracteriza porque ante la presencia de un estímulo acústico, el sujeto responde con una extensión rápida seguida de una flexión rápida de brazos y piernas.

VI) REACCION DE APOYO POSITIVO.- Se refiere a la posición de piernas cuando el niño es sostenido en bipedestación, aquí las piernas se encuentran en aducción en estribo y rotación interna, existe además ligera flexión de las articulaciones de cadera y rodilla, así como posición equina de pies. Esta reacción aparece normalmente en el segundo mes, y desaparece aproximadamente en el sexto.

Dichos reflejos en un niño normal son completados y substituidos a lo largo del desarrollo por otros nuevos reflejos llamados vestibulares, en donde se conjugan los movimientos involuntarios y voluntarios; muchos de los paralíticos cerebrales no logran desarrollarlos, pero veamos en que consisten:

VII) REFLEJO LABERINTICO VESTIBULAR.- Al mover el tronco hacia atras, adelante y a los lados, la cabeza conserva la posición vertical.

VIII) REACCION DE CAIDA.- Al lanzar al niño al aire, primero se flexiona acompañando de aducción corporal seguida de una posición de búsqueda de apoyo, cabeza recta, y piernas semiflexionadas.

IX) FUNCIONES DE APOYO DE BRAZOS Y MANOS.- Este comienza en el primer mes y se perfecciona en el quinto. Muchos de los niños con P.C. no logran desarrollarlo debido a la presencia del reflejo tónico simétrico tipo flexor.

Muchos de los reflejos primarios persisten en el niño con P.C. tipo espástico, lo que hacen que sus movimientos sean característicos (ver figuras 16-25).

III.D) Equipo de Trabajo.

La parálisis cerebral que implica la afectación de las diferentes estructuras cerebrales según el caso con sus consecuentes manifestaciones motoras, emocionales tanto individual como familiar, y de capacidades intelectuales, requiere de la participación de diferentes profesionales que tienen en común un mismo objetivo; deben corresponder a las necesidades del niño y que además dicha intervención sea proporcionada de manera integral. Por estas razones es conveniente contar con diferentes profesionales que aporten cada uno los conocimientos importantes de su área optimizando

así las condiciones en las que se encuentra el parálitico cerebral aprovechando sus potencialidades.

Dicho trabajo lleva a una actividad multidisciplinaria, ya que como Ribes (49) indica, la multidisciplinaria plantea los niveles de acción conjunta y coordinada de conceptos, metodologías y técnicas de diferentes disciplinas en un mismo campo de problemas, sin que pierdan la identidad original que las configura como disciplina (ver capítulo I).

Dicho equipo de trabajo debe estar conformado por varios profesionales, como son: el médico fisiatra, el terapeuta físico, el terapeuta de lenguaje, el pedagogo, el trabajador social, el psicólogo.

Pasemos ahora a describir la labor que desempeña cada profesionalista en su área así como la relación que guarda entre sí.

El médico fisiatra se aboca principalmente a proponer el tratamiento en los términos de los movimientos, ejecución y de ser necesario prescribe aparatos ortopédicos para que el paciente pueda llegar a ser independiente en sus movimientos de desplazamiento, bien para optimizarlas posturas generalmente anormales, o para evitar que las contracturas aparezcan o se agraven.

También es el indicado para determinar cuándo el sujeto debe realizar o no algún movimiento especial cuidando de que no afecte negativamente alguna secuencia de movimientos o llegar a dañarse algún músculo.

Por otro lado, tenemos el trabajo del Terapeuta Físico, el cual se encarga de aplicar los tratamientos, ejercicios, masajes, etc., apoyando su terapia con diferentes condiciones ambientales tales como el uso de temperatura, agua, uso de diferentes elementos terapéuticos como la "cuña", "el rollo" o la "esfera", lo que facilita la rehabilitación o habilitación de movimientos corporales.

El terapeuta físico posee los conocimientos del movimiento normal y su evolución a lo largo del desarrollo del pequeño, por lo que tiene la posibilidad de valorar y diagnosticar a este nivel los casos diversos de parálisis cerebral. Además, tiene el deber de seguir el tratamiento prescrito por el médico fisiatra al igual que los elementos restantes del equipo, dentro de lo que compete a cada área.

Por su parte, el terapeuta de lenguaje, dirige su actividad en el establecimiento o corrección de defectos en la dicción del niño parálitico cerebral o bien proporciona un sustituto de comunicación a pacientes cuyo nivel de daño le imposibilita totalmente la emisión de sonidos o porque dicha emisión sea incomprensible.

Su acción consiste en la aplicación de ejercicios para la realización de diversos movimientos que faciliten al pequeño un adecuado manejo de los músculos involucrados en el aparato fonoarticulador. Estos pueden ir desde la relajación hasta el control de determinados músculos, movimientos de mandíbula, labios, dientes, lengua, movimientos más gruesos como control de cuello, cabeza, hombros, y manejo de abdomen, el que permite un buen volumen en la emisión de voz.

Este especialista debe estar en relación directa con el médico fisiatra y con el terapeuta físico, ya que éstos últimos apoyan las técnicas a utilizar en cuanto a inhibición de reflejos y facilitación de movimientos adecuados.

El pedagogo abarca principalmente el área académica, elige el método de enseñanza así como actividades que pueden desarrollar los niños, para ello necesita la colaboración del resto del equipo que a su vez estará apoyando las actividades de las áreas restantes.

La labor del trabajador social está dirigida a la exploración de los problemas sociales que enfrenta el parálitico cerebral y su familia; de esta forma lleva a cabo un diagnóstico socioeconómico ofreciendo al resto del equipo un panorama de la situación que les permite adoptar las estrategias adecuadas tomando en consideración las necesidades del sujeto asimismo, permite contemplar las ventajas y limitaciones que existen en su hogar.

El psicólogo por su parte, más que ser sólo un aplicador de pruebas psicométricas como tradicionalmente lo ha hecho, es un profesional que brinda apoyo al pequeño, a la familia y al equipo de trabajo acorde a su campo de estudio:

A nivel individual, el psicólogo es el indicado en evaluar y explorar las habilidades académicas y sociales, asimismo define la presencia de conductas incompatibles con el proceso rehabilitatorio tales como: agresión, baja auto-estima, falta de motivación, etc.

En cuanto a la familia, el trabajo del psicólogo está encaminado hacia la aceptación del individuo parálitico cerebral dentro del seno familiar, así como el lograr la motivación tanto del afectado como de su familia para optimizar su rehabilitación.

El compromiso que guarda con el equipo de trabajo es el siguiente: el psicólogo en conjunto con el pedagogo, brindan a los pequeños las técnicas de enseñanza más adecuadas a las características del parálitico cerebral y su necesidad sin olvidar las sugerencias del área de terapia física y de lenguaje. Por otro lado, el psicólogo posee los conocimientos para brindar al terapeuta físico, al terapeuta de lenguaje y

al pedagogo, las técnicas motivacionales así como de modificación conductual que se requieran en su momento, también el psicólogo supervisa que dichas técnicas sean aplicadas adecuadamente.

Pero el equipo de trabajo no sólo labora a nivel interno, sino que está relacionado también con la familia y con el grupo social circundante.

También el desempeño familiar (principalmente el de los padres) juega un papel básico para la rehabilitación del menor, ya que asesorados por los profesionales deben llevar a cabo un manejo adecuado del niño desde el nivel motor (entrenamiento específico para "facilitar" los movimientos adecuados, así como la aplicación de ejercicios físicos para el mismo fin) hasta un nivel psicológico, ya que puede evitar en la medida de lo posible la sobreprotección o el rechazo que suele presentarse con frecuencia.

La labor del Psicólogo no termina aquí, también elabora un diagnóstico para lo cual se recopila información sobre los aspectos del chico tales como: desarrollo motor, verbal, social, su nivel de autosuficiencia, etc. Por último y lo más importante de este trabajo es el identificar los problemas en las interacciones familiares del menor (7).

III.E) La Familia y el Paralítico Cerebral.

El nacimiento de un niño con parálisis cerebral (o de cualquier otra atipicidad) dentro de una familia conlleva a una serie de cambios que pueden ir desde los más leves hasta los más abruptos dependiendo de la dinámica familiar existente, la problemática particular de los padres, así como de la severidad del daño sufrido por el niño.

Estos cambios suceden en diferentes áreas, entre otras se encuentra el área emocional, la económica, de la personalidad del niño las cuales serán tratadas a continuación.

a) AREA EMOCIONAL.- Aquí incluimos el sentimiento de los padres respecto a la aceptación del problema, dicho sentir se refleja en las actitudes que se tienen para con el niño; y por tanto el manejo que se tenga de él. También suceden cambios a nivel de pareja en donde según los estudios realizados apoyados por la observación directa, el nacimiento del bebé con parálisis cerebral o cualquier anomalía no es la causa directa de conflictos, que inclusive llevan a la ruptura total de la pareja, sino que es un factor que agudiza los problemas y tensiones ya existentes dentro de la misma (13) (50)..

Analizaremos más detenidamente el "proceso de cambio" de dichas familias. Encontramos que desde un inicio, la llegada de un niño con algún impedimento crea gran dolor, lo cual no es gratuito, ya que antes de su nacimiento se anida la idea de que será sano, hermoso, e inteligente, que hará un buen papel en la competitiva sociedad y del que pueden sentirse orgullosos en el futuro.

La primera reacción es un choque y el no creer que haya ocurrido, ello va seguido por una reacción de tristeza por no haber tenido al niño perfecto (50).

Algunas características de las sensaciones reportadas por los padres son: la depresión generalizada, sensación de aislamiento, frustración, ira, culpa y la posibilidad de que la invalidez haya sido causada por algo que la madre hizo en el pasado, hasta el llegar el desahogo que la dura experiencia desaparezca. En algunos casos el dolor es tal que se desea la muerte del niño o la propia, también es característica la pérdida de la autoestimación y el sentirse incapaces de procrear niños sanos.

Si los padres no superan esta etapa se propiciará que el menor sea la persona en que se depositan todos los conflictos, iras, frustraciones, odio, o negar que tenga algo anormal e incluso a llegar a pensar que es hijo de otra persona, dando pie a un malestar generalizado dentro de la familia y entre los elementos que la integran, sin mencionar los problemas que originan tanto al menor como a sus hermanos.

Una última característica es acudir de un doctor a otro en busca de una cura milagrosa; si sufren fuertes sentimientos de culpa pueden tratar de aliviar su estado compensándolo de dos maneras: se condenan a una esclavitud sin descanso en el cuidado del niño, o proyectan sus culpas a los trabajadores en general tales como maestros, terapeutas, etc. acusándolos de descuidos o equivocaciones (13):

Podemos observar como las actitudes hacia el niño suelen ser extremas, dándose la sobreprotección (como rechazo encubierto) o el rechazo propiamente, prueba contundente de que los padres no han superado el conflicto.

La sobreprotección es tan indeseable como el rechazo para el bienestar del menor, ya que limita su desarrollo haciéndolo menos independiente y más lento para adquirir habilidades.

Es característico encontrarnos a padres que tratan a sus hijos como "bebés", aunque ya hayan dejado esa etapa lo que les niega la oportunidad de que puedan desarrollarse lo mejor posible. Contrariamente y con mucha frecuencia se observa el

abandono de los cuidados personales que se le deben al niño, pero esto no es más que el reflejo del rechazo hacia el menor. En realidad pocas son las familias que llegan a superar esta etapa, donde lo más común es que se adapten a esta situación aparentemente desastrosa y la manera en cómo lo hagan es crucial para el bienestar no solo del niño sino de toda la familia. Podemos ver, familias en donde el niño es querido por uno o ambos padres pero no aceptan sus impedimentos y es por ello que a ratos sienten amor por él y otros momentos vuelven a sentirse angustiados y rechazantes al seguir negando esta realidad.

b) AREA ECONOMICA.- En esta segunda área también ocurren cambios; contemplamos el factor monetario el de trabajo y tiempo invertido para el cuidado de estos niños.

El niño con parálisis cerebral requiere, entre otras cosas de mayor atención por parte de los padres que un niño sin limitaciones, ya que existe la necesidad de proporcionar ayuda para su aprovechamiento escolar, lo que implica estar al pendiente de sus movimientos y postura, además si el niño tiene la fortuna de asistir a un centro de educación especial, resulta sumamente trabajoso el hecho de transportarlo asentuándose el problema si el niño no camina y si no se cuenta con un medio de transporte particular (21).

Estas dos áreas abordadas en el presente apartado (laboral y económico), no sólo afecta al chico con limitaciones sino como claramente lo vemos, afecta al resto de la familia; en el caso de los hermanos (si es que existen, ya que cuando el afectado es el primogénito, algunos padres se abstienen de tener más hijos, pues creen que el siguiente también sufrirá de invalidez, o en otro de los casos, por la incapacidad de atender a un segundo bebé, ya que resulta muy difícil atender al primero).

A su vez, los hermanitos se ven afectados en diferentes grados y modalidades con la presencia de un niño especial. Es común que sientan que el niño paralítico cerebral es el consentido, ya que recibe toda la atención de los padres, creandose por esta situación el sentimiento de celo y en donde en algunos casos se dá el rechazo o el deseo de ser igual que el hermano afectado. Posteriormente a medida que crecen pueden sentirse apenados por la existencia del hermanito inválido y no querer llevar a sus amigos a casa por tener que explicar el caso de su hermano.

El sentir de los hermanos depende en gran parte de los padres, depende en gran medida de la actitud que se tenga para el inválido y los que ellos comuniquen, además de las palabras, con sus actos.

También observamos que cuando existen más hijos se tiene menor atención para el niño que padece parálisis cerebral, ya

que las madres prefieren ayudar a un niño normal que de alguna manera pueda llenar sus expectativas, que gastar el doble de tiempo y esfuerzo tratando de ayudar a un chico que presenta limitaciones.

c) AREA DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO PARALITICO CEREBRAL.

Como punto final de este apartado, trataremos el area de la personalidad del niño incapacitado.

Consideramos que el nivel ideal donde se supera la problemática, es cuando vemos que la familia funciona con una dinámica adecuada, en donde existe comunicación y comprensión entre los miembros de la familia, existe estimulación y ayuda para los niños incluyendo al paralítico cerebral que es aceptado tal cual con sus limitaciones cualesquiera que estas sean, permitiendo así que la personalidad del niño se desarrolle en un ambiente más favorable y su capacidad de interactuar fuera de su familia sea mejor, principalmente en el campo escolar.

Ello, aunque parezca muy idealista, es factible y real, más aún si el pequeño tiene la capacidad de percatarse de la situación .

Referente a la información que se maneja en cuanto al coeficiente intelectual de estos niños, se tiene la creencia de que no son capaces, y la bibliografía que se tiene no es confiable ya que es muy contradictoria, por ejemplo, Hevett (24), al estudiar a 180 niños con parálisis cerebral, encontró que la mitad sufría de retraso mental o parecían padecerlo. En 63 se confirmó el retraso mental y la mitad de estos últimos se encontraban entre los niños que sufrían de invalidez física de tipo más grave. además una proporción mayor de los mentalmente retardados, sufrían convulsiones en comparación con aquellos que no tenían tal retraso.

Por su parte Finnie (13), indica que un 50% de los paralíticos cerebrales, poseen inteligencia mas o menos normal. Casi un 25% son niños de lento aprendizaje y el restante son retrasados mentales. Entre estos últimos se encuentran niños con invalidez física más grave, aunque esta no es la regla, ya que hubo pequeños con graves alteraciones a nivel motor y con coeficiente intelectual normal, y viceversa, niños ligeramente afectados en su motricidad y notablemente subnormales.

En lo particular, consideramos que sacar coeficiente intelectual por medio de test psicométricos resulta muy atrevido, ya que las pruebas son básicamente de ejecución y es precisamente donde se encuentra el "talón de aquiles" de los pequeños.

Por ello consideramos que es necesario crear una herramienta evaluativa específicamente para estos sujetos,

rompiendo así lo que a la fecha se ha hecho: adaptar a los niños las herramientas evaluativas que han sido creadas en condiciones muy diferentes a las que encontramos en estos casos, lo que rompe con el grado de validez. Pero ello debe ser objeto de futuras investigaciones.

Regresando al tema de la formación de la personalidad del pequeño, vemos a menudo que la familia de los niños contribuyen a sus problemas, por lo que el proceso de socialización puede afectarse adversamente por el hecho de racionar o dar en abundancia el afecto, con el consecuente resentimiento de los hermanos como ya lo hemos dicho.

Es común encontrar que más que ser el factor físico el punto principal del problema, es más la necesidad de ser aceptado por sus padres. La configuración familiar resultante inhibe y distorciona el crecimiento emocional.

Existen también otros factores que contribuyen, como lo es el medio social, en el hecho de enfatizar la belleza, fortaleza física, cuerpos saludables, lo que acentúa más el problema emocional de los minusválidos.

La incapacidad física se ha relacionado con frecuencia con sentimientos de inferioridad, vergüenza, culpa, amargura, envidia y autocompasión. Es común también observar en ellos actitudes inmaduras, estar sujetos a fijaciones primitivas, así como de realizar actividades estereotipadas (13).

Los fundamentos de autoconcepto, según Shakespeare (50), son establecidos durante los primeros meses, cuando el bebé comienza a distinguir entre lo que es "yo" y lo que es el "no yo". Al mover y observar sus brazos aprende a manipular objetos, se da cuenta de que puede afectar su medio. También aprende a reconocer y discriminar a las personas que lo rodean, se reconoce ante un espejo y sabe que puede influir en la conducta de los demás y estos en la suya. Pero para el paralítico cerebral algunas experiencias, sino es que todas resultan inaccesibles debido a su incapacidad de movimiento, lo que provoca en el pequeño un sentimiento de frustración causándole un efecto retardador, además de observar poca tolerancia a dicha frustración prefiriendo no hacer alguna actividad en equipo para evitarse la "pena de perder".

Se ha dicho también que los niños con parálisis cerebral, presentan largos o muy frecuentes períodos de berrinches, ello es debido al sentimiento de impotencia y frustración que invaden al niño bajo algunas circunstancias pero encontramos también un dato importante. Según un estudio de Hiwett (26), al observar niños que presentaban estos períodos, encontró que carecían del habla o tenían graves dificultades para comunicarse, y poder expresar sus sentimientos de manera verbal ó hacer preguntas, atribuyendo

a la frustración que experimentaban como la causa de estas conductas .

Otro aspecto importante para la formación de la personalidad, es la imagen corporal, la representación mental que tienen de su propio cuerpo. Este aspecto resulta de gran interés para el tipo de niño en estudio, ya que el niño tiene menos experiencia en el uso de su propio cuerpo y porque no puede aprender mucho de los demás acerca de sí mismo.

Existen dos aspectos en cuanto imagen corporal, según Shakespeare (Op.cit.), primero, lo que una persona considera que es una imagen ideal o deseable y segundo cómo se ve en realidad su cuerpo.

Al respecto se ha notado que los niños inválidos tienen la tendencia a creer que los niños sin impedimentos son perfectos, existiendo el riesgo de creer que su imagen corporal ideal sea totalmente distinta de como se vé a sí mismo.

A medida que el niño inválido se desarrolla, llega el momento en que tiene que reconocer su invalidez, aunque no se sabe cuando ocurra precisamente, pero por lo general el pequeño se da cuenta de ello cuando reconoce que los demás no lo atienden, o tal vez cuando observa que los niños corren y él no puede.

Una excepción es el caso del sujeto con retardo mental profundo quien debido a la naturaleza de sus limitaciones con frecuencia ignora totalmente su invalidez. La manera en como responden es muy diversa, algunos chicos incapacitados ven que todos sus problemas surgen de su incapacidad. Tienen la convicción de que si no fuera por su incapacidad todas sus dificultades desaparecerían.

Por otro lado, el sentimiento de que serían perfectos si no fueran por su invalidez, puede provocar que alcancen grandes logros. Pero si fallan en lograr sus metas y se dan cuenta de que pueden tener sólo logros modestos, pueden sufrir una completa pérdida de auto-confianza. Otra reacción es el ignorar por completo sus carencias negando que existe una interferencia con el funcionamiento normal. Esta negación abarca el rechazo de la parte incapacitada del individuo y puede provocar que los niños rehúsen discutir sus incapacidades con el terapeuta. También pueden trazar metas personales no reales, aumentando de este modo la probabilidad de fracaso.

Salomon (47), opina que estas emociones negativas pueden afectar el trabajo del equipo rehabilitatorio, quienes prefieren trabajar con pacientes que se encuentran bien motivados para luchar con ánimo hacia las metas terapéuticas. Cuando un niño vive esta situación, tiende a negar estas

emociones pero en realidad se exige mas de lo que puede dar para desarrollar sus habilidades y poder aumentar su autoestima así tenemos los casos de los niños que alcanzan verdaderas hazañas en el área académica pero a costa de su desarrollo emocional y sólo se refuerza la negación de su incapacidad.

También existen casos donde además de sufrir P.C., presentan crisis convulsivas, si el niño es consciente de su situación presentará características notables en su conducta según Bagley (3), ya que en base a un estudio realizado divide en dos categorías las conductas de estos pequeños: conducta agresiva y conducta ansiosa, aunque según este estudio, los trastornos de conducta estaban relacionados con factores adversos en el ambiente del pequeño, tales como el hacinamiento, la pobreza, la muerte o el abandono de alguno de los padres y mas aún cuando algún pariente cercano sufría de epilepsia. La explicación que proporciona es que las crisis pueden estar desencadenadas por emociones fuertes tales como el miedo, la ansiedad, la excitación, la culpa la frustración y el temor entre otros.

III.F) El Juego del niño con Parálisis Cerebral.

Para el niño paralítico cerebral, el juego tiene la misma importancia que para un niño normal, ya que es a través de esta actividad que comienza a conocer su cuerpo, y posteriormente su entorno, experimenta acciones y se da cuenta de que es capaz de cambiar su entorno físico así como aprender el comportamiento de los demás objetos en base a su acción.

Después, el juego se vuelve más complicado, el niño normal quiere examinar todas las cosas que su madre toma, y no sólo eso, además la observa e imita, así en sus juegos "hace como que" sacude, barre, etc., y cuida a sus muñecas como su madre lo hace con ella.

Juega actuando los papeles de las personas que habitan en su casa dándole tal vez un toque de fantasía. Así las muñecas son regañadas, elogiadas, etc. y si existe un niño mayor en la familia el pequeño lo observa y lo imita, escucha sus experiencias en su escuela y después repite los episodios con sus juguetes (ver capítulo II). Pero con un niño que padece parálisis cerebral esto no ocurre así, ya que sus dificultades para moverse, mantener el equilibrio, tener coordinación visomotriz, además de posibles problemas auditivos y/o visuales, le dificultan o imposibilitan que aprenda de una manera natural a través del juego, afectando su desarrollo integral.

Por ello el niño que presenta parálisis cerebral necesita ser ayudado, estimulándolo desde muy temprana edad para que su aprendizaje sea lo más provechoso posible. Una de las formas en que los niños aprenden es jugando, así podemos ayudar de una manera más natural que el niño, en primera instancia se dé cuenta de sí mismo, necesita explorar su cuerpo, saber que tiene manos, pies, cara y demás partes del cuerpo así como lo que puede hacer con ellas; posteriormente querrá explorar su medio, conocer acerca de los demás y comprender el mundo que le rodea.

Para el niño con parálisis cerebral dichas actividades no están al alcance de sus acciones, sobre todo si se trata de un chico que padece cuadriplejía espástica, pero dicha situación no podemos generalizarla sino que contrariamente estamos obligados a hacer una clasificación de la heterogeneidad de los casos. Para ello describiremos como puede ser el juego de los más frecuentes de parálisis cerebral y su posible ayuda.

EL JUEGO DEL PARALITICO CEREBRAL ESPASTICO.

Primeramente tenemos al niño cuadripléjico espástico, éste como lo vimos en el apartado "C" del presente capítulo, es el que más afectado está en la ejecución de movimientos voluntarios ya que presenta excesivas reacciones extensoras e hipertónicas musculares que frenan e impiden el movimiento de las articulaciones y la presencia de reflejos tónicos, se hacen evidentes en los cambios de posición. También hay que recordar que cualquier estímulo tiene como efecto el aumento del tono muscular. Referente al equilibrio recordemos que se ve afectado o imposibilitado por la distribución inadecuada del tono en los músculos y grupos musculares, por lo que la marcha se ve afectada y frecuentemente resulta imposible ser ejecutada.

Como alteraciones locales podemos observar la existencia de posición aductora de los músculos con rotación interna en las piernas, marcha en tijera, pie equino varo, equino plano, aducción de los brazos, posición en flexión de codos, flexión de las articulaciones de manos y dedos con el pulgar apretado imposibilitando la abducción y posteriormente la prensión voluntaria de algún objeto.

Ciertamente el juego y cualquier acción que desee ejecutar el niño, estará limitado por el tipo de parálisis cerebral, ahora bien, el niño puede ser ayudado de diferentes maneras dependiendo del grado de la lesión, de tal suerte también que debemos estar en contacto con el médico fisiatra o con el terapeuta físico con el fin de asesorar el tipo de ayuda que le podamos brindar al menor, ya sea aplicando ejercicios de relajación previos a la actividad, inhibir patrones anormales y facilitar movimientos adecuados, etc.

Podemos también utilizar la postura que sea más adecuada con previo asesoramiento del Terapeuta Físico o Médico Fisiatra así podrá en caso dado usar sus manos más fácilmente. También tendrá la posibilidad de mejorar su coordinación oculo-manual y su equilibrio. Una de las posturas que se pueden emplear es recostando al niño sobre su costado o sobre su estómago con el auxilio de un colchón "cufia" o simplemente sobre una superficie inclinada, lo que permite al niño tener la cabeza levantada, la espalda derecha y estirar sus brazos para que pueda usar sus manos (13), (ver figura 27).

Para ello debemos darnos cuenta de que el niño sea capaz de manipular o por lo menos tener movimientos voluntarios como enderezar la cabeza o dirigirla para ver algún objeto y estirar la manita para poder manipular.

Si se trata de un niño que comienza a jugar por sí mismo, es importante que los juegos u objetos sean muy sencillos, ya que con ello facilitaremos el más ligero movimiento estimulándolo para ensayar de nuevo.

El uso de una gran pelota puede ayudar al pequeño de manera preparatoria para que pueda permanecer sentado en el suelo o cualquier superficie, ya que el sentarlo sobre la pelota estimula el equilibrio del niño (ver figura 28).

Es muy frecuente observar a niños con hemiplejía espástica, esto es que padecen espasticidad a lo largo de un lado de su cuerpo (ver figura 3), suelen con frecuencia anular la funcionalidad del lado afectado aunque logren la marcha, ya que es más difícil tratar de mover y coordinar sus acciones. Ello se refleja también en el esquema que tienen de su propio cuerpo, ya que por ejemplo, en los dibujos que realizan aparece el lado que les es funcional, o bien dibujan en proporción pequeña la parte del cuerpo que se encuentra afectada. Para ello es conveniente proporcionales juguetes que involucren el uso de los dos miembros, por ejemplo un tren, una pelota grande, etc.

Para que los juguetes puedan ser utilizados en un momento dado, se pueden hacer adaptaciones como el colocar piezas más grandes en los juguetes que requieran para su uso de pinza fina pero que los niños puedan realizar.

EL JUEGO DEL NIÑO PARALITICO CEREBRAL TIPO ATETOSICO.

Recordemos que como característica particular presenta movimientos exagerados variables, lo que imposibilita la realización de los movimientos pretendidos. Están presentes los reflejos infantiles primarios especialmente de los reflejos tónicos, así como de los movimientos reflejos frente a estímulos acústicos y ópticos.

Como trastornos motores localizados se observa hiperextensión extranóbica de las articulaciones de los dedos y separación de los mismos. Los brazos son dirigidos hacia atrás en forma típica y en rotación interna.

Existe también posición rígida de la nuca lo que causa apertura de la boca y que la lengua esté saliente, si existe marcha ésta puede ser en zig-zag y a tropezones, existe dificultad en el habla así como en la ingestión de alimentos debido a que los músculos fonéticos y de la deglución se encuentran afectados. Además, la participación de la musculatura mímica origina inmotivada risa sardónica y muecas (ver figuras 10, 11 y 12).

Este tipo de niños, aunque son capaces de pensar, observar y colocar un objeto tal vez con dificultad, se hacen evidentes una cantidad de movimientos extras e innecesarios lo que provoca que el niño tarde más en realizar sus movimientos y que llegue a romper o tirar algún objeto; en las actividades que involucran una pinza fina, se ve imposibilitado para actuar y si lo hace lo realiza a través de muchos ensayos lo que le lleva tiempo.

Cuando toman algún objeto se les dificulta mantener sus brazos tranquilos, mantener quieta su cabeza y mirar lo que está haciendo. Es recomendable cuando realice alguna actividad, sujetar en el suelo sus pies para proporcionar mayor estabilidad limitando la brusquedad de sus movimientos.

Si el niño padece de atetosis severa y puede pinzar de manera gruesa, es recomendable el uso de juguetes blandos con el fin de evitar que se lastime, pero en general estos chicos pueden manipular cualquier clase de juguetes.

EL JUEGO DEL PARALITICO CEREBRAL ATAXICO.

En ellos es característico su trastorno de equilibrio y balance lo cual es reconocido hasta que inician los primeros intentos de marcha. La carencia de sentido espacial-posicional, provoca una marcha en zig-zag a tropezones por lo que los niños caen con frecuencia.

Al intentar tomar un juguete u objeto se evidencia el trastorno motor, caracterizándose en dismetría y coordinación incorrecta (ver figuras 13, 14 y 15).

A diferencia de los tipos de parálisis cerebral anteriores, el atáxico puede mover libremente sus brazos y piernas en toda su intensidad, aunque éstos no sean bien dirigidos y dosificados. Como trastornos motores localizados encontramos gran inseguridad en tratar de cambiar la posición corporal, además de que presenta deficiente actividad manual,

y mientras más complejo sea el trabajo, mayor será la evidencia del padecimiento.

Este tipo de niño, prácticamente puede realizar cualquier tipo de juego exceptuando aquellos que impliquen gran equilibrio, pero con supervisión pueden involucrarse participativamente.

La descripción de los casos que acabamos de exponer corresponden a aquellos que pudiéramos denominar como "puros", lo que en la vida real no ocurre con frecuencia y lo que más se observan son casos mixtos, por ello resulta difícil hacer una descripción de cada uno, puesto que cada chico presenta sus particularidades y nunca habrá otro igual a él; no obstante con lo vertido en el presente apartado, podemos imaginar cómo puede ser el juego del paralizado cerebral según su padecimiento.

Ahora bien, existen casos en donde los niños están imposibilitados para hablar, y donde los más severos son los espásticos y algunos hemipléjicos, para ello se hace un código de comunicación que puede ir desde el simple "si-no", hasta la comunicación de deseos a través de la mirada, lo cual se lleva a cabo en base a preguntas que se brindan al niño y responde según sus deseos por medio de parpadeos.

Existen casos de atetosis donde es difícil llegar a comprender el habla de los niños, para ello se hecha mano de las estrategias anteriores, o bien se puede facilitar la dicción con ejercicios previos de relajación aplicados al niño, claro que con asesoría del terapeuta físico o de lenguaje.

Como hemos visto en la teoría de Piaget, (ver cap. II), la capacidad motora juega un papel fundamental, ya que es el pilar para la formación de esquemas y posteriormente de operaciones que lo llevarán a un equilibrio de estructuras y funciones. Es a partir de las primeras percepciones y manipulaciones que va desde dirigir la cabeza, conquistar las múltiples posibilidades de movimiento que tiene su cuerpo hasta anticiparse a los resultados de sus acciones con otros objetos y personas etc., son situaciones que los juegos sensoriomotores apoyan a lo largo del desarrollo y que van tomando diferentes formas según los esquemas fundados.

Vemos también que el desarrollo del niño para Piaget, se da de una manera integral, es decir, lo motor, lo emocional o emotivo y lo cognitivo o intelectual así, el poder lanzar un objeto hacia algún punto y poder lograrlo proporciona al chico una satisfacción y el saber que puede repetir la conducta si así lo quiere, conociendo el objeto a lanzar, calculando la distancia y fuerza con la que será lanzado dicho objeto, etc. También se liga con las relaciones interindividuales del niño, de tal forma que no será lo mismo

practicar "el tiro al blanco" con juegos apropiados que tirar a ventanas o sobre cosas rompibles. Dichas conductas tendrán consecuencias socialmente diferentes, ya que tal vez la una sea premiada, mientras que otra sea castigada, así el niño irá asimilando de acuerdo a su desarrollo las normas convencionales.

Pero la realidad de un niño con parálisis cerebral no es la misma, ya que en diversos casos el chico ni siquiera logra conocer su cuerpo, teniendo que enfrentarse a la situación de no poder gobernarlo, desarrollando escasas o bizarras capacidades motoras por lo que los procesos de asimilación y acomodación se ven alterados, y que decir de los esquemas de acción, etc., aunque ello en gran medida dependerá de la magnitud del daño cerebral.

Por otro lado, también consideramos los planteamientos de Elkonin, y destacamos la importancia de la acción del adulto en el proceso de socialización desde antes de que aparezca el acto de asir hasta lo que el llama "juego protagonizado" y posterior integración al ambiente social.

Al igual que un niño normal, en los casos de parálisis cerebral es importante la interacción niño-adulto, ya que en primera instancia, el adulto funge como modelo para el niño, y no sólo para el aprendizaje de conductas manuales o motoras. Preferentemente, en el presente trabajo, incluimos otros aspectos como por ejemplo la aceptación o rechazo que se tiene hacia el niño, de ahí las actitudes que son asumidas por los mayores que afectan directamente no sólo en el desarrollo de el niño, sino en su auto-concepto, desarrollo intelectual y afectivo.

Casos diversos podemos mencionar donde las supuestas incapacidades motoras tienen sus raíces en el área psicológica, en donde de alguna forma los niños introyectan valores y situaciones que perjudican su auto-estima como considera Roger (ver cap II).

Por esta última razón consideramos necesario aplicar una alternativa acorde con dicha situación, se trata de la terapia de juego.

CLASIFICACION DE PARALISIS CEREBRAL SEGÚN
MIEMBROS AFECTADOS.

66



FIGURA I MONOPEJIA



FIG. 2
PARAPEJIA.



FIG. 3 HEMIPLEJIA.



FIG. 4. CUADRIPLEJIA.

CLASIFICACION DE PARALISIS CEREBRAL
EN BASE A LA ESTRUCTURA DAÑADA DEL S.N.C.

P.C. ESPASTICO.



FIG. 5 SE MUESTRA RIGIDEZ MUSCULAR EN MIEMBROS INF.



FIG. 6. LA CAPACIDAD DE PRENSION SE VE AFECTADA.



FIG. 7
TÍPICA MARCHA ENTIJERA, Y PIE EQUINO.



FIG. 8

CLÁSICA POSICION DE MANO Y DEDOS, ES COMÚN ENCONTRAR EL PULGAR PRENSADO ENTRE LOS DEDOS.

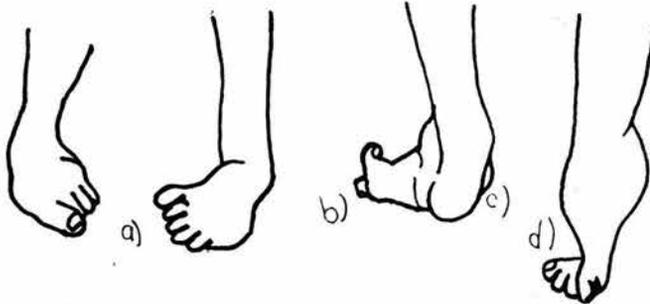


FIG. 9 SE MUESTRAN LAS DIFERENTES POSTURAS EN EL PIE.

- a) Pie plano valgo
- b) Pie varo
- c) Pie varo con presencia de Babiniski
- d) Pie equino varo

P.C. TIPO ATETOSICO.

FIG. 10 a y b LA FLUCTUACION DE TONO MUSCULAR, DA LA APARIENCIA DE IDIOCIA. ORIGEN RISA SARDONICA (a) Y NUECAS (b).



FIG. 11 LA MARCHA GENERALMENTE ES A TROPEZONES Y EN ZIG-ZAG. OBSERVE POSICION DE BRAZOS EN ROTACION INTERNA Y POSICION RIGIDA DE LA NUCA.

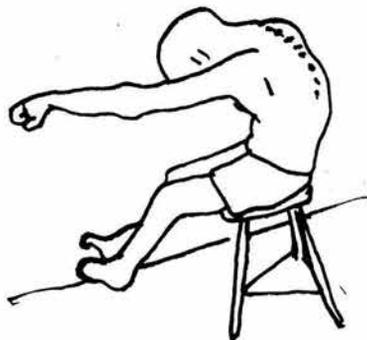


FIG. 12 EL SIMPLE PENSAMIENTO DE REALIZACION DE UN MOVIMIENTO DESEADO ORIGINA YA UN CURSO MOTOR. LA EXAGERACION DE LOS MOVIMIENTOS Y LA VELOCIDAD CONSTANTE VARIABLE DE LOS MISMOS DIFICULTAN SU EJECUCION.

P.C. TIPO ATAXICO.



FIG. 13
 EXISTE IMPOSIBILIDAD
 DE CAMINAR SOBRE
 UNA LINEA, SON
 CARACTERISTICOS LA
 FALTA DE EQUILIBRIO
 Y DISMETRIA.



FIG. 14
 OBSERVAMOS QUE
 NIÑOS CON ATAXIA
 CAEN CON FRECUEN-
 CIA DIFICULTANDOSE
 A ADPTAR LA POSICION
 INICIAL.

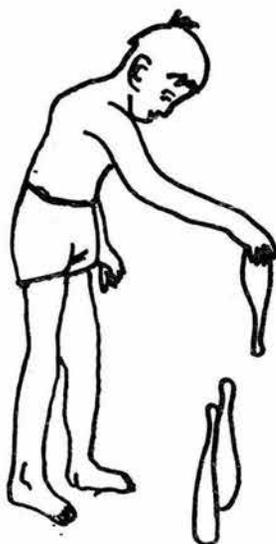


FIG. 15.
 PERDIDA DE POSICION
 NO SOLO CON SU CUERPO
 SINO CON LOS OBJETOS
 QUE MANIPULA.

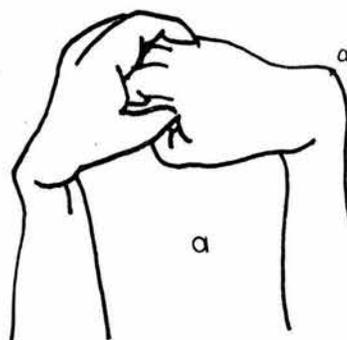


FIG. 16
a) CIERRE CONVULSIVO DEL
PUÑO EN EL INTENTO DE
PRENSION, NO ES POSIBLE
ABRIR LA MANO

b) LA PELOTA NO PUEDE
SOLTARSE SIN UNA
ABERTURA DOSIFICADA
DE LA MANO.

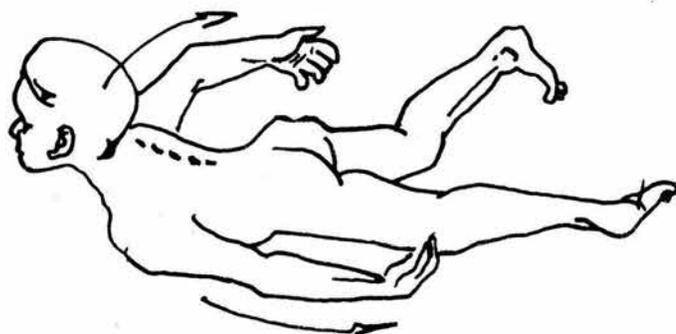
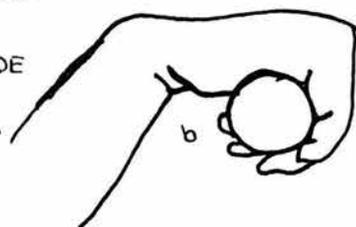


FIG. 17
REFLEJO TONICO
SIMETRICO DE LA
NUCA TIPO EXTENSOR.

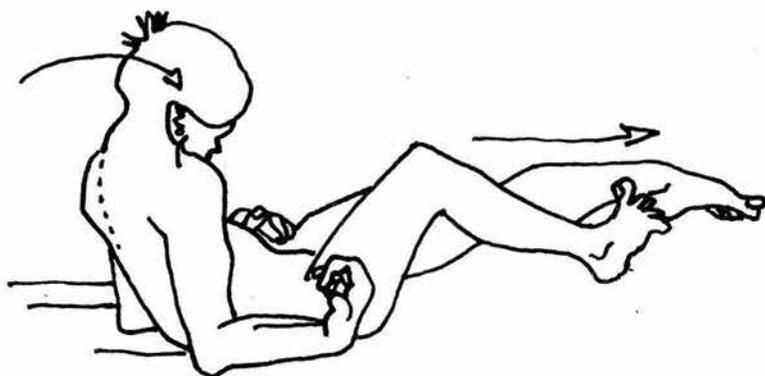
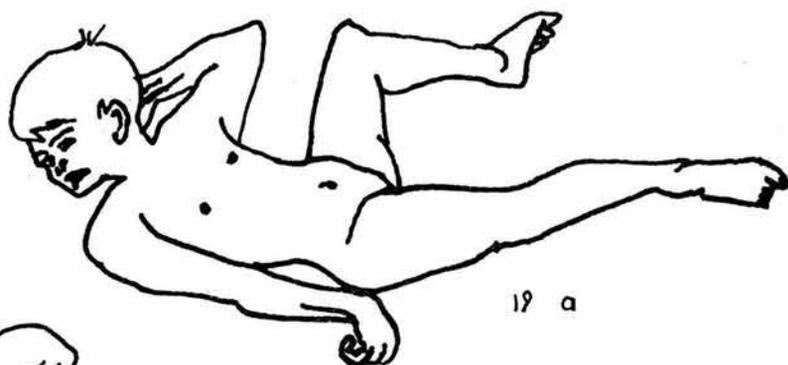


FIG. 18 REFLEJO TONICO SIMETRICO DE LA
NUCA TIPO FLEXOR.

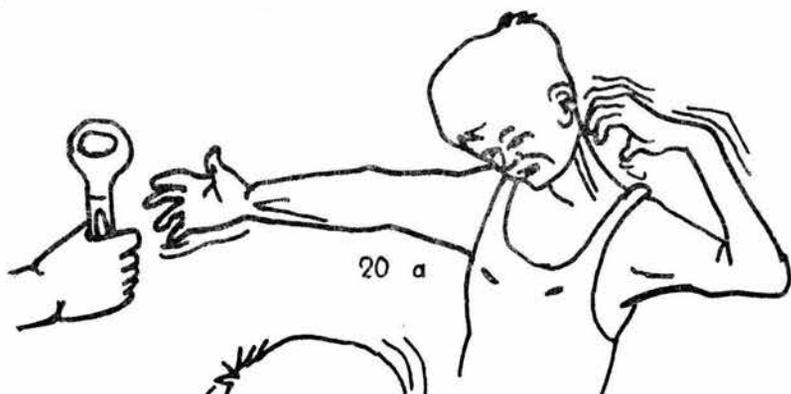


19 a



19 b

FIG. 19 a y b
REFLEJO TONICO ASIMETRICO
DE LA NUCA DERECHO E
IZQUIERDO RESPECTIVAMENTE



20 a

FIG. 20 a y b

IMPOSIBILIDAD DE MOVIMIEN-
TOS DE BRAZOS DEBIDO A
LA INFLUENCIA DEL REFLEJO 20 b
TONICO ASIMETRICO DE LA
NUCA.



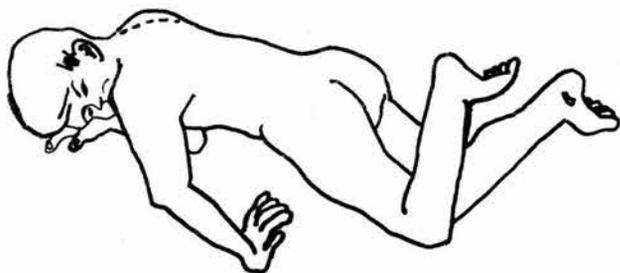


FIG. 21
REFLEJO LABERINTICO
TONICO TIPO FLEXOR.

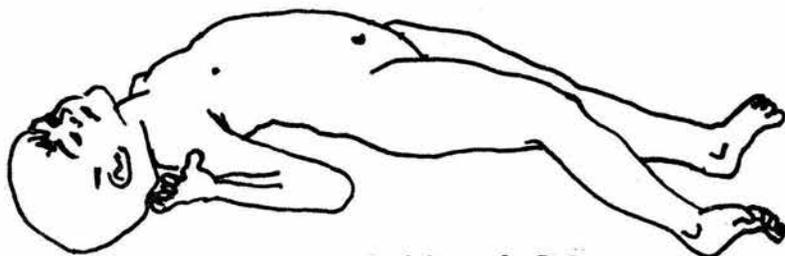


FIG. 22 REFLEJO
LABERINTICO TONICO
TIPO EXTENSOR.



FIG. 23
AUSENCIA DEL REFLEJO
LABERINTICO VESTIBULAR.

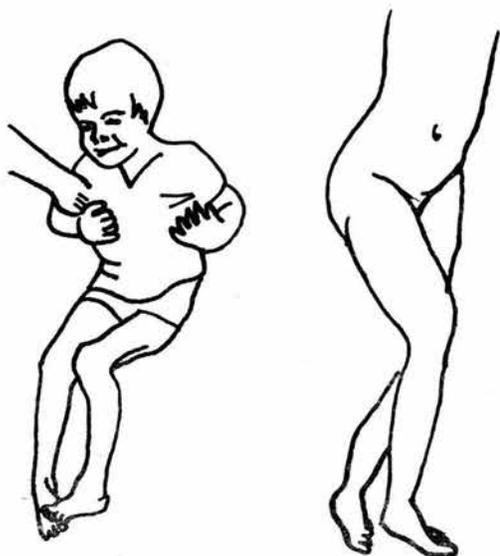


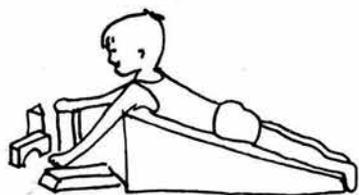
FIG. 24
MUESTRA DE PATALEO, MARCHA REFLEJA
Y MARCHA ENTISERA BAJO LA INFLUENCIA
DE LOS REFLEJOS TONICOS EN PIERNAS



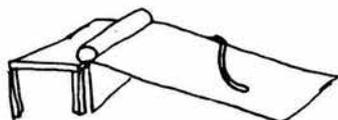
FIG. 25
LA POSICION DE BIPEDESTA-
CION FRACASA POR LA
INFLUENCIA DE LAS REAC-
CIONES POSITIVAS
EYDGERADAS DE SOSTEN.



FIG. 26
SE PIERDE LA POSICION RELAJADA
AL INTENTAR REALIZAR UNA ACTIVI-
DAD MANUAL REACCIONANDO CON
PATRONES ESPASTICOS Y POSTURAS
DEFECTUOSAS, CARACTERISTICO
DEL CHICO CON ATROFIA.



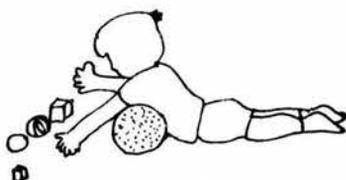
a



c



b



d

Figuras 27 a y b.- Se muestran diferentes formas de colocar al niño y facilitarle así la manipulación y contacto ocular con los objetos.

Figura 27 c.- Una manera de colocar una superficie inclinada.

Figura 27 d.- Función del "colchón rodillo".

Fig. 28.



Fig. 28 a.- Al sentar al niño en una pelota grande y moverlo de un lado a otro ejercitamos la habilidad para mantener el equilibrio.

Fig. 28 b.- El niño acostado de espalda sobre la pelota, posibilita la rotación de cabeza y la extensión hacia adelante de los brazos para alcanzar los juguetes.

CAPITULO IV : "LA TERAPIA DE JUEGO".

VI.A) ¿Qué es el Juego?

Al leer esta pregunta, muy probablemente salte a la mente alguna idea referente a diversión, pero tal vez muy remotamente lleguemos a pensar de manera seria en ello, lo que nos llevaría a plantearnos una serie de preguntas, en donde el lector no tenga respuesta inmediata.

(Nos hemos preguntado qué características tiene el juego? (Existe algún rasgo exclusivo de juego? (Hay correspondencia entre el juego infantil y los juegos de los adultos? (Se halla en relación con el juego de los animales jóvenes?

Diversos estudios han fijado su atención en uno o dos de sus aspectos característicos y han presentado multitud de teorías para explicar sus orígenes, cualidades y funciones en la vida del individuo o de grupo (15) pero todas ellas resuelven con una óptica permeada de la filosofía que siguen; si consideramos el campo filosófico, encontramos que la palabra juego (del latín Jocus) es entendida según lo explica Abbagnano (1), como una actividad u operación que se ejerce o se sigue sólo con miras a si misma y no por el fin al que tiende o por el resultado que produce. Menciona que Kant consideró al juego como una ocupación por si misma placentera y que no tiene necesidad de otra finalidad, por tanto opuesta al trabajo ya que este implica un resultado el cual es esperado, esto es, por la remuneración al que aparece ligado, además de que dicha actividad puede tornarse como desagradable o penosa.

El filósofo Karl Groos (19), considera a los juegos de lucha de los animales y al comportamiento imitativo de los niños como una preparación para las actividades propias de la edad adulta, es un ejercicio previo.

Existe otra teoría propuesta por Hall (23) conocida como la teoría de la "recapitulación". La cual afirma que el juego infantil refleja el curso de la evolución desde los homínidos prehistóricos hasta el presente, variando el juego conforme a la edad del niño. La historia de la especie humana estaría recapitulada en todo desarrollo infantil individual. Vemos cómo ambas teorías están influidas por el concepto Darwiniano de selección natural.

Dentro del mismo punto de vista biológico, anteriormente predominaba la teoría del "descanso", actualmente descartada ya que el juego no se puede catalogar como descanso, sino contrariamente, muchas veces exige un consumo excesivo de

energías; requiere muchas de las veces de mayor actividad motora, psíquica, hasta agotarnos (44) (18).

La forma "turbulenta" de juego, hicieron pensar a diferentes teóricos, entre ellos Spencer (51), que podría tratarse de un modo de consumir energía existente en exceso. La superabundancia de energía se convierte en ejercicios que utilizan pautas normales de comportamiento, pero que carecen de cualquier finalidad inmediata, así perfecciona sus coordinaciones neuromusculares contribuyendo al desarrollo muscular.

Desde la óptica psicológica, el juego ha llamado la atención en el aspecto de que los niños de modo figurado, expresan con frecuencia indirecta ó simbólicamente preocupaciones o miedos repitiendo las escenas una y otra vez sugiere una consideración del juego como catarsis, como un intento de re-experimentar y por tanto de resolver o dominar una situación difícil (37).

Castellanos (Op.cit.) considera que el juego contribuye a la salud mental del individuo; cumple un fin terapéutico al proporcionar canales para la descarga de tensiones emocionales, y desde el punto de vista social, da oportunidad para satisfacer el deseo de contacto social, facilitando cierto adiestramiento moral, ya que el niño aprende a estimar lo que el grupo considera correcto o incorrecto.

Elkonin (41) considera que el juego es una actividad donde se reconstruyen las relaciones sociales sin fines utilitarios directos. En el hombre, el juego es la reconstrucción de una actividad que destaca su contenido social humano: sus tareas y las normas de las relaciones sociales.

Desde el punto de vista educativo, através del juego, el niño adquiere conocimientos (conceptos), conoce colores, formas, tamanos, texturas de los objetos que lo circundan etc. (33).

El psicoanálisis, sostiene que el juego obedece a una necesidad instintiva; necesidad de proyectarse, expresarse dentro del ambiente y fuera de él y al satisfacer este impulso obtiene satisfacción personal, seguridad, nivel adecuado en su mundo y conciencia de su propio valor, adquiere seguridad y hace valer su personalidad entre los individuos y las cosas (28) (16).

Garvey (46), menciona cinco características importantes de la actividad lúdica:

1.-El juego es placentero y divertido, aún cuando no vaya acompañado por signos de regocijo, es evaluado positivamente por el que lo realiza.

2.- El juego no tiene metas o finalidades estrínsecas, sus motivaciones son intrínsecas, es mas un disfrute que un esfuerzo destinado a algún fin en particular.

3.- El juego es espontáneo y voluntario; no es obligatorio, sino libremente elegido por el que lo practica.

4.- El juego implica cierta participación activa por parte del jugador.

5.- El juego guarda ciertas conexiones sistemáticas con lo que no es juego, ya que se encuentra vinculado a la creatividad, a la solución de problemas, al aprendizaje de lenguaje, desarrollo de papeles sociales, etc.

Piaget por su parte hace todo un análisis de la actividad lúdica dividiéndola en tres diferentes grupos, que dependen directamente de importantes cambios en el desarrollo del pequeño. Para Piaget, el juego es indispensable para el equilibrio afectivo e intelectual del pequeño, ya no sólo le permite la adaptación del pequeño a lo real, sino la asimilación de lo real a las necesidades del "yo".

El juego, en especial el simbólico, le sirve al niño como un medio propio de expresión, un sistema de significantes construido por él y adaptable a sus deseos. La función que tiene el juego se manifiesta bajo las formas particulares más diversas, en la mayor parte de los casos en el área afectiva, en otras veces al servicio de intereses cognoscitivos.

Brevemente, expondremos los tres momentos del desarrollo del juego, descritos con amplitud en el capítulo II.

El primer tipo de juego, es el sensoriomotor, ocupa el período de la infancia abarcando hasta el segundo año de vida, cuando el niño está adquiriendo afanosamente el control de sus movimientos y aprende a coordinar sus gestos y sus percepciones.

Aquí el juego consiste en repetir con frecuencia sus movimientos y variarlos para ver los efectos que tiene sobre el medio. El niño logra el dominio de sus capacidades motoras y de experimentar en el mundo del tacto, la vista y el sonido, es capaz de hacer que se repitan acontecimientos.

El segundo tipo de juego es el simbólico, predominando de los dos a los seis años. Durante este período, el niño adquiere la capacidad para codificar sus experiencias en símbolos, lo que le permite recordar imágenes de acontecimientos.

El tercer tipo está representado por los juegos sujetos a reglas y se inicia con los años escolares; el niño



UN.AM. CAMPUS
PUEBLA

79

comienza a comprender ciertos conceptos sociales de cooperación y competencia y empieza a ser capaz de pensar objetivamente. Su juego refleja este cambio cuando se enfoca sobre actividades lúdicas que están estructuradas a base de reglas objetivas y que pueden implicar actuaciones en equipo o en grupo.

Hemos expuesto de manera más amplia la teoría de Piaget respecto al juego y su vinculación con el desarrollo infantil en el capítulo II, y donde su revisión podrá aportar al lector un panorama de la concepción Piagetiana del tópico tratado.

IZT.

IV.B) La Terapia de Juego.

Investigando sobre la terapia de juego, encontramos que la actividad lúdica ha sido un valioso elemento para el tratamiento infantil, por ejemplo, en la aproximación psicoanalítica, el juego tiene como función la comunicación; a través del juego se ayuda a los niños a exponer y posteriormente a resolver sus trastornos emocionales conflictos o traumas.

Esman (12), plantea que "...el juego promueve la relación de trabajo entre paciente y terapeuta y permite la comunicación de deseos, fantasías y conflictos en una forma que el niño puede tolerar afectivamente y expresar al nivel de sus capacidades cognoscitivas. La función del terapeuta es observar, intentar entender, integrar y finalmente comunicar los significados del juego del niño con el fin de promover el entendimiento del mismo sobre su conflicto hacia el fin de una resolución más adaptativa....."

En psicoanálisis, el juego es concebido como uno de muchos instrumentos por medio del cual el niño y el terapeuta se comunican cuál será su objetivo terapéutico en común y no como un agente terapéutico en sí mismo.

Por otro lado, bajo la óptica conductista encontramos básicamente que el juego es un medio por el cual se aplican otras estrategias, específicamente es utilizado en el manejo de contingencias a conductas que se desean mantener o modificar (14), ya sean de repertorios académicos, habilidades motoras, conductas desadaptadas, socialización etc.

El enfoque que hemos retomado en el presente trabajo, es la teoría rogeriana del desarrollo de la personalidad que sustenta "la terapia centrada en el cliente" la cual hemos expuesto en sus supuestos básicos al final del capítulo II.



Axline (28), la creadora de la terapia de juego no directiva o centrada en el cliente o auto-dirigida como ella misma lo sugiere, retoma la teoría rogeriana como marco de referencia, adoptando la idea de que existe una fuerza poderosa en todo individuo que lucha continuamente por la autorrealización. Es un impulso hacia la madurez, independencia y autodirección.

Para lograr la autorrealización el individuo necesita "permiso para ser él mismo" con "la completa aceptación de sí por él y los demás" ..

Axline (Op.cit.) afirma que cuando el individuo se encuentra con una barrera que le dificulta alcanzar la realización del ser, existe un área de resistencia fricción y tensión. El impulso hacia la autorrealización persiste y la conducta del individuo demuestra que satisface este impulso interior luchando por establecer su autoconcepto en el mundo de la realidad o que lo satisface indirectamente confiándolo a su mundo interno donde lo puede crear con menos esfuerzo. Las manifestaciones exteriores de conducta, dependen por un lado de la integración de las experiencias pasadas, y por otro de las relaciones y condiciones presentes, pero están encaminadas a la satisfacción de este impulso interior que continúa a lo largo de la vida. es entonces que se dice que el individuo está mal adaptado. Ello ocurre según indica Axline, por una determinación agresiva por "ser el mismo", sin importar los medios que utilice para lograrlo, o bien de una fuerte resistencia que surge al sentir que su completa autorrealización se encuentra bloqueada.

El individuo carece de la suficiente autoconfianza para trazar su curso de acción y sólo se conforma con crecer en forma vicaria (diciendo mentiras, peleando o retrayéndose del mundo que lo rodea) y hace poco o nada para alcanzar este impulso hacia direcciones más constructivas y productivas (p 22).

Aquí, como lo indica Rogers (46), se encuentran separados la conducta y el concepto de sí-mismo y mientras más separados estén mayor será el grado de desadaptación.

Ahora bien, se dice que un niño está bien adaptado según Axline, cuando el individuo desarrolla la suficiente autoconfianza en sí-mismo, pudiendo exteriorizar su autoconcepto; de manera consciente dirige su conducta por evaluación, selectividad y aplicación para lograr la meta, la autorrealización.

Los diferentes tipos de conducta desadaptada, tales como soñar despierto, represión compensación, identificación, proyección, regresión, retraimiento y demás mecanismos a los que se les nombra como características de la desadaptación, parecen ser manifestaciones del "yo" interno para aproximarse

a la realización de su autoconcepto, pero de una forma encubierta.

La autorrealización del niño, está ligada con el cumplimiento de sus necesidades, como ejemplo tenemos la necesidad de lograr un sentimiento de autoestima, la necesidad de seguridad, de amor, etc.

El medio en ocasiones niega las condiciones necesarias para externar el impulso dirigido a establecer su "yo" o personalidad consciente. Los sentimientos de autoestima y demás se crean en el niño cuando siente que es amado, cuando se siente seguro. Estos factores no sólo sirven para satisfacer su necesidad de amor y seguridad como tal, sino que da la evidencia de que se le acepta como un individuo valioso, (p 23).

Dorfman (10), en sus investigaciones observaba que las dificultades en el niño no surgen de la nada, sino que emergen de las actitudes emocionales de sus padres, estas conductas, como lo hemos visto, son la manera de resolver sus problemas a pesar de lo inadecuadas que puedan ser.

Ciertamente, la terapia de juego está destinada a su aplicación con los niños, aunque puede ser benéfico remitir a uno o ambos padres a terapia, ya que las conductas desadaptadas del menor son manifestaciones de las actitudes inadecuadas en la dinámica familiar.

No obstante, dicha posibilidad en el terreno de la práctica, no es posible, ya que la gran mayoría de los padres se niega a recibir terapia individual. En estos casos, la única alternativa es atender al menor para no dejarlo en el total abandono. A raíz de esta situación, se adoptó la idea de que la terapia de juego brinda la posibilidad al niño de que pueda adquirir el sentimiento de que es capaz de estimarse, aceptarse y quererse a sí mismo, así como de autodirigirse y que desarrolle la habilidad de ser independiente, de aceptarse a sí mismo y de asumir la responsabilidad consciente de su personalidad.

El niño, al experimentar a través de la terapia, un cambio personal por ligero que sea, su situación ambiental ya no es la misma, ya que el niño se comporta, en correspondencia con la realidad que percibe. Asimismo, las personas que rodean al menor perciben cambios en la conducta del chico, por lo que sus actitudes hacia él también pueden cambiar. Pero cuando ello no pasa así, Dorfman (26), opina que la terapia lúdica, puede ayudara un niño a aceptar emocionalmente hechos dolorosos como el ser profundamente rechazado por uno de los padres, y buscar satisfacciones por otras partes.

Como mencionamos en el capítulo II, el juego es la actividad natural de los niños, en donde tienen la oportunidad de expresar sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, ira, inseguridad, agresión, temor, complejidad y confusión.

El hecho de que el niño pueda actuar dichos sentimientos por medio del juego, provoca que sean expresados abiertamente, de tal manera que el niño se puede enfrentar a ellos aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos.

Cuando se comienza a dar una relajación emocional, el niño comienza a darse cuenta de que puede ser un individuo con derechos propios, de pensar por sí mismo y de tomar sus propias decisiones, así poco a poco llega a la madurez psicológica y a la autorrealización.

IV.B.1) EL TERAPEUTA.

El chico, como principal agente de su propia terapia, no puede guiarla solo, a opinión de Dorfman (10), es necesaria la guía de un terapeuta, el cual desempeña un papel importante en el desarrollo de la terapia.

Pudiera suponerse que la acción del terapeuta resulta pasiva, pero ello resulta lejos de la realidad. El terapeuta requiere de toda su atención, sensibilidad y de la capacidad de apreciar lo que el niño hace o dice, es necesario el entendimiento y el interés legítimo por el niño, en realidad, las características que debe desarrollar o presentar el terapeuta no son sencillas.

El terapeuta debe respetar al niño, comportarse con sencillez y honestidad; en ningún momento debe sugerir lo que el chico debe hacer ni aprobar o desaprobar ninguno de sus actos. Es muy importante que el terapeuta tenga completa aceptación del niño, lo que implica el "darle permiso" para que sea él mismo, debe ser paciente y tener la capacidad de relajar al niño, tranquilizarlo o animarlo para que comparta con él su mundo interior.

También tiene la obligación de cumplir con el principio de guardar en confidencia todo lo que el niño haga o diga, además debe gustar de los niños.

Axline (20), recalca que el terapeuta no puede "adoptar" estas cualidades, sino que deben ser integrantes de su personalidad, ya que algo de lo más difícil de la tarea del terapeuta, es precisamente aceptar al menor por completo, así como el evitar infiltrar cualquier sugerencia directa o cualquier insinuación dentro del juego del niño. Y

Finalmente, permanecer alerta para aceptar y analizar con precisión los sentimientos que el niño está expresando en sus juegos o en su conversación; ello requiere de la total participación durante todo el tiempo de la sesión de terapia de juego.

Axline (Op.cit.) expone un listado de las características que debe cubrir el terapeuta, cumpliendo con cada punto o principio que deben regir todas las entrevistas con el niño o grupo de niños. Dichos puntos se reproducen a continuación ya que se han convertido en algo así como el credo del enfoque:

1.- El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.

2.- El terapeuta acepta al niño tal como es.

3.- El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos por completo.

4.- El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.

5.- El terapeuta respeta la manera que tiene el niño de solucionar sus problemas. Si se le ha brindado la oportunidad para hacerlo, es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.

6.- El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño en forma alguna, el niño es quien guía el camino, el terapeuta lo sigue.

7.- El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia, ya que es un proceso gradual, y como tal reconocido por el terapeuta.

8.- El terapeuta establece sólo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad, y hacerle patente al niño, su responsabilidad en la relación.

Axline opina, que las actitudes del terapeuta deben formar parte de su personalidad, desde ser paciente hasta el hecho de poder aceptar al niño sin impedimento alguno.

Por otra parte, Guernsey (20), opina que el terapeuta bien puede ser profesional o no profesional claro, con previo entrenamiento de un profesional, porque el elemento esencial de estos grupos de terapeutas es que cuentan con la motivación para trabajar con los niños, ya sean con los propios o aquellos que tengan alguna relación con el curso de

sus deberes profesionales; ello implica a maestros, profesional de cuidado, enfermeras, etc. y tiene como ventaja que al carecer de servicios psicológicos de apoyo, los no profesionales cuentan con esta herramienta para aliviar los problemas que interfieren con sus principales objetivos.

En tanto que los terapeutas profesionales obtienen su entrenamiento en cursos clínicos para cumplir los requisitos para graduarse en una ciencia social o conductual. Se puede llegar a ser competente después de haber recibido instrucciones de calidad en el método y trabajo en algunos casos. Se incorpora también la comprensión y práctica de las condiciones esenciales de empatía, respeto positivo, aceptación, cordialidad y legitimidad. No obstante, se necesita además del estudio de los métodos, se requiere cubrir cuatro puntos que a continuación expondremos:

- 1.- Apertura de enfoque.
- 2.- La calidad del entrenamiento y la supervisión del terapeuta de juego deben ser buenas.
- 3.- El poseer ciertas cualidades personales, puede facilitar al terapeuta de juego, su habilidad para aprender y mantener la integridad de la terapia.
- 4.- La habilidad de auto-exploración y receptividad para adquirir auto conciencia, puede ayudar a vencer las luchas personales con el método.

En compromiso con el niño, la integridad del método y la propia competencia en su uso requiere un potencial de autocrecimiento por parte del terapeuta.

Ciertamente, tenemos la idea de que el terapeuta que adquiera el compromiso de trabajar en este campo, preferiblemente deberá cursar como mínimo con cierto entrenamiento especializado, ya que el hecho de proyectar los propios conflictos, puede llegar a alterar el sentido terapéutico de su trabajo.

IV.B.2) El Cuarto de Juego y los Juguetes.

Cuando el terapeuta intenta proporcionar una relación de calidez y comprensión, es necesario que el niño se sienta lo suficientemente seguro como para relajar sus defensas en tal medida que pueda apreciar cómo se siente al funcionar sin ellas, la seguridad de la hora de terapia reside en la ausencia de presión.

Todo ello debe llevarse a cabo bajo ciertas condiciones que debe tener el cuarto de terapia, el cual es un espacio en donde el niño se explye como quiere, no existe nadie que le

diga lo que tiene que hacer, es aquí donde encuentra a alguien que lo entiende y lo acepta tal cual.

En este aspecto, el niño se debe dar cuenta que no existe la crítica y el regaño, desaparecen las sugerencias, mandatos, desaprobación, represión por parte del adulto, y por tanto sus defensas no encuentran motivo para funcionar, lo que da la posibilidad de crecimiento del niño, esto es, de autorrealizarse.

Las condiciones físicas que puede presentar el cuarto de terapia, no son muy rígidas, ya que puede tratarse de un salón de clases u otro espacio como el cuarto de una guardería etc. Inclusive, si no se puede contar con un lugar fijo, basta con un espacio donde el terapeuta pueda llevar y traer los materiales de juego para cada sesión.

En cuanto a los juguetes, la mayoría de los terapeutas "no directivos" ocupan básicamente los propuestos por Axlíne (). Ella expone un listado de materiales que expondremos a continuación:

Si no se cuenta con mucho presupuesto, se opuede usar un grupo de muñecas, unos cuantos muebles de juguete como cama, mesa, sillas, también mamilas arcilla, pituras de agua, papel para dibujar, gises de colores, pistolas de juguete, soldados, un auto, titeres, una muñeca bebé de trapo y un teléfono..

Si se cuenta con presupuesto, se puede equipar el cubículo con botellas para alimento infantil, una familia de muñecas, una casa de muñecas amueblada, soldados de juguete, doctores, materiales domésticos como estufa, trastecitos, sartenes cucharas, basos, platos, tendedero, vestidos de muñeca, pinzas para la ropa,cesto para la misma, una muñeca grande de trapo,titeres, un escenario para títere, gises de colores, arcilla, pintura, arena, agua, pistola de juguete, juego de palas, mazo de madera, muñecas de papel, autos pequeños, aeroplanos, una mesa, un caballete de pintor, una palangana, una pequeña escoba, trapos, trapeador, papel para dibujar y pintar, periódicos viejos, papel barato para cortar fotografías de personas, casas, animales. También recomienda una caja con arena para escenario para colocar soldados, carros etc.

Todos los objetos de juego deberán ser sencillos en su construcción y fácil de mantener para que el niño no se sienta frustrado por un equipo que no puede manipular, deberán estar sólidamente contruidos para soportar el rudo trato en la terapia de juego.

Ahora bien, la terapia de juego puede desarrollarse en dos condiciones: (a) en grupo y (b) de manera individual, los criterios para utilizar una u otra forma son mas o menos

arbitrarios. Axline sugiere que la terapia de grupo se emplee en los casos donde los problemas del niño se centren en su adaptación social, mientras que los casos donde los problemas están centrados en una profunda dificultad emocional, la terapia individual es la más apropiada.

Quizá lo mejor, opina Axline, sea proporcionar a los niños estos dos tipos de experiencia.

Ginott (17), sugiere un criterio concreto para incluir a los niños a los dos tipos de terapia. Su criterio principal, es la evidencia de apetito social que definió como el deseo de ser aceptado por sus semejantes, actuar, vestir y hablar como ellos lo hacen, establecer y mantener una posición dentro de sus grupos.

Considera también que se debe tener cierta información acerca del apetito social del niño antes de someterlo a algún tipo de terapia. Dicha información se determina por medio de patrones conductuales de los niños.

Asimismo contempla contraindicaciones para el uso de terapia de grupo. Considera diferentes categorías de niños como "no apropiados" para la terapia de grupo, tales niños presentan como características: fuertes rivalidades con los hermanos, sociópatas con impulsos sexuales acelerados, los que hurtan de manera persistente y los que son muy agresivos.

Ello es contemplado no por los posibles pronósticos malos de la terapia, sino por los efectos destructivos que su conducta puede tener sobre los otros miembros del grupo.

Ahora, los niños que requieren de terapia individual, son aquellos que sufren de fuerte tensión nerviosa, que en general resulta de haber experimentado un trauma grave o una catástrofe.

Por su parte Guernsey (18) sugiere que la terapia de grupo se reserve para niños mayores de 9 o 10 años, ya que los niños pequeños se centran sobre las relaciones adultas en sus vidas y no están todavía orientados principalmente hacia un compañero. La aceptación por parte del grupo tiene gran importancia y por consiguiente el impacto terapéutico potencial es mayor para los niños de 9 años que para los más jóvenes.

En terapia de grupo los efectos del terapeuta se atenúan por la necesidad de relacionarse con todos los miembros del grupo según sus necesidades respectivas. Característicamente los terapeutas de grupo intentan en lo general atender tanto los fenómenos individuales como los de grupo, por lo que los sentimientos de los niños se manejan a dos niveles, considerando los aspectos intrapsíquicos de los miembros y sus aspectos interpersonales con el terapeuta y/o con otro

miembro del grupo. El terapeuta intentará enfatizar en una sesión determinada los aspectos de más presión para el grupo como un todo.

Guinott (17), considera que los materiales del cuarto de juego tienen cualidades provocadoras de conductas, por lo que recomienda que los juguetes cumplan con tres puntos:

- (a) permitan la prueba de realidad.
- (b) que el niño exprese simbólicamente sus necesidades.
- (c) promuevan la catarsis y el "insight".

Por su parte Guernsey (20) sugiere el siguiente criterio para seleccionar juguetes adicionales:

- 1.- Deben seleccionarse aquellos juguetes que puedan utilizarse de diferentes maneras.
- 2.- Elegir juguetes que promuevan los sentimientos más difíciles de tratar en la vida real, como agresión y dependencia, pueden servir los sacos para golpear, navajas de goma inofensivas, recipientes para vertir líquidos.
- 3.- Seleccionar juguetes que puedan ser utilizados por 1 o 2 personas sin que necesariamente exista juego compartido.

IV.B.3) LOS LIMITES.

No se quiera pensar, que por el hecho de "dar permiso al niño para ser él", la terapia se convertirá en una total anarquía. Precisamente, debemos proporcionar las condiciones adecuadas al niño para que pueda discipar sus defensas y experimente el poder actuar sin ellas, pero al mismo tiempo es necesario que el chico respete ciertos límites, los cuales deben existir para el bienestar y seguridad de ambos: terapeuta y niño (35)

Según Guernsey (20), los límites son de gran utilidad y resalta los siguientes puntos:

1) Para el niño, ayudan a definir las áreas en las que es libre de operar. La aplicación de límites le asegura al niño que el adulto no es una persona a quien le interesa poco la libertad, sino que el terapeuta permite el radio de acción.

2) Los límites permiten que el terapeuta permanezca empático y tolerante. Si los sentimientos o bienestar físico del terapeuta se ven amenazados, no puede ser agredido ya lo los límites lo impiden.

3) Los límites ayudan al niño a establecer autocontrol, ya que es su responsabilidad permanecer dentro de ellos.

Los límites tienen que ser explícitos, en términos de las conductas esperadas, y el momento adecuado de señalarlo es cuando surge la necesidad; no anticiparse a enumerar la lista de límites, ya que sólo se agobian a los niños dando la impresión que son muchas las reglas aunque ello no sea cierto.

Por su parte Axline (20), opina que es bueno aplicar la mayor parte de los límites en cosas materiales, ya que impiden la destrucción a placer de los mismos, averiar la habitación y atacar al terapeuta" se debe de salir del salón de terapia con un sentimiento de seguridad y respeto hacia el terapeuta, debe ser tratado en tal forma mientras se encuentre en la habitación que se fortalezcan esos sentimientos de seguridad...."

Debe conservar en mente el hecho de que el éxito de la terapia está basado en la liberación de sentimientos que ayudan al desarrollo de la visión interior del sujeto que redundan en una autodirección más positiva.

También surge la necesidad de confinar la terapia a la terapia de juego, ya que por un lado, si las actividades desarrolladas por el niño en el cuarto de juego se llevan a cabo en el exterior, dará como resultado severas críticas.

Por otro lado, se debe enfrentar el hecho de que el niño tiende a sentirse culpable cuando patea al muñeco que representa al papá, golpea a la muñeca mamá o asfixia al muñeco que representa al hermano(a). "proteger al niño de posibles sentimientos de culpa y prevenir la formación de cualquier concepción equivocada en su mente en lo relacionado a cuál puede ser un comportamiento adecuado".

Otros autores que coinciden en la función de los límites, proponen un listado concreto de los mismos que nos pueden ser útiles.

Guerney (Op.cit.) opina que los límites se establecen por lo general sobre:

- 1.- agresión física contra el terapeuta o contra él mismo.
- 2.- destrucción de objetos costosos o irreparables.
- 3.- correr fuera y dentro del cuarto de terapia de juego
- 4.- permanecer más allá del período de juego.
- 5.- desvestirse (excepto chamarra y zapatos).

Mora Giordano (32), enumeró una serie de límites formales que puede ser aplicados a todo grupo infantil:

- No se puede salir del cuarto de juego sin permiso.
- No se puede arrojar objeto alguno fuera del cuarto de juego.
- No se puede romper nada que sea irreparable.
- No se puede lastimar gravemente a un compañero, a sí mismo, o al terapeuta.
- No se puede salir al baño de dos o más niños.
- No se puede llevar objetos del cajón o sala de juego.
- No se puede traer acompañantes familiares o amigos a la sala de juego durante la sesión y preferentemente tampoco antes ni después.
- No se puede revisar la caja de juguetes de otros niños.
- No se puede escribir con lápiz en paredes no destinadas para ello.

Los límites, según Axline (Op.cit.), deben mencionarse cuando el menor esté irrumpiendo la regla, Guerney (Op.cit.) sugiere una secuencia para la aplicación de los límites:

1a.- A la primera infracción se establece la norma; por ejemplo "no puedes punzar el saco de golpear con la punta del lápiz".

2a.- En la segunda infracción se recuerda al niño que no debe hacer la acción indebida, y se le indica que la próxima vez se suspenderá la terapia ó se le quitará el objeto que está mal empleando o cualquier otra cosa que se considere apropiada.

3a.- En la tercera infracción se le recuerda y cumple la condición que se le había advertido previamente.

Si se decidió suspender la terapia, se sugiere que el terapeuta salga con el menor para que el límite se experimente como el final de la sesión y no como una expulsión.

IV.B.4) Niños a los que se recomienda la Terapia de Juego.

Los fundamentos y las experiencias obtenidas con el uso de la terapia de juego, han dejado ver que los niños que han utilizado esta terapia presentan diversidad de características conductuales, desde los niños agresivos e incontrolables hasta los pasivos y sumisos, así mismo la aplicabilidad de esta terapia en diferentes situaciones como lo veremos más adelante.

Axline (2a), menciona que son remitidos la clase de infantes calificados como problemas, los define como "niños

infelices a los que no se les ha brindado un poco de amor, seguridad y felicidad que todo ser humano reconoce como un derecho para con los niños".

Estos pequeños, canalizan algunas de sus tensiones por medio de su comportamiento agresivo, lo que solo les genera más problemas.

Indica también que existen otra clase de niños que se encuentran igualmente necesitados de ayuda pero que se apartan de su mundo, dando como resultado chicos "tranquilos" que no dan problemas. Son aquellos niños que parecen rehusarse a crecer y que se aferran a un comportamiento infantil, son niños nerviosos que se muerden las uñas, tienen pesadillas, se orinan en la cama, tienen tics, se rehusan a comer y diversas manifestaciones de comportamientos que revelan disturbios internos y ansiedad.

Asimismo, se incluyen a los niños reprimidos, apartados, inhibidos, a los que presentan problemas escolares, de habla o de lenguaje tales como el tartamudeo, problemas de dicción, etc. "Aún los mudos, en ocasiones han logrado empezar a balbucear después de haber sido sometido a terapia de juego".

Al parecer este tipo de problemas parecen estar vinculados con la vida emocional del niño.

Se incluyen también aquellos casos de enfermedades psicósomáticas si son reconocidas como tales.

Encontramos que la terapia de juego, ha sido aplicada en diferentes situaciones como escuelas primarias (15), en donde el principal objetivo fue ayudar a los niños a prepararse para aprovechar las oportunidades que se les ofrece para aprender; también se ha aplicado terapia de juego para niños hospitalizados (18); para niños víctimas de maltrato y negligencia (29); para niños con padres divorciados (31); para niños identificados con el género opuesto (43); para niños con incapacidades en el aprendizaje (35); y terapia de juego con minusválidos (47).

Salomón (47), opina que la terapia de juego es una técnica excelente para los niños minusválidos y da como razones las siguientes:

1.- El terapeuta no juzga, es amigable y tolerante, factor positivo ya que los niños minusválidos tienen mayor necesidad de consideración positiva, incondicional y actitudes permisivas que quienes no lo están.

2.- La terapia de juego enfatiza el reconocimiento y la reflexión de los sentimientos. El terapeuta trata de comprender los sentimientos del niño y le ayuda a entender

estas actitudes y emociones, ya que por lo general los niños con impedimentos ni siquiera pueden tener la oportunidad de manifestar y reconocer sus propios sentimientos de ira y desesperación que a menudo les es evitado por sus propios padres por miedo a que el menor se deprima o se ponga irabundo.

3.- La terapia de juego puede ser el método a elegir para niños pasivos y dependientes porque ve a los niños como participantes activos dentro de su propio desarrollo. El terapeuta le brinda al niño la oportunidad de resolver problemas y el pequeño paciente es capaz de asumir esta responsabilidad elevándose su sentimiento de autovalor y competencia.

La terapia de juego en grupo además le ofrece a estos niños la ventaja adicional de inclusión social, factor muy importante ya que generalmente son aislados y privados de oportunidades para crear amistades y participar en juego con otros niños.

A pesar de las muchas ventajas que puede proporcionar la terapia de juego a los minusválidos, muy pocas veces ha sido utilizada con ellos, las razones que Salomon (Op.cit.) exponen es que la terapia con niños normales depende de la habilidad para comunicarse, cambiar y manipular objetos siendo las dos últimas especialmente importantes para la terapia de juego, y en donde por lo general estas habilidades se encuentran deterioradas en las personas minusválidas, dando como conclusión el hecho de pensar que los métodos normales son inadecuados para ellos.

Desde ese punto de vista, reconocemos que las conductas de juego de los niños minusválidos puede ser diferente a la de los niños normales, y un programa de terapia de juego deberá tomar en cuenta estas diferencias.

Según Piaget, existen tres etapas principales en el desarrollo del juego. En la primera, desde el nacimiento hasta los dos años mas o menos, tenemos el juego sensoriomotor, encontramos el desarrollo de la permanencia de objetos, esto es, la convicción de que todas las cosas existen independientemente de la percepción que se tenga de ellas.

De los dos a los siete años mas o menos (segunda etapa), los niños son menos dependientes de los objetos reales presentes durante su juego; los símbolos y las fantasías se utilizan comunmente durante este periodo.

A partir de los ocho años, los niños normales son capaces de desempeñar papeles en donde toman el punto de vista de otra persona; además en esta etapa se comienzan a observar los juegos con reglas.

Cada una de las etapas incorpora los conceptos y habilidades de la anteriores, un deterioro en una etapa previa tiene consecuentemente un efecto dañino en la conducta de juego posterior del niño.

Salomon, opina que algunas incapacidades físicas tienden a interrumpir el desarrollo normal del juego sensoriomotor; por ejemplo, el niño ciego no puede explorar, imitar, probar hipótesis o construir objetos como lo hacen otros niños, como resultado el conocimiento sensoriomotor está restringido.

Muchos niños minusválidos no han tenido la oportunidad adecuada para ver sus alrededores desde diferentes puntos de vista, para percibir que las cosas parecen cambiar de tamaño y forma cuando uno las ve desde diferentes ángulos y distancias, para experimentar con diferentes pesos, texturas, y propiedades físicas de los mismos.

Dado que su conocimiento del mundo concreto está limitado, tales niños pueden experimentar dificultad para lograr los niveles más abstractos del juego, puede resultar lento del desarrollo de la fantasía y el simbolismo.

Salomon sugiere que el terapeuta que considere la intervención con un niño minusválido, debe tomar en cuenta el nivel de desarrollo del juego del niño para participar en juego imaginativo, para simbolizar y fantasear. Al haber averiguado que un niño en particular minusválido es capaz de desarrollar juego imaginativo, el terapeuta debe entonces considerar si las técnicas de terapia de juego usuales son apropiadas desde cuándo comenzar y terminar cada sesión, incluso, los límites tendrán que modificarse para protegerlos del daño físico, dónde colocar al niño en relación con el terapeuta, ya que puede complicarse este aspecto por las limitaciones físicas de este.

Así mismo, los materiales de juego de ser necesario, deberán ser modificados, en específico el caso del niño con parálisis cerebral que no puede asir objetos, el uso de cintas adhesivas puede ser de gran utilidad para la realización de diversas actividades.

Finnie (15) recomienda el uso de pelotas grandes y de colores para atraer el interés del niño; pelotas pesadas para niños con ataxia y atetosis, los cuales no cuentan con buena coordinación lo que evita que las pelotas se rueden lejos. Pelotas sólidas mas pequeñas para niños que son espásticos y que no pueden levantar objetos pesados, pelotas rellenas con semillas y raquetas unidas a una pelota con liga si el niño no puede asir una pelota en ninguna ocasión. En general, se pueden adaptar diferentes juguetes a los minusválidos para que participen dentro de la terapia de juego tanto como sea posible (ver capítulo III de la presente obra).

Resumiendo, la terapia de juego puede ser aplicada virtualmente con éxito a niños de todas las categorías posibles, exceptuando dos tipos que son los completamente autistas y esquizofrénicos sin contacto con la realidad (2.0) (20).

CAPITULO V: " INTERVENCIÓN ".

V.A.) Planteamiento del Problema.

En el Capítulo I se hace notar la realidad de la Educación Especial en nuestro país, se exponen los graves problemas existentes en cuanto a la atención terapéutica profesional que se brinda a este sector en particular. Tenemos como característica general que las pocas instituciones que dan atención a personas con requerimientos especiales se encuentran saturadas, sin ser la excepción el centro en el que se practicó el estudio. Es por ello que consideramos necesario buscar técnicas terapéuticas que puedan ser aplicadas en la resolución de problemas psicológicos en los menores de manera individual o grupal, ya que dichos desajustes provocan inadaptaciones y anomalías en el desarrollo de la personalidad, tales como agresión, aislamiento, bajo rendimiento, etc. que repercuten en el medio social, escolar, familiar y por supuesto en su proceso rehabilitatorio integral.

→ El presente trabajo pretende aportar una alternativa a la solución de problemas derivados de las conductas inadaptadas del niño, por medio de la Terapia de Juego, en donde como hemos visto, el juego contribuye al desarrollo mental tanto en el área intelectual como en el área afectiva, siendo este último de suma importancia, ya que el niño con parálisis cerebral vive el rechazo de sus familiares y en general de las personas que le rodean; además están en la situación de estar atrapados dentro de un cuerpo que no responde a sus necesidades de movimiento. Dichas condiciones van alterando sus posibles vínculos sociales y afectivos, al mismo tiempo, impide que el pequeño se concentre en sus actividades tanto académicas como rehabilitatorias, terminando en un inadecuado desempeño.

Los conflictos en los niños se pueden manifestar de muy diversas formas, y lo que permite el juego entre otras cosas, es proyectar esos conflictos con una buena connotación histórica través de su expresión corporal y verbal que permite vislumbrar el estado de su conflicto no resuelto y su relación con el mundo exterior.

El poder expresar abiertamente estos sentimientos, permiten al niño enfrentarse a ellos aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos. Cuando comienza a darse una relajación emocional, empieza a darse cuenta del poder que tiene para ser un individuo con derechos propios, de pensar por sí mismo y de tomar sus propias decisiones, aceptando su "Yo" sin evaluación ni presión.

Dado que la Terapia de Juego ha demostrado su utilidad como técnica terapéutica en casos de agresión, de pequeños que presentan baja auto-estima, en personitas que presentan impedimentos como la ceguera, etc., y en general en niños que presentan conductas desadaptadas, consideramos pertinente probar su eficacia al ser aplicada en niños que presentan Parálisis Cerebral; ya que es una alternativa de ser utilizada de manera individual y grupal pudiendo ayudar a la resolución de problemas emocionales en niños que además de P.C. cuentan con la capacidad intelectual de ser escolares.

V.B.) Objetivos de la Investigación.

V.B.1.) OBJETIVO GENERAL:

Comprobar la eficacia de la terapia de juego como método de intervención psicológica aplicada a niños con parálisis cerebrales en un centro de rehabilitación.

V.B.2) OBJETIVOS PARTICULARES:

- V.B.2.1) Modificar las actividades agresivas de los niños.
- V.B.2.2) Modificar positivamente su auto-estima.
- V.B.2.3) Facilitar su independencia emocional.
- V.B.2.4) Disminuir su conducta de retraimiento.

V.C) Hipótesis.

Para la presente investigación fueron establecidas las Hipótesis nulas y alterna de la siguiente manera:

H_0 = No hay diferencia significativa entre los puntajes de los grupos antes y después del tratamiento.

H_1 = Si hay diferencia significativa entre los puntajes de los grupos antes y después del tratamiento.

V.D) Elección de la Prueba Estadística.

Tomando en cuenta las características de los datos recogidos en la presente investigación, ha sido seleccionada la prueba "T para muestras relacionadas", ya que contamos con los puntajes de cada sujeto bajo las condiciones de intervalo pre-intervención post-intervención, ello con el fin de conocer la aceptación o rechazo de la Hipótesis Nula y por consecuencia la Hipótesis Alternativa (27) (41).

V.E) Variables.

V.E.1) Variable Independiente.

El factor que en esta investigación se manipuló fue la técnica de Terapia de Juego en base a Axline (34 , ver método).

V.E.2) Variable Dependiente.

Las conductas que fueron observadas y medidas, fueron clasificadas en cinco categorías estando a su vez en directa correspondencia con el reporte de canalización. Dichas categorías conductuales se exponen a continuación:

1.- AGRESION: Conducta disruptiva que se caracteriza por patear, pellizcar a sus compañeros o personal de la institución, insultar, burlarse de sus compañeros, o golpear con la mano o algún objeto.

2.- BAJA AUTO-ESTIMA: Se caracteriza por la presencia de conductas tales como no querer hacer las cosas cuando se tiene la capacidad física de hacerlas, repetir verbalmente que no puede ejecutar "X" acción, auto-calificarse como "sonso o tonto" y angustiarse caracterizado por presentar movimientos grotescos, independientes del tipo de P.C. que padezcan, inseguridad en sus movimientos e incapacidad de articular palabras.

3.- DEPENDENCIA EMOCIONAL: Presentar hiperactividad dentro del salón de clases o el cubículo como una forma de llamar la atención de la maestra o compañeros con el fin de obtener su aprobación; esto es, pararse de su lugar cuando se está trabajando o en sesión, llamar a la maestra, al terapeuta, o a sus compañeros en forma de grito y querer

escapar del cubículo o el salón de clase provocando que sea perseguido. También se incluye la conducta de llanto cuando los familiares se marchan y se queda en el salón o el cubículo.

4.- RETRAIMIENTO: Conducta caracterizada porque el pequeño agacha la cabeza cuando se le habla, se esconde bajo la mesa de trabajo, se dirige a un rincón adquiriendo posición "fetal".

5.- BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION: Cuando se pone el niño irritable, enojado "berrinchudo" al no cumplírsele alguna de sus peticiones ante el llamado de atención de su comportamiento inadecuado, como querer jugar en horas de clase. Presentar "rebeldía", esto es, cuestionar a quien le manda hacer las cosas negándose generalmente a hacerlo.

V.F.) "Método".

V.F.1) "Población".

La terapia de juego fué aplicada a 10 niños que fueron remitidos o canalizados al departamento de Psicología debido a sus problemas de conducta por parte de la maestra o del personal de otros departamentos tales como Terapia Física, Terapia de Lenguaje, Pedagogía, etc.

Los niños difieren en tipo de Parálisis Cerebral, sexo, grado escolar así como el problema por el que fueron canalizados, sin embargo encontramos que tres de los sujetos pertenecen al Primero "A", tres al Primero "B", tres más al Tercer grado y sólo uno pertenece a Pre-primaria. (ver cuadro 1 y 2). Se obtuvieron datos de cada uno en base a los siguientes puntos:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Tipo de Parálisis Cerebral
- d) Año escolar
- e) Nivel socio-económico
- f) Lugar que ocupa en la familia
- g) Dinámica familiar detectado por el departamento de Trabajo Social
- h) Características del comportamiento problemático del niño.

SUJETO 1:

- a) Edad: 12 años
- b) Sexo: Masculino
- c) Tipo de P.C.: Espástica derecha y estrabismo convergente.

- d) Año Escolar: Pre-primaria.
 e) Nivel socio económico: Bajo.
 f) Lugar que ocupa en la familia: Hijo mayor de tres.
 g) Dinámica Familiar: El menor es producto de violación, tiene otras dos hermanas, una no vive con ellos y el más pequeño que cuenta con un año de edad, es rechazado por su padre natural, actualmente la madre trabaja de empleada doméstica siendo su única fuente económica para el sostenimiento de la familia. Cuando se siente demasiado presionada, la madre desquita su coraje sobre el menor. La familia materna no acepta al pequeño viven con un tío ya que su vivienda quedó destruida con el terremoto del 85. La madre reporta que los niños que lo rodean se burlan y abusan de él.
 h) El pequeño fue remitido por el Departamento Escolar ya que presenta problemas de conducta agresiva tales como: patear, pellizcar a sus compañeros y maestros sin motivo aparente, tiende a insultar verbalmente, además de no lograr el control de esfínteres.

SUJETO 2:

- a) Edad: 12 años
 b) Sexo: Masculino
 c) Tipo de P. C.: Cuadriplejia Espástica
 d) Grado Escolar: Primero "B"
 e) Nivel Socio-económico: Alto
 f) Lugar que ocupa en la familia: El segundo hijo
 g) Dinámica Familiar: Tanto su hermano como él presentan Parálisis Cerebral, su hermano mayor actualmente y desde hace tiempo, permanece internado en una institución. Al parecer los padres no aceptan a los hijos aunque se reportan buenas relaciones.
 h) Motivo de remisión: El Departamento de Pedagogía reporta que el niño es sumamente agresivo con sus compañeros y con muy baja tolerancia a la frustración.

SUJETO 3:

- a) Edad: 10 años
 b) Sexo: Masculino
 c) Tipo de P. C.: Hemiparesia espástica izquierda
 d) Grado Escolar: Primero "B"
 e) Nivel Socio-económico: Medio
 f) Lugar que ocupa en la familia: Es el tercero
 g) Dinámica Familiar: Según el expediente, las relaciones familiares son adecuadas, sin embargo, la situación evidente es de rechazo por parte de los hermanos mayores y de su madre.
 h) Motivo de remisión: La maestra reporta llanto constante sin motivo aparente dentro del salón; esconderse bajo las mesas para no trabajar; agresión física a compañeros y personal de la Institución.

SUJETO 4:

- a) Edad: Aproximadamente 11 años
- b) Sexo: Femenino
- c) Tipo de P. C.: ninguno
- d) Año Escolar: Primero "B"
- e) Nivel Socio-económico: Proviene de una Casa Hogar
- f) Lugar que ocupa en la familia: g) Dinámica Familiar: Se ignora totalmente la procedencia de la niña. Se deduce que fue abandonada poco tiempo después de haber nacido a causa de sus malformaciones congénitas en manos (carece de la mano izquierda y la derecha cuenta sólo con cuatro dedos). La niña sufrió quemaduras de tercer grado en el rostro ocasionándole severas deformidades. Según expediente de la Casa Hogar, se cree que trataron de asesinarla. La pequeña no padece de Parálisis Cerebral, pero debido a sus quemaduras fue imposible encontrar acomodo en otras Instituciones.
- h) Motivo de remisión: Se reporta del Departamento Escolar que la niña presenta dependencia emocional caracterizado por hiperactividad, lo que ocasiona distracción en sus compañeros, se para, grita y demanda mucha atención. Cuando se enoja con alguno de ellos ocupa sus defectos físicos para asustarlos.

SUJETO 5:

- a) Edad: 10 años
- b) Sexo: Masculino
- c) Grupo Escolar: Primero "C"
- d) Tipo de P. C.: Hemiparesia espástica derecha con impedimento en el lenguaje oral.
- e) Nivel Socio-económico: Bajo
- f) Lugar que ocupa en la familia: El mayor
- g) Dinámica Familiar: El chico es producto de las relaciones entre primos hermanos. Actualmente el pequeño sabe quien es su padre el cual ve desde hace tiempo aunque no con frecuencia. La señora se casó y tiene dos hijos de esta unión con los cuales se reporta, existen relaciones positivas entre los niños. El padrastro, quien padece de labio leporino y paladar hendido, tiene riñas continuas con el pequeño porque no le obedece, situación que ocurre desde el nacimiento de sus hijos, y cuando se enoja trata con discriminación a su hijastro. La madre acepta y quiere al pequeño. La familia paterna no acepta al chico lo que provoca problemas entre la pareja. La familia pasa por problemas económicos. Sus relaciones con familiares y vecinos son buenas.
- h) Motivo por el cual fue remitido: La profesora reporta que tiene baja tolerancia a la frustración. Es agresivo con sus compañeros físicamente. En ocasiones se niega a trabajar dentro del salón de clases sin motivo aparente. El Departamento de Terapia Física manifiesta que el pequeño es muy rebelde, esto es, cuando se le dice lo que tiene que hacer se niega y cuestiona a quien le manda.

SUJETO 6:

- a) Edad: 13 años
- b) Sexo: Masculino
- c) Tipo de P. C.: Hipertónico atetoide
- d) Año escolar: Primero "C"
- e) Nivel Socio-económico: Bajo
- f) Lugar que ocupa en la familia:
- g) Dinámica familiar: Relaciones inadecuadas ya que existe falta de comunicación entre los padres y demás integrantes de la misma. El pequeño es aceptado por sus padres y su hermana, pero con sus hermanastros vive el constante rechazo. El padre no vive con ellos y ve a su hijo cada 15 días, aportando muy poco dinero para los gastos de la casa por lo que madre se ve obligada a trabajar. La señora tuvo 7 hijos en su primer matrimonio de los cuales ninguno le brinda apoyo.

Posteriormente se unió al padre del sujeto en cuestión, éste, quien debido al comportamiento de sus hijastros (incompatibilidad de caracteres) no vive con la familia. La señora considera que los problemas que existen en casa afectan emocionalmente al niño, motivo por el cual en momentos de discusión familiar, el niño se pone a llorar.

- h) Motivo de remisión: Su maestra reporta que presenta baja tolerancia a la frustración, llora cuando lo dejan en la escuela y debido a su Parálisis Cerebral se ve imposibilitado a expresarse oralmente, por lo que se dificulta conocer sus motivos de llanto.

SUJETO 7.

- a) Edad: 15 años.
- b) Sexo: Masculino.
- c) Tipo de P. C.: Cuadriparesia mixta (Atetósica_Espástica).
- d) Año Escolar: Primero "C".
- e) Nivel Socio-económico: Bajo.
- f) Lugar que Ocupa en la Familia: Segundo.
- g) Dinámica Familiar: El niño y sus dos hermanos viven con la abuela materna, y sus tíos (10 personas). La tía del pequeño es quien se hace cargo del menor, quien además reporta que la madre se desentiende de ellos, y en general de todo lo que le rodea: reporta que a la edad de 13 años, la madre de los pequeños intentó suicidarse, su vida en general ha sido de constantes dificultades y depresiones.
- h) Motivo por el que fué remitido: Presenta conductas de agresividad dentro y fuera del salón de clases, con sus compañeros y personal de la institución.

SUJETO 8

- a) Edad: 10 años
- b) Sexo: Masculino
- c) Tipo de P.C.: Triparesia Espástica
- d) Año Escolar: Tercer año
- e) Nivel Socio-económico: Bajo.

- f) Lugar que ocupa en la Familia: Mayor de los hijos.
- g) Dinámica Familiar: La familia está integrada por 4 hijos, papá y mamá, las relaciones familiares son adecuadas, existe comunicación y apoyo a nivel pareja, el niño reporta que es querido y aceptado por sus hermanos y familia paterna y materna, su mamá es sumamente aprehensiva mientras que el papá es un tanto cuanto despreocupado por las situaciones que pasan en casa.
- h) Motivo de Remisión: La maestra reporta que el pequeño está sumamente "chiquiado", depende demasiado de sus familiares, suele actuar como un niño de menor edad, le da miedo jugar con sus compañeros. Por otro lado, El Departamento de Terapia Física remite al menor porque indica que está posibilitado para emprender la marcha por sí solo, acción que no ejecuta el niño a causa de su miedo.

SUJETO 9

- a) Edad: 12 años
- b) Sexo: Masculino
- c) Tipo de P. C.: Cuadriparesia Espástica.
- d) Año Escolar: Tercero de Primaria.
- e) Nivel Socio-económico: Bajo
- f) Lugar que ocupa en la familia: Hijo único.
- g) Dinámica Familiar: La señora es madre soltera, quien trabaja para el sostén de ella y su hijo, viven solos ya que desde que resultó embarazada la corrieron de su casa y donde actualmente no aceptan al chico. Al parecer las relaciones madre-hijo son buenas.
- h) Motivo de Remisión: La maestra reporta que el pequeño es agresivo con sus compañeros, que desobedece lo que se le pide y es demasiado rebelde.

SUJETO 10

- a) Edad: 10 años
- b) Sexo: Masculino
- c) Tipo de P.C.: Atetósica con Disartria.
- d) Año Escolar: Tercer año de Primaria
- e) Nivel Socio-económico: Medio.
- f) Lugar que ocupa en la familia: Hijo único.
- g) Dinámica Familiar: No existe aceptación del niño por parte del padre y de la familia paterna, la madre reporta que no siente apoyo moral del padre situación que le angustia mucho y tiende a pedir más al niño de lo que sus capacidades le permiten.
- h) Motivo de Remisión: Tanto el Departamento de Terapia de Lenguaje como Escuela, reportan que el pequeño se angustia excesivamente, a tal grado que sus movimientos involuntarios se tornan sumamente grotescos y su capacidad de articular palabras se ve afectado severamente.

Para una mayor óptica en las características tanto de la población como de las categorías conductuales (variable dependiente) se elaboraron los cuadros 1 y 2.

D.2) MATERIAL.

El material que fue ocupado por los niños durante las tres fases del estudio, es el propuesto por Axline (198) el cual consistió de lo siguiente:

- | | |
|----------------------------------|------------------------|
| -una familia de muñecos | -soldados de juguetes |
| -sillas, mesas, estufas cazuelas | -un perro de peluche |
| -platos, vasos, cucharitas, | -un teléfono |
| -una máscara | -dos pistolas |
| -carritos de metal | -aviones |
| -un muñeco doctor | -dos títeres |
| -luchadores de plástico | -una pelota de boliche |
| -una pelota de fut-bol | -piezas de ensamble |
| -una casita de muñecas | -plastilina |
| acuarelas, plumines | -lápices de colores |
| -periódico, crayolas | -hojas de papel |

También en los casos necesarios, se ocuparon cuñas o cilindros como facilitadores para que el niño pudiera manipular los juguetes.

V.F.3) Esenario.

La intervención terapéutica se llevó a cabo en las instalaciones de un centro de rehabilitación que brinda atención a Paralíticos Cerebrales, en uno de los cubículos que el departamento de Psicología tiene a su disposición, es el más grande y cuenta con una superficie de 2.5 mts. por 1.80 mts. aproximadamente. A lo largo de la superficie, tiene una mesa removible la cual se encuentra aproximadamente a un metro del nivel del piso. De un lado se encuentra un ventanal por donde uno de los observadores registraba la ocurrencia de las conductas en cuestión.

V.F.4) Instrumentos.

Para los evaluadores en las fases de pre-tratamiento, tratamiento y post-tratamiento, utilizaron dos registros de frecuencia de ocurrencia por sesión (uno por evaluador), dos relojes y dos plumas. El registro de frecuencia se muestra en la figura 3.

Dicho instrumento fue diseñado para registrar simultáneamente; de tal forma que cuando algún pequeño ejecutaba alguna de las conductas a registrar, se colocaba una inicial que corresponde sólo a ese sujeto. Esta misma técnica se aplicó con todos.

Eran utilizadas tantas hojas de registro como fueran necesarias en cada sesión.

Con el fin de sacar confiabilidad, fueron comparados los registros de los dos observadores, se computaban las frecuencias en cada conducta y las diferencias eran eliminadas.

V.F.5) Procedimiento.

V.F.5.1) Fase de Pre-intervención.

Para esta fase se emplearon las dos primeras sesiones con duración de una hora cada una y con los juguetes ya mencionados. Dos observadores colocados en diferentes sitios y de forma independiente, uno estaba colocado dentro del cubículo y el otro registraba a través de la ventana. Los observadores registraban la ocurrencia de las cinco conductas ya expuestas.

V.F.5.2) Fase de Intervención.

Esta fase tuvo una duración de 20 sesiones, de una hora cada una, y donde los pequeños tenían dos sesiones por semana ocupando un período efectivo de tres meses, incluyendo las dos fases restantes.

Los grupos de terapia variaban en cuanto a sus integrantes, dependiendo de las necesidades de la institución ello fué con el fin de que cada niño tuviera las mismas cantidades de sesiones terapéuticas.

Una vez que estaban en el cubículo, se procedía a recordarles los límites, estos fueron:

1.- Pueden jugar con todos los juguetes pero no se los pueden llevar a casa o a su salón, porque hay otros niños que vienen a jugar con ellos.

2.- Tengan cuidado de no maltratar o destruir los juguetes.

3.- Pueden jugar "luchitas", pero teniendo cuidado de no lastimar al compañero o lastimarse ustedes.

4.- Cuando falten 10 minutos para que termine la sesión, deberán guardar, recoger y limpiar todo para que otros niños puedan trabajar. Yo les avisaré cuando termine el tiempo.

5.- Deberán los que puedan, salir en orden a su salón cuando se le indique

Durante la hora de terapia, se tuvieron en cuenta los ocho principios básicos propuestos por Axline (2.0) los cuales se presentan enseguida (para mas informe ver capítulo IV de la presente obra):

1.- El terapeuta crea un sentimiento de permisividad en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar por completo sus sentimientos.

2.- El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía loantes posible.

3.- El terapeuta acepta alpequeño tal como es.

4.- Está aletrta de reconocer los sentimientos del niño que expresa y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.

5.- El terapeuta respeta la manera que tiene el niño de solucionar sus problemas. Si se le ha brindado la oportunidad para hacerlo, es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.

6.- El terapeuta no intenta dirigir la acción o conversación del niño en forma alguna,el niño guía el camino, el terapeuta lo sigue.

7.- El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia, este es un proceso gradual y como tal reconocido por el terapeuta.

8.- El terapeuta establece sólo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño su responsabilidad en la relación.

La forma en que se aplicaron estos principios con los niños, fué primero establecer una relación amistosa con ellos, hablándoles en voz baja, atentos a sus llamados, tomándolos en cuenta. En los casos de mucha ansiedad y que dificultaba la dicción, se le pedía que se relajara tomándolo de lamano y pidiendo que respire profundo, posteriormente se le pedía que hablara pero con calma.

Se mantenía una actitud de respeto y aceptación para con los niños y cuando eran agresivos, aislados, no se les criticaba ni se les hacía comentarios que fueran negativos para ellos. Cuando algún compañero se burlaba de otro, se le reflejaba su conducta de burla, pero no se le decía "no te burles" o "eso está mal".

La actitud del terapeuta es de permisividad, de tal manera que los pequeños se podían expresar tan libremente como ellos quisieran, tanto sus ideas como sus conflictos.

Si algún niño rompía un límite se le recordaba el mismo; si por ejemplo dos pequeños se peleaban, la intervención del terapeuta se limitaba a decir "los dos tienen coraje por algo que hicieron y tienen ganas de pegarse, pero acuérdense que tenemos que respetar a los compañeros y no debemos pegarnos".

El terapeuta también reflejaba sentimientos de los niños que estaban platicando o si se le pide que juegue con ellos también participaba.

Si durante la terapia de juego permanecía algún niño aislado, el terapeuta sólo hacía la invitación a participar con los demás. Si el pequeño se resistía, el terapeuta sólo reflejaba su decisión.

En los casos de los niños que presentaban incapacidad para moverse, y querían alcanzar algún juguete ellos lo pedían se les reflejaba su petición, diciendo "tu quieres que te dé este juguete, porque crees que no puedes alcanzarlo aunque esté dentro de tus posibilidades el poder hacerlo".

Si algún niño quería el juguete que manipulaba otro pequeño, se reflejaba su conducta, si el pequeño decidía prestárselo, se reflejaba su acción, si no, se respetaba su decisión. El terapeuta no dirigía ninguna conversación, respeta las decisiones y no cuestiona sobre ellas.

Todos los juguetes se encontraban dentro de una caja, de tal forma que estuvieran revueltos y que sacaran ellos por sus propias manos los juguetes que quisieran, esto con el fin de que se esforzaran en sus movimientos.

V.F.5.3) Fase de Post-intervención.

Esta fase se realizó bajo las mismas condiciones que en la fase de pre-intervención, utilizando el mismo tipo y tiempo de registro, para lo cual fueron asignadas las dos últimas sesiones.

V.6) Resultados.

El resultado de la prueba "T para muestras relacionadas, dió como resultado el rechazo de H_0 y aceptación de H_1 , lo que es indicativo de que la diferencia de los datos obtenidos son debido al tratamiento aplicado.

V.G..1) Descripción de los Resultados por sujeto.

En vista de que cada sujeto presentaba diferentes manifestaciones en sus repertorios conductuales, consideramos pertinente exponer los resultados por sujeto, ya que no solamente proporciona un panorama cuantitativo, sino cualitativo.

También se exponen los reportes proporcionados por las maestras, referente a los posibles cambios conductuales que se pudieron dar en el salón de clases o en general bajo situaciones diversas de los niños que estuvieron en Terapia

SUJETO 1.

Como se muestra en la gráfica uno, el pequeño se presenta en la fase "A", una alta frecuencia en sus conductas de agresión y baja tolerancia a la frustración.

En las dos primeras sesiones de intervención se incrementan aún más; en estas sesiones, el pequeño se mostraba sumamente irritado y a la defensiva, no permitía el acercamiento de ningún niño. Cuando quería un juguete, éste lo arrebatava sin pedirlo, lo que ocasionaba enojo en algunos compañeritos y extrañeza en otros; incluso hubo sesiones en las que no llegó a controlar esfínteres.

A medida que pasaron las sesiones, dichas conductas se fueron minimizando, algunas de ellas hasta extinguirse, como fué el caso de la baja auto-estima, caracterizándose por repetirse a sí mismo "no puedo", pedir la ayuda del terapeuta, quien reflejaba su sentir. A este respecto el sujeto 2 jugó un papel importante, ya que reprobaba las actitudes del pequeño en cuestión; cuando esto sucedía por lo general se quedaba callado e intentaba nuevamente ensamblar los juguetes.

En cuanto a su dependencia Emocional, cuando tenía que entrar a las sesiones iniciales, y se tenía que retirar su madre, el pequeño lloraba y pedía que no le dejara. Dicha situación lo dejaba sumamente irritado y en terapia se manifestaba con conductas de retraimiento y agresión de su parte. La categoría de retraimiento no fué extinguida pero su frecuencia de ocurrencia en el post-tratamiento fué de dos veces.

REPORTE FINAL DE LA MAESTRA.

La maestra reporta que el pequeño ya no es agresivo, es más bien amable con el personal y con sus compañeros, trabaja

cuando se le indica y cuando quiere algo es capaz de pedirlo, ya no se retrae por lo que es más sociable. De vez en vez golpea, pero ello sucede cuando recibe agresión.

Para ella, el logro más importante es que el pequeño aprendió a controlar esfínteres.

SUJETO 2.

Debido al tipo de parálisis cerebral que padece, el chico está imposibilitado a caminar, su prensión es sumamente torpe y su lenguaje apenas entendible.

Su conducta de agresión y baja tolerancia a la frustración, alcanzaron los niveles más altos en la etapa de pre-intervención y al inicio de éste. Poco a poco dichas conductas declinan en su frecuencia, (ver gráfica 2).

Este pequeño dentro de la terapia tendía mucho a hacer comentarios reprobatorios en las actitudes de sus compañeros, asimismo, se burlaba de ellos y agredía con los juguetes.

En la categoría de dependencia emocional, se observaba que la forma de llamar la atención a sus compañeros, era gritándoles, a cada momento pedían que le llevaran al baño sin que necesariamente evacuara, cuando esto sucedía el pequeño soltaba a reír.

En cuanto a la categoría de baja auto-estima, se observaba que cuando el pequeño pedía algún juguete que no estaba a su alcance, en vez de esforzarse permanecía dejando pasar el tiempo sin jugar, repitiendo la petición a cualquiera de sus compañeros, incluso manifestaba que no podía manipular algún juguete, donde por lo general terminaba en frustración.

Como lo muestra la gráfica 2, esta conducta casi desaparece al final del tratamiento y en la primera fase de post-tratamiento, donde se observó que hacía intentos de moverse, arrastrarse y jalar su cuerpo para poder alcanzar el juguete que quería tomar.

La conducta de retraimiento desde un inicio se observó con una baja frecuencia, sin embargo, alcanza a extinguirse en la quinceava sesión; dicha conducta se caracterizaba por agachar la cabeza cuando el terapeuta reflejaba sus sentimientos.

REPORTE FINAL DE LA MAESTRA.

Manifiesta que el pequeño ha cambiado, ya no es agresivo, es más sociable con sus compañeros, e incluso lo

observa como anímicamente "apagado", permanece dentro del salón sin dar problemas.

SUJETO 3.

Este pequeño presentaba un alto nivel en las conductas de agresión dependencia emocional y retraimiento.

Como se muestra en la gráfica 3, estas categorías conductuales alcanzan un nivel alto y casi se extinguen la categoría de agresión y retraimiento. caracterizándose esta última por presentar llanto cuando lo dejaban en el cubículo o dentro del salón de clase, aislarse en un rincón o esconderse debajo de la mesa.

Cuando deseaba algún juguete que fuera utilizado por otro pequeño, éste lo arrebatava sin importar las actitudes que pudiera tomar el niño agredido.

A la mitad del tratamiento el chico se muestra diferente, es menos agresivo y menos retraído, participa más en los juegos de grupo. Esto fué más patente al final del tratamiento y aunque su lenguaje no fuera muy claro, interactuaba verbalmente con los compañeros de juego.

En la categoría de baja auto-estima, se observa que al inicio no manifestaba verbalmente calificativos auto-reprobatorios, pero al paso de las sesiones estos comentarios fueron aumentando en su frecuencia, y aunque disminuyen al final no alcanzan a extinguirse (ver gráfica 3).

Su baja tolerancia a la frustración se caracterizó porque se mostraba irritado cuando se marcaba el final de la sesión teniendo que parar el juego y guardar los juguetes que habían sido ocupados.

En el rubro de dependencia emocional, se observó que el pequeño al principio quería escaparse, pero rápidamente se extinguió esta conducta, lo que se puede inferir que se tornó reforzante la situación de terapia de juego.

REPORTE FINAL DE LA MAESTRA.

Reporta que el pequeño se relaciona ahora más con sus compañeros, a tal grado que los abraza y besa, participa en clase y es cooperativo en la limpieza del salón. En ocasiones se aísla pero ya no se mete debajo de las mesas y cuando algo le molesta ya es capaz de decirlo, toma sus decisiones y las lleva a cabo y, lo más importante para ella es que ya no llora cuando lo dejan en la escuela.

SUJETO 4.

Como se puede ver en la gráfica 4, la categoría con mayor frecuencia es la de dependencia emocional, caracterizado por presentar hiperactividad, queriendo tomar todos los juguetes, hacer dibujos usando el mayor material posible, cambiando constantemente de actividad, tratando de acaparar lo más que se pudiera, y mostrando inmediatamente al terapeuta sus trabajos. Si alguien llamaba al terapeuta, ella también lo hacía de forma insistente, y aunque esta conducta disminuyó no logró extinguirse.

La conducta de retraimiento y agresión tuvieron una incidencia de cero, mientras que el rubro de baja tolerancia a la frustración se hacía presente cuando algún pequeño se dirigía al terapeuta, inmediatamente se enojaba y manifestaba verbalmente que los niños no debían acercarse al terapeuta porque los asustaba. Como se puede observar en la gráfica, esta conducta tiende a decrementar pero no desaparece.

Su baja auto-estima era reflejado cuando expresaba que nadie la quería y que era fea y ocasionalmente cuando hacía algo mal, se repetía a sí misma "que tonta soy". En esta situación, el sujeto 10, le decía "tu no eres fea porque todos te queremos, (verdad muchacho?" luego le invitaba a jugar. Como se muestra en la gráfica, esta conducta se llega a decrementar notablemente.

REPORTE DE LA PROFESORA.

Manifiesta que ya no es "berrinchuda", ya no llama tanto la atención, es más sociable. También reporta que la pequeña antes del tratamiento fantaseaba platicando la situación de tener padres y hermanos donde con frecuencia salían a pasear y viajar en avión, ahora no lo hace y habla de cosas reales como el convivir con sus amigas.

Dicha conductas también fué observada dentro de las sesiones de terapia, desafortunadamente no fué registrada su frecuencia de ocurrencia.

SUJETO 5.

La gráfica 5 muestra que los niveles de las categorías de agresión y baja tolerancia a la frustración son muy parecidas en su frecuencia de ocurrencia, aunque decremantan no alcanzan a desaparecer.

Este pequeño tenía como característica cuestionar lo que se le decía en forma altanera (rebeldía), incluso en el cubículo con sus propios compañeros, si se ponía a jugar en

juegos de competencia y era el perdedor, terminaba riendo con el chico ganador, dándole a entender que era un tramposo y que por eso le había ganado.

Con este pequeño era difícil la comunicación, ya que si tipo de P.C. le impedía articular de manera clara sus mensajes.

El rubro de retraimiento se caracterizó porque cuando se le hablaba reflejando sus sentimientos, agachaba enseguida la cabeza sin hablar.

Esta conducta empezó a ser observada a partir de la doceava sesión, aunque no alcanzó niveles altos. La categoría de baja auto-estima no fué registrada por que su frecuencia de ocurrencia fue de cero. En cuanto al rubro de dependencia emocional se presentó esta sólo en la línea base y al principio de la intervención, posteriormente alcanza a extinguirse a partir de la dieziseisava sesión. Dicha conducta se caracterizaba por pararse del lugar de juego, gritar a sus compañeros para que lo vieran y observaran el producto de su actividad lúdica.

REPORTE FINAL DE LA MAESTRA.

Reporta que el pequeño es más sociable, pero que lo nota más indiferente en la situación escolar, se muestra ausente y poco participativo. En cuanto a su conducta de baja tolerancia a la frustración, ocasionalmente cuestiona lo que se va a hacer, y lo que considera la maestra el cambio más importante, es que ya no agrede a sus compañeros.

SUJETO 6.

El pequeño, dentro de la terapia, desarrollaba su conducta de baja tolerancia a la frustración, caracterizándose por llorar y pedir ayuda al terapeuta cuando él desaba algún juguete que era ocupado por otros pequeños. También cuando participaba en juego de competencia y perdía, agredía al ganador y rechazaba el haber perdido.

Por ese mismo motivo, su frecuencia de agresión era muy alta (ver gráfica 6) pero a medida que pasaba el tratamiento se fueron modificando ambas. También se observaba agresión dentro del cubículo sin motivo aparente. Dicha conducta se modificó, ya que al final se le observó mas tranquilo y sociable, incluso la forma de pedir los juguetes era ya sin agresión.

También las conductas de retraimiento se hacían presentes cuando sus familiares lo dejaban en el cubículo, poniéndose a llorar, cuando se lograba calmar, pasaba un rato e iniciaba el llanto. Vemos en la gráfica cómo esta conducta dentro del tratamiento se extingue.

En cuanto al rubro de baja auto-estima, el pequeño se golpea la cabeza con la mano ó algún juguete cuando tenía un error durante el juego de competencia o de destreza. Esta conducta se comenzó a observar ya iniciado el tratamiento, disminuyendo la frecuencia al final del mismo.

La categoría de dependencia emocional presentó una frecuencia de cero. tal como se define en el presente estudio, sin embargo se pudo observar que el pequeño, tendía a demandar muestras de cariño hacia su persona, esto es quería ser "apapachado" por el terapeuta o por sus compañeros. Dichas muestras se caracterizaban por abrazar, besar y pedir ser besado y abrazado. Esta conducta, según el reporte de la maestra se extrapoló a la situación del salón de clase.

REPORTE DE LA MAESTRA.

Observa al pequeño poco participativo, muy distraído en clase y muy lento en su ejecución escrita. Se desespera y angustia cuando no sabe algo que se le pregunta. Por otro lado, reporta que no ha tenido cambios en las categorías conductuales de el estudio, exceptuando que el pequeño es más cariñoso con ella y con los niños.

SUJETO 7.

Como se muestra en la gráfica siete, el pequeño presenta una alta frecuencia de ocurrencia en la categoría de agresión, aunque se ve una tendencia a decrementar no llega a ser significativa. Se observa que el nivel de baja tolerancia a la frustración inicia casi igual que el nivel de agresión aunque como puede verse disminuye de forma más abrupta.

El rubro de baja auto estima, con frecuencia se observaba que al inicio del tratamiento y primera fase, se molestaba consigo mismo en situaciones donde perdía, donde ejecutara alguna conducta errónea o que algo no le resultara como el pensaba. Ello se caracterizó por pegarse en la frente y repetirse "que tonto". Dicha conducta se modificó a lo largo del tratamiento en forma decreciente.

En cuanto a la dependencia emocional, se pudo observar que el pequeño llamaba la atención dentro del cubículo haciendo alarde de su fuerza, gritando a sus compañeros que lo vieran cuando cargaba algún objeto pesado. Al inicio los pequeños le hacían caso, pero después resultó ser más importante el juego de cada uno que el atender al llamado ya tan conocido del sujeto 7. Se observa que disminuye dicha conducta.

En la categoría de retraimiento su frecuencia de ocurrencia fué de cero al inicio, pero a lo largo del tratamiento se observan ligeros brotes, caracterizados por apartarse del grupo y querer jugar él solo, esto se observó en las sesiones 14 y 16, posteriormente no se presentó.

REPORTE DE LA MAESTRA:

La maestra lo ve ahora más tranquilo pero alegre, es más sociable y cooperativo, aunque reporta que cuando lo ve jugar en el patio suele ser agresivo, pero siempre midiéndose de no lastimar al compañero.

SUJETO 8.

Como se muestra en la gráfica 8, la frecuencia de ocurrencia para la categoría de retraimiento es muy alta, al inicio de la fase de intervención y en la fase de pre-tratamiento, se observó gran temor por jugar con sus compañeros, él prefería aislarse y jugar solo, esta situación fué cambiando gradualmente hasta extinguirse antes de terminar la intervención.

La frecuencia de ocurrencia de baja tolerancia a la frustración y agresión no tenía gran incidencia y casi permaneció constante durante las tres fases de estudio.

En cuanto a la baja auto estima, la frecuencia de ocurrencia de comentarios auto-reprobatorios era alta en donde con frecuencia se golpeaba o repetía que no podía hacer las cosas bien, que era un tonto. Su frecuencia se modificó hasta casi extinguirse.

En cuanto a su dependencia emocional, se observa que al inicio con frecuencia quería escaparse del cubículo, conducta que se extinguió en las primeras seis sesiones de la intervención.

REPORTE DE LA MAESTRA.

La maestra reporta que la forma "chiquiada" de hablar, se ha modificado, participa más en clase, juega e interactúa sin temor, ahora si le pegan regresa el golpe y lo más importante es que el pequeño logró caminar de manera independiente, perdiendo el miedo que tenía a hacerlo.

SUJETO 9.

En la gráfica 9 se puede observar una alta frecuencia de ocurrencia en la categoría de agresión, la cual se

modifica pero no significativamente. La baja tolerancia a la frustración tiene casi los mismos niveles que el de agresión, aunque como se puede ver disminuye en forma más rápida. La conducta de baja auto-estima aparece con una tasa de respuestas que no rebasa 10 veces por sesión, sin embargo está presente.

En cuanto a la categoría de dependencia emocional, el pequeño llamaba la atención gritando a los compañeros para que vieran las cosas que había hecho, donde por lo general cuando tenía la atención de sus compañeros en él destruía sus trabajos, observando enseguida al terapeuta quien se limitaba a reflejar sus actos. Dicha conducta disminuyó hasta extinguirse. En la categoría de retraimiento, su frecuencia de ocurrencia fué de cero a lo largo del tratamiento.

REPORTE DE LA MAESTRA.

Reporta al pequeño como una persona más sociable, sus conductas de agresión han disminuido notablemente, es cooperador y se ve que procura por sus compañeros.

SUJETO 10.

Como muestra la gráfica 10, la conducta que más alta frecuencia tiene en la etapa pre-intervención es la de baja auto-estima, donde se observaba en las situaciones donde tiene que articular palabras, no podía hacerlo incluso le sudaban las manos, se ponía a llorar y daba a entender que no podía hacerlo.

En cuanto a los rubros de dependencia emocional y agresión aparecen con una tasa de 0. La categoría de retraimiento alcanza una tasa considerable sobre todo al inicio de la sesión, que posteriormente baja hasta extinguirse.

La frecuencia de ocurrencia de baja tolerancia a la frustración se mostraba cuando quería decir algo y no podía, lloraba y tendía a retraerse, al inicio fué muy patente, posteriormente y casi al final del tratamiento, el hecho de que no se le entendiera, no le afectaba, ya que continuaba jugando.

REPORTE FINAL DE LA MAESTRA.

Aunque está más relajado, reporta la maestra que persiste su incapacidad para hablar, pero ya no presenta la conducta de impotencia ante su incapacidad de hablar, incluso sus manos no le tiemblan ni sudan tanto como antes. Se muestra más sociable, alegre y participativo.

S	SEXO	EDAD	Grado Esc.	TIPO DE PARALISIS C.	NIVEL SOCIO-ECON.
1	M	12	P. Prim	Espástica derecha / Estrabismo	BAJO
2	M	12	1º Bº	Cuadriplejia Espástica.	ALTO
3	M	10	1º Bº	Hemiparesia Espástica Izq.	MEDIO
4	F	11	1º Bº	Quemaduras en rostro / Malformac	BAJO
5	M	10	1º Cº	Hemiparesia Esp. Derecha / ^{Mo} Lengaje	BAJO
6	M	13	1º Cº	Hipertónico Atetoide.	BAJO
7	M	15	1º Cº	Cuadriparecia Mixta: Atelas. Espast.	BAJO
8	M	10	3º	Triparesia Espástica	BAJO
9	M	12	3º	Cuadriparecia Espástica.	BAJO
10	M	10	3º	Atelósica Disartria.	MEDIO

Cuadro 1:

Muestra las características de la Población.

Cuadro 2:

Muestra la incidencia de las diferentes categorías conductuales por sujeto.

S	AGRESION	BAJA A-ESTIMA	DEP. Emocional	RETRAINIMIENTO	B. Tol. Fru.
1	✓				
2	✓				✓
3	✓			✓	
4			✓		
5	✓				✓
6					✓
7	✓				
8		✓			
9	✓				✓
10		✓			

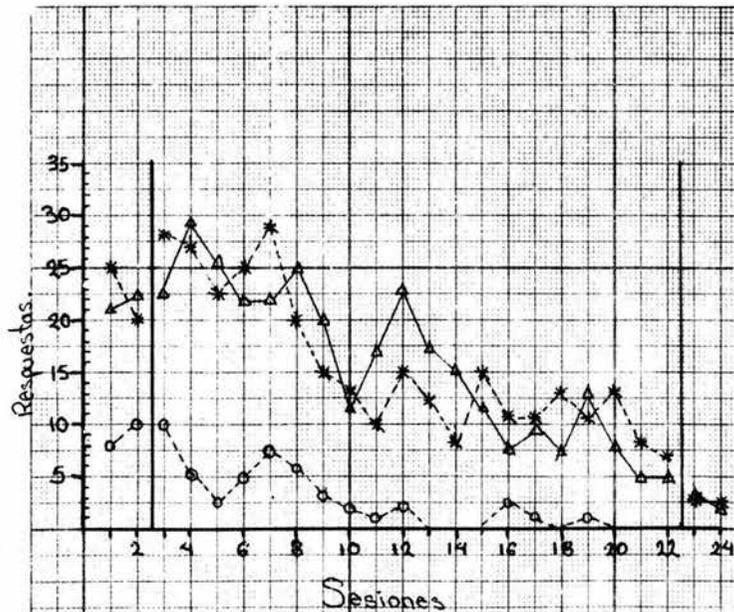
Fase: _____ Sesión: _____ Fecha: _____ Observador: _____
Hora Inicial: _____ Hora Final: _____

Categorías Conductuales

Agresión.
B. Auto-estima.
Dep. Emocional.
Retraimiento.
Baja Tol. a la Frustr.

Agresión.
B. Auto-estima.
Dep. Emocional.
Retraimiento.
Baja Tol. a la Frustr.

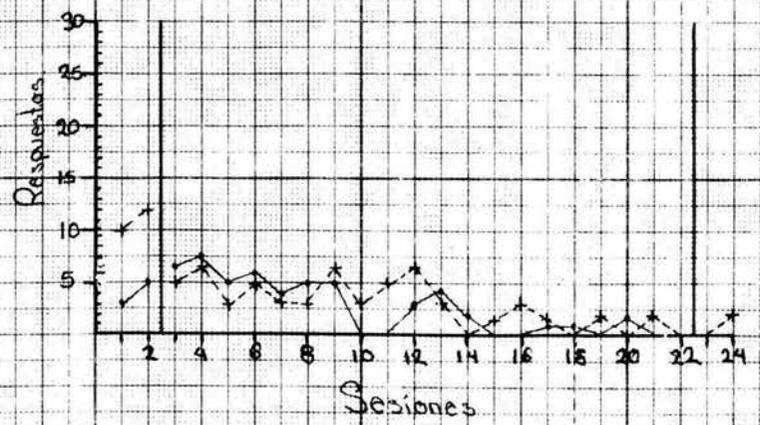
Fig. 3: Registro de Frecuencia.

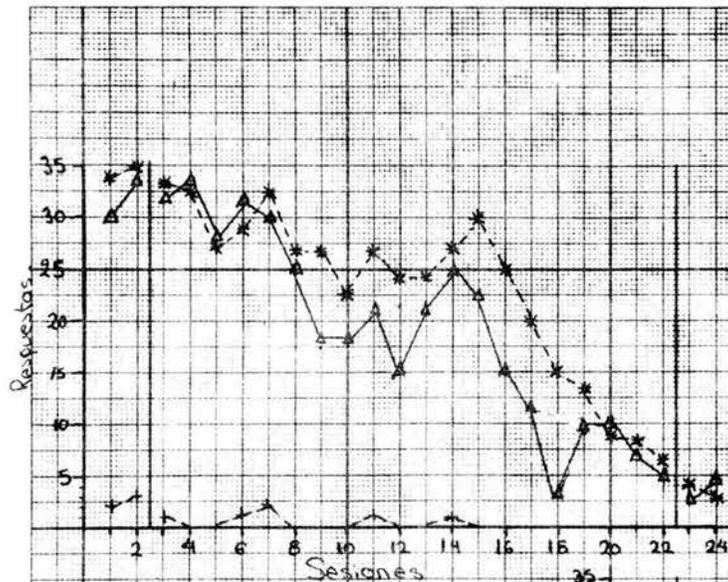


Gráfica 1:

Muestra la frecuencia de ocurrencia de las categorías conductuales en las sesiones antes durante y después de la intervención. Corresponde al Sujeto 1.

- A --- Agresión
- O --- Baja Auto-estima
- --- Dep. Emocional
- + --- Retraimiento
- * --- Baja Tol. Frustr.

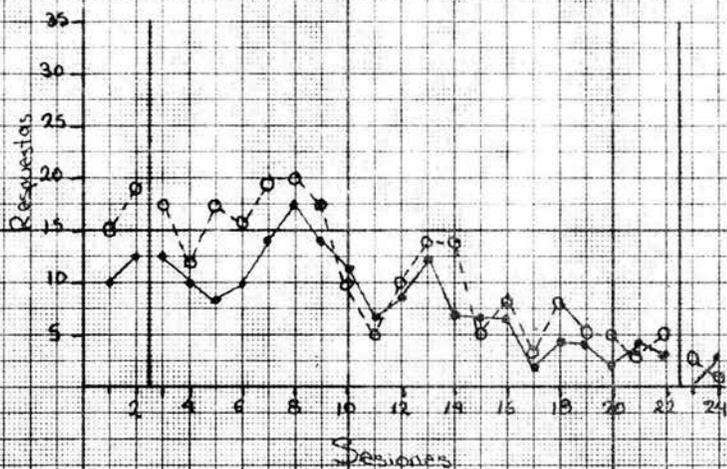


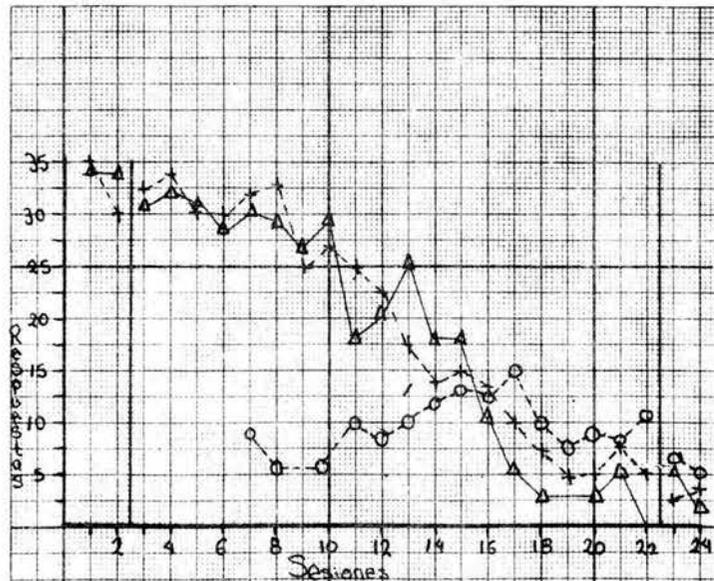


Gráfica 2:

Se muestra la frecuencia de
ocurrencia de las categorías
conductuales en las sesiones antes
durante y después de la intervención.
Correspondiente al Sujeto 2.

- A Agresión
- O Auto-estima
- * Dep. Emocional
- + Retraimiento
- * Baja Tol. Frustr.

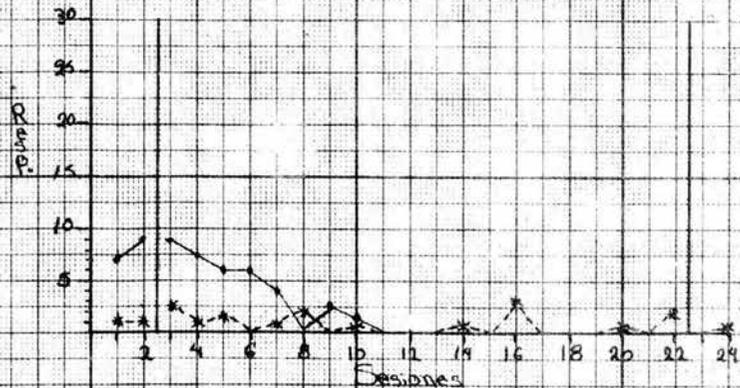


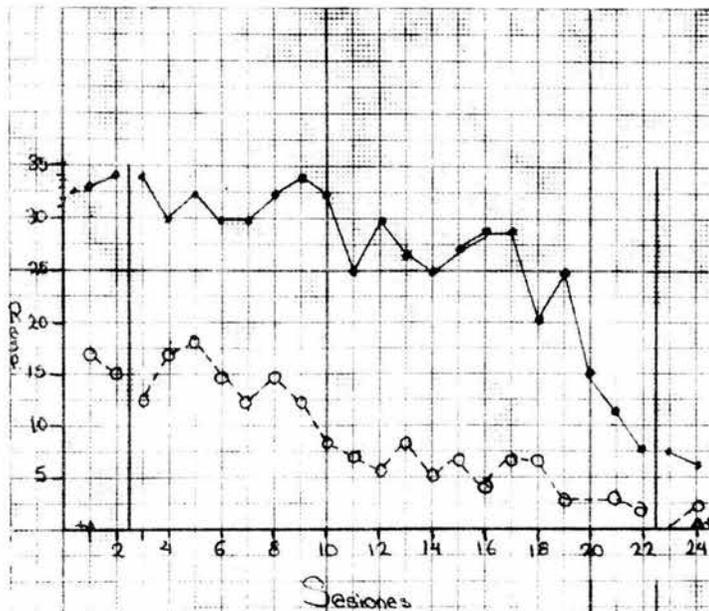


Gráfica 3:

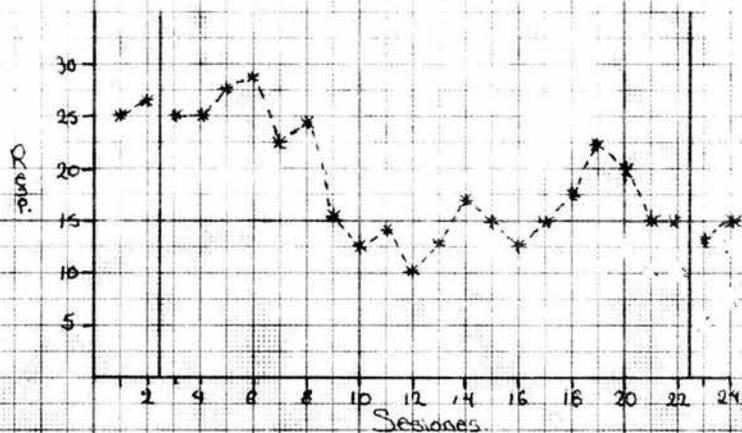
Muestra la frecuencia de ocurrencia de las categorías conductuales en las sesiones antes, durante y después de la intervención, correspondiente al Sujeto 3.

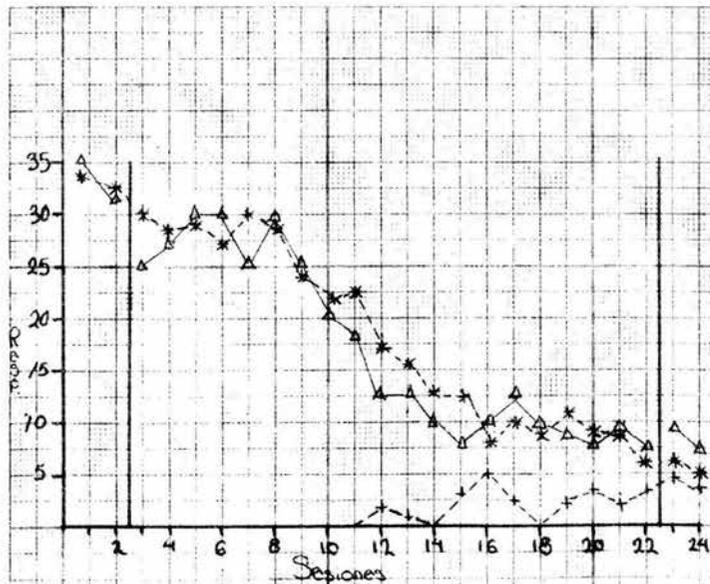
- A - Agresión
- O - Auto-estima
- - Dep. Emocional
- + - Retraimiento
- * - Baja Tol. Frustr.





- A Agresión
- Auto estima.
- Dep. Emocional
- + Retraimiento
- * Baja Tol. Frustr.

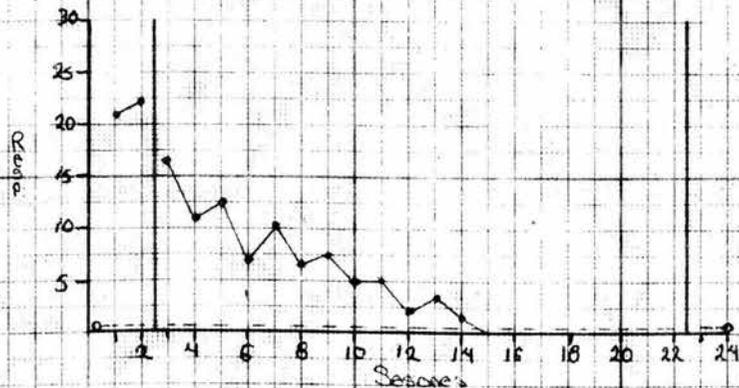


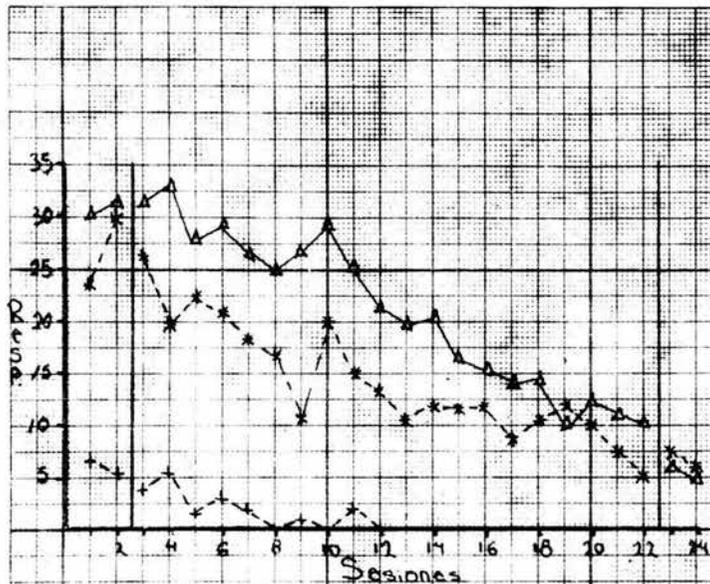


Grafica 5:

Frecuencia de ocurrencia de las categorías conductuales correspondientes a las fases de pre-tratamiento, tratamiento y post-tratamiento del Sujeto 5.

- Δ --- Agresión
- --- B. Auto-estima.
- Dep. Emocional
- + --- Retraimiento
- * --- Baja Tol. Frustrac.

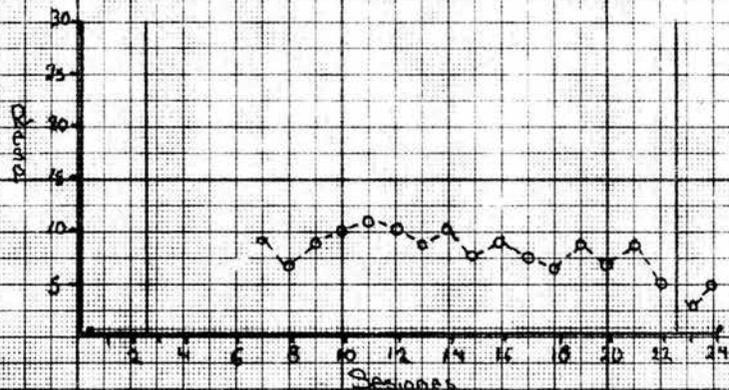


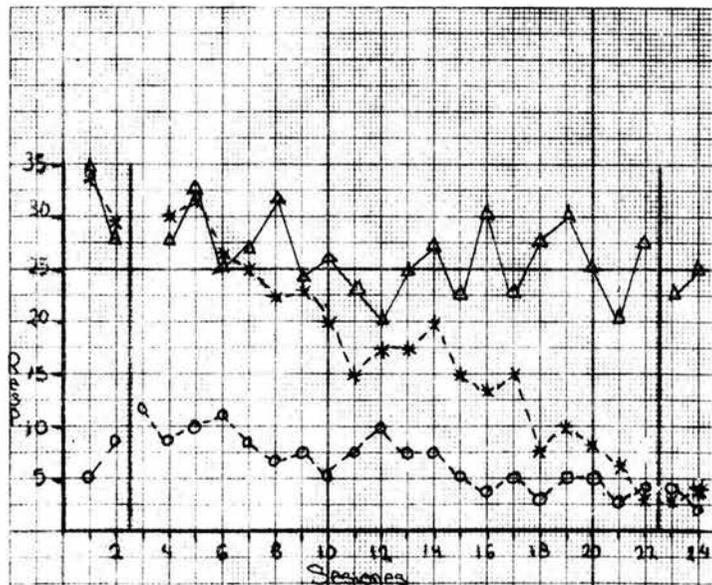


Gráfica 6:

Frecuencia de ocurrencia de las categorías conductuales durante las tres fases de la investigación correspondientes al Sujeto 6.

- △ --- Agresión
- --- Auto-estima
- --- Dep. Emocional
- + --- Retraimiento
- * --- Pausa total / Frustrac.

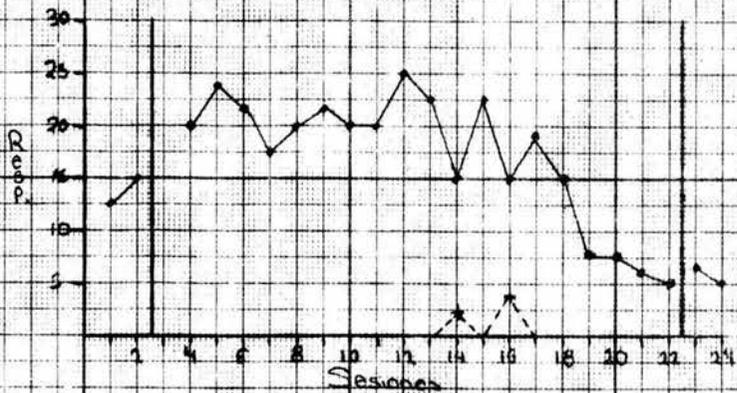




Gráfica 7:

Frecuencia de ocurrencia de las categorías conductuales en las 3 fases del estudio correspondientes al Sujeto 7.

- Δ --- Agresión
- --- Auto-estima
- --- Dep. Emocional
- + --- Retraimiento
- * --- Baja Tol. Frustrac.



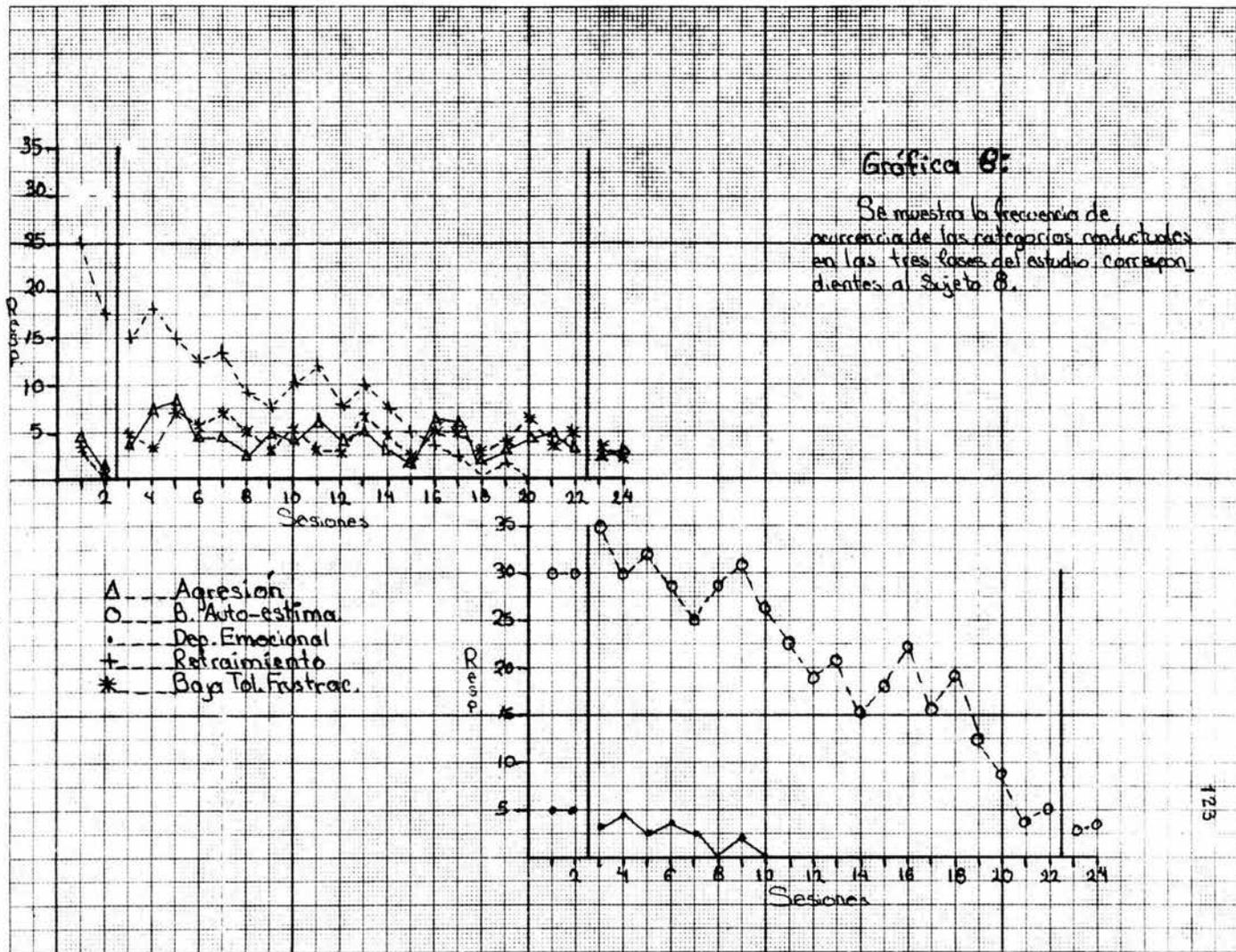
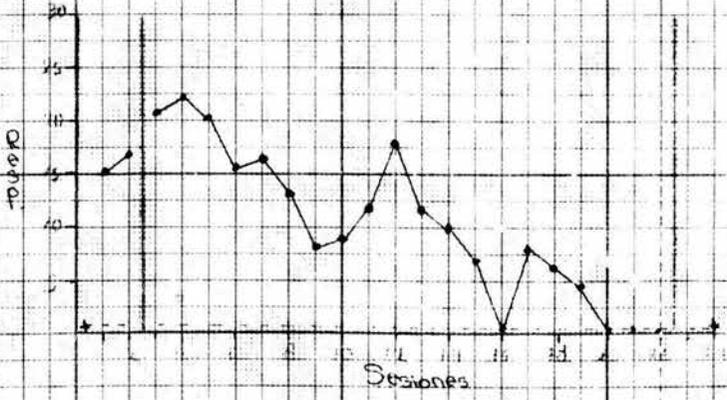
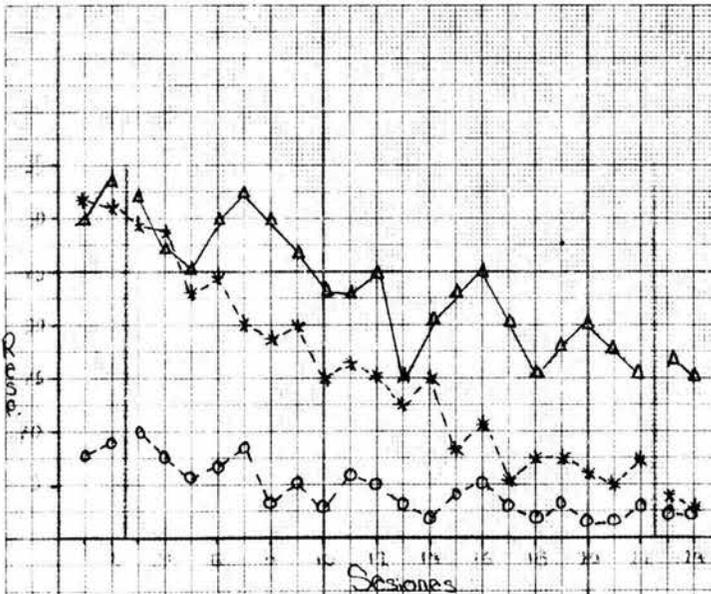
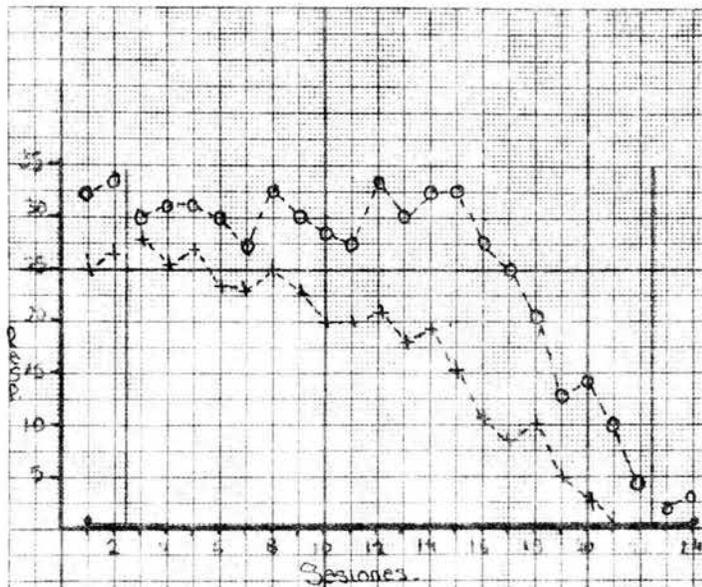


Gráfico 9: Se muestra la frecuencia de ocurrencia de las categorías conductuales en las tres fases del estudio. Datos que corresponden al Sujeto 9.

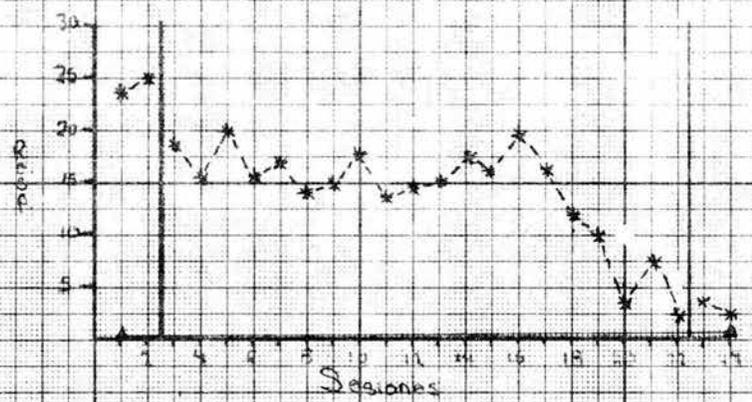




Gráfica 10:

Se muestra la frecuencia de presencia de las categorías conductuales en las sesiones antes, durante y después de la intervención correspondientes al Sujeto 10.

- Δ Agresión
- Auto-estima
- + Dep. Emocional
- * Desajuste



CONCLUSIONES.

Expondremos en primer lugar, la relación teórica y los datos que fueron encontrados en esta muestra. En lo que respecta a la teoría Piagetiana, referente al desarrollo intelectual del pequeño, vemos que las "estructuras" que determinan las formas o estados sucesivos de equilibrio entre la asimilación y la acomodación para que exista una adaptación, son identificados de dos formas: primero, en los esquemas de acción donde los pequeños con parálisis cerebral se encuentran afectados, ya que se tratan inicialmente de conductas reflejas y posteriormente de conductas que se van desarrollando a través del aprendizaje. son estructuras básicas subyacentes a la acción del niño.

Pensamos que los niños con P.C. tienen las mismas necesidades de "equilibrio" y "adaptación" sólo que difieren desde sus esquemas de acción, ya que desarrollan conductas que están sustentadas en una evolución defectuosa de sus reflejos, así ellos experimentan de una manera especial el medio que los rodea, y la llamada "conquista del mundo", se ve limitada o desvirtuada dependiendo del tipo de P.C. que presente, de tal forma que para un pequeño que padece de espasticidad, la experimentación y manipulación de su entorno físico será diferente a la de un pequeño que presente atetosis.

Lo que nombra Piaget como "Reacciones Circulares", (esto es, reproducir nuevos movimientos a partir de la repetición accidental de un acto) no lo puede desarrollar de forma normal un pequeño que padezca P.C., y si lo llega a hacer, entonces lo que está pasando es que el pequeño asimila el movimiento defectuoso como normal, provocando en el futuro que muchos patrones de movimiento inadecuados persistan, ya que han sido asimilados tal cual.

Consideramos de vital importancia este primer factor motor, ya que como lo describe Piaget, se inicia la aparición de los sentimientos desprendidos de la actividad propia, donde nos encontramos con los sentimientos de éxito o fracaso. Como la afectividad está caracterizada por la elección del objeto (dado este último como producto de la capacidad de la diferenciación del "Yo" y del mundo exterior, esto es, se inicia la superación del egocentrismo), los sentimientos de alegría, tristeza, éxito y fracaso, son experimentados en función de esa objetivación de las cosas y las personas; se inicia lo que Piaget califica como sentimientos interindividuales, y donde los primeros que aparecen en estos son los padres. No es de extrañarse que los pequeños que padecen de alguna atipicidad, presenten un

concepto pobre de sí-mismos como producto del rechazo abierto ó vedado hacia él. Desde temprana edad, los pequeños desarrollan sentimientos hacia ellos mismos, alimentado obviamente por su medio entorno.

Nos pudimos percatar de las características comportamentales que Piaget clasifica por edad y etapas de desarrollo, no corresponden a la edad cronológica de los pequeños del presente estudio; esto es, niños que cuentan con seis o siete años de edad, desarrollan determinadas conductas para Piaget, mismas que desarrollan los sujetos de deste estudio que cuentan con una edad cronológica de 10 años. Ello confirma que definitivamente el padecer de P.C. repercute en el desarrollo adecuado tanto a nivel intelectual como emocional.

Una vez que el niño ha llegado a la etapa de las operaciones concretas, ya piensa antes de actuar, es menos impulsivo, característica de los niños más grandecitos de la investigación. También observamos que los niños mayores tienen un tipo de juego diferente a los más pequeños, incluso su actitud dentro del salón es diferente, según los reportes proporcionados por las maestras.

Corroboramos que la función del juego es la adaptación y asimilación de lo real al "Yo", sin coacciones ni sanciones, funciona como facilitador de conflictos, para la compensación de necesidades no satisfechas, intercambio de roles, etc. o como diría Axline, através del juego el pequeño resuelve sus conflictos inconclusos; abordamos de forma especial esta afirmación, ya que la mayoría de los niños se mostraron al inicio de las fases 1 y 2 desconfiados, temerosos, agresivos hacia la figura que representaba o que ellos ubicaban como autoridad, pensamos que por un lado es una actitud propia de la etapa de desarrollo por la que atraviesan, donde lo común es que se muestren sumisos y obedientes, donde el criterio que se tiene de lo bueno y lo malo es asimilado de los padres, tal cual, así también está presente el respeto, lo cual es un compuesto de afecto y temor.

Por otro lado, da la impresión de ser un intento de crecimiento personal, de manera patológica o poco funcional, y donde como dice Rogers, en ésta edad y desde más pequeños, el menor asimila tal cual los valores que le caen sin cuestionamiento alguno, principio desde su punto de vista de muchos conflictos que se presentan a la postre.

No olvidemos, como lo indica Elkonin, el papel importante que juega su entorno social, donde consideramos la necesidad de explorar un poco más las características del tipo de familia que pertenece el sujeto. A este respecto se hablará mas adelante.

También pudimos observar lo que llama Piaget "combinaciones compensatorias" donde se observó que algunos

niños en diferentes momentos asumían el papel de autoridad y entonces golpeaban a sus padres, ello es explicado porque el pequeño tiene la necesidad de ejecutar ficticiamente un acto que en la realidad es prohibido, según Piaget, la "compensación" se convierte en catarsis.

Fue muy notoria la diferencia en el tipo de juego desarrollado por los niños en este estudio, los más pequeños manipulaban juguetes y en raras ocasiones hacían juego simbólico propiamente dicho, a su vez los niños más grandes, tendían más al juego con reglas que el simbólico. Según Piaget, este fenómeno es señal de que el pequeño se adapta cada vez más a la realidad. Los pequeños superan la etapa de aceptar las reglas externas como suyas y comienzan a ser reglas espontáneas, el pequeño se preocupa más por la interacción con otros niños. Podemos explicar el fenómeno de que los niños más grandes, tendían a cuidar a los compañeros ya sea de juego o escolares, situación que pudieron desarrollar por la resolución de conflictos emocionales que impedían la aparición de conductas que proceden de la socialización.

Por otro lado, coincidimos con la opinión de Vygotski en decir que la función de el juego es encaminar al niño a la actividad futura de carácter social. El niño observa la conducta de los adultos, la imita en el juego donde adquiere las relaciones sociales fundamentales. Indica que la función del juego es satisfacer ciertas necesidades o deseos irrealizables. También concordamos parcialmente cuando dice que la actividad lúdica permite una "zona de desarrollo próximo", lo que indica que durante el juego, el niño está por encima de su actividad promedio, lo que se convierte en una considerable fuente de desarrollo.

Con lo que respecta a Elkonin, estamos de acuerdo con la afirmación de que en el juego están representadas en unión indisoluble la motivación afectiva y el aspecto técnico operativos. Durante el juego, los niños desplazan su sentir ante situaciones "imaginarias", que de hecho son situaciones vinculadas íntimamente con la situación real, por lo que efectivamente, llegamos a la conclusión de que en el juego simbólico, contiene más componentes reales que componentes que son producto de la imaginación, en otras palabras, la imaginación es más bien memoria evocada en el presente y que por la misma inmadurez de las condiciones propias de la infancia, el menor reproduce sus vivencias distorsionadamente. Las actitudes que los niños desarrollan en el juego protagonizado, en gran medida son formas de interacción social que reproducen de los adultos que les rodean, de esta forma podemos saber el tipo de relaciones que el pequeño experimenta día con día en su medio familiar.

Elkonin, mantiene la premisa de que el juego no es producto de las necesidades biológicas del sujeto, sino que

también ese desarrollo es ayudado de mayor o menor grado por el adulto.

Nuestra opinión al respecto, es que el hombre no puede ser producto de un factor determinante, sino que es producto de elementos multifactoriales que van variando de sujeto en sujeto a lo largo del tiempo de tal forma que se combinan dichos elementos dando como resultado que cada individuo sea único. El hecho de modificar alguno de estos elementos puede alterar en ocasiones en forma irreversible, el desarrollo del individuo, en este caso el factor fisiológico llamado Parálisis Cerebral, altera definitivamente tanto el desarrollo intelectual como emocional. donde también la esfera familiar se ve afectada con severidad y a su vez afecta a quien la padece. En suma el hombre es un ser bio-psico-social.

Por otro lado, el punto de vista de Rogers y Axline y los cambios que se sucedieron en la conducta de los sujetos, fueron dados como ellos lo exponen porque la terapia de juego es permisiva, alcanzando así su independencia, madurez y auto-dirección.

Rogers considera que las bases del desarrollo del "Yo" y por tanto auto-estima se forman desde que el niño comienza a experimentar y valorar como positivas o negativas sus experiencias sensoriales. comienza a percibirse como persona amada o indeseable dependiendo de la aceptación que se tenga de él.

Una de sus proposiciones es que el organismo reacciona ante el ambiente tal como lo percibe, dicha percepción pasa a ser realidad para el individuo. Efectivamente, podemos comprobar que el organismo reacciona como una totalidad organizada, de tal forma que un problema psicológico puede alterar la fisiología del mismo.

En el presente estudio, vimos cómo el sujeto 8, quien en un principio no podía realizar la marcha por sí solo, y donde su auto-estima era muy baja, después del tratamiento pudo lograr la marcha incluso su auto-estima cambió positivamente.

Vimos como a lo largo de la intervención la conducta de los sujetos cambió, ello se explica porque como lo dice Rogers, se asegura al pequeño que es aceptado tal como es, entonces las experiencias que habían sido rechazadas se pueden simbolizar a menudo gradualmente permitiendo que se hagan conscientes; una vez que esto ha pasado, el concepto de sí-mismo se expande de tal manera que se les puede incluir como parte de una totalidad compatible, esto es, existe aceptación de sí mismo por lo tanto la tensión y los mecanismos de defensa disminuyen permitiendo además comprender y aceptar mejor lo que le rodea. Esto se vió de

forma más patente en el sujeto 10 que aunque no superó el problema orgánico, fué capaz de una mayor aceptación de sí mismo.

Parece que cuando cada individuo formula sus valores en términos de su propia experiencia directa resulta ser un alto grado de valores genuinamente socializado.

En el campo de la Psicología, evaluamos a la persona desde nuestro propio marco de referencia o en su defecto desde un marco estadístico; pero la única manera de comprender significativamente su conducta es captarla tal como ella misma la percibe.

Vemos cómo la familia es uno de los canales principales de "información" para que el sujeto elabore e introyecte una serie de valores provocando que se haga una auto-imagen de sí muy depreciable; y por tanto su comportamiento sea "inadecuado". Por lo mismo, sugerimos que no sólo el pequeño reciba atención psicológica, sino que sea involucrada la familia, ya que el comportamiento del pequeño no es más que el reflejo de la dinámica que se está llevando en casa, incluso, no dudamos que los logros terapéuticos aquí obtenidos tengan una corta vida, ya que si las condiciones medioambientales persisten, se aumentan las probabilidades de que el pequeño regrese a las condiciones de comportamiento iniciales.

Otro factor dentro de lo observado en el estudio es que existen problemas en niños que presentan un tipo de P.C. altamente limitante, al igual que los casos de pequeños que su lenguaje no era muy claro, consideramos puntos de peso para futuras investigaciones. Podemos concluir que la terapia sirvió para que los niños reconocieran sus capacidades y limitaciones, de tal forma que sean aceptados y que no les conflictúe como fué el caso del sujeto 10, que no logró mejorar su dicción pero ello es resultante de su alteración neurológica.

En los casos donde los pequeños tenían su auto-concepto muy bajo, daba la idea de pensar que esa actitud impedía ejecutar acciones que estaban dentro de sus posibilidades. Asimismo, vemos en más de dos casos, que las conductas agresivas se tornaron en conductas de demanda y muestra de afecto. Aparecieron también conductas que no presentaban los pequeños en su repertorio, lo que nos hace pensar que además de facilitar la resolución de conflictos no resueltos, resulta por añadidura ser un método eficaz para establecer conductas tales como cooperación, etc.

Podemos decir entonces, que la terapia de juego fué de utilidad para modificar las conductas estudiadas, el provecho radica en que se favorecieron las relaciones sociales; es una técnica que se puede usar en forma grupal:

es una técnica que favorece el aprendizaje y desarrollo de nuevas conductas y finalmente puede ser aplicado por profesores, psicólogos, pedagogos y en general personal abocado a la educación de los niños.

Por lo anterior proponemos a la terapia de juego como alternativa para atender grupalmente a niños que presentan P.C. y problemas emocionales.

BIBLIOGRAFIA.

1. Abagnano, N. *Diccionario de Filosofía*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1966.
2. Albot. En: Crickmay. Op. cit.
- 2.0 Axline, V. M. *Terapia de Juego*. Ed. Diana, México 1975.
3. Bagley. En: Shakespeare. Op. cit.
4. Bally, G. *El Juego como expresión de la Libertad*. Fondo de Cultura Económica, México, 1958.
5. Bayes, R. *Psicología y Medicina, Interacción, Cooperación, Conflicto*. Ed. Fontanella, España, 1979, Cap. IV.
6. Bobath. En: Crickmay. Op. cit.
7. Bravo L. M. y Rocha A. G. *Rehabilitación Conductual: Análisis Funcional de los trastornos en la topografía de la conducta motora del Paralítico Cerebral tipo Atetósico, empleando la Cronofotografía*. Tesis Profesional. Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala, UNAM. 1984.
8. Castellanos, M. C. *El Juego en la Educación y en la Terapéutica de Subnormales*, La Prensa Médica Mexicana, México, 1973.
9. Crickmay, M. A. *Logopedia y el Enfoque Bobath en Parálisis Cerebral*, Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1974.
- 10 Dorfman, E. "Terapia Lúdica". En Rogers, C. *Psicoterapia Centrada en el Cliente*, Ed. Paidós, España, 1981.
- 11 Elkonin, D. *Psicología del Juego*. Ed. Visor Libros. Madrid, 1980.

12. Esmán. En: Shaefer y O'Connors. Op. cit.

+ 13. Finnie, N. *Atención en el Hogar del niño con Parálisis Cerebral*. La Prensa Médica Mexicana, México, 1976.

+ 14. Galindo E. y Col. *Modificación de Conducta en la Educación Especial. Diagnóstico y Programas*. Edit. Trillas, México, 1980.

15. Garry, L. y Landreth, En: Shaefer y O'Connors. Op. cit. cap. 10.

? 16. Garvey, C. *El Juego Infantil*, Serie Bruner, Morata. Madrid, 1978, Cap. 1.

17. Ginott. En: Shaefer y O'Connors. Op. cit.

18. Golden, En: Shaefer y O'Connors. Op. cit. cap. 2.

19. Groos, K. En: Garvey, C. Op. cit.

20. Guernsey, L. F. *Terapia de Juego Centrada en el Cliente (no directiva)*, En: Schaefer, Ch. y O'Connor, K. J. *Manual de Terapia de Juego*, Manual Moderno, México, 1988.

+ 21. Guevara, Y. y Lara, J. "Enseñanza de niños con Parálisis Cerebral Infantil". En: Hinojosa, G. y Galindo, E. *La Enseñanza de los Niños Impedidos*. Ed. Trillas, México, 1984.

+ 22. Guevara, Y. *Una alternativa con bases conductuales para la implementación de la terapia física en México*. Tesis Profesional. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM, México, 1980.

23. Hall. En: Garvey, C. Op. cit.

24. Hevett. En: Shakespeare, R. *La Psicología de la Invalidez*. Compañía Ed. Continental, México, 1979.

+ 25. Hinojosa y Cols. "Una alternativa para la solución Social para los problemas del Retardo Psicológico". En Galguera y Cols. *El retardo en el Desarrollo, Teoría y Práctica*. Trillas, México, 1984.

26. Hewitt. En Shakespeare, R. *La Psicología de la Invalidez*. Compañía Ed. Continental, México, 1979.

27. Levin, J. *Fundamentos de Estadística en la Investigación Social*, Ed. Harla, México, 1977.

✓ 28. Leontiev, A. "La Imagen Artística y la Creación Infantil". En: Vet uguina, N. A. *La creación Artística y el niño*. Ed. Pueblo y Educación, La Habana, 1983.

29. Man y Mc. Dermott Jr. En: Shaefer y O Connors. Op. cit. cap. 16.

30. Mares, A. "Aspecto a considerar en el trabajo del psicólogo ante el Problema del Retardo en el Desarrollo". En Galguera, I. y Cols. *El Retardo en el Desarrollo, Teoría y Práctica*. Trillas, México, 1984.

31. Mendel. En: Shaefer y O'Connors. Op. cit. cap. 18.

32. Mora G. En: Pavlovsky. Op. cit.

2 33. Moor, P. *El Juego en la Educación*, Ed. Herder, Barcelona 1981.

34. Otero, A. "La Escuela de Ginebra". en Cueli, J. y Reidl, L. *Corrientes Psicológicas en México*. Ed. Diógenes, México, 1983.

35. Pavlovsky, E. A. *Psicoterapia de Grupo en Niños y Adolescentes*. Centro Editorial de América Latina, Argentina, 1974, Cap. 3.

✓ 36. Piaget, J. *Seis Estudios de Psicología*, Ed. Seix Barral, México, 1981.

37. Piaget, J. y Inhelder, B. *Psicología del Niño*. Ed. Morata, Madrid, 1984.

38. Piaget, J. *Problemas de Psicogenética*, Ed. Ariel, México, 1980.

✓ 39. Piaget, J. *Psicología y Pedagogía*, Ed. Ariel, México, 1981.

40. Piaget, J. *La formación del Símbolo en el niño. Imitación, Juego y Sueño, Imagen y Representación*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1961.

41. Plutchik, R. *Fundamentos de Investigación Experimental*. Ed. Harla, México, 1975.

42. Reidl, L. "La Escuela Soviética". En Cueli, J. y Reidl, L. *Corrientes Psicológicas en México*. Ed. Diógenes, México, 1983.
43. Rexers. En: Shaefer y O'Connors. Op. cit. cap. 20.
44. Ribes. I. "La Psicología, (Una Profesión?)". En: *El Conductismo; Reflexiones Críticas*. Ed. Fontanella, Barcelona, Esp. 1982.
45. Ribes. I. "La Interdisciplinariedad y la Multidisciplinariedad en la Enseñanza de la Psicología". Trabajo presentado en la V Jornada de Aniversario de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM México, 1980.
46. Rogers, C. *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Ed. Paidós, España, 1981.
47. Salomón, M. K. "Terapia de Juego con Minosválidos". En: Schaefer, Ch. y O'Connor, K. *Manual de Terapia de Juego*. Manual Moderno, México, 1988.
- ✦ 48. S.E.P. Cuadernos. Los Servicios de la Educación Especial. *La Educación Especial en México*. México, 1981.
49. S.E.P. Cuadernos. *Programa Nacional de Educación, Cultura, Recreación y Deporte*. Período 1984-1988 del Poder Ejecutivo Federal, México, 1984.
50. Shakespeare, *La Psicología de la Invalidez*. Compañía Editorial Continental, México, 1979.
51. Spencer. En: En: Garvey, C. Op. cit. p. 12.
52. Thompson, R. *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. Edit. Trillas, México, 1973.
53. Valdez, J. I. *El Enfoque integral de la parálisis Cerebral para su diagnóstico y tratamiento*. México. 1987.
54. Velazco. En: Galguera I., y Cols. Op. cit.
55. Vygotski, *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*. Ed. Grijalbo, Barcelona, 1979. Cap.7.
56. Westakie. En: Crickmay. Op. cit.