

6  
20

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**



**"LA TERAPIA DE JUEGO HUMANISTA EN LA  
REHABILITACION DE NIÑOS CON PARALISIS  
CEREBRAL".**

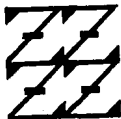
**REPORTE DE SERVICIO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**ESTEVEZ ARIAS SONIA PETRA**

U N A M  
F E S  
Z A R A G O Z A



LO HUMANO ES  
DE NUESTRA REFLEXION

ASESORES: LIC. RICARDO MEZA TREJO  
LIC. EDUARDO CORTES MARTINEZ

MEXICO, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

JUNIO 1994



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 está 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.

En memoria de Manrique.

Al apoyo de mis padres: Rutilio  
Estévez y Olga Arias.

A la audacia de Yessica.

A la paciencia de David.

Por la confianza de Jorge,  
Elvia, Sari y de mis  
adorables sobrinos.

Y con profundo respeto y  
carifio a las personas con  
limitación y/o parálisis  
cerebral.

Por sus conocimientos y ayuda  
invaluables que contribuyeron  
a mi formación profesional y  
crecimiento personal,  
gracias:

Lic. Ana Ma. Ortíz Piceno  
Directora del Programa de  
Niños y Programa de Terapia  
Integral Intensiva (A.P.A.C.)

Lic. Sara Moro Sánchez  
Ex-subdirectora del Programa  
de Terapia Integral Intensiva  
(Programa de Casa, A.P.A.C.)

Lic. Gilberto Reyes Hernández  
Coordinador del Área de  
Psicología (A.P.A.C.)

Con especial agradecimiento por la asesoría en el presente trabajo, para su contenido y elaboración:

Lic. Ricardo Meza Trejo.

Lic. Eduardo Cortés Martínez.

L.A.E. Hugo Mariscal Flores.

Al H. Jurado :

Lic. Miriam Silva Roa.  
Lic. Blanca Salazar Hernández.  
Lic. Eduardo Cortés Martínez.  
Lic. Yolanda Aguirre Gómez.  
Lic. Ricardo Meza Trejo.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.	
CAPITULO I. PARALISIS CEREBRAL	8
1.1 Antecedentes Históricos.	9
1.2 Conceptos	10
1.3 Etiología	15
1.4 Clasificación	18
1.5 Alteraciones o Trastornos Asociados.	22
1.6 Diagnóstico	26
1.7 Evaluación	30
1.8 Tratamiento.	38
CAPITULO II. EL NIÑO CON P.C. Y SU FAMILIA	43
2.1 La familia como formadora de un nuevo ser	44
2.2 El significado de la llegada de un hijo con limitación.	48
2.3 Crisis Familiar.	49
2.4 Los padres y sus sentimientos.	51
2.5 Relaciones entre hermanos "normales" y limitados.	55
2.6 Organización familiar.	56
CAPITULO III. ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL.	59
3.1 Teorías y Conceptos de Personalidad	60
3.2 Características en personas limitadas	71
3.3 La personalidad de los niños con P.C.	79

	Pág.
<b>CAPITULO IV. EL JUEGO Y LOS NINOS CON Y SIN LIMITACION</b>	<b>82</b>
4.1 Definición de Juego.	83
4.2 Tipos de Juego y Juguetes en un niño "normal".	89
4.3 Breve historia del juego y juguete en México.	96
4.4 Importancia de la acción para el desarrollo del juego.	100
4.5 El juego en el niño con P.C.	107
<b>CAPITULO V. ENFOQUES REPRESENTATIVOS EN LA TERAPIA DE JUEGO.</b>	<b>112</b>
5.1 La Psicoterapia.	113
5.1.1 Origen de la Terapia de Juego.	114
5.1.2 Terapia de Juego Familiar.	118
5.1.3 Terapia de Juego Razonable.	121
5.1.4 Terapia de Juego de Relación.	124
5.2 La Terapia de Juego Humanista	126
5.2.1 Aplicabilidad de la Terapia.	140
5.2.2 Espacio y Materiales de Juego.	142
5.2.3 El Terapeuta y sus conductas hacia el niño.	146
5.2.4 Estructuración.	147
5.2.5 Los Límites en la Terapia.	148
5.2.6 Etapas de la Terapia de Juego no Directivo.	150
5.3 Propuestas en base a la Terapia de Juego.	153
<b>CAPITULO VI. OBJETIVOS</b>	<b>158</b>
6.1 Institucionales.	159
6.2 Del estudiante.	160
6.3 Programa (APAC, Casa).	161
6.4 Pasante.	162

	Pág.
<b>CAPITULO VII. CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION.</b>	<b>163</b>
7.1 Historia de A.P.A.C.	164
7.2 Organización de la Institución.	165
7.3 Organización del Programa de Casa.	169
7.4 Actividades Realizadas durante el Servicio Social.	174
<b>ANEXOS.</b>	<b>180</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.</b>	

## INTRODUCCION.

El amplio campo de acción en la psicología, es inagotable, es un universo, donde se encuentran implícitos subconjuntos como lo es la psicología educativa, donde el psicólogo tiene una intervención muy versátil e importante, donde puede dedicarse al niño, y además debe poner atención a la familia y a cada uno de sus miembros. Psicología educativa, siempre fue de mayor interés en lo personal, tanto dentro como fuera de la Facultad, pero aún más; el área de la educación especial, y por tanto el trabajo con los niños limitados. Por razones personales tenía conocimiento sobre la institución en la que lleve a cabo mi servicio social : Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral (APAC), sabía de su ubicación y poco menos a lo que se dedicaba.

Mucho antes de mi ingreso a licenciatura, mantenía contacto con las instituciones sobre todo de la Secretaría de Educación Pública (SEP) de Educación Especial, y desde siempre mi interés se encontraba presente. Al tener la oportunidad de prestar mi servicio social en alguna de estas instituciones dedicadas a la educación especial: elegí APAC.

He de confesar que al ingresar y tener el primer contacto fue impresionante, ya que la teoría que había revisado durante la facultad ahora podía palpase en la realidad, en aquel primer contacto con la institución y su población.

Inicialmente mi plaza se encontraba en el Programa de Casa (Programa de Terapia Integral Intensivo), donde colaboré el primer trimestre en diferentes actividades correspondientes al área de Psicología y otras actividades extraordinarias.

En el segundo trimestre continué mi servicio social en el Programa de Niños, donde se encuentran niños en un sistema de rehabilitación/escuela, con edades de 6 a 15 años. En el colaboré como maestra de grupo; un primero especial, clasificado así, por las diferentes características que presentaban cada uno de sus integrantes, no todos pertenecían a la institución, es decir, para ser candidato es necesario tener el diagnóstico (Dx) de Parálisis Cerebral (P.C.), pero la mayoría coincidía en presentar problemas de aprendizaje. Cabe señalar que los chicos con P.C., en la mayoría de los casos su inteligencia se encuentra íntegra, por lo que su aprendizaje escolar es considerable.



Pero es más impresionante aprender a tratar a las personas limitadas, primero como personas y después aceptarlas con todas sus limitantes, no solo físicas. En el trato diario, aprendí a valorarlas y tratarlas sin prejuicios, y entendí que desde muy niños se enfrentan no solo a ser marginados socialmente, sino a sus propios sentimientos en relación a las actitudes de los demás, principalmente de su familia.

Además es posible mediante este trabajo dar a conocer a grandes rasgos las actividades realizadas durante un semestre de servicio social y la labor de dos años más en APAC, y mostrar algo a lo que esta institución se dedica, y lo más importante quienes son las personas con P.C.

Tanto la experiencia dentro de la institución, como los conocimientos adquiridos en la Universidad fueron sumamente enriquecedores para realizar un buen trabajo como profesionista y prestar una mejor atención a las personas con limitación. Pero más aun para fomentar un interés en la Implementación de formas e intervenciones no empleadas en esa rehabilitación a nivel institucional, y es aquí, de donde surge la idea de indagar sobre la terapia de juego para niños con limitaciones, como una opción más para dicha rehabilitación integral y su desarrollo personal.

En primer lugar es imprescindible el apoyo psicológico en aquel primer momento en el que la familia enfrenta la llegada al hogar de un hijo con limitación, lo cual viene a cambiar el ambiente familiar y su organización.

El papel del psicólogo es tan importante como el de cualquier profesional que trabaja directamente con la familia de niños con limitación, y por ello el primer paso es orientar y en la medida de lo posible ubicar a la familia en su realidad y la importancia de su participación en la rehabilitación de su hijo.

De ahí se parte para agregar al trabajo la tendencia humanista, pues ni la persona con limitación, ni la familia necesita o requiere de reprimendas o consejos que en esos momentos serían infructuosos, necesitan primero ser reconocidas y aceptadas como personas con todo lo que implica, respetando su propio proceso y orientando su realidad.

Y dentro de ese trabajo con la familia y el niño con limitación, se encuentra la terapia de juego como una opción para la rehabilitación integral del niño, donde el juego trasciende como función natural, para ser el medio por el cual, el niño adquiera la madurez que le lleve a su autorrealización como ser humano y

permita la mejor relación con los que le rodean, aunando el trabajo transdisciplinario (nivel máximo de coordinación en el trabajo de equipo, donde diferentes profesionales pueden rotar sus funciones en el momento requerido; ej. el psicólogo podrá intervenir en el área pedagógica o logopedia de ser necesario), en la concientización del problema no solo en la familia del paralítico cerebral sino también en la comunidad en general, ya que el desconocimiento de lo que es y cuales son las causas de la misma, obstaculizan la integración a la sociedad de la persona con P.C.

El respeto como personas permitirá junto a los programas especializados de rehabilitación facilitar el desarrollo de habilidades y conocimientos de sí mismos, que le permitan ser útiles y productivos dentro de un crecimiento constante.

Es en éste interés del niño limitado y su familia, donde la terapia de juego humanista, tiene mucho que ofrecer. Y aunque de hecho con los niños con serias limitaciones y/o trastornos asociados, el método requiere de adaptaciones o de estructurar la sesión, la terapia de juego no dirigida puede implementarse en la mayoría de la población con parálisis cerebral, además de mantenerse abierta ante otras opciones de intervención.

Debo señalar que la apertura al enfoque no fue fácil, hubo que retomar información de la Facultad y continuar la formación fuera de ella en cursos, lecturas y práctica misma, ya que fuera de ella es cuando realmente se confiere y da importancia suficiente a otros enfoques, sin contar la influencia de profesionales con los que se mantiene contacto. Y ahora, continuo en el largo pero interesante camino de la formación profesional. En este trabajo plasmo el inicio de mi interés por el enfoque humanista, y principio mi preparación como terapeuta, que no obstante, conforma las bases para conocer a la persona, para conocerme a sí misma. Para posteriormente revertirlo en otras; en las personas con limitación y en su familia.

Con las bases de Axline, que a su vez fue discípula de Carl Rogers, en la terapia no dirigida y además con información más reciente en terapia Gestalt, como Celedonio Castanedo, Marie Petit y otros, derivados de los principios de Perls, lanzo este escrito, asumiendo todos los errores que implica mi inexperiencia, y en el cual trato de expresar lo importante que es en este momento dicho enfoque y mi pleno interés en la educación especial. En esta materia existen especialistas que han escrito al respecto, y de los cuales retomo algunos conceptos con los que

me comprometo, pero no obstante, también se encuentran plasmados mi pensamiento y sentir. Pues poseo no solo la práctica en servicio sino mi experiencia personal en relación con personas con limitación, lo cual la considero como ventaja en la visión tanto como familiar y ahora como profesional en terapia.

Es finalmente la propuesta principal del trabajo: la integración de la familia en la rehabilitación de los niños con parálisis cerebral, en una terapéutica integral con equipo transdisciplinario y dentro de la cual se encuentra la terapia de juego humanista como un medio para la rehabilitación integral.

No obstante la brecha es ancha, y mantengo una postura abierta ante cualquier posibilidad que permita mi autocrecimiento y aporte nueva luz al conocimiento del ser humano y su bienestar integral. Un siguiente paso a este informe sería llevar a la práctica lo que en él se expone, mediante un trabajo de campo con el cual puedan aplicarse las técnicas de la terapia y puedan obtenerse resultados que avalen toda esta teoría. Queda abierta la invitación a todos los interesados y en lo personal; un compromiso profesional y con las personas con limitación.

Noviembre 1993.  
Sonia Estévez.

**CAPITULO I**

**PARALISIS CEREBRAL**

## 1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PARALISIS CEREBRAL

Desde los más remotos tiempos la Parálisis Cerebral ha afectado durante siglos a los infantes, pero fue el tocólogo inglés J. L. Little, quien en 1853, descubrió la clínica de la Parálisis Cerebral; donde establecía la relación entre el embarazo anormal y la presencia, en el niño, de trastornos motores. La descripción presentada en este trabajo no ha sido superada, en cuanto a la agudeza de las observaciones y la claridad en la exposición.

Freud en 1893, completo los trabajos de Little acerca de esta enfermedad, en ese entonces llamada enfermedad de Little, sus conclusiones fueron las primeras que reconocieron el carácter de síndrome de esta lesión, aludió a una multiplicidad de causas y creó el concepto de "Parálisis Cerebral Infantil". Sin embargo, a través del tiempo, otros autores se han ocupado, tanto de ampliar la visión de manifestaciones clínicas, como de la estadística, clasificación, neurofisiología y tratamiento de la Parálisis Cerebral.

La Parálisis Cerebral es una patología neurológica pediátrica muy frecuente, según las investigaciones de Perlstein y Phelps, por cada 100,000 nacimientos se dan de 4 a 7 casos de Parálisis Cerebral, y de acuerdo a los sexos, se ha notado un ligero predominio de los varones, 55 a 60 %.

Aunque el Dr. Little descubrió la Parálisis Cerebral en términos médicos, y Sigmund Freud demostró interés al escribir sobre P.C. en 1891, la misma era considerada como un problema médico y quirúrgico, quedando sin explorar sus implicaciones en cuanto a la enseñanza, terapéutica, educación, trabajo social y orientación vocacional. Era común admitir que la alteración estaba acompañada por un severo retardo mental, y sólo después de 1930 los estudios más precisos demostraron que por lo menos, la mitad de estos niños tenían una inteligencia que se hallaba más o menos dentro de los límites normales y que la gran mayoría era capaz de beneficiarse con la capacitación, la terapéutica y la educación.

La Parálisis Cerebral, como manifestación clínica de un daño cerebral en la movilidad seguramente se ha presentado desde que el hombre existe, sin embargo su estudio metódico se ha visto desarrollado en el último siglo, siendo en 1889 cuando Sir William Osler introduce el término de Parálisis Cerebral.

## 1.2 CONCEPTOS.

El término "Parálisis Cerebral" es reconocido como una expresión general que abarca varios trastornos específicos, los cuales se caracterizan por una lesión de los centros motores del encéfalo y se manifiestan por pérdida del control motor.

La parálisis cerebral está englobada dentro de las enfermedades del sistema nervioso central (SNC). Los tres síndromes motores; piramidal, extrapiramidal y cerebeloso, representan un trastorno en el SNC y son los determinantes de un tipo u otro de dicha parálisis.

Son numerosas las definiciones dadas sobre parálisis cerebral por tal motivo es importante considerar algunas de ellas:

"La parálisis cerebral infantil ha sido definida como un disturbio no progresivo de la postura causada por un daño en el cerebro; puede tener etiología prenatal, perinatal o postnatal" (Bleck, 1970).

En un análisis de tal definición, se encuentra que es incompleta: de hecho, el daño que causa parálisis cerebral infantil puede estar localizado en el cerebelo, en los haces piramidales o en los ganglios basales, lo que resulta en un disturbio que afecta la postura y otras áreas importantes como el lenguaje, la audición, la visión, los movimientos y diversas áreas de desarrollo conductual del sujeto paralítico cerebral (por supuesto en directa relación con el tipo de daño y la extensión del mismo).

Otros conceptos son los siguientes:

Puede definirse a la Parálisis Cerebral (P.C.) como una alteración del movimiento y la postura que resulta por daño (o lesión) no progresivo y permanente en un encéfalo inmaduro, pero no hay que olvidar el hecho de que las personas con P.C. difieren mucho unas de las otras.

La parálisis cerebral es una enfermedad compleja. Todos los niños paralíticos cerebrales tienen en común la dificultad para controlar algunos de sus músculos. Difieren de otros que carecen del control de sus extremidades, porque estas dificultades no se deben a lesión o parálisis de las mismas, sino a un desarrollo deficiente del cerebro que debería controlar normalmente los movimientos del cuerpo. A parte de esta característica común que

se refiere al escaso control de las extremidades, cuyo grado puede variar desde una dificultad apenas notable hasta una falta casi completa de control motor voluntario, los niños con parálisis cerebral tienen poco en común. Es difícil hallar dos niños con P.C. semejantes, porque la alteración del desarrollo cerebral puede adoptar diferentes formas afectando, a veces, además del control motor, su inteligencia, visión, audición, lenguaje y el estado emocional.

En un principio se consideraba a todos los paralíticos cerebrales como deficientes mentales, pero como los niños hacían por sí mismos progresos sin ayuda, se pasó al criterio opuesto, en realidad más o menos un 20% de los paralíticos cerebrales son al mismo tiempo deficientes. Otro número igual dan la impresión de serlo, en los espásticos es más frecuente (70-80%).

"En general los niños con P.C. tienen inteligencia inferior que los niños normales, además tienen diferencias con otros niños que tengan trastornos motores, en relación con las imágenes, figuras y formas, juguetes constructivos, por lo que medidas pedagógicas especiales deben usarse con los paralíticos cerebrales" (Coronado, 1987).

Entendemos por parálisis cerebral infantil a estados finales de daños del encéfalo infantil inmaduro que causan trastornos motores y pueden asociarse con otros síndromes del sistema nervioso central (por ejemplo, trastornos psíquicos y del lenguaje, epilepsias, etc.).

Sus características esenciales son entonces los trastornos de la motricidad, es decir, parálisis, deficiencias de coordinación y movimiento, y su relación causal con lesiones del encéfalo durante el desarrollo, así como la falta de progresión del proceso patológico. Si bien el trastorno motor constituye el síntoma principal de la P.C.I. las demás deficiencias como por ejemplo las convulsiones o la oligofrenia pueden resultar más graves para el niño.

"La P.C.I. no es una unidad patológica, tanto la etiología como la índole de los daños son múltiples, sino de síndromes es decir, de grupos de fenómenos patológicos afines" (Ulbricht, 1987).

Otra definición sobre parálisis cerebral, es la que se aplica a un grupo de cuadros motores no progresivos, provocados por una lesión o daño cerebral durante el período de gestación o el perinatal y con trastorno de los movimientos voluntarios.

También ha sido definido como: "síndrome neuromuscular causado por una lesión de los centros motores del cerebro o cerebelo. Se trata de un conjunto heterogéneo de manifestaciones de tipo neuromuscular causadas todas ellas por lesiones de diversas partes del cerebro o cerebelo y que no reconocen una etiología común. Los síntomas principales son "espasticidad, atetosis, ataxia o flacidez" (Coronado, 1987).

Otra definición de corte médico: es toda anomalía de la función motora debida a un defecto, lesión o enfermedad del sistema nervioso central contenido en la cavidad craneana, no evolutivo, y que ocurre en el período de desarrollo neurológico temprano, con frecuencia se asocia a diversos trastornos de la esfera neuropsíquica, sensorial y del lenguaje.

Se encuentra también la que designa a la parálisis cerebral como un trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro. La lesión cerebral no es progresiva, causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas y movimientos normales. Este impedimento motor se asocia con frecuencia con afección del lenguaje, de la visión y de la audición, con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia.

La característica esencial de esta definición de parálisis cerebral, es que la lesión afecta al cerebro inmaduro, interfiriendo la maduración del SNC lo cual tiene consecuencias específicas en términos del tipo de parálisis cerebral que se desarrolla, de su diagnóstico, evaluación y tratamiento (Bobath, 1986).

La clasificación propuesta por Denhoff y Robinault citados en la obra de Velasco F., R, propusieron en 1960 una clasificación del niño con daño cerebral de acuerdo a sus signos y síntomas sobresalientes (área disfuncional), y se presume adecuada por apearse a la realidad clínica explicando la afección al cerebro como un todo y esto se observa claramente en determinadas áreas de trabajo de este complejo órgano.

Dicha clasificación es la siguiente:

1. Si la disfunción cerebral es principalmente a nivel neuromotor se presenta la parálisis cerebral infantil con sus variedades distinguibles.

2. Si la disfunción se manifiesta predominantemente en el área intelectual, se presentan las diferentes formas de oligofrenia, expresando la deficiencia mental subyacente.



3. Cuando la disfunción afecta en especial a la conciencia, suprimiéndola temporalmente, de manera total o parcial, se presentan los desordenes convulsivos (comiciales o no).

4. Si la disfunción cerebral se hace patente con mayor claridad en el plano neurosensorial será posible reconocer los cuadros clínicos que se caracterizan por desordenes sensoriales.

5. Otras veces la disfunción cerebral se expresa especialmente en la dificultad para organizar los perceptos a fin de darles un significado específico, valioso para la vida psíquica. Si tal es el caso se producen los desordenes perceptuales, tan importantes en la producción de las dificultades del aprendizaje y otros cuadros infantiles.

6. En ocasiones la forma en que se expresa la disfunción cerebral produce una sintomatología relacionada con la esfera de la conducta, que es la más afectada.

Puede observarse que en algunas definiciones se equipara a la parálisis cerebral con una enfermedad, pese a que en la actualidad existen otros tipos de conceptos que no solo no toman en cuenta dicho término, sino que lo excluyen totalmente, incluso a la misma clasificación, por considerar más al ser humano en su compleja totalidad y no como entes etiquetados, sin embargo, aun puede escucharse nombrar "enfermos" a las personas con P.C. incluyendo a las madres o familiares y médicos tratantes.

No obstante la OMS, define a la salud como: "Es el estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad."

Tal definición abarca aspectos que engloban a su vez factores múltiples, como el área física, donde el individuo debe funcionar armónicamente en el ámbito orgánico, el área psíquica, que presupone una armonía mental interior y exteriormente y aquí irremediablemente se encuentra implícita la familia; porque la familia, es notorio que es la base de la sociedad, por lo menos de la nuestra, en ella se da una relación tan estrecha de sus miembros que si uno "enferma", toda la familia se desequilibra, por tanto es demasiado ambicioso mantener un estado armónico psíquicamente. Y finalmente el área social, donde la salud se observa desde un punto de vista comunitario, donde se debe apoyar un trabajo transdisciplinario para obtener un bienestar común, en este caso la salud.

A lo citado anteriormente se propone el concepto de salud manejado por Velasco, F., R, 1976.

"La salud representa la fase de adaptación del organismo

humano a su medio, y en el caso del niño, constituye, además, la etapa del crecimiento y el desarrollo, durante la cual es capaz de manejar su ambiente y de manejarse a sí mismo dentro de ciertos límites, relativamente inmunes al dolor y a las fallas que pudieran incapacitarlo en su adecuada relación interpersonal. La enfermedad representa, por el contrario, una falla en la adaptación, un rompimiento en el intento del organismo por mantener la homeostasis, ese "equilibrio dinámico" que caracteriza la buena relación entre el individuo y su medio."

Por lo que la parálisis cerebral no es una enfermedad, sino un daño permanente en el S.N.C., no progresivo que afecta el área motora básicamente, en ocasiones puede acompañarse de trastornos asociados como en el aprendizaje (D.M.), del lenguaje, alteraciones visuales, auditivas, sensoperceptivas y/o convulsiones. La mayoría de las personas con P.C. no se encuentran afectadas de su inteligencia por lo que sólo presentan limitaciones a nivel de movimiento y postura. Bajo ésta definición es posible y necesario integrar la Terapia de Juego en una rehabilitación integral.

### 1.3 ETIOLOGIA.

Las causas que pueden producir una lesión cerebral son múltiples sin embargo pueden clasificarse de acuerdo a 3 periodos básicos como lo son:

#### 1) Prenatales:

La lesión es ocasionada durante el embarazo. No son las mas normales o frecuentes. Corresponden al 1 o 2 por ciento de los casos de parálisis cerebral.

Durante el embarazo pueden observarse dos periodos:

a) Período embrionario: desde la concepción hasta el cuarto mes de embarazo. Las lesiones ocasionadas durante estos meses son denominadas embriopatías. Las enfermedades embrionarias pueden ser debidas a la rubéola, la sífilis, el herpes o la hepatitis, y dan lugar a malformaciones cerebrales, oculares, auditivas, viscerales o cardíacas.

b) Período Fetal: desde el cuarto mes hasta el final del embarazo. Las lesiones ocasionadas durante este tiempo se denomina fetopatías. Durante este periodo el feto tiene cierta autonomía y hay alguna manifestación de su sistema nervioso, mediante movimientos. Si la madre contrae enfermedades intrauterinas y el feto no muere, esas enfermedades dejan secuelas. Se dan las siguientes fetopatías:

-Microbianas: el niño nace con meningitis, la cual constituye una de las mas graves enfermedades infecciosas, ya que la meninge es la membrana del SNC.

-Virales: inclusiones citomegálicas. El niño nace con fenómenos de hipotonía muy marcada, manifestaciones oculares, deficiencia mental o ictericia.

-Parasitarias: toxoplasmosis. Se manifiesta en la madre por un estado gripal, y en el feto ocasiona meningoencefalitis y trastornos oculares.

#### 2) Perinatales.

Son el 88 por ciento de los casos de parálisis cerebral. Las lesiones cerebrales son ocasionadas en el momento del parto por:

a) Shock técnico: cuando nace, el niño se ve bruscamente obligado a adaptarse a unas condiciones vitales muy distintas (respirar,

adaptarse, adaptar su sistema cardíaco, oxigenación de la sangre, pasar de un medio acuático de 37 grados de temperatura a otro aéreo de menor temperatura.

b) Isoinmunización materno-fetal (Incompatibilidad del factor Rh) o insuficiencia placentaria.

c) Hipoxia o Anoxia (falta de oxígeno), a causa de un parto demasiado prolongado, vueltas del cordón umbilical, dificultad para pasar la cabeza, debido a la estrechez de la pelvis o mala aplicación de fórceps. Si el niño nace con una coloración azul, la asfixia es de origen pulmonar. Si la coloración es blanca, la asfixia se debe a mal funcionamiento del corazón.

d) Prematurez: se encuentra en un 30 por ciento de los casos de parálisis cerebral. El niño nace antes de tiempo debido a que no está adaptado, al tener problemas, en el vientre de la madre. Los prematuros no han alcanzado la madurez por no haber completado su edad neurológica.

e) Niños hipermaduros: el niño nace después de los diez meses de embarazo.

f) Cesáreas secundarias: práctica de la cesárea después de haber intentado extraer al niño por vía normal.

### 3) Postnatales.

La lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Corresponde a un 10 por ciento de los casos de parálisis cerebral. Puede ser debido a:

a) Meningitis o encefalitis: enfermedades muy graves y que dan lugar a hidrocefalias.

b) Enfermedades metabólicas.

c) Deshidrataciones.

d) Traumatismos por accidentes graves.

e) Accidentes anestésicos.

f) Problemas vasculares.

g) Intoxicaciones.

Son raras las causas hereditarias y solo en un pequeño porcentaje de familias encontramos mas de un niño afectado, o antecedentes de familiares afectados. Las madres demasiado jóvenes o demasiado maduras se encuentran algo más en "riesgo" que las otras.

"Las causas enumeradas pueden ocasionar una parálisis cerebral, pero no siempre son determinantes de ella. La sensibilidad individual de cada encéfalo a los agentes nocivos es muy diferente. Así, la oxigenación defectuosa durante media hora

puede ocasionar una lesión grave e irreversible en el encéfalo de un recién nacido, y no dejar secuelas en el de otro" (Coronado, 1986).

Dentro de todas estas causas, la mas frecuente es siempre el problema de disminución de la oxigenación en el momento de nacer, los partos prolongados o las dificultades del producto para pasar por el canal de nacimiento.

#### 1.4 CLASIFICACION.

Con frecuencia se denomina "espásticos" a todos los niños afectados de parálisis cerebral pero en realidad existen cuatro tipos principales:

a) Espástico. En este grupo considerado como el mas grande, alrededor del 75% de los niños con parálisis presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos e incapacidad para relajar músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores. El grado de defecto varía. En la monoplejía, se encuentra afectado un miembro un brazo o una pierna, en la hemiplejía se encuentran afectados un brazo y una pierna derechas o ambos miembros del lado izquierdo, mientras que en la cuadriplejía; se encuentran afectados los cuatro miembros, en ella puede encontrarse la diplejía si las piernas están mas afectadas que los brazos.

b) Atetósico. En esta situación el niño presenta frecuentes movimientos involuntarios que enmascaran e interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Los defectos de la audición son muy comunes. La lesión de los ganglios basales del cerebro, parece ser la causa de esta condición.

c) Atáxico. En esta condición el niño presenta mal equilibrio corporal y una marcha insegura y dificultades en el control y coordinación de las manos y de los ojos. La lesión del cerebelo es la causa de este tipo de parálisis cerebral.

d) Mixto y otros. Casi el 10% presentan un tipo mixto de parálisis cerebral y un porcentaje reducido, un tipo especial de tensión muscular como distonía, hipertonía, hipotonía, rigidez y temblores (Guevara y Lara, 1984).

La mayoría describen al niño que camina y habla, pero que tiene movimientos físicos algo desmanados como disminuido físico leve. Al niño cuyo lenguaje es confuso, que muestra cierta dificultad para controlar el movimiento de las manos y que camina, aunque con poca firmeza, se le describe como disminuido físico moderado (Drowatzky, 1973).

Otro tipo de clasificación se puede hacer tomando diversos aspectos:

La clasificación clínica : se realiza de acuerdo a las

manifestaciones motoras observables.

- A) Rígida: presenta un aumento del tono muscular.
- B) Atetósica: presenta movimientos involuntarios constantes.
- C) Hipotónica: presenta disminución del tono muscular.
- D) Atáxica: presenta alteraciones de la marcha, coordinación fina, equilibrio y de la expresión verbal.
- E) Mixta: presenta una mezcla de dos o más de las alteraciones descritas.

Clasificación topográfica: se realiza en base a las áreas del cuerpo afectadas.

- A) Monoplejía: esta afectado solo un miembro (brazo, pierna).
- B) Hemiplejía: esta afectada la mitad del cuerpo (der. o izq.)
- C) Triplejía; se afectan tres miembros corporales.
- D) Cuadruplejía: están afectados los cuatro miembros.
- E) Paraplejía: están afectados los miembros inferiores.
- F) Diplejía: están más afectados dos miembros corporales (piernas).

Clasificación de acuerdo al grado de limitación: toma en cuenta la intensidad de la manifestación motora.

- A) Leve.
- B) Moderada.
- C) Severa.

Denhoff y Rabinault, en su obra incluyen la siguiente subclasificación, basados en el Comité para la Nomenclatura y la Clasificación de la Academia Americana para la Parálisis Cerebral.

#### I. Clasificación fisiológica (motora)

- a) Espasticidad
- b) Atetosis
  - 1) tensión
  - 2) sin tensión
  - 3) distonía
  - 4) temblor
- c) Rigidez
- d) Ataxia
- e) Temblor

- f) Atonía (raro)
- g) Mezcla de distintos tipos
- h) Inclasificable

II. Clasificación Topográfica

- a) Monoplejía
- b) Paraplejía
- c) hemiplejía
- d) Triplejía
- e) Cuadriplejía (tetraplejía)
- f) Diplejía
- g) Doble hemiplejía

III. Clasificación suplementaria

- a) Evaluación psicológica: grado de deficiencia mental (si existe)
- b) Estado físico:
  - 1) evaluación del crecimiento físico
  - 2) nivel de desarrollo psicomotor (Gesell)
  - 3) edad ósea
  - 4) contracturas
- c) Crisis convulsivas
- d) Patrones de conducta y postura locomotora
- e) Patrones de conducta ojo-mano:
  - 1) dominancia de los ojos
  - 2) movimientos oculares
  - 3) posturas oculares
  - 4) fijación
  - 5) convergencia
  - 6) manipulación
  - 7) dominancia de la mano
- f) Estado visual:
  - 1) sensorial (ambliopía, defectos del campo visual)
  - 2) estado motor ; desviaciones conjugadas de los defectos motores, defectos de fijación, espasmos de fijación, estrabismo, esotropía.
- g) Estado visual: hipertropía, hipotropía, nistagmus, pseudo parálisis del motor ocular externo.
- h) Estado auditivo: hipoacucia, deficiente audición decibélica.
- i) Trastornos del lenguaje.



IV. Clasificación según el grado de capacidad funcional

- Clase uno: Pacientes con parálisis cerebral, prácticamente sin limitación de la actividad.  
Clase dos: Pacientes con parálisis cerebral con ligera o moderada limitación de la actividad.  
Clase tres: Pacientes con parálisis cerebral, con limitación de la actividad que va desde moderada hasta alta.  
Clase cuatro: Pacientes con parálisis cerebral, incapacitados para desarrollar cualquier actividad física útil.

V. Clasificación terapéutica

- Clase uno: Pacientes con parálisis cerebral, sin necesidad de tratamiento.  
Clase dos: Pacientes con parálisis cerebral, con necesidad de un mínimo de terapia y de ayuda.  
Clase tres: Pacientes con parálisis cerebral que necesitan ayuda y aparatos, así como la asistencia de los servicios de tratamiento para la parálisis cerebral.  
Clase cuatro: Pacientes con parálisis cerebral que requieren una institucionalización por largo tiempo para su tratamiento.

## 1.5 ALTERACIONES O TRASTORNOS ASOCIADOS

Son todas aquellas inherentes a la lesión cerebral, sabiendo que cada una de las áreas del sistema nervioso controla funciones generales y específicas; las alteraciones mas frecuentes son en el lenguaje, en la percepción, las psiquicas, las intelectuales, y los sensoriales .

a) Epilepsia: se ha observado epilepsia en el 25 al 35% aproximadamente de los niños con parálisis cerebral. La sedación excesiva puede llevar a la somnolencia. En algunos niños es difícil hallar el equilibrio entre eliminar el riesgo de los accesos, por un lado, y mantener el estado de alerta por el otro. La epilepsia es mas común entre los cuadripléjicos y hemipléjicos que en otro tipo de parálisis cerebral. En casos graves la epilepsia interfiere seriamente con el aprendizaje, los ataques frecuentes pueden dar lugar a una disfunción intelectual grave, pero ella puede ser sólo temporal, estos casos son muy raros. Otro grave problema implícito en las convulsiones, es que en algunos casos el uso frecuente de fármacos sin vigilancia médica constante, puede dar lugar a intoxicaciones, llevando a las personas afectadas a grados extremos de somnolencia, cabe señalar que aunque los fármacos son y deben ser controlados por los médicos especialistas (neurólogos de preferencia), es frecuente que las madres en sus momentos de angustia al presenciar una convulsión asistan con médicos generales, con una preparación insuficiente en estos casos y por ello descuidan detalles importantes como indicar en períodos frecuentes algunos análisis que ayudarían a prevenir ese tipo de problemas, en este caso los análisis céricos de medicamento en sangre, es de gran utilidad y tanto el médico como la familia deben estar alertas para llevarlos a cabo por lo menos cada tres meses.

b) Defectos visuales. Una elevada proporción de niños paralíticos cerebrales sufren de defectos visuales; poca agudeza visual, nistagma, estrabismo, errores de refracción y otros oculomotores. En ocasiones tales defectos visuales contribuyen a otros problemas como son los perceptuales, ya que de hecho el niño con parálisis cerebral tiene problemas para percibirse a sí mismo, formar su esquema corporal, percibir el medio ambiente que lo rodea, no posee la habilidad para conformar las partes de un

todo en una unidad; se le dificulta establecer relaciones espaciales y temporales.

c) Pérdida de la audición. Frecuentemente se encuentra en estos niños un grado parcial de pérdida auditiva, sobre todo en los atetósicos, en los cuales la pérdida se refiere a sordera para los tonos agudos, lo que dificulta el desarrollo del lenguaje, además de tener importantes implicaciones en el plano educacional. La pérdida de la audición puede ser desde muy leve hasta muy grave o profunda, y llegar hasta la sordera total que se observa ocasionalmente. Algunos niños nacen sordos por un defecto hereditario del oído y sus conexiones nerviosas con el cerebro, por enfermedad de la madre durante el embarazo o el parto, la incompatibilidad de Rh en sangre de los padres es otro factor que puede ocasionar sordera al nacer el producto. Algunos otros pueden padecer sordera durante la primera infancia debido a enfermedades infecciosas como la meningitis, escarlatina y sarampión o bien a consecuencia de accidentes. No obstante, la sordera puede ser detectada a edades tempranas gracias a un estudio de "potenciales evocados", en algún centro de audiología.

d) Defectos de lenguaje. Cuando el control de los músculos faciales y respiratorios, de la lengua o los labios es deficiente se producen defectos de articulación del lenguaje oral (disartrías y anartrías) y problemas de comprensión del lenguaje (afasias). Estos varían desde los leves defectos de articulación a la ausencia completa del habla.

En muchos de estos niños se presentan dificultades para la alimentación, aunque la situación puede mejorar por medio de la fisioterapia y la foniatría utilizadas precozmente.

e) Déficit intelectual. Se han realizado muchos estudios que muestran la distribución de la inteligencia entre niños con parálisis cerebral. En ellos se ha podido observar que por lo común, los niños con disminución física de mayor grado tienen la inteligencia de menor grado lo que es comprensible, dado el grado de lesión cerebral. Aunque hay sus excepciones, algunos niños con graves dificultades motoras tienen una inteligencia excepcionalmente elevada, y otros, con un déficit motor leve, presentan una inteligencia muy limitada o dificultades específicas del aprendizaje. No es prudente deducir el estado mental por el grado de incapacidad motora. A este respecto Finnie

(1983) basándose en un gran número de estudios (no especifica investigadores, tipo de tests, condiciones de aplicación, tamaño de muestras poblacionales, etc.) señala que la población de los niños con P.C. se distribuye de la siguiente manera :

1. El 50 por ciento tiene un C.I. (coeficiente intelectual) entre 75 y 125 o más, comprendiendo niños con retraso mental leve o limítrofe (C.I. 75 a 84), niños con inteligencia normal (C.I. 85-115) y niños con inteligencia superior (C.I. 116 en adelante).

2. Un 25 por ciento tiene un C.I. entre 50 y 75, siendo niños con retraso mental moderado o educable.

3. Un 25 por ciento restante tiene un C.I. de 50 o menos, siendo niños con retraso mental grave, profundo, entrenable; C.I. de 20 a 49 se denomina imbecilidad\*; C.I. de 0 a 19 idiocia\*."

Los diferentes tests evalúan diversas áreas, pero en general las áreas intelectuales son:

Memoria a corto y largo plazo, memoria auditiva y visual; vocabulario; comprensión de conceptos, ideas y del lenguaje; razonamiento lógico, razonamiento aritmético, cálculo numérico y cuantificación (conceptos cuantitativos); analogía, asociación, semejanzas, diferencias, ordenamiento, clasificación, reconocimiento de objetos; solución de problemas a nivel verbal y de ejecución; habilidades perceptivas y motoras, conocimiento corporal; desarrollo social: conductas de autocuidado, imitación conducta social, comunicación y socialización conocimientos de aprendizaje escolar y aptitud laboral y ocupacional.

f) Trastornos psíquicos. Comúnmente estos son motivados por el medio en que se mueve el niño con P.C. Su situación motriz y el retraso de evolución general hacen que persista la fase de dependencia o de simbiosis con la madre, lo que colabora a regresar el comienzo del funcionamiento psíquico diferenciado. Un ambiente familiar con tensiones, el no tratar al niño con normalidad, la sobreprotección, etc. hacen que el estado psíquico

\* Estos términos son utilizados por la autora, aunque la CONFE (Confederación en Pro del Deficiente Mental) y otros autores e instituciones encuentran obsoletos.

del niño se altere. Posee baja tolerancia a la frustración su sensibilidad esta alterada por lo que emocionalmente es afectado fácilmente, su personalidad es diversa de acuerdo al tipo de parálisis que presente , su autoconcepto es inadecuado, posee baja autoestima, autodevaluación, tiene sentimientos de culpa y su invalidez no solo es física sino también emocional.

## 1.6 DIAGNOSTICO.

Antes de adentrarnos en lo que es el diagnóstico (Dx) de la P.C., se considera necesario hacer algunos señalamientos sobre lo que es el Dx.

Primero a que se le llama Diagnóstico. Es un conocimiento de la enfermedad a través de los signos y síntomas y es una cualidad que le da el médico a la enfermedad.

Ahora bien, el síntoma podría definirse como la manifestación subjetiva del dolor, en tanto que el signo vendría a ser la manifestación medible del dolor. Y el síndrome consecuentemente estaría dado por el conjunto de signos y síntomas que no es característico de una enfermedad.

De lo anterior puede resultar un Dx sintomático y un Dx sindromático; el primero estaría conformado por el síntoma básicamente y el segundo es cuando no se conoce cuál es la causa con precisión (el síndrome febril, por ejemplo).

Se han mencionado dos tipos de diagnóstico, lo cual quiere decir que no existe uno solo, existen también: el Dx Presuntivo, un Dx de laboratorio y gabinete (estudios clínicos o exámenes y pruebas), y un Dx definitivo. En el orden que fueron mencionados se observa que uno conlleva al otro hasta llegar al definitivo.

De igual manera con lo ya analizado puede entonces mencionarse aun Dx Genérico y a un Dx Específico, como ejemplos pueden ser un Dx genérico → Daño Neurológico y Dx específico Parálisis Cerebral, pero además puede existir un Dx Central (ejemplo Parálisis Cerebral) y un Dx Secundario (ejemplo; Además con Deficiencia Mental o Problemas auditivos o...).

Al especificar los diferentes problemas o hallazgos, se llega a conformar un Dx Integral; en el cual como su nombre lo indica se conformaría por las diferentes áreas que han valorado a la persona con limitación y el cual estaría aclarando cualquier duda con respecto al Dx definitivo.

Cabe señalar que el Dx Integral es utilizado a nivel institucional con la finalidad de mantener un trabajo interdisciplinario incluso transdisciplinario, este se conforma por las evaluaciones de las áreas como Pedagogía, la cual evalúa el aprendizaje escolar del niño con limitación, de tal forma que pueda ser ubicado en un grupo afín, así como recomendar la

enseñanza que podrá dar mejores resultados, para tal fin se auxilia de tests psicológicos como la Escala Stanford-Binet, Wechsler, Test Gestáltico Visomotor, Reversal, Bohem y otros. Sin embargo, no todos los niños son candidatos para aplicarles pruebas, ya que depende del tipo de limitaciones de cada uno, y en cuyo caso se opta por una exploración solo física o bien se recurre a la información de sus tutores o acompañantes. Para desempeñar esta tarea se encuentran los pedagogos, educadoras o maestras, los cuales observan la lectura, escritura, aritmética, aspectos intelectuales; memoria, comprensión razonamiento, etc.; coordinación motora gruesa y fina, percepción visual y auditiva, lenguaje, etc. El área de Psicología, evalúa principalmente repertorios conductuales, interacción social y trata de escudriñar el aspecto emocional individual y familiar. La finalidad es orientar y asesorar tratando de escuchar las demandas individuales y familiares, para ayudarlos a elevar su autoestima, el conocimiento de sus aptitudes y potencialidades como ser humano, capaz de crear su propio proceso. Realiza entrevistas y aplicación de tests tomando en cuenta la limitación motora del niño para evaluar su nivel intelectual (C.I.), habilidades psicomotoras, detectar problemas perceptuales o de personalidad del niño. Logopedia o Terapia de Lenguaje, su evaluación versa principalmente en detectar algún tipo de daño a nivel de audición o lenguaje para orientar sobre algunas técnicas de comunicación con el niño, para ello puede sugerir algunos exámenes audiométricos (Estudios de Potenciales Evocados) así como en el caso de daños en cavidad oral, recomendar técnicas de alimentación o bien canalizarlo a especialistas en cirugía.

Trabajo Social, indaga principalmente la situación socioeconómica de la familia, la interacción de los miembros de la misma y el medio ambiente que rodea al niño con parálisis cerebral, así como antecedentes de tratamiento, datos de gran importancia para complementar la información con otras áreas.

La fisioterapia, explora básicamente el aspecto físico de la persona con limitación, esta área mantiene gran relación con la Medicina en rehabilitación, aunque su diferencia estriba en que la primera se basa en la aplicación de técnicas de relajación o tonificación, según corresponda, así como masajes, hidroterapia y otras para mejorar la postura y tono muscular, en tanto la medicina en rehabilitación sugiere la aplicación de aparatos (férulas, corset, fajas, etc.) y en ocasiones y adicionalmente la intervención quirúrgica para eliminar malformaciones.

No obstante dicha exploración física será tratada con mayor detenimiento en los siguientes párrafos, ya que es de vital importancia para el diagnóstico de la Parálisis Cerebral. La Psiquiatría, que además de evaluar aspectos conductuales y emocionales del niño y su familia y por tanto tener estrecha relación con psicología, tiene el poder de medicar o utilizar fármacos para el control de convulsiones, espasmos o en casos de hiperquinésis u otras afecciones en el sistema nervioso central.

Y finalmente el área biomédica, que incluye medicina general y/o pediatría, los cuales indagan la historia clínica detallada; desde antecedentes familiares y hereditarios, padecimientos hasta ahora, exploración física general, evaluación del desarrollo motor incluyendo actividades básicas cotidianas y conductas de autocuidado (dependiendo de la edad del niño y su limitación) requerimientos de análisis de laboratorio y gabinete (de ser necesario). La Neurología se encuentra dentro de ésta área y examina los doce pares de nervios craneales, pero principalmente los afectados como el III, IV, VI, VII y XII pares, así como los reflejos infantiles primitivos y en ocasiones solicita estudios especiales como electroencefalograma (EEG), Nuemoencefalografía, Angiografía Cerebral (vasos sanguíneos), Ventriculografía Radiografía del Cráneo (Rx), Examen del Líquido Céfalorquídeo (LCR), etc.

Se mencionaba anteriormente la importancia de la exploración física para el Dx de la P.C., y el hecho de tratar lo mas ampliamente posible estos aspectos, sin embargo antes de reconocer la parálisis cerebral a través de tal exploración, es necesario revisar aspectos del desarrollo motor en un niño normal.

"El desarrollo normal se caracteriza por la maduración gradual de control postural, con la aparición del enderezamiento, equilibrio y otras reacciones adaptativas. Esto forma la base de la actividad de destreza normal. Este proceso esta estrechamente integrado con la modificación de la totalidad de las sinergias motoras primitivas, y culmina en la liberación de manos y brazos de la necesidad de desempeñar una parte esencial en el mantenimiento del equilibrio, salvo en la emergencia. Esto permite al hombre desarrollar las habilidades de manipulación en un alto nivel de perfección. La descripción de este desarrollo hará hincapié en este aspecto en lugar de dar la habitual narración del crecimiento del niño. No será el relato completo



del desarrollo normal sino más bien la descripción de sólo algunos aspectos que parece ser de particular valor en el reconocimiento, evaluación y tratamiento precoz del niño con parálisis cerebral." (Bobath, 1986).

## 1.7 EVALUACION.

Al propósito de la necesidad de estudiar el desarrollo del niño normal, puede comentarse que la familia con un niño limitado y en la etapa de confrontación con la realidad evade la equiparación de su hijo con un niño "normal", ya que la mayoría de los padres muestran orgullo al contrastar los avances a cualquier nivel y en éste caso avances motrices, de lenguaje, etc., sin embargo para un padre de un niño limitado es doloroso reconocer que su hijo difícilmente realiza tales destrezas o no las realiza. No obstante, es de señalar que para fines didácticos y de orientación para los padres, tal equiparación del desarrollo motriz de los niños ha sido utilizado por lo menos en la experiencia propia, de tal suerte que el padre se concientiza sobre la manera de como ayudar a su hijo a alcanzar objetivos precisos, no ambiciosos y a corto plazo, sin dejar de persistir en sus metas para lograrlo, pero a su vez sin exigirle demasiado a su hijo. Observando que en la mayoría de los casos permanece un efecto positivo y en cuyos casos ha existido un efecto contrario, la terapia grupal ha permitido ampliar el panorama de las personas con esta visión.

" El conocimiento del desarrollo neuromotor normal es la base sobre la que descansa la detección y determinación de la anomalía; el presente capítulo delinea las tendencias del crecimiento en el desarrollo neuromotor normal... (Gesell y Amatruda, 1985).

Pues bien, al propósito del enfoque de Gesell y Amatruda, puede observarse la descripción de cuatro etapas para enmarcar el desarrollo motriz del niño a las cuales llama etapas genéticas del desarrollo de una función; consideran una etapa 0 (cero) o etapa prenatal donde a la cual atribuyen una ausencia de dicha función, en la etapa 1 (uno) o del nacimiento encuentran la manifestación variable e incompleta de la función motriz, la etapa 2 (dos) o asimilativa, donde la ejecución motriz depende de patrones muy particulares además de reforzar posturas accesorias, la etapa 3 (tres) o coordinadora es en la que la acción se encuentra perfeccionada pero que aun depende de esquemas o patrones de la etapa anterior aunque inicia a eliminar conductas no necesarias y finalmente la etapa 4 (cuatro) o de individuación sinérgica ( que quiere decir la acción concentrada en los

órganos para llevar a cabo una función determinada) y es aquí donde se adquiere la independencia de la postura, ejecuta acciones uniformes mejor sincronizadas y variables.

Este enfoque permite diferenciar entre el desarrollo motriz normal y la neuropatología, el recién nacido va adquiriendo destrezas a lo largo de su desarrollo, sobre todo en el primer año de vida es sorprendente los cambios tan rápidos que va experimentado, por tanto el bebé no es torpe en sí, solo lo es en relación de una función nueva y que conforme pasa de una etapa a otra va dominando.

Otros autores manejan enfoques por períodos o edades del niño, como Bobath o Piaget. De tal forma que pueda observarse el desarrollo, aparición o desaparición de acciones o conductas.

Es así como, en el recién nacido se observa una conducta variable, con reflejos fundamentales, predecibles y estereotipados o como los llama Bobath "reacciones automáticas", ya que considera que tales reacciones son demasiado variables y poseen potencialidades que permiten que el bebé se adapte a su medio. Bueno se dice que el neonato en reposo muestra una postura simétrica, es decir; tanto el lado derecho como izquierdo mantienen una misma posición al igual que la cabeza se mantiene en posición tónica asimétrica debido al tono del cuello se observa tanto en flexión o semiflexión del tronco y extremidades en todas las posiciones. En posición ventral o boca abajo, suspendido en el aire el niño adquiere una flexión de extremidades tanto superiores (brazos) como inferiores (piernas) y la cabeza con cierto grado de control, cabe señalar la hipertonía (o tono elevado) que caracteriza al recién nacido, en posición dorsal y también en suspensión existe deficiente control de la cabeza comparado con la posición ventral. En posición prona (o boca abajo) el bebé mantiene su postura simétrica pero se observa el giro de la cabeza hacia un lado salvando además la respiración y llega a levantarla al menos levemente. Su seguimiento ocular es deficiente aún y puede llegar a notarse cierto estrabismo si se le hace seguir un objeto a una distancia de 20 cm. En miembros superiores puede observarse la prensión tónica de los dedos y en miembros inferiores la prensión de pie. Las manos se mueven con libertad hacia la boca o hacia la parte superior del tórax con relativa inactividad de los pulgares. Es importante señalar que el neonato guarda aún la postura fetal y por ello la extensión de miembros superiores se da de manera forzada, pues regresan

inmediatamente a la postura de flexión inicial.

"Los dedos no sólo muestran un verdadero reflejo de prensión sino una prensión tónica de los flexores de los dedos", André-Thomas y Saint-Anne Dargassies (1952) y André-Thomas y Cols. (1960).

En posición de sentado y sosteniendo la cabeza del niño puede observarse el reflejo del Moro, éste se obtiene soltando brevemente la cabeza del bebé, simulando una caída, aquí se observan la apertura de brazos y abducción de piernas (apertura también), Bobath señala que debe diferenciarse el verdadero Moro de la acción que realiza de igual manera el niño pero a causa de un susto o de frío por ejemplo:

"El reflejo de Moro debería ser diferenciado de una reacción similar -la reacción por susto- que aparece ya sea por ninguna razón o aire frío. Bench y Cols. (1972) definen a la reacción por susto como una respuesta "paroxística" generalizada, involucrando a la totalidad del organismo de un modo relativamente difuso, mientras que el verdadero Moro es más específico. No obstante, de importancia práctica es el hecho de que el verdadero Moro puede utilizarse para probar el grado de control de la cabeza adquirido por el bebé, en tanto es obtenido dejando caer la cabeza en extensión". Bobath (1986).

La extensión es más notoria en miembros inferiores, puede observarse un pataleo alternante con poca abducción, los tobillos se encuentran flexionados e invertidos y aunque existe el pataleo la extensión no es total, de hecho la extensión de piernas a nivel de cadera se alcanza alrededor del segundo año de vida.

Es frecuente encontrar en niños con parálisis cerebral dislocación de cadera debido a posturas inadecuadas como aducción de piernas ( cierre de piernas) a causa del elevado tono muscular y la falta de tratamiento precoz. En el recién nacido la articulación de la cadera es empinada y superficial y aunado al reblandecimiento hormonal de los ligamentos de la articulación, da como resultado la dislocación de cadera hasta en niños normales, el tratamiento precoz es la estimulación del pataleo y la posición de pie.

Las reacciones de defensa, equilibrio y enderezamiento, se encuentran ausentes a esta edad... "Las reacciones de equilibrio están ausentes, tampoco existe ninguna necesidad para ellas, en tanto el bebé difícilmente tenga alguna actividad contra la gravedad." (Ibidem).

Sin embargo existen otras reacciones clásicas en el recién nacido, como la reacción de Galant, que se obtiene estimulando en posición prona o suspensión ventral al niño en la región lumbar con un alfiler de punta roma pasando hacia abajo por la piel, esto produce una respuesta de encorvamiento hacia el lado estimulado. Este reflejo resalta la inestabilidad del tronco asociado a la falta de control de cabeza, en niños con parálisis cerebral atetoides con escaso control de cabeza persiste esta reacción por mucho más tiempo que en un niño normal.

La reacción de salto de obstáculos, se logra colocando al niño bien sostenido del tronco, en contacto de su empeine con alguna mesa o colchón, golpeándole ligeramente, ello dará como consecuencia la flexión de ambas piernas llevándolas por encima de la superficie de la mesa o colchón.

A los seis meses inicia a controlar también su tronco preparándose para la posición de sentado.

"La afirmación de que la ausencia de la reacción de colocación denota un grado severo de subnormalidad mental (Foley y Cols., 1964; Zappella, 1964) debe aceptarse con gran reserva, ya que puede estar ausente en niños con grados severos de espasticidad extensora de las piernas, independientemente del grado de retardo mental" (Ibidem).

La reacción de pie primaria se obtiene colocando al bebé con sus pies sobre la mesa, gradualmente se enderezará y tomará la posición de parado, ésta desaparece alrededor del segundo mes de vida. La reacción de marcha automática, se obtiene al colocar al bebé sobre la mesa y se sostiene su tronco con ambas manos por debajo de las axilas e inclinarlo hacia adelante, es entonces cuando podrá observarse como camina rítmicamente y con coordinación.

La tracción en posición de sentado, se observa al colocar en dicha posición al niño y al tomarlo de las manos su cabeza caerá hacia atrás, si el examinador lleva poco a poco la cabeza hacia el frente, el niño se incorporará llevando su tronco a una posición erecta y si se dirige hacia adelante el niño cae en flexión.

Alrededor de los tres meses el bebé empieza a sostener la cabeza en posición prona y descansar sobre sus antebrazos, se incrementa en tono extensor dando pie al desarrollo céfalo-caudal, al llegar al tercer mes la reacción de Galant desaparece, también se observa un pataleo no solo con flexión-abducción, sino con flexión - extensión independientemente de las rodillas y

caderas bilateralmente y unilateralmente.

A los cinco meses en posición prona, el niño levanta su tronco y sus brazos y piernas se encuentran en abducción con rotación externa. A los seis meses inicia a presentar reacciones de defensa si se le coloca en una mesa en la misma posición y se le deja caer ligeramente, inmediatamente colocará sus manos tratando de apoyar sus palmas sobre la misma. A esta edad presenta las reacciones de equilibrio en posición prona y supina y se superponen las reacciones de enderezamiento, esto es sumamente importante tenerlo en cuenta en el tratamiento con parálisis cerebral, ya que un tratamiento que enmarque estrictamente el desarrollo de una actividad como sentarse y arrodillarse antes de llegar a la posición de parado, es fisiológicamente erróneo y puede ocasionar efectos indeseables como contracturas de flexión de caderas y rodillas.

Alrededor de los siete meses el niño adquiere la extensión total en posición prona y una buena abducción de piernas, cambia la rotación inicial de cabeza por la de todo su cuerpo para enderezarse y gira sobre su propio eje corporal.

A los ocho meses el pataleo cesa y la prensión de pies desaparece y ahora se encuentra listo para la bipedestación (posición de parado). Cabe señalar que cuando el niño adquiere las habilidades de enderezamiento en sentado, ya inicia actividades que le permitirán un parado, ahora el niño se encuentra preparado para un gateo pues existen patrones de extensión y de flexión total. Pronto iniciará su marcha, primero con apoyo lateral y valiéndose para ello de sus manos para más tarde tener asistencia por detrás aproximadamente a los 10 o 12 meses y finalmente avanzar de frente perfeccionando sus reacciones de equilibrio y eliminando el apoyo de brazos y manos para ahora utilizarlas en la manipulación de objetos.

"Mientras las reacciones de enderezamiento están aún activas, el niño sólo podrá pararse desde la posición supina, rotando hacia la posición prona; el niño de hasta dos años de edad o mayor, en consecuencia, no estará capacitado para incorporarse desde la posición supina sin antes pasar a la posición prona. Esta rotación desaparece gradualmente y desde alrededor de los cuatro o cinco años en adelante el niño se incorporará en la forma simétrica del adulto". (Ibidem).

Se ha revisado la importancia del desarrollo motor como un proceso progresivo e importante, pero no debe de aislarse del resto de las destrezas que el niño adquiere a la par de dicho

desarrollo, no obstante, el aprendizaje se inicia con el desarrollo sensoriomotor; inicia cuando el niño explora su propio cuerpo mediante su tacto al llevar sus manos a la boca percibiendo sus labios, lengua y después jugando con sus propias manos las reconoce chupándolas y tocándolas, aprende a reconocer la diferencia de texturas, formas, temperaturas y objetos de la misma forma. Reconoce sus dimensiones en espacio, al moverse, al gatear y avanzar sobre o debajo de los muebles. El mismo lenguaje está ligado al movimiento, el niño se expresa mediante gestos y movimientos mucho antes de hablar, tanto el lenguaje como la manipulación de objetos son importantes para el proceso del pensamiento, el hecho de presentar un retraso en el lenguaje puede dañar seriamente los procesos de pensamiento abstracto.

Tanto el desarrollo perceptivo y visomotor están íntimamente ligados con el desarrollo físico. Como se ha revisado al mismo tiempo que el niño va adquiriendo mayor movilidad adquiere mayor independencia de la madre, hablando de un niño con parálisis cerebral el niño mantiene esa dependencia no solo física, más aún intelectual y emocionalmente, y prevalece durante la primera infancia o en ocasiones (no pocas, por cierto) hasta la etapa adulta, sobre todo si el chico posee un daño severo. Aunado a esa dependencia, se encuentra el temor, la ignorancia, la falta de aceptación, para llevar a cabo actividades que le permitan al niño adquirir experiencias perceptivo motrices y conocimiento de su entorno; es decir, la madre actúa con temor al cargar o contactar con su hijo por miedo a lastimarlo a no saber como tratarlo o bien desconoce o en ese momento no alcanza a visualizar la manera de hacerle llegar al niño experiencias que por sí solo no logra obtener.

"El niño con parálisis cerebral en consecuencia, presenta dos importantes desventajas:

1) facultades normales insuficientes con las que desarrollará destrezas funcionales; y 2) experiencia sensoriomotora anormal sobre la que se basará el desarrollo futuro" (Ibidem).

Al explorar al niño con P.C. en los primeros tres meses de vida, es difícil certificar el diagnóstico, cuando se carece de experiencia, pues a esta edad es sumamente pasivo, sin embargo el tono y la postura en la evaluación son básicas para un Dx temprano. Regularmente los primeros signos son la permanencia o retardo de los reflejos de la primera infancia, mientras que en un bebé normal se observa la extensión contra la gravedad en

posición prona y la flexión contra la misma en la posición supina, en los niños con trastornos neuromotores, la hipertonía llevará al niño a traccionar en dirección de la gravedad. Sin embargo otro aspecto que debe tomarse en cuenta es que algunos niños presentan anomalías en los primeros meses pero tiempo después actúan normalmente, lo cual nos refiere a mantener una evaluación periódica para aclarar y modificar criterios y tratamientos.

Bueno, esos primeros signos de los que se hablaba, regularmente son apreciados por los padres o bien en la mayoría de los casos por la madre, que es quien pasa el mayor tiempo con su hijo, ellas llegan con el médico usualmente porque el bebé no ha alcanzado las actividades o desarrollo motriz usual en el tiempo determinado, refiriendo que "el niño es flojito", de inicio es necesario realizar una entrevista para conformar su historia clínica completa realizando entonces una revisión pediátrica y neurológica donde pueden aparecer datos importantes sobre el embarazo y parto presentando anomalías en esos periodos.

Y bien, durante la exploración de un bebé, puede observarse de acuerdo a la edad que presente anomalías con respecto al desarrollo normal motriz. Pueden entonces presentar como se mencionaba hipertonía marcada, en posición prona falta de rotación de la cabeza para salvar la respiración, falta de succión (alimentación por vía gástrica), ausencia de prensión en manos y pies, ausencia del reflejo de Babinsky, marcha automática o salto de obstáculos, presencia del reflejo de Clonus (se realiza una sacudida en alguno de los pies, tomando los dedos con la punta de la mano, dando como resultado al dejar de sacudir un ligero temblor del pie). En edades de tres a seis meses puede carecer de control de cuello o tronco, ausencia de reacciones de defensa, equilibrio y enderezamiento, aumento o disminución de tono muscular posturas inadecuadas para su edad (flexión o extensión marcadas), presentar patrón cruzado (aducción total de piernas con cruzamiento de pies). Presencia de reflejos primitivos como cierre de manos o prensión del pulgar, protrusión de lengua, falta de baluceo. De seis a nueve meses además puede observarse la ausencia de la bipedestación, seguimiento de objetos para valorar estrabismo, falta de prensión o manipulación de objetos, en los casos en los que exista bipedestación se evalúa la postura (presencia de pie equino), rotación de pies externa o interna, cambios de decúbito dorsal a ventral o viceversa. Y de nueve a doce meses la ausencia de control de



cuello y tronco, de reacciones, presencia de reflejos primitivos, ausencia de bipedestación o marcha lateral, ausencia de vocabulario bisílabo. Desde los primeros meses hasta el año de vida no dejan de valorarse los distintos aspectos aquí enmarcados tomando en cuenta la ausencia o presencia de sinergias propias de cada edad además de otros aspectos como pedagógicos, lingüísticos, psicológicos y médicos.

"No es posible discutir en detalle todas las anomalías que, en todas las edades, aparecen como diversos tipos y grados de impedimento neuromotor. Su detección es consecuencia de la experiencia y -punto que debe subrayarse- de un firme conocimiento de la normalidad." (Gesell y Amatruda, 1985).

## 1.8 TRATAMIENTO.

Para finalizar hablaremos sobre el tratamiento de la P.C. tomando en cuenta aspectos del neurodesarrollo y conductuales del niño y su familia.

Se considera de gran importancia revisar como se integra la función motora en el S.N.C. (Sistema Nervioso Central), ya se ha revisado el desarrollo motor en el niño normal, estableciendo que tal desarrollo es progresivo. Antes de abordar el difícil terreno de la neurofisiología a grandes rasgos, es importante subrayar que el tratamiento en la P.C. ha evolucionado y actualmente existen formas que no toman en cuenta la naturaleza neurológica del daño y que en contraste con las formas de tratamiento en base a neurofisiología no han tenido mejores resultados. Esta forma de tratamiento consiste en dos conceptos básicos: 1) Inhibición o supresión de la actividad refleja tónica anormal que es responsable de los patrones de hipertonía. Y 2) La "facilitación" de las reacciones anormales altamente integradas de enderezamiento y de equilibrio en su correcta secuencia de desarrollo con progresión hacia las actividades de destreza (Semans, 1967; Manning, 1972, 1976).

El SNC maduro se conforma con experiencias que han sido repetidas a través del tiempo y que han conformado tal secuencia que hace permanecer patrones establecidos en él. En principio solo son hábitos que forman cadenas y se concretizan en actividades fundamentales como sentarse, pararse, estar de pie o caminar. Desde pequeños se nos estimula de diferentes formas a través de nuestros sentidos, dichos estímulos provienen del mundo exterior y son captados inicialmente por receptores como oídos y ojos, estos receptores llevan la información a través de los músculos, tendones y articulaciones conformando un flujo aferente es decir; información externa que llega al SNC y que éste absorbe y reacciona con algún tipo de respuesta que emite nuevamente a través de los canales de entrada para ahora emerger con respuestas variables (flujo eferente).

El SNC del niño con P.C. es menos diestro para llevar a cabo el flujo aferente, aunque tal vez no se encuentren dañados los receptores propioceptivos y sensoriales. Es decir; al existir un daño a nivel de SNC, éste ha respondido ante los estímulos externos con respuestas anormales, creando una cadena de éstas

respuestas en el desarrollo de los patrones de acción refleja, de tal forma que si no se ha contrarrestado el flujo aferente, continuará dando esas respuestas y por tanto lesionando a nivel de tono muscular (deformidades) y posturas (contracturas). Más tarde esos patrones anormales quedan firmemente establecidos en el S.N.C.

Es así, como muchos tratamientos que se basan en que el daño se encuentran a nivel propioceptivo o sensorial o de entrada, fracasan, pues estimulan sensorialmente esperando una respuesta normal y realmente los patrones de actividad no se encuentran disponibles para el niño pues se encuentran inhibidos por la actividad refleja anormal. El impedimento por tanto no es a nivel de la entrada sino de la elaboración en el SNC y a nivel eferente o de salida.

Algunos experimentos sobre la función motora realizados por Magnus (1924), Schaltenbrand (1925, 1927) y por otros en animales puede ser útil para entender un poco más acerca de la localización del daño aunque realmente el SNC sea mucho más complejo de como se expresará a continuación.

Nivel 1 (el animal espinal). Se encuentra situado precisamente en médula espinal de donde provienen reflejos fásicos puros, o reflejos o movimientos, que permiten patrones para caminar o nadar y son la base para actividades más complejas, y son el reflejo de flexión de estirada, extensor de acometida y el reflejo de extensión cruzada.

Nivel 2 (el animal descerebrado). Justo por debajo del núcleo rojo se encuentra el "animal descerebrado", experimento realizado aún en la materia de neurofisiología, donde se logra observar después de realizar el corte en el animal en esa zona, la rigidez e hipertonia en los músculos antigravitatorios, a este nivel los reflejos fásicos se modifican la inhibición recíproca se transforma en inervación, esto permite al animal ponerse de pie pero sólo de manera anormal debido al tono postural y a la co-contracción exagerados. Es precisamente lo que sucede en el espástico. Es aquí donde el SNC se encuentra dominado por patrones de actividad más que por músculos aislados.

Nivel 3 ( animal mesencefálico o talámico). En este nivel se concede gran importancia a la plasticidad cerebral, más aún a la capacidad del cerebro de aprender y no olvidar. Pues el animal presenta una postura y tono casi normales, mantiene una posición de parado casi forzado, pero responde favorablemente a las exigencias del medio.

Nivel 4 (animal intacto). Aquí el control y tono postural son perfectos, quizá porque la integración armoniosa entre la corteza sensoriomotora, las estructuras talámicas y subtalámicas y los sistemas cerebelo-ponto-cerebral mantiene al animal adulto con reacciones de equilibrio perfectas.

Así es que el niño con P.C. mantiene un daño en el flujo aferente ubicado en el nivel 2 y puede darse un cuadro clínico en nivel 3 y 4 ubicándolos en una P.C. leve. Por ejemplo muchos niños espásticos pese al tono sumamente elevado logran la bipedestación e incluso la marcha, debido a la tolerancia del SNC y en ocasiones gracias a las reacciones equilibrio compensadoras o por un tratamiento precoz.

Como se ha señalado el daño es irreversible, las neuronas no pueden ser regeneradas ni reemplazadas, y no existe la capacidad de recuperación, por tanto la única manera de ayudar al niño es enseñándole a utilizar los patrones motores anormales para los movimientos voluntarios. Es decir; si el gran problema es la hipertonia y abducción total de miembros con flexión, se debe enseñar al niño a aducir sus miembros pero con extensión de cadera y miembros inferiores hasta donde lo tolere, tratando de crear una respuesta de él, o sea; no llevar a cabo un tratamiento pasivo donde solo se este moviendo partes del cuerpo sin tratar de que el niño participe, pues de esa forma no se logrará nada y se intenta buscar dentro de los límites del niño reacciones que permitan contrarrestar las respuestas anormales. También es importante no trabajar con partes del cuerpo aisladas, sino con la totalidad del mismo para crear reacciones favorables.

" En este proceso de creación gradual del control inhibitorio uno está realmente imitando a la naturaleza, repitiendo filogenéticamente lo que ocurre en un bebé normal, puesto que el niño con parálisis cerebral puede ser considerado filogenéticamente primitivo. En el caso individual, la inhibición de una actividad refleja anormal y la facilitación de las reacciones normales de enderezamiento y equilibrio y de los movimientos pueden seguir una a otra o utilizarse en forma alternativa o simultánea". (Bobath, 1986).

Existen también tratamientos en Logoterapia, aquí su finalidad es educar los músculos de la lengua, labios, garganta, maxilares y faciales primero el niño debe aprender la correcta vocalización y respiración después succionar, deglutir, soplar entonces comenzar el balbuceo y la introducción gradual de sílabas y palabras con significado, finalmente frases y oraciones

simples. En estrecha relación con la logoterapia se encuentra el departamento de Comunicación; donde se busca una mejor forma de comunicación para aquellos chicos que no logren comunicarse por medio del lenguaje oral, es aquí donde se realiza la labor de ofrecer otras alternativas de acuerdo a las habilidades de la persona con limitación.

La terapia ocupacional es un método de tratamiento en estrecha relación con la enseñanza en el período preescolar especialmente. Su finalidad es perfeccionar las destrezas motrices más finas, desarrollar las actividades de la vida cotidiana como comer o vestirse y encarar junto con el maestro y psicólogo la capacitación en muchos aspectos del aprendizaje como mejorar la percepción visual, hallar métodos de comunicación especializados (Lawther, 1978).

En cuanto a nuevos sistemas de tratamiento y educación temprana, en la actualidad se practican en varios países dos sistemas de tratamiento en gran escala: el método Peto y el método Doman-Delacato.

El Método Peto tiene especial importancia para el tratamiento y educación de niños disminuidos por parálisis cerebral. Fue elaborado en Budapest en el Instituto del Estado para la Educación Guiada del discapacitado Motor bajo la dirección del Profesor Peto, que murió en septiembre de 1967. El Instituto continúa recibiendo niños para su tratamiento intensivo durante uno o dos años sobre la base de interacción y prepara "conductores" que actúan como fisioterapeutas, logopedas, terapeuta ocupacional, maestra y enfermera.

El programa de capacitación está estructurado de manera compleja y el día cuidadosamente planificado. Primero se lo dedica a la capacitación general para lograr el control del cuerpo es decir, mantenerse quieto, darse vuelta, sentarse apoyando los pies en el suelo y las manos sobre la mesa. A medida que el niño intenta realizar el ejercicio repite en voz alta y lentamente su intención de hacerlo, por ejemplo "ahora junto las manos" y cuenta rítmicamente hasta cinco, mientras todos los niños del grupo ejecutan la misma acción y repiten las mismas palabras.

Esto se denomina "Intención rítmica". La expresión verbal continúa en lenguaje simple acompañada por el movimiento adecuado ayuda sin duda a la concentración y le permite excluir otras actividades facilitando así posiblemente que la corteza forme nuevas vías neurofisiológicas.

En tanto el método de Glen Doman y Carl Delacato en el Centro de Rehabilitación de Filadelfia, establecido en 1955, tiene como finalidad establecer formas de movimiento que le permitan al niño con P.C. estimular la organización neurológica central a través de un programa intensivo de movimientos repetitivos en secuencias por las que pasan los niños normales, por ejemplo: controlar cuello, tronco, sentarse, arrodillarse, rodarse, pararse, etc. con ayuda de sus padres (a diferencia de Peto). Se afirma haber obtenido avances importantes, siempre que se cuente con la enseñanza intensiva y continuada de los padres. Además se mantienen fichas del registro del desarrollo neurológico para evaluar los avances o evolución. No obstante es difícil contrastar los resultados con grupos de niños con P.C. que no reciban ningún tratamiento.

La ventaja de los programas de tratamiento intensivo mas sistemático como el de Peto y Doman-Delacato, es que tienen la finalidad y un método definidos, que pueden ser sometidos a medidas precisas, preferentemente por investigadores independientes (Bowley,1976).

**CAPITULO II**

**EL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL Y SU FAMILIA**

## 2.1 LA FAMILIA COMO FORMADORA DE UN NUEVO SER.

De alguna manera todos hemos formado parte de una familia, en algunos casos este hecho a creado beneficios y en otros hasta perjuicios irreparables, sin embargo, aun en la actualidad, cuando se habla incluso de la desaparición de la familia, existen opiniones a favor de ella; donde resaltan el retorno a la familia ampliada, donde las personas se ligan por consanguíneos comunes y que viven concentrados en un solo lugar, en el cual conviven, se ayudan, hacen planes y comparten para beneficio mutuo y lo mas importante se aman.

No obstante como señala Buscaglia (1991), a su vez otros autores como Cooper (1970) y Laing(1967), consideran que la familia, tal como se conoce actualmente, es la fuerza individual más destructiva de la individualidad, el crecimiento humano y la personalidad, y la descartarían por completo. Incluso recomiendan criar a los hijos lejos de ese núcleo, incluyendo a los padres, y dejarlo a cargo de personas especializadas en la tarea de la educación y la crianza.

El mismo autor señala que el renombrado psicólogo Bruno Bettelheim sugirió que si se deseaba que todos los niños tuvieran iguales oportunidades, se debería olvidar aquellos prejuicios de los padres sobre que los hijos son propiedad privada y que pueden hacer de ellos y con ellos lo que deseen.

Pero a pesar de estar o no de acuerdo con tales opiniones, no cabe duda que la familia es hoy por hoy, una de las influencias más importantes para un niño en desarrollo. Y por tanto puede inhibir el desarrollo personal de manera tajante; otras, al contrario, pueden favorecer el desarrollo social y humano en forma decisiva.

Desde el punto de vista sociológico, la familia es un sistema dentro del cual se pueden encontrar subsistemas más pequeños, lo cual depende del número de integrantes de la misma, así como los roles definidos. Sin embargo no existe como un núcleo en el espacio, ya que forma parte de un sistema.

Como unidad reproductora y como medio socializador, le enseña al niño lo necesario para vivir en sociedad, lo prohibido, lo permitido, es decir, normas y valores, es protectora de la salud, de necesidades físicas y psíquicas. Por tanto cada familia posee sus propias reglas y valores definiendo su rol dentro de la sociedad y los roles de cada uno dentro de la



familia, esperando que los cumplan. No obstante, un hecho fuera de lo común; como la llegada de un nuevo miembro, de un extraño, la ausencia temporal o definitiva de uno de ellos, o la pérdida de uno de sus miembros, desencadenará un desequilibrio en la familia y por tanto deberá redefinir sus roles, aprender nuevos patrones de conducta y adoptar nuevos valores que les permitan adaptarse a la nueva situación familiar.

Esto no da una idea de la complejidad que implica la comprensión de la familia, ya que está compuesta por personas en movimiento, que tienen tanto características particulares y cuya combinación da origen a formas de ser, pensar y actuar. Pero además cada familia se encuentra en crecimiento, pasa de una etapa a otra y en ese transcurso, cada una posee un tiempo diferente, requiere de un tiempo particular para continuar su propio proceso.

De acuerdo con Buscaglia (1991), todos esos factores dan origen a lo que se conoce como tono o clima emocional de la familia, lo cual se refiere al ambiente creado por los miembros con su interacción.

Al respecto y dentro del plano psicológico según Souza y Machorro (1988), las relaciones interfamiliares pueden ser claras y distintivas a la familia de origen, otras pueden ser menos definidas y hasta difusas pero no menos fuertes desde el punto de vista de vínculos intrapsíquicos. De tal suerte que pueden coexistir diferentes tipos de grupos familiares e inclusive se pueden agrupar en dos clases: una es la familia cristalizada obligatoria, regida por normas que regulan la convivencia entre ella y las demás, y la familia difusa, no cristalizada, donde el contacto entre sus miembros es menor pero que ocupan un lugar en la representación del grupo familiar ampliado, y se hace evidente en las situaciones de crisis.

Y aún más desde el punto de vista de percepción consciente existen dos tipos de familia: una es la más cercana a la conciencia por la experiencia misma, y otra es meramente estructural de naturaleza inconsciente conformada por los mismos integrantes percibidos en configuraciones a ese nivel.

Lo anterior tiene que ver con la organización familiar, la cual según Levi-Strauss (señalado en Souza y Machorro, 1988), se basa en el intercambio, en este caso con otras familias, se da a nivel inconsciente y además se va obstaculizado por diversos modelos, los cuales la ocultan más que ponerla en evidencia, luego entonces lo que hace la organización no es el intercambio

sino los lazos biológicos. El intercambio se encuentra en lo inconsciente y además encuentra fundamento en el incesto, pues una regla es buscar cónyuge fuera del núcleo familiar o grupo biológico, para regular el intercambio interno del mismo.

Por lo que el grupo familiar es una estructura consciente con tal fuerza que constituye un sistema estable y que sus variables se mantienen en límites definidos.

Pero entre los nexos familiares existe a nivel inconsciente una relación dinámica, intrínseca y profunda, que determina la estructura familiar, haciendo de cada individuo un ser en crecimiento constante o un ser con grandes limitantes.

De ahí que con frecuencia se culpa a la familia en los diferentes campos de la sociedad por crear personas conflictivas para la misma, debido a las problemáticas de comunicación, aceptación, integración, apoyo, etc. En el área legal, se le culpa por crear delincuentes, en el área educativa, por los fracasos escolares, en el área psicológica, por legar a sus hijos problemas emocionales y de aprendizaje. Pero esto, solo es parte del problema, pues debería analizarse lo anticuado de las leyes, los irrazonables métodos para hacerla cumplir y junto con ello a la misma sociedad que se manifiesta confusa, inestable y con cambios radicales y rápidos.

Pero no por ello, se resta importancia a la tarea de la familia en cuanto a responsabilizarse de la formación de el niño, ya que es ahí, donde aprenderá a comportarse de acuerdo a la norma que marca la sociedad, pues es la familia quien debería facilitar el desarrollo del niño como ser único, capaz de crear su propio proceso e integrarse como persona activa y creativa a la sociedad. Sin embargo, ello se plantea difícil, ya que por un lado esa familia formadora de un nuevo ser o individuo, a su vez proviene de otras familias que carecieron de tal visión para desarrollar dicha tarea. Por otra parte esa tarea deben llevarla a cabo los padres con cualidades como: capacidad, conocimientos, sensibilidad y sabiduría, cualidades que obviamente no las poseemos todas; es más, nadie nos enseña a ser padres y menos aún padres perfectos.

Lo que es indudable es la huella que deja la organización familiar en cada uno de sus miembros y con ello el impacto que las conductas de éstos producen en ellos mismos y en la sociedad.

"Lo mejor que puede ser un padre es ser humano, en todos los significados de la palabra. Los seres humanos que luchan y crecen deben expresar que algunas veces se sienten solos, deben llorar

cuando están heridos, enojarse cuando se sienten frustrados, olvidar y hacer todas las cosas maravillosas que hace el ser humano. Los padres también deben saber reírse de sí mismos, amar, preocuparse, soñar, necesitar y compartir. En otras palabras, los padres deben saber que son seres humanos y no dioses, y por lo tanto, tienen que ser felices haciendo lo que mejor saben hacer; ser humanos! Qué mejor modelo para los niños? " Buscaglia (1991).

La familia es el núcleo que puede proporcionar a ese nuevo ser confianza y seguridad para su desarrollo, desde el primer momento que contacta con ella estrecha fuertes lazos de inicio con sus padres, más con la madre quien proporciona el alimento y cubre sus primeras necesidades, posteriormente el niño iniciará a interactuar con el medio externo, conviviendo con otros niños de su edad, aprendiendo conductas nuevas que le permitan adaptarse y cubrir las exigencias de sus compañeros, aquí la familia continúa asumiendo su rol, ahora apoyando sus nuevas relaciones donde el niño obtendrá un trato diferente al familiar porque se le percibe en otro ámbito.

La socialización del niño adquiere un carácter de importancia, porque todo individuo al nacer empieza a ser moldeado por la cultura a través de la familia, donde ésta se concibe como un conjunto de valores, actitudes y normas de conducta vigentes en una sociedad, transmitidas a través de la educación familiar y social. Pues bien, la socialización es el proceso por el cual el individuo adquiere las pautas de conducta aprobadas por el grupo socio-cultural, a través de la familia, que es la que educa y ayuda a ubicarse dentro de la sociedad.

"... El desarrollo humano no es si no un proceso complejo en el que intervienen múltiples variables de tipo individual, familiar y cultural. La familia es en rigor quien se encarga de promover la adquisición de la habilidad y el desarrollo de las capacidades o bien su limitación y anulación." (Souza y Machorro, 1988).

Pero con o sin esos aprendizajes, el niño llegará a ser adulto e integrarse a la sociedad, con las problemáticas que ello pudiera causar. La familia obtendrá el éxito o fracaso en la facilitación del proceso de los individuos, algunos se integrarán a la sociedad, otros no lo harán nunca, otros más, podrán aprender y luego olvidar las enseñanzas, todo ello depende de qué tanto el individuo tolere y sea capaz de sortear obstáculos, llevando a cabo su propia autorrealización.

## 2.2 EL SIGNIFICADO DE LA LLEGADA DE UN HIJO CON LIMITACION

Sin embargo puede pensarse que ese proceso de autorrealización es más difícil para una persona limitada de acuerdo al significado de esa persona para su familia. Es evidente que lo que es válido en teoría de sistemas para cualquier familia, lo es también para la familia de un niño con limitación, sin embargo los problemas se intensifican cuando en la familia existe un miembro con alguna discapacidad.

Ya se señalaba que los primeros aprendizajes provienen del seno familiar, desde que el bebé contacta por primera vez con la madre inicia su aprendizaje a través de todos sus sentidos, inicia a conocer el mundo externo poco a poco con ayuda de sus padres y primordialmente, insistimos; de la madre.

No obstante, y aunque gran parte de esos conocimientos los proporcionan los padres; ya que son ellos quienes muchas veces dirigen nuestro comportamiento y señalan cual es el mejor o cual no y hasta como reaccionar ante determinada situación; al enfrentarse con la llegada de un hijo con limitación, las reacciones que presenta cada uno de ellos son múltiples y variables. Cabe señalar que aunque las familias se mantienen bajo ciertas normas en general; cada una posee su propia organización e interrelación y de ello depende las reacciones que tomen cada uno de sus miembros o la familia en general ante determinada situación. Desde el instante que un niño o adulto llega del hospital a su casa, el tan mencionado tono emocional de la familia cambia, este fenómeno se produce también cuando nace un nuevo miembro de la familia o cuando llega una visita para quedarse. Pero cuando llega un niño discapacitado a formar parte de esa familia, los integrantes de ésta, que hasta ahora se sentían seguros de cumplir sus roles, cambian drásticamente y de un momento a otro.

Regularmente un nacimiento es un acontecimiento de alegría y celebración, pero en este caso es diferente un miembro de la familia ha nacido con una limitación.

Algunos autores como Caplán 1961 y Lomas, 1967 (señalados por el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional - GLARP-, 1984) definen la misma etapa del embarazo como un período de posibles crisis por, los cambios que sufre la mujer tanto físicos como psíquicos, de estos cambios también hacen mención en su trabajo, Souza y Machorro, donde la madre que espera un hijo

tiene la posibilidad de experimentar vivencias en torno a él. De hecho el estado psicológico de la madre es importante desde antes de la concepción y va cobrando mayor importancia al transcurrir el embarazo, donde esas fantasías manifiestan ciertos sentimientos de aceptación o rechazo. Y si ese embarazo finaliza en el dar a luz un hijo con limitación es inevitable que sobrevenga una crisis.

Sin embargo, podría pensarse que los padres previamente al nacimiento del hijo, habrán meditado sobre el significado del mismo para sus vidas y con toda seguridad habrán creado expectativas tanto de su físico, del sexo, del nombre y en ocasiones hasta de la profesión. Creándose de ésta manera un ideal y esperando un nacimiento normal.

Es necesario señalar que el significado de un hijo varía mucho de una madre a otra, para algunas significa eliminar la idea de ser frías o estériles o utilizar al hijo para complacer o castigar al marido o utilizarlo para salvar el matrimonio o en los conflictos conyugales, etc.

Luego entonces, si el hijo nace con limitación las expectativas se ven truncadas, el ideal se ve confrontado con la realidad y puede ser que la diferencia sea tan grande que no permita superar la situación, al menos temporalmente.

"... Se ha comprobado, por ejemplo, que el modo en que la familia ha resuelto problemas graves en el pasado está directamente relacionado con el modo en que resolverá los problemas nuevos. Si en el pasado, la familia ha enfrentado los conflictos especiales con soluciones grupales organizadas y bien ejecutadas, es probable que logre elaborar alternativas y respuestas adecuadas para los problemas futuros". Buscaglia (1991).

De esta forma nace la crisis, la cual se plantea al descubrir la limitación del hijo, el elemento crucial no es el trastorno mismo sino la demolición de las expectativas paternas.

### 2.3 Crisis Familiar.

"La crisis es lo que sucede cuando una persona se enfrenta a una dificultad, a una amenaza de pérdida o a una pérdida real, en la que no dispone de suficientes recursos, ni por consiguiente, de un medio directo de controlar el conflicto"

(Caplán, 1961, tomado de GLARP, 1984).

Pues bien, es necesario que todos puedan adaptarse a los posibles cambios de una u otra manera, pero los cambios que se sufren en la vida cotidiana son procesos lentos por lo que generalmente son controlables pero en el caso de un hijo con limitación es una adaptación instantánea, es decir; de repente ha llegado un hijo que no tiene nada que ver con las expectativas y esperanzas de los padres y sin embargo ahí está. Qué hacer?

Los padres se encuentran en la primera etapa de confrontación con la realidad y donde sus esperanzas se ven demolidas.

Proviene entonces el desfase entre el acontecimiento y la aceptación emocional, donde surgen inmediatamente una lluvia de preguntas tales como porque a mi?, no puede ser..., como pudo suceder?, etc.

De tal forma que los padres se encuentran la realidad contra las expectativas y esperanzas y de aquí proviene el desfase entre lo que es la conmoción y el rechazo.

La conmoción puede definirse como una especie de aturdimiento, no ven la realidad e inician una defensa primitiva (Porqué a mi?). Cabe señalar que en esta desfase aparece el diagnóstico médico (el cual no se cree). El rechazo se caracteriza básicamente por:

a) la no aceptación, es decir; se niegan a aceptar el juicio del médico (aunque finalizan tomando una actitud realista, lo cual no quiere decir que termine ahí su problema sino que ello les permitirá ver con mayor claridad su problemática y afrontarla). Y b) Las diferentes reacciones como: pena y ansiedad donde regularmente se contagia a los hijos, sentimientos de culpa, los cuales llevan implícitas manifestaciones internas (la autoculpa) o manifestaciones externas (la vergüenza - al comparar el desarrollo de su hijo con el de otros niños- o bien culpar al otro -a la pareja- del acontecimiento), de igual forma se pueden vivir la confusión e ignorancia, frustración o depresión.

Todos estos sentimientos negativos a veces suelen durar un largo tiempo, que en última instancia no es lo relevante sino que no son sentimientos autónomos, ya que forman parte de un proceso y eso es lo que se debe comprender.

No obstante, tales sentimientos pueden llevar a tomar actitudes que a su vez ocasionen otras en el resto de los miembros de la familia, esto es; por ejemplo: la culpa y el miedo

puede ocasionar que los padres tomen una actitud de sobreprotección hacia el hijo con limitación o en el caso del sentimiento de vergüenza, horror, resentimiento pueden actuar con rechazo hacia el niño, y claro independientemente del daño que puedan ocasionar al propio hijo con limitación, pueden también ocasionarlo en los hermanos, lo cual podría tratarse en otro apartado, dado que también requiere su espacio.

"Los padres de los niños excepcionales no están, en modo alguno, mejor preparados o dispuestos que cualquier otro padre para afrontar las exigencias de cambios y ajustes que se les presentan con el nacimiento de su hijo. Sin embargo, con frecuencia se espera que sean superhombres y que, con poca o ninguna ayuda, hagan frente a los sentimientos, repentinos, extraños y confusos que experimentan por ellos mismos y por su hijo. Además, se les pide que comprendan problemas médicos complejos relacionados con la incapacidad del niño. Y en el curso de unos pocos días, se les exige que asimilen e integren todo esto con el fin de aceptar y asumir las mayores responsabilidades del nuevo y misterioso rol que cumplirá esa discapacidad en su desempeño diario. Con frecuencia, la única ayuda que reciben para lograrlo proviene de su médico, quien, por lo general, empleará el tiempo necesario para explicarles las anomalías anatómicas. Pero la mayoría de los médicos no están capacitados para brindar consejos humanitarios, papel éste que desempeña el antiguo médico rural que hace mucho desapareció de nuestra sociedad mecanizada, eficiente y carente de tiempo." (Ibídem).

#### 2.4 Los Padres y sus Sentimientos.

Cabe señalar que en otras ocasiones los padres son atendidos por personas o profesionales que desconocen el proceso que viven y en lugar de brindar apoyo y orientación, se les critica y confunde, se les culpa como se explico en el rol de la familia; por los fracasos escolares y por legar problemas emocionales en sus hijos y ser los causantes de grandes conflictos, pero no se es capaz de mirarse a uno mismo como padres fuera del papel profesional y de pensar que no muy lejos también otros profesionales nos culpen por la conducta de nuestros hijos.

Todo ello es para explicar que antes de ser padres, profesionistas, ciudadanos, hijos, etc.; somos personas, con

todas las características del ser humano; capaz de sentir. Y un padre de un hijo con limitación se convierte además en una persona especial, en un padre especial, capaz de sentir por muy horrorosos que parezcan sentimientos como los que se mencionaban anteriormente pero que tienen todo el derecho a expresarlos. Nadie puede criticar lo que no conoce, nadie puede ayudar sin entender realmente a los padres como personas, sin entenderse a sí mismo como tal, con defectos o limitaciones. Es por ello muy importante que en primer término, se acepten los padres como personas, que aprendan a ser humanos, para aceptar y ayudar a sus hijos con limitación. Entre más aprendan de sí mismos, más sabrán de los demás, recordando que al ser personas su desarrollo continúa y nunca se termina de aprender.

"Es común, por lo tanto, que después del nacimiento del niño discapacitado y la resultante avalancha de sentimientos devastadores para los cuales no estamos preparados, se produzca un período de profunda depresión. Se lo describe, algunas veces, como un período de exilio autoimpuesto, de aislamiento físico y mental. Es un período en el cual no deseamos pensar, planificar, sentir ni hacer nada. Un período de escapismo, de apatía, de nada. Es similar al momento en que el dolor físico se vuelve tan intolerable, que la persona cae en la inconsciencia, excepto que en este caso, el dolor emocional se vuelve tan agudo y penetrante, que el individuo cae en una especie de inconsciencia psíquica." (Ibidem).

De los sentimientos que regularmente presentan los padres y/o la familia se realizó una integración de ellos basándose en: Buscaglia (1991) , de acuerdo a Villegas Zavala (1990) y Cruickshank (1973). Quedan identificados como principales sentimientos en los padres:

1. Sentimiento de pérdida. Indudablemente el afrontar un hecho inesperado como lo es recibir un hijo con limitación, no es fácil ya que sus expectativas fueron demolidas y por ello atraviesan por un proceso de duelo, que es necesario para posteriormente poder aceptar y ayudar a su hijo limitado. Este proceso de duelo consiste en experimentar la pérdida, en éste caso de las ilusiones sobre ese hijo ideal: sano, bello sin trastornos y al no suceder, los padres tienen derecho a pasar por el proceso de duelo como si hubiera muerto un familiar, el hijo limitado es la muerte de esos sueños.



2. Sentimientos de Culpa. Anteriormente se había mencionado, que los padres en principio no creen lo que el médico informa sobre el diagnóstico de su hijo, no pueden creer que eso les pase a su familia, a su hijo, van de un lado a otro en busca de una respuesta que les proporcione tranquilidad como: su hijo no tiene nada, lo superará o es algo poco serio. Y por otro lado cuando realmente se dan cuenta de que el daño existe, es honesto recriminarse uno a otro en la pareja sobre quien tuvo la culpa, porque piensan debe existir un culpable, tal vez el médico que atendió el parto, un castigo, etc. Tales recriminaciones pueden tener efectos devastadores para la pareja, si sus cimientos han sido débiles, una pareja poco unida podrá llegar incluso a un divorcio.

3. Vergüenza, Temor y Rechazo. Todos estos sentimientos son reales, toda persona teme ser raro, diferente, ser rechazado, siempre se desea ser igual a los demás. Por tanto el sentimiento de vergüenza se propicia por tener un hijo diferente que lleva a rechazarlo y a temer que lo vean, que les pregunten por él aunque sea bien intencionadamente, lo cual lleva al aislamiento de la familia de sus actividades y relaciones.

4. Sentimientos de dolor. Este sentimiento conlleva a lo que Freud llama mecanismos de defensa y dan como resultado la negación y la evitación. Es frecuente que los padres utilicen mecanismos de defensa para "guardar el equilibrio" (aunque tarde o temprano se enfrentaran a su problemática) lo cual es totalmente válido. Existe un tipo de negación que consiste en hablar de su hijo como de un niño de lento aprendizaje (esto sucede con mas frecuencia en deficientes mentales) o enfermo en espera de una cirugía, otro tipo de negación mas severa es cuando perciben a su hijo como de otra familia. Por otra parte es totalmente normal que se desee evitar el dolor, ya que desean protegerse de aquello que les ocasiona daño.

5. Sentimientos ambivalentes. Algunos padres poseen sentimientos confusos, en ocasiones sienten amar a su hijo profundamente, pero en otras se sienten afligidos, angustiados y rechazantes. Esto es, porque aman en verdad a su hijo pero no lo aceptan con sus defectos e incapacidades y sufren por ellos. Sin embargo es natural que toda experiencia nueva cause confusión, temor, se necesita tiempo para adaptarse. Pero todo aprendizaje requiere de ese tiempo para poder desempeñarse mejor en la tarea a realizar: en la tarea de ser padres especiales.

## 2.5 Relaciones entre hermanos "normales" y limitados.

Se han realizado investigaciones en torno a las interacciones entre hermanos, dado que se han observado factores importantes que intervienen tanto en la adaptación de niños normales y de niños limitados. Por ejemplo Cerreto y Miller (1981) y Trevino (1979) (tomados de GLARP, 1984) anotan que los hermanos normales de niños limitados pueden sufrir serios problemas emocionales y de conducta, los cuales pueden mantenerse durante largo tiempo y llegar a influir en la elección de profesión y trazar los lineamientos de su vida familiar futura.

Algunas de las características que influyen en la relación entre hermanos, va desde aspectos socioeconómicos, religiosos o del tamaño de la familia, así como el sexo, edad y personalidad del niño normal y del niño con limitación.

Tal parece que las hermanas mayores son más afectadas por la aparición de un hermano menor con limitación, según manejan muchos autores del mismo GLARP; (Cleveland & Miller, 1977; Galiker y colaboradores, 1962; Gossman, 1972; McHale y colaboradores, 1984) lo cual se debe a que en la familia, los hermanos mayores se responsabilizan de los hermanos pequeños y si además éste tiene una limitación, con mayor razón.

Galiker, Fichier y Koch, (citados en el seminario del GLARP) sostienen que cuando había una diferencia de diez años o más entre el niño con limitación y sus hermanos (siendo éstos mayores), era menos probable que se diera un efecto negativo en ellos.

También es necesario revisar el grado de limitación del hermano, pues si el daño es severo podrá desencadenar efectos desfavorables sobre sus hermanos y el aspecto socioeconómico también influye en gran medida, ya que si la familia es de extracción media o baja y no posee los medios para la contratación de una niñera, los hermanos deben atender al hermano con limitación; bañándolo, vistiéndolo, etc.

Por el contrario si el mayor es el hijo con limitación, el ciclo vital de la familia se detiene, porque todos los hijos tienen la función de crecer, desarrollarse y dejar la familia original. Cuando el hijo limitado ocupa el primer sitio, los hermanos deberán revisar constantemente sus funciones ya que su hermano con limitación ocupará el lugar del más pequeño por

encontrarse en una relación dependiente con las personas de su entorno, sin contar que si el chico esta gravemente limitado la familia tiende a infantilizarlo y hasta tratarlo como a un bebé aunque tenga 30 años de edad.

"...La presencia de un niño minusválido tiene a la vez efectos positivos y efectos negativos para los hermanos normales. Tal parece que existe un continuum, o línea continua de consecuencias positivas y negativas, y que la posición de los hermanos en esta línea se relaciona con una serie de variables que ya han sido analizadas en detalle. Sin embargo, la posición del hermano en esa línea continua puede variar con el tiempo. Recientes estudios han comenzado a concentrarse en la relación fraterna en sí y en la calidad de las interacciones de los hermanos normales con el niño minusválido, y también en otras variables, como el temperamento." ( Buscaglia,1991).

Después de todo lo expuesto puede concluirse que la familia mantiene un equilibrio y una organización que le permiten funcionar como tal, la llegada de un hijo con limitación coloca en desequilibrio a la familia rompiendo esa estabilidad, tal desequilibrio se da tanto en relaciones internas como en relaciones externas o con el mundo exterior, pero no hay que perder de vista que no es el trastorno mismo lo que viene a ocasionar esto, sino la incompatibilidad de la realidad con las expectativas, y además es muy importante que las reacciones no sean vistas como autónomas sino como parte de un todo que es el proceso mismo de cada familia.

## 2.6 Organización Familiar.

Las cuatro funciones básicas de la familia.

Los expertos del GLARP (1984) quedan de acuerdo en cuatro funciones básicas de la familia desde el punto de vista psicológico: Ofrecer la posibilidad de una actividad sexual socialmente aceptable, proporcionar un marco para la reproducción, constituir una base económica autónoma y permitir la educación y socialización de los miembros.

Pero cómo se ven estas funciones en relación con un hijo con limitación?, bueno en cuanto a la vida sexual de la pareja, existen temores acerca de la virilidad del hijo, recriminaciones mutuas en la pareja de impotencia del padre al no producir un hijo sano, o proyecciones de culpa o de fracaso sobre el otro. Dentro de las actitudes, el marido se esfuerza en cada relación en demostrar lo que es y la mujer teme desagradar a su marido y la existencia de un nuevo embarazo, todo ello ocasiona una confusión y distanciamiento de la pareja.

En el caso de la reproducción ambos toman la decisión de limitar su descendencia y si el hijo con limitación es el primero a veces niegan totalmente la posibilidad de otro hijo.

En cuanto a la economía familiar, se ve afectada notablemente, los gastos aumentan, se requieren mayores ingresos para solventar gastos de hospitalización, tratamientos, terapias, etc., es en muchos de los casos cuando la madre debe abandonar su empleo para dedicarse por completo a su hijo o bien cambiar de profesión.

En tanto la educación y la socialización también se encuentran afectadas, en la primera instancia, la educación de los hermanos "sanos" se encuentra bajo presiones adversas, se les exige mas y así mismo si se encuentran en edades escolares se les desatiende. Existe el temor de los padres por no ser un buen educador para ese hijo con limitación, pues si bien no se es educado para ser padre de familia, de alguna manera existen modelos preestablecidos que guían a los padres para sobrellevar la educación de un hijo y en el caso de un niño con limitación regularmente aparece la inseguridad de estar haciendo lo correcto o no. En cuanto a la socialización puede decirse que la familia como unidad social se encuentra amenazada en sus cimientos, hacia su interior las relaciones y organización han cambiado y se han hermetizado, de tal forma que el contacto con el mundo exterior se ha perdido.

Al verse afectadas estas funciones básicas, es inevitable que en el aspecto psicológico se afecten los miembros de la familia de la persona limitada; las conductas que manifiestan en conjunto hablan de crisis internas que no han encontrado su expresión o que permanecen en procesos inacabados. Ya se menciona en primer término como la sexualidad de la pareja se ve afectada por los temores y fantasías creadas en base a la limitación del hijo, la afección es más allá de una actitud de evitación a la pareja, tiene connotaciones psicológicas profundas

que deben ser ventiladas y lo ideal sería buscar la ayuda en ese momento, sin embargo, se habla ya del proceso de cada familia y ellos determinarán cuando será propicio confrontarlo.

La decisión de no querer más descendencia, sobre todo por parte de la madre, evidencia el gran temor de crear otro ser con limitación y con ello las connotaciones como: "fallar como madre", "traer a sufrir otro ser", etc. que encuentran su eco en la neurosis persistente del resto de los miembros.

Otro factor psicológico es la angustia ante la falta de recursos económicos para atender las necesidades de la familia en general y de la persona limitada en particular.

La educación y socialización, llevadas a cabo de diferente forma dan como resultado primero en los hermanos, aparición de sentimientos de abandono, inseguridad, injusticia, por exigirles más que al hermano limitado y ello pone en duda el afecto de los padres hacia los hijos no limitados, hablando sobre todo si son menores que el hermano limitado. Si son mayores la responsabilidad se torna difícil cuando realmente les pertenece a los padres y éstos tienden a manipular la situación para comprometer al hijo no limitado en la ayuda con el hermano discapacitado.

En ambos casos las repercusiones de índole psicológico tras esas conductas de agresión, dolor, desesperanza que pueden presentar cualquier miembro de la familia del discapacitado existen procesos psíquicos de gran importancia para aceptar, comprender y llevar a cabo su propio proceso que le permitan reorganizarse como personas y después como familia para afrontar el largo camino de rehabilitación de la persona limitada.

Puede decirse entonces que algunas familias salen de su crisis mas pronto que otras depende del desequilibrio y la reorganización de cada una de ellas, depende de las bases sentadas por la pareja para funcionar como familia, no obstante las consecuencias de esto pueden ser favorables o no para la conservación de la unidad familiar, pero indudablemente será decisivo.

En tanto es importante y necesario ayudar a la familia orientándole para ayudar a su hijo con limitación. La familia se apoya principalmente en el médico, el psicólogo y la escuela especial para hacer lo mejor posible con su hijo, sin embargo se olvida de apoyarse en donde el niño recibe sus primeros aprendizajes y que mencionamos al principio; en la propia familia, el ambiente familiar proporciona al niño gran cantidad

de estímulos que le permitirán cimentar o crear funciones no observadas, es indispensable que toda la familia se involucre con el trato, terapias, juegos, etc. Frecuentemente es la madre quien se encarga por completo de su cuidado y se enfrenta a la frustración al no encontrar respuesta por parte de su hijo, pero antes de olvidarlo hay que volver a insistir. En algunos casos basta con la comprensión de los hechos y los medios para abordarlos, pero en otros es necesario eliminar o atenuar el bloqueo emocional que ha impedido a la persona comprender la situación de entrada. En cada uno de los casos habrá que respetar su propio proceso para que la familia se reorganice e iniciar el proceso de aprendizaje familiar.

Cabe mencionar que la intervención psicológica es adecuada en cualquier etapa de la crisis familiar, y en algunos casos no necesitarán de una asistencia continua, ello dependerá de las características de la familia. Algunas de esas familias han opinado que lo mejor es recibir orientación o ayuda en la primera etapa o fase de confrontación, pero, lo importante es no descartar a la familia como principal terapeuta de la persona con limitación, y como tal puede ayudar, no ayudar o atrofiar la vida de uno de sus miembros en este caso con limitación (opiniones recibidas directamente durante la atención a padres de familia durante la prestación del servicio social en APAC -Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral- ).

Por tal motivo es importante conocer algunas características psicológicas de las personas con limitación, de acuerdo al punto de vista de diferentes autores abocados a investigar aspectos psicológicos de la personalidad en niños con P.C. u otras afecciones, donde enmarcan las actitudes e influencia de la familia y en general la sociedad, que se reitera, obstaculizan o bien pueden ayudar a la persona limitada.

**CAPITULO III**

**ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS NIROS CON PARALISIS CEREBRAL**

### 3.1 Teorías y Conceptos de Personalidad.

En torno al término personalidad, se han desarrollado diversas teorías de acuerdo a la tendencia de los autores y a su particular visión, sin embargo, los méritos de cada una de ellas han sido discutidos. El valor de una teoría podría estar dada de acuerdo a su uso y aplicación, aunque algunos autores no le han dado mayor importancia a este criterio.

Cueli (1979), describe las características para llegar a una teoría de la personalidad, en su obra señala que los conceptos en general toman forma a partir de la capacidad del individuo para, con base a sus experiencias poder predecir o anticipar lo que ocurrirá en una situación nueva. Por tanto el valor del sistema teórico, estará basado en la confiabilidad de las categorías que conforme, las cuales pueden estar interrelacionadas o posiblemente no, en cuyo caso se expone a que su teoría de categorizaciones pueda ser refutada por la falta de confiabilidad.

Por tanto existen grados diversos de poder predictivo, los variados grados de predicción o de control requieren mayor elaboración, y como resultado se podrá obtener los conceptos de precisión y generalidad lo cual da valor a una teoría. La teoría que sea mas precisa en cuanto al grado para hacer afirmaciones discriminativas acerca de eventos no incluidos en la muestra inicial y que pueda abarcar otras teorías como subconjuntos, por ser mas general y proporcionar una clasificación que implique un rango más amplio, esa es la teoría más valiosa.

Además de lo anterior debe tomarse en cuenta la economía de esfuerzo que proporcionan al usuario.

Una teoría es una sistema conceptual bien coordinado, que intenta dar coherencia racional a un cuerpo de leyes empíricas conocidas, de las cuales se pueden deducir teoremas cuyos valores predictivos pueden ser probados (Allport, 1965, citado en Cueli, 1979).

Después de esbozar las ideas de Cueli, de acuerdo a la conformación de una teoría de la personalidad y dado que se han creado diversas teorías al respecto, sería realmente exhaustivo tratar de resumir cada una, por lo que se presentan a continuación algunos cuadros sinópticos, los cuales condensan las teorías de personalidad, sus principales representantes, el extracto de sus conceptos o consideraciones al respecto y los



principios básicos que cada autor maneja en su teoría, obtenidos en base a la revisión de las obras de Dicaprio (1990), Bischof (1973), Lorenzo González (1987) y González Rey (1988).

Con lo anterior se pretende dar una idea general en cuanto a las diversas teorías que se han generado en torno al estudio de la personalidad, para luego entonces considerar con mayor énfasis la personalidad desde el punto de vista humanista que es la teoría que respalda el presente informe.

CUADRO SINOPTICO DE TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	PRINCIPALES REPRESENTANTES	CONCEPTOS DE PERSONALIDAD	PRINCIPIOS BASICOS
	FREUD	La personalidad se forma por sistemas opuestos siempre en conflicto entre sí, el yo, ello y superyo en lucha constante por dominar la personalidad. Pero son inseparables.	Niveles de conciencia (consciente, preconsciente e inconsciente.). Del placer, de la Realidad, Reducción de la Tensión, de la Polaridad ó Dualidad, de la Repetición Compulsiva, Dinámica de la conducta, Mecanismos de Defensa.
Psicoanalíticas Psicofilosóficas (Bischof) Modelo Psicodinámico (Dicapno/ Lorenzo González)	MURRAY	Acuño el término personalidad (estudio científico de la persona total). Mantiene que cada persona es algo altamente complejo y único, toma en cuenta la totalidad de los determinantes. Da un giro interesante a los sistemas de Freud. Realizando una taxonomía de la Personalidad, hace predicciones acerca de la conducta humana	Estructuras de la Personalidad, Existencia de las Necesidades, Tres Fases de la Necesidad, Significado de la Presión, Necesidad Integrada Fhama y Diada, Expresiones de la necesidad, Valores y Vectores. Principio de Motivación, Longitudinal, Procesos Fisiológicos, Abstracciones, Singularidad del concepto de papel.
	JUNG	La personalidad es la suma total de papeles sociales (máscaras sociales) y aunque esenciales para la vida efectiva no son la personalidad completa sino hasta conocer los elementos de la sombra (inconsciente) para integrarlos o cambiarlos de acuerdo a las necesidades arquetípicas para después conocer y enfrentar cualidades masculinas y femeninas.	Polaridad, Equivalencia, Entropía, Actualización, Estados inconscientes, Teleológico.

CUADRO SINOPTICO DE TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	PRINCIPALES REPRESENTANTES	CONCEPTOS DE PERSONALIDAD	PRINCIPIOS BASICOS
Modelo Egosocial (en Dicaprio) Psicosociales (en Bischof)	ADLER	Con la personalidad cobra importancia el poder creativo del yo en la formación del estilo de vida, es la base para el cambio en la personalidad.	Inferioridad, Superioridad, Estilo de Vida, Yo creador, de las Metas Fantaseosas, Interés Social.
	HORNEY	Afirma que los factores culturales provocan neurosis: determinan el crecimiento y el funcionamiento de la personalidad.	Optimismo-Positivismo, Estructura de Carácter, Concepto del yo, Complementación Conflicto.
	MORENO	Su posición no es muy clara, sin embargo se basa en la teoría sociométrica, que puede medir las dimensiones de la personalidad. Más que teórico, es terapeuta y trabaja con psicodrama y sociodrama para modificar personalidades.	Atomo Social, de Tele, Calentamiento, Representaciones de roles, Espontaneidad, Creación, Preservación Cultural Desarrollo de grupo, Ley Sociogénetica, Medición.
	ERIKSON Neurodiano (según Bischof)	Se basa en las etapas psico-sexuales de Freud, pero enfatiza los determinantes sociales del desarrollo de la personalidad, que consiste en el crecimiento del ello, en tanto la persona enfrenta las tareas de su vida.	Determinantes psicosociales, Epigénico, Cambios Culturales las Ocho Etapas.

CUADRO SINOPTICO DE TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	PRINCIPALES REPRESENTANTES	CONCEPTOS DE PERSONALIDAD	PRINCIPIOS BASICOS
Modelo Humanístico Existencial (en Dicaprio) Integradoras Biosociales del Yo (en Bischof)	ALLPORT (Teoría de los rasgos distintivos en Lorenzo González)	Habló mas sobre la teoría de la personalidad, que definiría, mantiene que el rasgo es el componente elemental de la personalidad. Así mismo el problema de la motivación es esencial, considera de manera ecléctica y abierta a la misma. La personalidad ideal para él es la madurez, el lograr el pleno funcionamiento de la persona cada una como única en la estructura de su personalidad.	Motivación. Aprendizaje, Contemporaneidad, Unicidad, Del Yo, Continuidad Discontinuidad, de los Rasgos-Direccionales, Tendencias-Temperamento.
	ROGERS	Mantiene relación con el método fenomenológico, que se refiere al estudio de experiencias subjetivas, como las más importantes determinantes en el comportamiento. El concepto propio es lo clave de la fuente interior del comportamiento. Nadie puede explicar a otra persona, sólo el yo introspectivo es capaz de explicar con validez un mecanismo interno o un sentimiento interno.	Veintidós Proposiciones de la Personalidad, Autorrealización Autoconservación, Auto-mejoramiento.

CUADRO SINOPTICO DE TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	PRINCIPALES REPRESENTANTES	CONCEPTOS DE PERSONALIDAD	PRINCIPIOS BASICOS
	MURPHY	Propone cuatro temas: la personalidad biológica, la personalidad emergente integrante, la personalidad socializada y las potencialidades del ser humano para su autorrealización, integra lo más importante en la interacción entre los tres tipos de naturaleza humana.	La Personalidad Biológica, Personalidad Emergente e Integrante, La Personalidad Socializada, Potencialidades Humanas o de las Nuevas Perspectivas.
Modelo Humanístico Existencial (en Dicapno) Integradoras del Yo Biosociales (en Bischof)	MASLOW (Humanista en Bischof) (Teoría de la Motivación en Lorenzo G.)	Cree en la salud basada en las prioridades de la necesidad fisiológica, de seguridad, de pertenencia, de amor, de estima de sí mismo y de autorrealización. La teoría de la personalidad debe dedicarse a las motivaciones de crecimiento y no a las de deficiencias.	Personas Autoactualizantes, Motivación Humana, Necesidades fisiológicas, de Seguridad, de Pertenencia, de Amor, de Estima y de Autorrealización.
	FROMM (Socioanalítica en Bischof)	Propone un psicoanálisis humanista que restaure los atributos instintivamente humanos para el psicoanálisis. La personalidad comienza en la naturaleza orgánica con la que se mezcla y que la sociedad organiza y moldea. Es de gran importancia la capacidad de amar y ser amado. Sin amor la personalidad no existe satisfactoriamente.	Cinco Necesidades Humanas, Dicotomías de la Existencia, la Conciencia como guía para la Vida Productiva, Escasez y Abundancia Psicológica, Orientación Productiva y No Productiva, El Amor y la Vida Humana.

CUADRO SINOPTICO DE TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	PRINCIPALES REPRESENTANTES	CONCEPTOS DE PERSONALIDAD	PRINCIPIOS BASICOS
	CATTELL	Toma como unidad estructural el concepto de rasgo. la meta como teoría es formular leyes que permitan predecir la conducta en muchas condiciones. Personalidad es aquello que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación.	De los Métodos, de la Estructura Dinámica, del Desarrollo Social.
Psicoestadísticas (en Bischof) De Rasgos Distntivos (en Lorenzo González)	EYNSECK	Utiliza métodos estadísticos del análisis factorial igual que Cattell. Considera la personalidad en base al yo, el papel de la herencia. No cree que haya surgido ya una teoría de la personalidad ni de su propia obra.	Biológico, Metodológico, Dinámico Estructural, Aprendizaje Empírico.
	SHELDON (Psicobiológica según Bischof)	Realizó una clasificación Biopsicológica de los tipos de personalidad, donde los tipos-morfológicos se corresponden con formas psíquicas particulares. Los aspectos genético-biológicos son morfogenotipos y la conducta es temperamento.	Cuerpo-Temperamento, Variable Continua, Inductivo Empírico, Medición Objetiva, Constancia del Somatotipo, Ambiente Conductual.

**CUADRO SINOPTICO DE TEORIAS DE LA PERSONALIDAD**

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	PRINCIPALES REPRESENTANTES	CONCEPTOS DE PERSONALIDAD	PRINCIPIOS BASICOS
	SKINNER	<p>Todo comportamiento no puede ser explicado desde dentro del organismo sino de fuera. El medio determina la Conducta cambiar o mejorar el medio dará como resultado la conducta deseada.</p>	<p>Conducta de Respuesta. Conducta Operante, Contingencias de Reforzamiento. Reforzamiento Diferencial. Reforzamiento positivo Reforzamiento negativo.</p>
<p>Modelo Conductual (en Dicaprio) Teorías del Aprendizaje (Lorenzo González)</p>	<p>BANDURA, J. ROTTER, ELLIS, W. MISCHEL (Teoría del Aprendizaje Cognoscitivo y Social en Dicaprio)</p>	<p>Clasificados como investigadores rigurosos y no de terapia, y dado que la capacidad humana para conocer al mundo es radicalmente diferente de las de los animales, no puede basarse en aprendizaje en constructos para animales. Las variables de la personalidad se utilizan como recursos explicativos, inferidos a partir de la conducta.</p>	<p>Bandura: Aprendizaje por asociación, Reforzamiento Vicario, Incremento o disminución de inhibiciones. Rotter: Expectativas de Reforzamiento, Grado del objetivo mínimo, Situación psicológica, Necesidades y potenciales de Necesidad. Reforzamiento Inmediato y Propuesto. Confianza y Desconfianza. Ellis: Conducta Emocional y Control-Cognoscitivo, lo que nos decimos a nosotros mismos, Establecimiento de Conclusiones Invalidas, Sobregeneralización Pensamiento Todo o Nada, Interpretación en vez de Descripción, La Correlación confundida por la realidad</p>

CUADRO SINOPTICO DE TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	PRINCIPALES REPRESENTANTES	CONCEPTOS DE PERSONALIDAD	PRINCIPIOS BASICOS
Modelo Conductual (en Dicaprio) Teorías del Aprendizaje (Lorenzo González)	BANDURA, J. ROTTER, ELLIS, W. MISCHEL, (Teoría del Aprendizaje Cognoscitivo y Social en Dicaprio)	Plantean el determinismo social de la personalidad. La personalidad es un producto histórico social en el desarrollo del hombre, conformado por su contenido así como por las formaciones y resortes psicológicos mediante los cuales se expresan las diferentes vías de relación con su realidad. Dan un valor a la mediatización por la autoconciencia, de la cognición y la esfera motivacional de la personalidad, lo cual posibilita desarrollar al máximo la unidad de lo cognitivo y lo afectivo en la misma.	Mischel. Variables de la Persona en el Aprendizaje Social Cognoscitivo, Construcción Cognoscitiva y Conductual de la Suficiencia, Codificación de Estrategias de la consecuencia, de la conducta y de las consecuencias del estímulo, Sistemas y planes de autorregulación, Aplicación de la Terapia.
Teorías Marxistas (F. González Rey)	L.S. VIGOSTSKI A.N. LEONTIEV BOZHOVICH L. RUBINSTEIN G. ANANIEV	Plantean el determinismo social de la personalidad. La personalidad es un producto histórico social en el desarrollo del hombre, conformado por su contenido así como por las formaciones y resortes psicológicos mediante los cuales se expresan las diferentes vías de relación con su realidad. Dan un valor a la mediatización por la autoconciencia, de la cognición y la esfera motivacional de la personalidad, lo cual posibilita desarrollar al máximo la unidad de lo cognitivo y lo afectivo en la misma.	De la Unidad, de lo Cognitivo y lo Afectivo, de la Personalidad, Mediatización de la Conciencia.



Y los conceptos continúan. Lo cierto es, que el ser humano posee características físicas y mentales únicas e irrepetibles, las cuales se van edificando en base a la influencia de la familia, el proceso educativo, el rol o actividad que desempeñen y en general a la sociedad, dichas características conforman una totalidad que es el individuo, pero además como ser cambiante, mantiene un dinamismo constante durante toda su vida; algo así, como una espiral donde adapta, incorpora o deshecha elementos de su experiencia, para conformar su personalidad, lo cual permite ajustarse a una sociedad, desarrollar un modo de vida y/o supervivencia en cada etapa de su desarrollo.

En teoría humanista básicamente, plantean que los individuos tienden a satisfacer sus necesidades, cada necesidad insatisfecha representa un proceso inacabado que puede ocasionar conflicto interno, por lo que siempre se busca la gratificación en diversos planos de la vida del ser humano, en cada uno, la persona podrá desarrollar al máximo esas áreas si se encuentra suficientemente motivado. Maslow (en Bischof, 1992) plantea seis necesidades básicas, de acuerdo a las cuales la persona podrá autorrealizarse y funcionar óptimamente. Dentro de esas necesidades insatisfechas el individuo podrá encontrar características de él mismo que aun no acepte y causen conflicto interno, dichas características pertenecen a su personalidad, cuando llega a conocerlas, si se encuentra con motivación, las integrará de tal forma que obtenga su gratificación. El individuo es el único que posee los elementos para lograrlo, por lo que siempre en teoría humanista se remitirá al propio sujeto y sus capacidades para ayudar a su crecimiento siempre constante.

Junto con Maslow, Virginia Satir, Carl Rogers junto con Fritz Perls y otros, llevan a la gente a reevaluar su forma tradicional de acercarse a los demás, dicho movimiento fue parte de lo que se conoce como Movimiento del Potencial Humano. La terapia humanista se ha desarrollado y difundido a través de diversos autores, desde entonces y hasta ahora existen numerosas literaturas que explican la teoría fundamental, como favorecedora en el descubrimiento de como, en este preciso momento, se elige limitar la conciencia y puede también darse cuenta de uno mismo y del mundo que le rodea, a través de los sentidos.

Luego entonces, el énfasis está en el proceso, más que en el contenido; como están cambiando las cosas, en lugar de fijarlas en una descripción de lo que eran; si se busca el crecimiento y el cambio, el individuo se sentirá alentado para

poner atención no al contenido de la experiencia, sino a la manera en que se procesa. Por ejemplo: algunas personas se sienten infelices por no haber contado con mejores padres; bajo esta perspectiva, existe una impotencia para el cambio, manteniéndose atados a sus resentimientos, dichas personas utilizan esto como una excusa para evitar el riesgo de vivir el presente (Oldham, Key, 1992).

Vivir implica tomar decisiones en cada momento, algunas personas cuando se encuentran en conflicto consigo mismo, experimentan de manera confusa; dos partes que lo constituyen; si intenta hacerlo al mismo tiempo, la atención cambiará rápidamente de un lado a otro, sin aclarar el asunto (en terapia humanista llamado conflicto). A partir de tal situación pueden reprimirse muchos sentimientos con tal de no hacer frente al conflicto (evitarlo) o bien resolverlo de manera prematura, ello significa negar una de las partes opuestas.

Hay muchos conflictos que no tienen una solución permanente, si no que varía cada vez que el conflicto ocurra, la solución al dilema puede darse haciendo una elección, dependiendo de la persona, el lugar y el momento, ello permitirá una solución flexible. El estar conscientes de las diferentes partes de la propia naturaleza, lleva a tener una gran claridad para lograr soluciones flexibles, de tal forma que una decisión tenga relación con el lugar, el momento y la gente con la que se relacione, en lugar de estar predeterminado por un hábito, todo ello para decir que en terapia humanista, la relación que existe entre figura y fondo del conflicto cambia sutilmente, y la persona se encontrará menos estática y en camino de obtener una resolución que pueda satisfacer muchos lados de su personalidad y de esta forma resolver el mismo.

Bajo tal propuesta podrán observar el respeto por el ser humano, la aceptación de su personalidad, y su selectividad como elementos básicos en la Terapia Humanista, para obtener un constante autodesarrollo y autorrealización.

"He escuchado todo lo que has tenido que decirme acerca de tus problemas.

Me preguntas qué hacer acerca de ellos.

Mi punto de vista es que tu verdadero problema es que eres un miembro de la raza humana.

Primero hazle frente a eso." (Idries Shah, de Oldham, Key 1992).

### 3.2 CARACTERISTICAS EN PERSONAS LIMITADAS.

Después de conformar una idea general de diversos enfoques acerca de la personalidad se podrá desglosar a grosso modo algunas características de las personas limitadas, lo cual aportará un conocimiento teórico acerca de quienes son ellas y si afectan o no sus limitaciones, pero no sólo las físicas a su desarrollo e integración a su familia y comunidad. De igual forma que en las teorías de personalidad, existen diferentes autores, de los cuales solo se revisará tres trabajos que plasman diferencias considerables.

Los primeros en revisar son Charles E. Schaefer y Kevin J. O'Connor, 1988, ya que en su obra hablan que por mucho tiempo se ha mantenido la idea de que las incapacidades físicas imponen cargas psicológicas sobre los niños y sus familias, pero que en realidad no son en sí las propias limitaciones las causantes. Bajo el subtítulo de "Problemas psicológicos de los niños Minusválidos", en su obra sobre terapia de juego señalan que los niños con limitaciones físicas deben enfrentar tensiones como:

- 1) Hospitalizaciones frecuentes.
- 2) Distorsiones de la imagen corporal y pobre autoconciencia.
- 3) Existen las restricciones reales impuestas por la incapacidad particular.
- 4) Problemas psicológicos potenciales independientes de la incapacidad.  
Afirmar que el impacto de una condición de minusvalidez variará con diversos factores; por ejemplo:
  - A) Si la condición afecta a la apariencia física (Abt, 1971).
  - B) Si es congénita o adquirida (Greenberg, 1974).
  - C) Si es defecto ligero, moderado o grave, aunque ciertas incapacidades triviales pueden causar conflictos intensos (Abt, 1971).
  - D) La edad del niño es una variable significativa.  
Por lo tanto no es sorprendente que se benefician con el tratamiento psicológico la mayoría de los niños.  
Como Magrab y Calcagno (1978) (señalada por Shaefer y O'Connor, 1988.) señalan durante la infancia, el desarrollo de la confianza hacia los adultos encargados del cuidado del niño se puede interrumpir por las separaciones frecuentes

debido a la hospitalización.

Además de la separación de sus padres, los hospitales con frecuencia proporcionan experiencias dolorosas, inyecciones, sueros, medicamentos, operaciones, que se espera que hagan que el preescolar este menos preparado para confiar en los adultos que permiten que estos procedimientos se lleven a cabo.

Y es claramente observable, sobre todo en esta sociedad, donde en los hospitales de asistencia social, que es donde la mayoría de los niños reciben atención; no permiten el acceso a los familiares, solo a la madre en períodos cortos y preestablecidos, probablemente por la gran demanda del servicio.

Lo anterior, cobra importancia, por el hecho de que la mayoría de niños con P.C., dependiendo del tipo que sea, presentan problemas bronquiales y pulmonares, intestinales o estomacales o bien en casos particulares requieren de cirugías que ocasionan su estancia hospitalaria y la consecuente desconfianza de los adultos a los que se encuentran a cargo.

Otro aspecto que señalan los autores es con respecto a la sociedad que posee modelos establecidos sobre la belleza y aspectos físicos y cuerpos saludables, lo que acentúa los problemas de los minusválidos.

Una apariencia física poco común o un defecto sensorial o motor brinda al minusválido un cuerpo obviamente en contra de las normas culturales y sociales.

Lo anterior desencadena que los chicos con limitación presenten un pobre autoconcepto de sí mismos y una pobre imagen corporal.

No obstante, se menciona que en ocasiones la mayor problemática psicológica de los muchachos se debe a las actitudes de los padres; y con lo anterior se concluye que también influyen las actitudes de la comunidad. A continuación un ejemplo de un niño dañado por las actitudes de sus padres:

Se trata de un chico con una malformación congénita, él nació con amputación de sus miembros superiores y sus brazos tan solo median 15 cm. A pesar de su limitación, él se concebía sin alteraciones y no tenía problemas con su autoconcepto ni su imagen corporal, pero su madre tenía problemas para reconocer esto y brindarle apoyo. Incluso el mismo terapeuta admitió que en principio el tampoco veía completo físicamente a su paciente. El chico resistió una cirugía, pues ello amenazaría la autoimagen que se había formado desde el nacimiento. Ello indica que el niño enfrentó de manera adecuada su limitación, sin embargo, su gran

afección psicológica era atribuible a los adultos significativos para éste niño.

"La incapacidad física se ha asociado a sentimientos de inferioridad, vergüenza, culpa, amargura, envidia y autocompasión. Y comúnmente se les ve como inmaduros, sujetos a fijaciones primitivas y a actividades estereotipadas." (Greenberg, 1974 tomado de Schaefer y O'Connor, 1988).

Y es por esa concepción que se les trata muchas veces como seres que necesitan toda la ayuda y no se les permite intentar hacer las cosas por sí solos (sobrepotección) o bien se les infantiliza, tratándolos como niños aunque tengan 20 o 30 años de edad. Lo cual es común sobre todo en chicos muy limitados y/o demasiado dependientes. Enseguida se encuentran algunas reacciones de los chicos con limitación según los autores.

Reacciones Frecuentes en los chicos con limitación:

- 1) Algunos piensan sino fuera por mis incapacidades...
  - No quieren desarrollar habilidades interpersonales.
  - No quieren examinar sus conflictos familiares, ya que estos existen independientemente de su incapacidad.

- 2) Ignoran sus carencias, (negación).

- No lo discuten con el terapeuta.
- Trazan metas no reales aumentando la probabilidad de fracaso.

- 3) Otra reacción sobre todo en niños mayores y en los que su incapacidad es adquirida y no congénita; la desesperación y que favorece: la necesidad de venganza - culpan a los demás y así mismo y presentan depresión.

Los autores concretan que:

**ESTAS EMOCIONES AMENAZAN AL EQUIPO DE TERAPEUTAS : FISICOS, OCUPACIONALES, MEDICOS, PSICOLOGOS, ETC., QUIENES PREFIEREN TRABAJAR CON PERSONAS BIEN MOTIVADAS PARA LUCHAR CON ANIMO HACIA LAS METAS TERAPEUTICAS.**

Cuando el niño se da cuenta que esas emociones no son aceptadas por los profesionales, tienden a negarlas. En el caso de un niño de inteligencia "normal", el negar las emociones, dará como resultado el desarrollo de habilidades intelectuales.

Ello elevaría la autoestima de padres, profesores y el mismo niño, aun a costa del desarrollo emocional.

Se puede concluir en base a lo expuesto que:

REALMENTE NO EXISTE UNA RELACION NECESARIA ENTRE LA LIMITACION FISICA Y LA AFLICION PSICOLOGICA.

Y entonces se puede dar el siguiente paradigma :

Niños Normales físicamente ----> Inadaptados con grandes conflictos.

Niños con Limitación ----> Sin alteraciones considerables.

Ahora se abordará la obra de Cruickshank, 1973, que bajo el subtítulo: Aspectos Psicológicos de los niños inválidos ofrece una visión amplia sobre los aspectos que influyen en los trastornos psicológicos del niño limitado y que no sólo se refieren a la incapacidad o a las actitudes familiares, sino a todo el contexto del niño incluyendo la sociedad.

Pues bien los autores manejan una postura psicodinámica basándose en algunas teorías ; las dos primeras y básicas la del Ajuste Social y la del Ajuste Emotivo.

"Aunque los problemas básicos de ajuste de los niños limitados son los mismos que los de los niños normales físicamente de desarrollo mental y cronológico equivalentes, la incapacidad introduce variables psicológicamente significativas". Este punto de vista fue mantenido por Cruickshank (1948) en un marco fenomenológico de referencia.

"Se ha visto que el niño físicamente disminuido en sus relaciones sociales intenta, como todos los niños, asegurarse no su yo físico y orgánico, sino su yo fenoménico, el concepto de sí mismo en cuanto cognoscente. Se observan dos tipos de problemas en el niño con disminuciones, si partimos de este punto de vista: 1) Problemas de ajuste que podrían darse en el progreso genético normal de cualquier individuo que intenta simultáneamente la expansión del yo y el mantenimiento del autoconcepto ya elaborado, y 2) problemas de ajuste que proceden solo del hecho de que se inserta una disminución física entre el objetivo y el deseo de conseguir tal objetivo." (Cruickshank, 1948).

A continuación se exponen a grandes rasgos las ideas que el autor maneja.

Lewin (Cruickshank, 1948), formula la teoría de Campo basándose en la diferencia en los potenciales de ajuste de las personas con limitación y sin limitación.

Básicamente formula el intento para alcanzar un ajuste adecuado en una situación social nueva diferente de una situación antigua que carece ya, de valor para él. Cuando una persona trata de ajustarse a una situación nueva (S.N.) diferente de una antigua que además carece de valor para él (-), rompe la barrera tratando de manera directa a la S.N., dando como resultado una capacidad para sobreponerse aunque la barrera sea temporal o permanentemente infranqueable, ya que para ello encontrará alteranativas incluso no directas para enfrentarse y ajustarse a la S.N.

Y en casos extremos y aislados, cuando los objetivos son inalcanzables, el individuo escapa de su espacio vital en un mundo irreal; llegando a la psicosis.

"Los canales no están abiertos en la misma cuantía para la persona disminuida. En primer lugar, la barrera que bloquea el rendimiento en el caso del niño no disminuido rara vez permanece siendo la misma en el intento de la personalidad para ajustarse a situaciones distintas. Para la persona no incapacitada, la barrera puede cambiar a medida que la situación y el autoconcepto se exponen a una modificación vivenciada." (Cruickshank, 1948)

"La barrera para el niño disminuido puede permanecer siendo la misma. Si el niño concibe su incapacidad física como una barrera orgánica o psicológica para conseguir un ajuste satisfactorio, la barrera permanece la misma independientemente del tipo de ajuste que se intenta alcanzar. Obsérvese que no todos los niños disminuidos conciben sus disminuciones como restrictivas en cuanto a su propia naturaleza. La teoría se mantiene solo en aquellos casos en donde el niño disminuido se concibe a sí mismo como tal. Como demostraremos, sin embargo, esto comprende una proporción relativamente grande de niños incapacitados." (Cruickshank, 1973)

Otro aspecto que considera Cruickshank es la imagen corporal. Muchos autores han considerado la teoría de Freud, como base para desarrollar sus conceptos respecto a las personas con limitación. Algunos de ellos son Meng y Schilder, éste último observa la relación directa que existe entre la imagen corporal y la acción.

Machover (1949), aunque no relaciona su obra totalmente con la persona con limitación se basa en las proyecciones en el dibujo de las determinantes inconscientes de la imagen corporal.

De tal forma que la importancia de la imagen corporal a

trascendido hasta la hipótesis: de que hasta que el niño no goce de una comprensión coordinada y coherente de su imagen corporal, el aprendizaje en forma de lectura y de conceptos numéricos, por ejemplo no se dará o sufrirá un grave atraso.

Otra teoría fue elaborada por Adler (1917), quien partió de la hipótesis de una base neurológica indeterminada, pero específica, (que se hallaba situada entre la inferioridad orgánica y los mecanismos de conducta de naturaleza compensadora. Posteriormente en otros escritos se añadió la necesidad psíquica del control de la inferioridad del tipo que fuera. Aunque Adler conservó su idea central, la hipótesis se fue extendiendo y con ella la aportación de otros autores como Crookshank (1936) y Dreikurs (1948), el primero sugiere que un individuo puede reconocer su inferioridad en nivel somático, o en un nivel psíquico; y por ejemplo al pensar en un niño con pie equino (\*), la otra pierna empezará a crecer y desarrollarse para suplir la necesidad de la contraria, compensando su defecto. Por su parte Dreikurs, siguiendo la valoración meticulosa de estos casos en los que aplica la teoría de Adler afirma: "... el estilo vital de cada uno de los individuos se halla no solo influido por la incapacidad, sino que a su vez determina el efecto final de una incapacidad física".

Afirma posteriormente:

"Cada individuo disminuido formula su propia respuesta ante su incapacidad de acuerdo a su estilo vital, que puede ser solo determinado mediante una investigación dinámico-psicológica. Alfredo Adler elaboró una técnica específica para determinar el estilo vital de cada individuo.

Este estilo vital se desarrolla en la primera infancia mediante la interpretación que el niño hace de todas las experiencias y dificultades con que se enfrenta. La incapacidad es solo una, aunque suele ser un factor importante en este sentido. Lo importante no es lo que tiene (en función de la herencia y del medio ambiente), sino lo que hace. La valentía, el interés social o su carencia, es lo que determina el que una incapacidad permita un ajuste social satisfactorio o conduzca a un fracaso permanente." (Dreikurs, 1948).

(\*) Pie equino. Se refiere al apoyo en punta de algún miembro inferior con flexión de rodilla, observándose acortamiento de pierna.



Es indiscutible que una persona que no es estimulada por el medio o las personas que la rodean, no aprende por falta de experiencias que le permitan adquirir y desarrollar dicho aprendizaje.

Por ello Cruickshank también resalta la importancia de no privar sobre todo al chico con limitación y mencionan algunas investigaciones con niños que han carecido de la atención materna. Richmond (1962), siguiendo la obra de Bowley (1951), afirma que la privación sensorial es más importante para estos niños que una falta de atención materna, especialmente durante los períodos críticos, los efectos de esa omisión puede que no queden suficientemente compensados en las experiencias posteriores de aprendizaje.

De hecho la mayoría de los niños entre 0 y 5 años (edad correspondiente para un Programa de Estimulación Temprana) que llegan al centro de APAC no reciben estimulación inmediata; por una parte influye el hecho de que sus limitaciones no les permiten nutrirse de experiencias en relación a su medio como un niño sin limitación, y por otro se encuentra el temor por parte de los padres de no saber enseñarles o educarles e incluso de tocarlos.

Afirma Cruickshank en base a sus estudios que el ajuste emotivo y social del niño con alguna limitación física, será muy difícil, pero no imposible, ya que un giro de visión y concepción de las personas no impedidas, podrá evitar el desajuste en un gran porcentaje y ayudar a eliminar del propio incapacitado sus "limitaciones" psicosociales.

Sin embargo, no todas las sociedades consideran al incapacitado de una misma manera. Al revisar la situación en algunas áreas occidentales, Hanks y Hanks (1948), llegan a la conclusión de que las actitudes hacia los niños limitados son más favorables en aquellas sociedades que mantienen un alto nivel de productividad industrial, tienen una dieta más equitativa, minimizan ciertos factores de competencia en el rendimiento individual y de grupo y mantienen un interés hacia la capacidad individual, en vez de asentar patrones formales de rendimiento. Reiterando el papel de las actitudes sociales en el modelaje de la conducta de los niños limitados.

Y finalmente el autor refiere el status social respecto a los compañeros, señalando que cada vez mayor cantidad de niños con limitación asisten a una escuela regular, lo cual ha llevado a hacer algunas investigaciones con encuestas sobre la participa-

ción e interacción del niño en la clase y con sus compañeros, llegando a la conclusión, basándose en las respuestas de estos niños, que la anomalía física o incapacidad constituye una variable importante en la determinación del status social de un niño.

El mismo Cruickshank (1952), informa que los niños con limitaciones muestran inseguridad respecto a los sentimientos negativos que expresan sus compañeros normales de ellos.

Sin embargo, afirma que los estudios sobre la relación de las percepciones de las personas limitadas, son pocos y por lo menos en un solo caso tan contradictorias, que es difícil hacer una generalización en esa área, y por otra parte no existe un estudio de cada una de las incapacidades, que determine el grado en que la incapacidad interfiere en la obtención de un status social satisfactorio.

Realmente la obra de Cruickshank, es bastante completa pues incluye aspectos no retomados por otros autores respecto a las afecciones psicológicas del niño limitado y que complementan y/o confirman la visión sobre éste tópico. Este apartado finaliza retomando una cita del autor donde hace una consideración especial al niño con parálisis cerebral, en esa obra también realiza una exposición sobre los aspectos de percepción y aprendizaje refiriendo diferentes investigaciones sobre los mismos.

"Por otra parte, las lesiones tisulares que producen la parálisis cerebral radican en el cerebro del niño y no es infrecuente que afecten a las estructuras neurológicas y a los procesos que determinan la percepción y la capacidad intelectual. Aunque la implicación neurológica directa de este tipo no es inevitable, sucede con demasiada frecuencia como para justificar la consideración por separado de los problemas psicológicos específicos de los niños con parálisis cerebral que sufren un insulto de los mecanismos de aprendizaje. Como es obvio, sus problemas de ajuste son incluso más complejos que los de otros niños tullidos, debido a que la escala total de respuesta, comunicación, percepción y movimiento controlado, puede quedar afectada." (Cruickshank, 1973).

### 3.3 LA PERSONALIDAD EN LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

Finalmente y bajo el subtítulo de la obra del Dr. Harry Bakwin y la Dra. Ruth Morris Bakwin, 1898, enmarcan un panorama que difiere del expuesto por Shaefer y O'Connor, pues aquí, si le otorgan importancia a la limitación, al grado de interferir con la personalidad y desarrollo del individuo, aunque señalan la importancia de las actitudes en el hogar.

Según los autores las deformidades físicas influyen en la personalidad y la conducta.

Aunque los cambios de personalidad no están ligados con la gravedad del impedimento. Mas importantes son las actitudes en el hogar.

Algunos niños presentan las siguientes características:

- Creciente deseo de atención, afecto y protección.
- Resistencia a asumir responsabilidades.
- Sentimientos de diferencia, dependencia, insuficiencia y baja autoestima.

Su impedimento dificulta su capacidad para afirmarse en el juego agresivo normal de los niños. Como resultado siguen vivas sus emociones reprimidas, generalmente acompañadas por sentimientos de culpa.

Otros aspectos a tomar en cuenta son:

- Los paralíticos cerebrales suelen ser emocionalmente inmaduros.
- Su atención dura poco.
- Carecen de persistencia.
- Y se fatigan con facilidad.
- Les falta adecuada socialización
- Hay mas introversión y mas depresión.

Es importante subrayar que aunque los autores marcan estas características no pueden generalizarse a todos los chicos con parálisis cerebral, no es posible clasificarlos de tal forma que puedan identificarse al primer contacto, bajo éste cuadro.

De igual manera en la siguiente clasificación de personalidad que manejan los autores, en algunos casos podrán encontrarse ciertas semejanzas en cuanto a características de la personalidad según el tipo de P.C. No obstante se reitera que "no existen recetas de cocina", por lo que no es una condicional.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Las personalidades de los varios tipos de P.C. se dice que son características:

El niño espástico : Encerrado en sí mismo, temeroso introvertido. Tenso en disposición de reaccionar ante cualquier estímulo exterior. Teme a las demostraciones de afecto. Es lento, en mostrar su enojo y rápido en recuperarse. Necesita ser advertido antes de que se le lleve a una nueva situación, y requiere consideración en cada fase de su tratamiento.

El niño rígido: Se parece al espástico. En general el temor no es tan pronunciado, pero puede ser grande.

El niño con Atetosis : No sufre temores excesivos se le provocan fácilmente accesos de enojo, pero son de corta duración, los olvida rápidamente. Anhela las muestras de atención y afecto y disfruta la compañía de las personas. Características notables, son su falta de comprensión de sus deficiencias y su afán de obtener éxito. Aun el atetótico grave habla de obtener un trabajo, recibir lecciones de piano, jugar ping pong y esto es una fuente constante de conflicto entre los padres y él. La atetosis congénita es compatible con un alto grado de inteligencia.

La personalidad de un niño atáxico: Se parece a la del atetoide. Tiene poco miedo, el enojo se le provoca fácilmente por su incapacidad de dirigir un movimiento. Cuando se le pide que haga esfuerzos repetidos, los abandona rápidamente. Como el atetoide, aprecia su tratamiento firme y tranquilo. Desea tener el afecto y es demostrativo y extrovertido. Gusta del trato con personas y hace amigos fácilmente, con personas normales y con incapacitadas. El afecto y la aprobación son necesarios para trabajar con él.

Los niños con temblor: En el no intencional se parece al atetoide en su personalidad; los niños con temblor intencional son más parecidos al espástico aunque no tan temerosos.

Muchos factores además del tipo de P.C. afectan a la personalidad del niño.

El desarrollo emocional está sujeto a muchos riesgos, viven en un mundo restringido y reciben relativamente poca estimulación social. Son empujados por sus padres para alcanzar expectativas de ambulación y lenguaje más allá de su capacidad.

Y aunque algunos niños carecen de hermanos menores, puede comentarse que refiriéndose a la población de APAC, la mayoría tienen hermanos menores, lo cual les es de gran ayuda tanto a los

niños con P.C. como a los propios padres, aunque no se debe perder de vista que a los hermanos menores les afecta más como se revisó en el apartado de la relación entre hermanos. Por otra parte, también se puede confirmar que algunos padres aun guardan grandes expectativas respecto a los logros de sus hijos, pese al continuo enfrentamiento con la realidad.

Pero aunque muchas características psicológicas manejadas por los autores, pueden encontrarse en los diferentes tipos de P.C., se reitera que no existe una regla al respecto y pueden variar de acuerdo a cada persona limitada y a las relaciones con y de la familia, en el curso de su rehabilitación y proceso de autorrealización.

Es por ello que cada caso se tornará especial, pues la afección psicológica puede presentarse o no en las personas limitadas y no únicamente o automáticamente por su propia discapacidad.

**CAPITULO IV**

**EL JUEGO Y LOS NIROS CON Y SIN LIMITACION.**

#### 4.1 DEFINICION DE JUEGO.

El juego existe desde que existe el hombre. Desde la cuna se inicia el juego con esos monólogos lúdicos que no son más que juegos de lenguaje. No obstante existen diferentes términos que se han utilizado para designar, sustituir o acompañar la palabra juego, por ejemplo, juego, juguetes, intereses lúdicos, diversión, distracción, deporte, entretenimiento, pasatiempo. La palabra juego proviene de latín *jocus*=gracia, chiste, donaire. Diversión, es cualquier ejercicio creativo, actividad física o mental a que recurre el niño o el adulto, sin más objetivo que encontrar entretenimiento y esparcimiento.

El término juego también sugiere un orden o clasificación, como si se hablará de un juego de aretes y collar o un juego de copas, también sugiere relajación, soltura; al mencionarse un eje gira con soltura en un agujero "tiene juego", que no está ajustado, sino flojo, holgado.

Juguete es un diminutivo de la palabra juego, significa jueguito. Se usa para designar los instrumentos para jugar. Con ellos queda dicho que su lugar es de franca subordinación. El juego es al juguete como el pincel es al pintor y a la pintura, pero lo que interesa es el juego no el juguete.

Sin embargo se ha dado por denominar juego a conductas que no son lúdicas, consecuencia de la falta de una definición exacta del término; de tal manera que existe "juegos de ejercicio", pero no todos los ejercicios son juegos. De igual forma existe una diferencia entre el juego reglado y el juego simbólico, pero tal vez tenga una gran dimensión y merezca tratarse a fondo.

También se han elaborado diversas teorías para explicar el porque del juego. Algunas lo enfocan desde el punto de vista biológico, otras desde el psicológico ( como expresión del yo) y otras más que integran varios aspectos.

El punto de vista biológico se sitúa en la antigüedad donde predominaba la "teoría del descanso", y que actualmente se ha descartado, ya que el juego no es descanso, sino todo lo contrario; requiere una gran cantidad de energía para llevarse a cabo. Las mismas vacaciones no pueden ser consideradas como descanso, sino como cambio de actividad, que requiere mayor actividad muscular, motora y psíquica hasta llegar al agotamiento.

En el punto de vista biológico y psicológico se encuentran algunas teorías modernas (Rodríguez y Katchum, 1992) sustentando que el juego es "preparación para la vida", y lo ejemplifican con los juegos de las niñas a la casita o asumir roles como el de la mamá, que constituyen una preparación para la vida adulta. Lo que refuta la observación anterior, se encuentra en la "teoría del atavismo", que sustenta el punto de vista psicológico, exponiendo que los juegos son rudimentos de actividades atávicas que han persistido, y luego entonces los niños juegan siguiendo las huellas de las actividades de su raza.

Dentro de las teorías contemporáneas se encuentran la psicoanalítica, representada por Freud, donde percibe en el juego condiciones eróticas disfrazadas, y Adler dice que en el juego se valora el sentimiento de inferioridad. Y en general se considera al juego como una expresión del "yo". No obstante esta teoría no excluye los aspectos biológicos, psicológicos ni sociales. El juego obedece en primer término a una necesidad instintiva. El niño tiene necesidad de expresarse, proyectarse tanto dentro como fuera del ambiente, y al satisfacer éste impulso obtiene satisfacción personal, seguridad, nivel adecuado en su mundo y conciencia del propio valer. Además el juego hace que se adquiera prestigio entre el resto de los miembros del grupo; si un niño patina, nada, monta a caballo, anda en bicicleta, etc. posee seguridad sobre su propio cuerpo, e incluso llega a fantasear con su nivel. Si arregla su bicicleta siente satisfacción por su logro, etcétera. (Castellanos, 1983).

Y dentro del mismo enfoque la definición de Erikson (1950), parece la más usada en el contexto de psicoterapia:

"El juego es una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo". Y es en general la antesala al trabajo y además es divertido. "Está libre de compulsiones de la conciencia y de impulsos de irracionalidad".

No obstante todos concuerdan en que existe una evolución del juego, aunque se difiera en la terminología que la designa. Puede advertirse que el niño en sus conductas lúdicas se relaciona con el adulto según tres pares de posibilidades de acuerdo a Leif y Brunelle, 1978: tutela y libertad, discreción y disponibilidad, estímulo y seguridad.



De lo anterior puede extraerse que el juego es una actividad y por tanto es afín al trabajo y no a la ociosidad, además de ser espontáneo y agradable. Y cabe señalar que lo importante es el juego y que el juguete por tanto, solo es una herramienta, la cual toma significado del acto de jugar y no de sus propias características físicas o estructurales.

Rodríguez y Ketchum (1992) conforman un listado de lo que aportan los juegos:

- ejercicios de la libertad.
- ensayo de lo posible e inédito.
- descubrimiento de siempre nuevas facetas del cosmos.
- intento y modelo de relaciones cambiantes con el medio ambiente y con el cosmos general.
- contacto gozoso-corporal y espiritual con la realidad externa.
- estímulo para una más fina percepción sensorial.
- aprendizaje surgido "desde adentro" del sujeto.
- oportunidad de "soltar" las mejores y más personales energías y potencialidades.
- proceso de creación del individuo en la recreación de la realidad.
- afirmación del poder personal en el dominio y control de las cosas.
- vivencia del orden y de la capacidad de ejercerlo sobre la realidad.
- manejo dialéctico, sumamente creativo, de la presencia y de la ausencia (el juego transforma las ausencias en presencias, los deseos en realidades, las fantasías en acción).

Es pues, el juego la esencia misma de la vida, donde no pueden existir la separación como socialmente se acepta, entre el juego y el aprendizaje o entre el juego y el trabajo; y que además proporciona placer al individuo, espacio de expresión, de expansión y de autorrealización. Ya es común asociar los términos juego-niño y trabajo-adulto, como dicotomías proporcionales; donde el trabajo es algo drástico, duro, pesado, propio solo del adulto y que además tiene un objetivo directo, en tanto que el juego es una actividad de placer y donde el objetivo no se relaciona con la productividad y tampoco de índole obligatoria. No obstante, la dicotomía es inexacta, pues el juego y el trabajo son expresiones naturales de la actividad y creatividad del hombre; en una primera etapa el juego predomina

y es el prelude para la etapa futura que es la adulta y donde el trabajo es el principal estímulo en las etapas sucesivas. Y según Rodríguez y Ketchum tanto el trabajo y el juego son complementarios y se reúnen como:

- Actividad del sujeto.
- Despliegue de energías.
- Expresión proyectiva del sujeto.
- Superación y transformación de la realidad que nos rodea.
- Ejercicio de creatividad.

En el niño además de ser placentero, adquiere la importancia de dominar la realidad, adquirir una autonomía, ( que en muchas ocasiones el adulto atrofia, atrasa o elimina) y ser independiente del adulto. Es notable que cuando un niño juega, incluso estando solo, se sumerge en un mundo donde solo existe él y al notar la presencia de un adulto, suspende el juego o se esconde, no permitiendo que aquel se involucre en ese momento, donde adquiere total dominancia y libertad.

No obstante, el elemento esencial para la adaptación es el lenguaje, el cual no es inventado por el niño, sino es un aspecto ya elaborado por la colectividad y transmitido a él. Por tanto es algo impropio, no adecuado para expresar las necesidades y experiencias del yo, es por ello que el niño se ve en la necesidad de crear un sistema de símbolos propios del juego simbólico, de un sistema de significantes elaborados por él, que le permitan realizar sus deseos, es aquí donde la función semiótica consiste en elaborar símbolos a libre albedrío para expresar todo lo que en la experiencia vivida no puede formularse y ser asimilado por el lenguaje. Sin embargo, el juego no solo se queda a nivel de realizar deseos conscientes del individuo, sino que además el juego simbólico expresa con frecuencia conflictos inconscientes; intereses sexuales, fobias, defensa contra la angustia, agresividad o identificación con agresores, etc., e incluso llega a servir como válvula de escape a impulsos prohibidos. De acuerdo a la corriente psicoanalítica el juego en el niño es una tentativa de sublimar (sustituir) los impulsos sexuales o agresivos, (Piaget, 1981; Aranda y colaboradores sin año; Merani, 1982). El juego simbólico cumple la función de asimilación del yo, y es equiparable al lenguaje interno del adulto, quien puede evocar un acontecimiento conflictivo para enfrentarlo, pero en el niño es necesario volver a vivir esa experiencia de manera más directa como en el caso de conflictos afectivos, que son los que regularmente hacen su aparición

mediante el juego simbólico.

La siguiente cita, reúne los elementos mencionados anteriormente respecto al concepto de juego y es particularmente la definición más completa de lo que es el juego y se puede retomar para el presente trabajo, por lo que se transcribe de la siguiente forma:

"El juego es una actividad fundamental que se basa en la necesidad del movimiento del ser humano en sus intereses y estados anímicos y que se expresa y manifiesta de una manera espontánea en la búsqueda de satisfacciones. El niño a través del juego manifiesta sus sentimientos expresando lo que es, quiere, le gusta, le preocupa, le atemoriza, le entristece, etcétera, constituye una expresión fundamental de su manera de ser. En el juego, él se autoafirma y se convierte en alguien importante." (Valdéz, 1988).

Por lo tanto el juego tiene una gran importancia en el desarrollo integral del niño y no es solo un elemento suplementario y sin objetivo. Porque si una madre, observa a su hijo sin jugar, llega a alarmarse, pues es síntoma de que está enfermo. Es por ello la relevancia del juego en las cuatro áreas de desarrollo del niño; en el área perceptivo-motriz, el niño adquiere destreza muscular, desarrolla sus sentidos para identificar; texturas, temperaturas, olores, sabores, sonidos, colores. Se desarrollan destrezas motoras finas y gruesas.

En área de comunicación y lenguaje, se reafirma el aprendizaje del lenguaje y se amplía su campo de comunicación con niños que compartan sus intereses. En el área cognitiva, mediante el juego aprende relaciones espaciales como; arriba, abajo, adelante, atrás, etc., o bien temporales como día, noche, mañana, tarde, entre otros conceptos resultantes de la conjugación del desarrollo de todas las áreas.

Finalmente el área afectivo-social o mejor conocida como socioafectiva, donde por medio del juego el niño adquiere una adecuada imagen corporal y un buen autoconcepto, ya que en el juego no existen límites, ni desaprobaciones, el niño siempre llega a triunfar en algún grado y no experimenta la frustración o fracaso y por ello aprende a ser un individuo valioso y capaz. Además le ayuda a socializarse con otros niños que compartan inquietudes similares, con ellos aprenden a convivir a respetarse, a darse cuenta que existen otras personas que opinan diferente y se les debe respetar. Aprenden a respetar reglas y a expresar inconformidades.

El niño vive a través del juego cada etapa de su vida, cada una con sus propias características, con diferentes juegos y juguetes que enriquecen su desarrollo y habilidades en todas sus áreas.

#### 4.2 TIPOS DE JUEGO Y JUGUETES EN UN NIÑO NORMAL.

Dada la importancia del juego en el desarrollo integral del niño, se realizó el siguiente cuadro donde se esboza a que juegan los niños y cuales juguetes son los más adecuados de acuerdo a su edad y desarrollo que va desde el nacimiento hasta los 12 años, ampliando el panorama hasta las edades de 13 a 25 años.

EDAD	JUEGOS	JUGUETES
De 0-6 meses	<p>El bebé juega con su cuerpo, los juegos de cuna son ejercicios funcionales por mero placer de moverse, inicia a experimentar los límites entre el cuerpo de su madre y el de él. Comienza a imitar sonidos y movimientos, a seguir objetos y sentir su peso, la sorpresa de esconderse y ser encontrado, le atrae.</p> <p>Es importante que cuando el adulto se encuentre con el bebé, le hable y no se limite a tratarlo en silencio, incluso aunque el padre sea más brusco en su trato al lanzarlo o balancearlo en el aire, necesita jugar con su hijo.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Móviles de colores.</li><li>*Cajas musicales (carrusel)</li><li>*Sonajas.</li><li>*Anillos para morder.</li><li>*Columpio cuna.</li><li>*Muñecos grandes.</li></ul>
De 7-12 meses	<p>Comienza a usar juguetes y gatea, juega con muñecos, pelotas, globos, cubos, juguetes ruidosos: como sonajas</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Sonajas de diferentes formas.</li><li>*Sillas de</li></ul>

panderos, papel para arrugar y estrujar, etc. Se divierte al jalar, arrojar, empujar, tirar, golpear, dispersar.

De 7-12 meses

casa para ponerse de pie.

\*Muñecos y animales grandes de trapo.

\*Pelotas

\*Globos

inflados.

\*Bloques de

plástico, -

con huecos

que van de

mayor a

menor y se

introducen

uno en el

otro.

Tambores.

Los juegos son más estructurados e inician a ser un medio de proyección. La muñeca o el oso de peluche son objetos de afecto o de odio, participan en sus alegrías y protegen al niño de lo que le atemoriza. Empieza a manipular y a juntar, tirar, unir, llenar, vaciar, encender y apagar, cambiar de lugar, etc.

De 1-2 años

\*Pelotas

grandes.

\*Juguetes

para

arrastrar.

\*Libros con

ilustracio-

nes.

\*Pirámide de

anillos (en

un palo).

\*Cubos,

bloques para

apilar y ar-

mar.

\*Equipo para

jugar con

arena.

De 7-12 meses

\*Carros,  
camiones y  
coches.  
\*Caballito.  
\*Columpio.  
\*Discos de  
canciones  
infantiles.

De 2-3 años

El niño de 2 a 3 años desea explorar y a saber como funcionan las cosas, imitan y participan en actividades del hogar. La primera experiencia se basa en el adulto y en el mundo que éste le enseña. Desde los dos años aparecen los juegos de ficción, sobre todo en los niños muy inteligentes o en hijos únicos. Los juguetes deben ser sencillos para que le permitan desarrollar su imaginación. Le gusta el juego dramático y con frecuencia simula ser un personaje de la televisión, teniendo dificultad para diferenciar lo real de lo imaginario. De dos a tres años tiene auge el juego simbólico. Imita a la madre y la observa todo el tiempo tratando de hacer lo mismo y de la misma forma.

\*Pizarrón y  
gises de  
colores.  
\*Muñecas,  
muñecos.  
\*Pelota,  
globos,  
balones.  
\*Rompecabezas  
simples.  
\*Coches de  
arrastre.  
\*Teléfono,  
discos.  
\*Juguetes,  
arena.  
\*Libros de  
estampas.

De 3-4 años

El niño posee mayor imaginación y surgen sus compañeros imaginarios. Su juego refleja mayor agresividad, sus papeles

\*Rompecabezas de pocas piezas.

De 3-4 años

favoritos son de monstruos, fantasmas o personajes agresivos de la televisión. Les gustan las mascotas y esconden cosas enterrando en la arena los juguetes y herramientas. Tienen mayor capacidad de distinguir la realidad de la fantasía y sabe cuando representa a un personaje ficticio y a uno real. Sus juegos son organizados, con reglas, de construcción o ficción.

\*Libros de cuentos para iluminar.  
\*Triciclos.  
\*Coches de pedales.  
\*Tijeras sin punta para recortar.  
\*Cubos de construcción  
\*Muñecas, osos.  
\*Aviones, camiones y ambulancias.

De 4-5 años

En esta etapa continúan los compañeros imaginarios del niño, les gustan las mascotas, ya son autosuficientes en tareas sencillas como comer y vestirse. En actividades como correr, y brincar, se inician los juegos con reglas a seguir.

\*Material para modelar (engrudo).  
\*Plastilina, cuadernos para iluminar.  
\*Coches de fricción.  
\*Ladrillos de construcción.  
\*Columpio, resbaladilla, tobogán.  
\*Cartulinas para pegar recortes.  
\*Muñecas, casa de muñecas.



5-6 años

Ahora el juego se socializa, juegan en grupo con niños del mismo sexo, se dan los primeros intercambios de juguetes, la cooperación y aprobación de las tareas de los compañeros y el juego simbólico toma fuerza a los 5 y 6 años, desahogan sus temores y liberan sus impulsos agresivos a través del juego dramático, asustando en vez de pegarle a otro niño. El juego dramático es más complicado en los papeles y personajes ficticios. Al niño de 5 años le interesa su cuerpo y juega al doctor con niños del otro sexo, se interesa por el romance y juega a los novios. Al incrementar la coordinación psicomotriz, puede jugar con juguetes más complicados como bicicletas sin rueditas auxiliares o manipular herramientas más pequeñas como sostener o manipular un pincel haciendo movimientos y trazos a voluntad o hacer grandes torres con bloques.

De 6-8 años

En esta edad los niños ya ayudan a su padres en tareas sencillas del hogar. Sus juegos principales son de la vida cotidiana, les gustan los chistes, los acertijos, los cuentos, empieza la manía por coleccionar cosas, escondidillas, estatuas, etc.

\*Damas chinas y mecanos.  
\*Rompecabezas sencillos.  
\*Equipos de natación y fútbol.  
\*Pelotas, balones.  
\*Pinturas de agua, cartulinas.  
\*Muñecas, juegos de té, cunas.  
\*Titeres y marionetas.

\*Juguetes con temas.  
\*Coches para armar, aviones, mecano.  
\*Bicicleta, patines de tierra.

De 6-8 años

\*Equipo deportivo según el niño.  
\*Papelotes.  
\*Cuentos -- fantásticos.  
\*Ajedrez, domino, ping-pong.

De 8-10 años

Les fascina jugar luchas de cuerpo a cuerpo con sus padres. Juegos de destreza física, continua sus hábitos de coleccionismo, ayuda en tareas domésticas, diseña objetos complicados con materiales simples.

\*Bicicleta.  
\*Equipo deportivo.  
\*Zancos, boliche.  
\*Pelotas, balones.  
\*Microscopio lupas, pecera.  
\*Historietas de aventuras, libros de ciencia ficción y naturaleza.

De 10-12 años

Empieza el interés en juegos con el sexo complementario, fiestas, diversiones en grupo, escriben cuentos, llevan "su diario", inventan fantasías, se interesan por temas científicos, etc.

\*Juguetes especiales de química botánica, microscopio.  
\*Instrumentos musicales (según aptitudes).  
\*Juegos eléctricos.

De 10-12 años		*Equipo de-- portivo. *Rompecabe-- zas compli-- cados. *Ajedrez, Backgamon.
De 13-16 años	Prevalcen los deportes, los juegos de inteligencia, razonamiento y abstracción.	
De 16-25 años	Conforme el hombre madura, el juego reviste más y más los caracteres de higiene somática y psíquica (catarsis, terapia), manejo de retos; reforzamientos de la autoimagen, de la lucha por la solidaridad y expresión creativa.	
25 años o más	De 25 años en adelante, prevalece la función catártica y de distracción.	

#### 4.3 BREVE HISTORIA DEL JUEGO Y EL JUGUETE EN MEXICO.

En primer lugar una breve historia sobre el juego dará al lector una panorámica más amplia acerca de su desarrollo por medio de los juguetes en México.

Para los mexicanos es común escuchar rondas como la rueda, rueda o juegos como las cebollitas entre otros comunes, aunque al paso del tiempo se dejen de lado para dar paso a la tecnología y a nuevas formas de juego.

Los juguetes también han cambiado, aquellos juguetes artesanales de sencilla elaboración y óptimos para desarrollar la imaginación y creatividad en el niño han sido suplidos por los juguetes de alta tecnología en su mayoría importados por culturas nada afines a la mexicana y con un costo menor de los fabricados por los artesanos nacionales, por lo que no pueden competir con la producción llamada "mercancía chatarra", que los productores en pequeño de trompos, baleros, patines del diablo y yoyos, no tienen capacidad competitiva ante las transnacionales del juguete.

Todos esos juguetes son auténticas piezas de arte, y conjugaban su herencia cultural que tiende a desaparecer. Hoy día se les llama "artes aplicadas" y pueden admirarse en algunos museos, generalmente los productos de las artes aplicadas como juguetes, muebles, relojes, cerámica son anónimos pese a ser de gran creatividad. En México existe una gran riqueza de materiales con los que se elaboran estos juguetes de acuerdo a las diferentes regiones: juguetes de fibra vegetal y palma en el sureste, juguetes de madera, de textiles y de barro en la zona occidental, juguetes de vidrio, de dulce, de cuero, de hueso, de cáscara de nuez y de plomo en la zona central y destaca de manera especial el estado de Michoacán por su gran variedad de diseños y de materiales empleados -metal, cobre martillado y repujado, alambre, cestería, además de madera y barro-.

Lo curioso de todo el mundo es un juguete que es realizado en todas las formas y con diverso material, regularmente por las madres; y es la muñeca, en México se encuentran desde hechas con hojas de tamal y pelo de elote o de fibra de coco o yute o de palma tejida, en Perú, confeccionadas con fibras vegetales, las ucranianas, hechas de paja, las de Gujart, India, hechas con trapos, etc.

Rodríguez y Ketchum (1992), narran algunos de los juegos realizados en la época prehispánica y en especial de los aztecas, donde representaba un juego los sacrificios que ofrecían a sus dioses, aunque de ésta manera no se logre ver el juego y mucho menos la diversión, pues incluso algunos historiadores se han horrorizado por el derramamiento de sangre; al respecto existen algunos estudios -algunos indigenistas- partidarios de pensar que se trataba de acciones meramente simbólicas, sin llegar al sacrificio real de la "víctima" y luego entonces sí, ya se entiende el uso de la palabra juego.

Más tarde con la llegada de los españoles, los juegos cambiaron de los sacrificios y la tradicional pelota a juegos relacionados con cánticos y rondas de tipo religioso (cristiano), que no obstante la comunidad acomodaba a sus costumbres.

Y el desarrollo siguió su curso, y puede apreciarse con el surgimiento de la urbanización juegos sin privacia y otros con un juego solitario, lo importante es rescatar el justo medio.

A principios de siglo, los niños mexicanos, dejan de lado sus tradiciones y adaptan sus juegos a los de los extranjeros, llegan juguetes de alta tecnología; se importan lindas muñecas de porcelana con cuerpo de aserrín, ojos azules, pelo güero, nada en común con sus dueñas latinas, a las cuales solo se les permitía jugar un rato con ellas y después las madres las guardaban en el armario. Tiempo después llegan los muñecos de celuloide del Oriente, con brazos y piernas ensamblados y movibles, en diferentes tamaños pero sobre todo en miniatura, por lo que los padres los dejaban de adorno en casa, pues resultaron frágiles, perdieron pues, su calidad de juguetes.

Pero los fabricantes no tardaron en encontrar un material más resistente -el plástico-, se produjeron juguetes de todas formas, colores, tamaños, más resistentes y permitían todo tipo de ensamble. Y se desataron las modas, los niños quieren todos los juguetes que ven anunciar por televisión y los padres se sienten obligados a comprárselos para no perder status.

De tal forma que los juguetes y sus mensajes se convierten en una amenaza constante para las culturas locales por que se asimilan inconscientemente.

Y que paso con las muñecas, pues, las niñas vieron desaparecer sus muñecas de adorno, muñecas finas claro, y ahora llegan muñecas con una material que es lavable, resistente, llamado "piel mágica", el atractivo era que podían ser tratadas como bebés de verdad y se les podía bañar y cambiar pañal porque

lo mojaban y no se rompían.

Llegaron también los juguetes de cuerda que causaron furor y desbancaron a los de madera como : las cajitas de sorpresas, los boxeadores, los carritos y otros hechos de materiales naturales.

Pero resultaron muy frágiles para las manos de los niños y pronto fueron olvidados en los años sesenta y sustituidos por los juguetes electromecánicos que operan con pilas. Nuevamente las muñecas, cochecitos y las pistas de carrera accionados con pilas listos para moverse solos, las muñecas para hablar, caminar, cantar, etc. Con ellos empezaron a llegar juguetes con instructivos para accionarlos y en su mayoría en inglés, con lo cual el adulto se apropió de los juguetes y se llegó al extremo de prohibir su uso.

Sin embargo, aún existían niños que continuaban creando, jugando libres, ellos eran los niños de comunidades rurales o de bajos recursos económicos, los cuales no tuvieron acceso a juguetes de alta tecnología y sumamente caros y ello les benefició. Ya que mientras unos miraban girar al trompo de cuerda, mecanizado, otro afinaba su destreza motriz haciendo girar al trompo de madera.

Los niños de familias humildes jugaban con todo lo que encontraban, desde los huesos de chabacanos pintados de colores, corcholatas, cajas de madera simulando un teléfono, baleros hechos de botes, etc., etc.

"Naturalmente, sería necio sugerir que todos los juguetes producidos en serie son malos, o que los juguetes, por sí solos, son responsables de una perspectiva vital que no ofrece otros criterios que el brillo tecnológico. Ahí donde la tecnología se ha aliado con los valores humanos, ha mejorado enormemente las condiciones de vida de millones de personas". (Bettelheim, Bruno, 1971).

No obstante los juegos tradicionales son diferentes en su esencia a los que se enseñan de manera institucional, ya que los primeros son auténticos y permanecen por siglos, pero que hoy tienden a desaparecer.

Y actualmente a partir de los 80, llegó la era de la cibernética. Con ella los juegos de video, que por lo visto han sido asimilados sin ningún problema por estas nuevas generaciones y en donde los objetivos son desarrollar el poder de atención, la capacidad de decisiones, la memoria, el diseño de estrategias, la agilidad mental, el desarrollo del gusto estético, la precisión, la persistencia y la constancia.

En los adultos creo un miedo a la robotización, pero quizá, fue exagerado pensarlo, pues en la actualidad se desarrollan juegos donde pueden participar varias personas y eliminarse la individualización que marcaba en un principio el juego por computadora, con miras a crear nuevas alternativas para el juego y la creatividad.

Puede observarse la gama tan extensa sobre los tipos de juego y juguetes, lo cual no se abordará ahora, pero el lector puede consultar en caso de interesarle; las referencias de Rodríguez y Ketchum (1992) y Valdéz (1988), donde encontrarán las clasificaciones que ofrecen al respecto.

No obstante de ésta difícil tarea de clasificar a los juegos y juguetes que además es interminable, puede rescatarse para interés del tema, que más aún en el niño con P.C. reviste gran importancia el tipo de juguetes tradicionales o bien didácticos, ya que si en el niño sin limitación, le ayudan a desarrollar sus destrezas motrices, en el niño con P.C. es indudable la riqueza a nivel motor y creativo que los juguetes tradicionales o los elaborados por los padres, hermanos o los propios niños si se diera el caso, pueden proporcionarles.

Ahora bien, se ha revisado como se da el juego en un niño "normal", pero qué pasa con el juego del niño con limitación.

#### 4.4 IMPORTANCIA DE LA ACCION PARA EL DESARROLLO DEL JUEGO.

El movimiento ha sido desde las épocas más remotas un factor muy importante en la vida del ser humano mas aun de todo ser vivo, en las culturas griegas se consideraba de vital importancia incorporar a la educación de los niños actividades corporales como danza, mímica, pintura, teatro, gimnasia, etc. e incluso en la actualidad sigue cobrando importancia desde que el individuo se encuentra en el seno materno. No obstante la frase "Mente sana en cuerpo sano", refleja la relevancia de ese paralelismo de un cuerpo y una mente óptimas a través del movimiento.

Es por ello que al hablar de parálisis cerebral, se deba hablar del movimiento, pues recuérdese que la parálisis cerebral altera el movimiento. Y éste se encuentra presente en todo organismo tanto vegetal como animal, ya que aunque se observe en reposo aparente, se encuentran en movimiento todos aquellos sistemas que lo mantienen vivo como en la función vegetativa; el sistema cardíaco, respiratorio, circulatorio, etc. La vida es pues, movimiento y las conductas del individuo, reflejan la respuesta ante los estímulos externos.

Según Valdéz, 1988, el movimiento se compone de dos niveles principales:

- 1) El nivel sensorial, en el cual la información se recibe a través de los sentidos y llega a guardarse en la memoria como experiencias significativas.

- 2) El nivel motor (efector), donde el mecanismo efector traduce la respuesta a la información recibida.

Por tanto el movimiento es resultado de la integración de los anteriores niveles quedando como experiencia sensorio-motriz, lo cual ocurre en todo sistema nervioso por la activación de los efectores. Y es el caso, que si alguno de los dos niveles sufre alguna lesión a nivel de estructura nerviosa tanto sensorial como motor, ello afectaría al movimiento.

Ahora bien el término sensorio-motor hace referencia a la integración de procesos sensoriales o sensitivos y los motores, para realizar alguna actividad.

El término perceptivo-motor indica que los estímulos además de ser sentidos se han hecho conscientes; se han percibido y dado un significado.



El término psico-motor es utilizado para referir las actividades intelectuales (actividad psíquica) en el movimiento determinando sus cualidades.

Lo anterior tiene que ver, con que en la teoría piagetana no se consideran las actividades intelectuales (mente) separadas de las físicas (cuerpo), sino crean una unidad entre el movimiento y el pensamiento; interdependientes.

Se ha de iniciar con la revisión de la importancia del movimiento en el ser humano, ya que su desarrollo se encuentra íntimamente ligado con él, desde el momento mismo de la concepción, recuérdese que en el primer capítulo se hablo del desarrollo normal del niño, analizando las diferentes etapas por las que atraviesa, y durante las cuales va perfeccionando sus destrezas hasta realizar actividades con mayor habilidad.

En la obra de Piaget (1967 y 1981), cobra importancia el desarrollo tanto psíquico como físico desde el recién nacido hasta el adulto en que llega a convertirse, resaltando la importancia del aspecto afectivo, así como el equilibrio progresivo de menor a mayor grado. Para explicarlo, Piaget, plantea seis estadios en ese desarrollo intelectual y afectivo; el primer estadio va desde los reflejos, montajes hereditarios, y tendencias de nutrición hasta primeras emociones. Para un niño con limitación, el iniciar éste estadio o etapa, significa ya lidiar con su cuerpo, con sus sentidos y sentimientos. En primer lugar; sus reflejos se encuentran alterados por lo que ello llega a ocasionar problemas en la alimentación y nutrición (no existe succión, presentan protrusión de lengua, prensión exagerada en cavidad oral, debido al tono muscular, etc.) e incluso llegan a ser alimentados con sondas gastrointestinales en casos severos. El reflejo de prensión en manos se encuentra alterado dependiendo del tipo de parálisis cerebral, por lo que tomar un objeto es difícil, al igual que otros reflejos que se ven alterados y los cuales se mencionaron en el primer capítulo. Y en segundo lugar las primeras emociones se encuentran amenazadas, dado que pueden ser bebés hiper o hiposensibles, lo cual da como consecuencia que reaccionen de diferente manera ante los diversos estímulos ambientales o externos que un niño "normal". Por otra parte el nivel afectivo sobre todo con la madre puede ser mínimo o nulo (sin generalizar), ya que muchas de ellas reportan no poder acercarse al bebé refiriendo: "temo lastimarlo", "no se como tratarlo" y otras. Sin embargo, mucho se debe al proceso que viven, a la falta de aceptación de su hijo y a la falta de infor-

mación y orientación. Siguiendo con los estadios:

Cuando el niño adquiere la prensión de objetos y que más tarde será una manipulación, multiplica su poder de formar nuevos hábitos motores, en base al ciclo reflejo, pero no un ciclo repetitivo, sino que además incorpora nuevos elementos para conformar totalidades más amplias y diferenciadas; es éste el segundo estadio.

Aquí, la mayoría de niños con parálisis cerebral no logran la prensión sino hasta edades lejanas a las planteadas por los autores (Piaget y Le Bouch) y en ocasiones no lo hacen, por ello la importancia de la estimulación temprana; pues si bien, el bebé no puede presionar un objeto o seguirlo incluso por falta de atención o problemas visuales, puede ayudársele con aditamentos o móviles, entre otras sugerencias que le permitan el acceso al mundo exterior.

El tercer estadio; lo considera más importante para el desarrollo futuro, ya que llega la inteligencia práctica o sensorio-motriz, propiamente dicha, pues aunque se considera que la inteligencia existe antes que el lenguaje y el pensamiento interior, ahora se refiere a una manipulación de objetos sin utilizar palabras ni conceptos sino "esquemas de acción" como: querer alcanzar un objeto con un palo, lo cual lo realizan los niños hacia los 18 meses de edad, otro ejemplo precoz, es jalar una manta para alcanzar un objeto (hacia el final del año). En este estadio, se presenta una gran incógnita en relación con la inteligencia de las personas con limitación, y que plantea que se da en base a las experiencias motrices y después conforman esquemas de acción. Es difícil imaginar, bajo dicha perspectiva que luego entonces en una persona sin experiencia motriz o por lo menos con experiencia limitada, se encuentren inteligencia y esquemas de acción, aunque en realidad la dificultad posteriormente radique en llevarlos a la práctica motriz. Cabe hablar, entonces, de la plasticidad cerebral, si bien es cierto que en las personas con limitación se restringen las experiencias motrices, también es verdad que su inteligencia continua desarrollándose de alguna forma, no se sabe exactamente como, pero "algo" sucede que los estímulos externos llegan al cerebro y éste a su vez canaliza la información y responde aunque no sea mediante los efectores acostumbrados. Y es importante entonces resaltar, que si sucede, con poca o ninguna estimulación independientemente de la recibida por el medio ambiente, el esfuerzo porque reciban estimulación a una edad temprana y de

manera continua no será en vano, podrá entonces, mejorar su desarrollo integral.

Pero es al segundo estadio, al que corresponden una serie de sentimientos donde, el niño inicia a experimentar cierta afectividad pero a través de su propia actividad, comienza a descubrir lo agradable y desagradable, la alegría y la tristeza, el éxito y el fracaso, partiendo de la base de las actividades que realiza, ya que aun no diferencia su yo del mundo exterior, y por ello entra en una etapa de "egocentrismo" general.

Sin embargo, con el desarrollo de la inteligencia y la diferenciación del mundo exterior y el yo. El niño inicia un tercer nivel de la afectividad, pues ahora todos los sentimientos de tristeza y alegría, éxito o fracaso, etc. que antes se basaban en la acción misma, cobran importancia con la objetivación de los sentimientos, es decir; cuando ya no solo son atribuibles a la acción del sujeto, sino al mundo exterior como consecuencia y causalidad de otras posibles fuentes. Así, se da la elección del objeto, iniciando las simpatías y antipatías, inicialmente por medio de la madre, después por el padre y el resto de las personas más próximas a él.

Se da entonces inicio al cuarto estadio; donde cobra gran interés la aparición del lenguaje en la etapa de la primera infancia del niño que va de los dos años a los siete años de edad.

Gracias a la aparición del lenguaje, el niño puede ahora, comunicar sus experiencias pasadas y anticipar sus actos futuros, en forma de relato, ello tiene repercusión en tres aspectos esenciales del desarrollo mental: primero existe un intercambio entre individuos, se inicia la socialización, se da una interiorización de la palabra y con ello la aparición del pensamiento propiamente dicho y sobre todo una interiorización de la acción como tal.

Con el lenguaje se modifican tres aspectos que son: la socialización, el pensamiento y la intuición, teniendo cada una repercusiones de índole afectivo.

Y ahora se inicia el pensamiento bajo la influencia del lenguaje y la socialización, encontrándose dos etapas en las que el niño va conformando su pensamiento; primero, se da un pensamiento solo por incorporación o asimilación, donde sigue presente el egocentrismo y por tanto queda fuera la objetividad y en la segunda etapa se integra la realidad y a los demás preparándolo así para el pensamiento lógico.

En cuanto a la vida afectiva, refiere Piaget, que no existe proceso cognitivo ni afectivo puro, siempre van acompañados hasta de otros procesos como el interés del individuo hacia ciertas actividades lo cual lo estimula y motiva a permanecer o continuar en aquellas. Pero se liga íntimamente al interés, un sistema de valores que rige otro sistema de regulación interna y que mantiene en equilibrio al yo.

He aquí otro gran problema para las personas con P.C.; la comunicación verbal, pues en un alto porcentaje su comunicación verbal es difícil o no llega a desarrollarse, pero ello no quiere decir que no se de un pensamiento y una interiorización de la palabra. Como se decía anteriormente el desarrollo de la inteligencia en estas personas continua y con ellos los diferentes procesos que le acompañan como conformar su pensamiento sólo por incorporación; tomando del medio ambiente y personas circundantes, iniciando por sus padres, la interrelación que se da bajo ordenes y consignas que el niño lleva a cabo y acepta por respeto al adulto, además existen los monólogos que en él, pueden permanecer durante largo tiempo, dependiendo que tan pronto pueda encontrarse una forma de comunicación de acuerdo a sus necesidades, para que pueda expresar ese pensamiento interno. Cabe señalar que muchos chicos con P.C. son considerados deficientes mentales, solo por sus características físicas y se les llega a encontrar en instituciones de deficientes mentales.

Es realmente asombroso como dentro de ese cuerpo con grandes dificultades para moverse exista un cúmulo de ideas sin expresar.

Por otra parte su socialización que debería darse a partir del lenguaje, se limita en primer lugar por el proceso que vive su familia y de ello dependerá que tanto mantenga relaciones con otros niños de su edad y en general con otras personas. A veces su relación solo es con los adultos más cercanos a ellos e incluso en ocasiones solo con los padres.

Todos los procesos cognitivos y más aún los motrices no son tan sencillos, influyen grandes limitaciones al respecto, a las que se enfrentan los niños con limitación y que se presentan como un reto para los profesionales en la rehabilitación, sin contar con las alteraciones asociadas a la P.C., como problemas visuales o de percepción, auditivas y otras.

En el aspecto afectivo que no va desligado del cognitivo, se puede observar problemas en la autovaloración, pues se enfrentan a sus frecuentes fracasos sobre todo motrices y ello causa frustración, además de no cumplir con las expectativas

paternas respecto a su desarrollo y por tanto defraudan a los padres.

El quinto estadio es el de las operaciones intelectuales concretas (aparición lógica), y de los sentimientos morales y sociales de cooperación en un período que va de los siete a los once o doce años. Y finalmente el sexto estadio que involucra las operaciones intelectuales abstractas, de la formación de la personalidad y de la inserción afectiva e intelectual en la sociedad de los adultos y adolescencia. Finalmente debe resaltarse que las edades cronológicas de acuerdo a los estadios de Piaget, pueden observarse o no en éstos niños, ello dependerá del apoyo y estimulación brindada durante su desarrollo por parte de su familia y profesionales en su rehabilitación. No obstante tarde o temprano las operaciones intelectuales lógicas aparecerán, ello se evidencia cuando el niño inicia su lectura y en algunos casos su escritura, hablando del desarrollo de los procesos cognitivos pese a prescindir de experiencias motrices.

De hecho los adultos con P.C. poseen al igual que cualquier otro, capacidad intelectual abstracta y personalidad propia.

En la revisión de manera general a la obra de Piaget, se observa la importancia que adquieren las primeras etapas para conformar estructuras más elaboradas en el futuro del niño, lo cual cobrará importancia en el desarrollo de la terapia de juego.

No obstante la revisión del enfoque de Le Boulch, 1985, analiza el desarrollo del niño también por etapas y refiere aspectos esenciales durante el mismo. Y aunque se basa en la teoría piagetana, resalta aspectos que clarifican dicho enfoque y en donde refiere etapas de Discriminación Perceptiva y de gran interés, por lo que se sugiere al lector remitirse a la referencia.

Por tales razones en el niño con P.C. es recomendable a nivel de educación, estimularlo para adquirir la noción de su propio cuerpo lo mejor posible, iniciarlo en actividades de sensopercepción y ejercicios que le permitan visualizar una relación entre el nombre de la parte del cuerpo y la acción que realiza (p.e. lanzar una pelota), ya que si solo se le repiten los nombres de las partes del cuerpo, solo las memorizará, no se logrará una real interiorización.

"Mediante el juego de la actividad perceptiva, que impone un desplazamiento de la atención del "cuerpo propio" al "mundo exterior" y viceversa, la experiencia interior y la experiencia

exterior se distinguirán por primera vez." (Le Boulch, 1985).

De esta manera, el desarrollo de todo individuo refleja la importancia del movimiento para todo tipo de acción, se encuentra implícito en la vida misma del sujeto. Desde muy temprano aprende actividades de asir y manipular, que dependen inicialmente de patrones innatos (reflejos). Posteriormente aprende a comer, vestirse, guardar el equilibrio, brincar, correr, lanzar, todas esas habilidades que forman parte de su vida cotidiana y una vez aprendidas y dominadas las destrezas psicomotoras, su atención se desplazará a actividades de tipo intelectual y las aplicará en el juego, la lectura, escritura, canto, etc. No obstante sigue perfeccionando y aprendiendo a dominar o controlar su cuerpo y por consiguiente sus acciones. Pero en todo ese aprendizaje, en ese desarrollo del niño, ya descrito, queda implícita la manera en como se lleva a cabo la acción desde el bebé que se encuentra en su cuna y que con movimientos torpes e incoordinados inicia a manipular objetos o seguirlos con la mirada, dicha forma de aprender es el Juego, mediante el cual el niño acciona su cuerpo, su mente y vive.

Así como la vida de un adulto dependería de su trabajo, la vida de un niño depende del juego, que además le proporciona experiencias que le permitirán crecer y sobrevivir en su futuro.

#### 4.5 EL JUEGO EN EL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL.

El juego para el niño con parálisis cerebral tiene la misma importancia que para un niño sin limitación, sin embargo, las dificultades en sus movimientos, equilibrio, coordinación psicomotriz, así como los problemas auditivos y visuales que se le agregan dificultan el desarrollo del juego y requieren de ayuda directa de otra persona (llámese terapeuta, padre, madre, maestra, etc.).

Para que los niños puedan tener un mayor desempeño en el juego, se pueden tomar en cuenta las siguientes consideraciones principales:

1) En los niños con P. C. es importante cuidar su postura, pues debe mantenerse de manera tal que no inhíba la libertad de sus manos para poder manipular, no debe, aunque su equilibrio lo permita mantenerse mucho tiempo sentado, pues ello impedirá que descubra nuevas formas de juego y lo mantendrá pasivo, además la correcta postura deberá permitir su mejor equilibrio y percepción viso-motriz. Además el niño no debe permanecer más de 20 minutos en una sola posición, tal vez sea necesario cambiarlo de postura para que logre mejor manipulación de los objetos o mejor equilibrio o necesite de algún sostén por ejemplo, o bien de auxiliares como rodillo o cuña para ayudarle a liberar sus brazos y mantener el equilibrio.

Cabe señalar que dichos cuidados son indispensables en el niño, porque dada la desorganización motriz a nivel de corteza cerebral, es importante que la persona encargada del desarrollo del niño aprenda a organizarlo de manera externa; es decir: si su desorganización afecta la correcta postura de brazos de manera simétrica, por ejemplo, en lugar de ello encontramos rotaciones internas de brazos y piernas, será necesario tratar en la medida de lo posible en todas sus actividades proporcionar una postura adecuada auxiliándonos de material o férulas que corrijan en cierta medida la posición. Es por ello que incluso en el juego debe buscarse la manera de "organizarlo" para que mantenga una postura relajada y benéfica para él.

2) Para que el niño pueda jugar con sus manos debe mantener un equilibrio de su cabeza. Si se le colocará un juguete frente a un niño sin control en cabeza y manos, no daría ningún resultado favorable.

3) En el caso de los niños con deficiente coordinación en

brazos, manos y dedos, no pueden manipular a libre voluntad los objetos o juguetes, en tal caso es necesario hacer adaptaciones en el hogar, por ejemplo si es un niño pequeño deberán atarse a una cinta o listón sus juguetes y a su vez colgarlos de su cuna, andadera o carrito y si es mayor, deberán colocarse en una barra incrustada en la pared o bien crear repisas donde el niño pueda alcanzarlos y asirlos con facilidad.

4) Para los niños que inician a diferenciar, formas, tamaños o colores pero que se les dificulta asir, puede servir un tablero magnético que le permita en cualquier posición (vertical, horizontal) asir los objetos o moverlos con facilidad, siendo de una gran variedad de tamaños, colores y formas.

Para fines de aprendizaje debe recordarse que no se debe pasar de un color a otro o de una forma a otra, etc. si antes no queda establecido el primer aprendizaje de esta manera podrán obtenerse mayores adelantos.

5) Existen niños a los que, les llama la atención armar rompecabezas, para ellos debe seleccionarse rompecabezas sencillos, con un fondo claro, pues existen deficiencias en la percepción que ocasiona disturbios en la conformación de las piezas, por lo que la figura no debe ser tan detallada.

6) Otro factor que no se debe perder de vista es el desinterés de un niño por el juego, pues esto es un impedimento para que el niño aprenda jugando. Para tal caso es importante buscar el interés de él, por ejemplo; colocando encima de él un juguete para que trate de quitárselo o sentarlo sobre un juguete y el logre cambiar de posición, que descubra nuevas formas de interacción con su medio y en este caso con sus juguetes. Buscar juguetes llamativos de colores, pueden ser incluso elaborados por los mismos padres o terapeutas; como un payaso de papel crepé de 2 m. de altura con papeles de colores, un ruidoso robot de corcholatas y botes de lata, etc. O bien guardar juguetes que no vea durante buen tiempo y dárselos nuevamente, cambiarle de ambientes que mantengan su sorpresa y atención.

7) Es importante no olvidar que un juego muy fácil o muy difícil aburrirá al niño y abandonará el juego evitando la posibilidad de aprender, liberar tensiones y/o confrontar mediante la fantasía y el juego su realidad.

8) En el caso de los niños que fácilmente se distraen y no son capaces de atender unos segundos, es importante dar a elegir entre dos juguetes y después guardar el no electo, para entonces solo lugar con aquel, evitar tener más juguetes alrededor u obje-



tos que distraigan al niño, así como la entrada y salida continúa de personas del cuarto, manteniéndolo libre de distracciones mientras juega. Intentar con maquillaje en la cara un antifaz de ratón, payaso, etc. para el adulto y luego en el niño, auxiliándose de un espejo.

9) El juego puede ayudar al niño con P. C. a conocer el mundo que lo rodea y su realidad, por tanto es necesario utilizar elementos que permitan jugar y aprender los medios de transporte, por ejemplo, las partes de su cuerpo, la familia, la escuela, sonidos de animales y ambientales, diferenciar texturas, temperaturas, olores, sabores. Facilitar sus destrezas motrices a través de la elaboración de juguetes sencillos como una pelota de papel.

10) Los juguetes deben ser sencillos de manejar, a veces puede acondicionarse el juguete de tal manera que pueda ser manejado solo por el niño o tratar de que al menor movimiento el juguete sea accionado, haciendo sentir al niño un logro más, se debe estimularlo para que lo intente una y otra vez hasta lograrlo sin intervención de otra persona. Los niños utilizan objetos simples y caseros y les ayuda a desarrollar su creatividad, en tanto que los juguetes costosos que le compran o regalan les anulan su capacidad de crear e incluso proporcionan experiencias frustrantes por su complicado manejo. Además el niño debe entender el porque de la elección de tal o cual juguete es decir; la razón por la que se eligió puede que además de ayudarlo, le permita desarrollar cierta habilidad que de otra forma le habría sido muy difícil lograr. Al aprender un nuevo juego debe primero el adulto explicar como se realiza o se usa el juguete, ya que incluso en niños normales puede ser difícil la comprensión, luego entonces, en los niños con limitación deben tomarse estas precauciones.

11) Siempre es necesario, tratar de que el niño se involucre directamente con el juego y/o juguete, pues de ésta manera aprenderá y logrará avances. Al iniciar el juego el adulto puede participar para enseñarle, pero después se le debe dejar cometer sus propios errores, razonarlos y experimentar nuevamente.

12) Otro aspecto importante es saber esperar, dar un tiempo amplio para que el niño emita su respuesta, pues en ocasiones los adultos insisten una y otra vez en la explicación, esperando una respuesta inmediata y por tanto es frustrante para un niño que a pesar de haber entendido, requiera tiempo para su participación.

En caso de observar que el niño tiende a imitar al adulto, éste debe repetir el procedimiento y dejar notar al niño que es su turno; de lo que se trata es que el niño tenga una participación activa y no pasiva en el juego.

13) Cabe señalar que entre mayor sea la limitación del niño, requerirá mayor tiempo de espera para la ejecución del juego, la prisa o repetición apresurada pueden llevarlo a desanimarse y desertar. De igual manera es importante no subestimar las características de la limitación, pueden existir diversas formas de participación en un juego y lograr integrar a un chico demasiado limitado; por ejemplo al jugar a esconder un objeto y tratar de buscarlo y encontrarlo para recibir un premio, los niños con limitaciones leves podrán desplazarse para la búsqueda, mientras los niños con limitaciones severas ( que solo se encuentran sentados) podrán participar escondiendo el objeto.

En la escuela se trata de jugar, para que el niño aprenda las habilidades que en cada grupo les son indispensables para obtener logros cognitivos y de desarrollo motriz. Se realizan juegos por ejemplo para ayudarlos a tener nociones espaciales de: arriba, abajo, adelante, atrás, siempre partiendo de la acción que realiza el propio niño, para que así pueda desplazarlo al plano abstracto posteriormente. Este juego se realiza con pelotas, globos y otros objetos. (Anexos III a X).

En niños más limitados se requiere por ejemplo: con niños de movilización que no mantienen la atención y carecen de movimientos, atraer su atención con confeti, que la maestra manipule de acuerdo a su creatividad, así como también puede utilizarse en actividades de sensopercepción (en manos y pies). (Ver Anexos XI y XII).

Cabe señalar que así como en APAC, se utiliza mucho el juego para la rehabilitación integral del niño, de igual manera es utilizado en diversas instituciones de educación especial e incluso dedicadas sólo a personas con una sola limitación, como es el caso de la parálisis cerebral. Sin embargo, en las instituciones privadas en el D.F., incluyendo APAC, que es una de las más prestigiadas y única en su género, no se lleva a cabo una terapia de juego específica de cualquier enfoque a nivel individual; que sería muy complicado de acuerdo al número de alumnos, pero tampoco grupal que sería una mejor opción. Está afirmación se hace en base a una pequeña investigación en instituciones particulares y por la colaboración dentro de APAC, sin embargo, no todo finaliza ahí, pues otro problema alarmante

es el personal que labora en estas instituciones (psicólogos), quienes no conocen éste tipo de terapia (terapia de juego), no obstante, no se trata de menospreciar el trabajo que realizan dentro de las diferentes instituciones que laboran, pues el trabajo con personas limitadas no es fácil y no cualquiera lo realiza, en cuyo caso su trabajo será valioso para los chicos con limitaciones. Se trata pues de realzar la importancia de la Terapia de Juego como una opción dentro de la rehabilitación, que permita abrir horizontes para brindar una mejor atención a estos niños y a su vez sea una alternativa de desarrollo y superación personal y profesional.

No obstante el ingenio y creatividad son inagotables, y con ellos habrá que agotar mil formas de juego con diversas adaptaciones para lograr la participación de los niños con diferentes limitaciones.

**CAPITULO V**

**ENFOQUES REPRESENTATIVOS SOBRE LA TERAPIA DE JUEGO.**

## 5.1 La Psicoterapia .

Antes de revisar los diferentes enfoques sobre la terapia de juego, es importante exponer el panorama de la psicoterapia en general.

En la obra de Singer (1969), se muestran las raíces históricas y filosóficas en lo que a psicoterapia se refiere, de la cual puede extraerse que la búsqueda de bienestar y mejoramiento del hombre no es reciente ni en la psicología contemporánea ni en otros campos como medicina, valores morales, etc. En esa búsqueda de mantenimiento óptimo del ser humano, el bienestar emocional es un cuestión de interés. Menciona que en la mayoría de las escuelas de psicoterapia que pretenden ser fieles a lo que se llama "psicología dinámica", mantienen que el centro de los conflictos emocionales es la falta o evitación del autoconocimiento y por otra parte el contacto con las propias actitudes (basadas en los valores es imperativo aun y cuando provoque malestar). La contraparte son otras escuelas que difieren en cuanto a las finalidades básicas y condiciones de existencia del ser humano, luego refieren la hipótesis de Freud de la reducción de la excitación (principio del placer) como la diferencia básica de la hipótesis de la autorrealización.

Y concluye Singer, que "el proceso terapéutico dependerá de lo que el terapeuta considere como la meta última del ser humano. Y que deberán revisarse datos empíricos respecto a las dos posiciones opuestas antes de definir el bienestar emocional - o buen vivir- y solo así podrá intentarse presentar los propósitos y metas de la psicoterapia."

Wolberg se dio a la tarea de definir la Psicoterapia como el tratamiento por medio psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona deliberadamente entrenada establece una relación profesional con el paciente, con el objeto de 1) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, 2) mediar en patrones trastornados de conducta y 3)promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

Al analizar esa definición puede deducirse que no importa la forma de tratamiento, seguirá el curso pese a los términos que se utilicen para especificar lo que sucede en el curso del tratamiento, lo cierto es que no deja de tener una naturaleza terapéutica.

En cuanto a los medios psicológicos cubre un amplio espectro de los métodos psicológicos de tratamiento con excepción de terapias somáticas como drogas, terapia convulsiva, cirugía, etc.

pues aunque terapéuticas en sus efectos no son formas de psicoterapia propiamente dicha.

Aunque enmarca a problemas emocionales, estos son diversos, por lo cual afecta cada faceta del funcionamiento humano, tratando así la totalidad del ser mismo. De igual manera el tratante deberá tener experiencia mediante entrenamiento y estudio. Dado que la relación profesional es con objetivos precisos. Wolberg define que mientras esta relación persista no debe descartarse la palabra paciente, preferentemente que la palabra cliente.

Además la meta principal es eliminar síntomas existentes o bien el sufrimiento de la persona o bien modificarlos en el caso de que otras circunstancias influyan, tales como la motivación inadecuada, limitaciones de tiempo, medios económicos del paciente, etc.

Por otra parte existen afecciones que su curso es irremediable como esquizofrenias fulminantes, donde la intervención solo retardará lo inevitable. Finalmente se ha reconocido la efectividad de la psicoterapia en las relaciones maritales, sociales, educacionales y actualmente se observa la eliminación de los síntomas, pero además y junto con ello la corrección de patrones y relaciones interpersonales perturbadas. Y algo sumamente importante el propósito de promover el crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad, esto es; por un lado trata problemas de inmadurez de la persona catalogada como "anormal" y por otro, con dificultades en el crecimiento inhibido, antes inaccesibles al tratamiento. Primero se trata de resolver por bloques en el desarrollo psicosocial, para que el individuo aspire a una autorrealización creativa más completa, con actitudes productivas hacia la vida y con relaciones gratificantes con la gente que le rodea.

Existen diversos enfoques respecto a psicoterapia, de hecho algunos contradictorios y confusos como lo son los términos de psicoterapia y psicoanálisis, que se utilizan como uno solo, es decir solo es psicoterapia si es psicoanalítica. Lo cierto es que las investigaciones y aportaciones aún no terminan, cada día se agregan observaciones a los diferentes enfoques sobre terapia de juego, muchos expertos en la materia, opinan que es necesario reportar los hallazgos de la aplicación a grupos específicos de población para ayudar a clarificar el desarrollo y eficacia de la terapia de juego. No obstante, puede decirse que el presente trabajo sólo forma parte de una continuación, para incluir esos

datos a nivel de investigación de campo propiamente dicha, donde los aspectos que aquí se resaltan, puedan ser esclarecidos en la práctica. Más aún, puedan ampliarse los datos o reportes sobre la terapia de juego en niños con parálisis cerebral, pues concretamente no existe mucha información al respecto.

Retomando el punto de la psicoterapia de juego en general, todos los enfoques convergen en objetivos precisos para facilitar al paciente su autorrealización y autocomprensión.

Bajo los anteriores preceptos se han regido los diferentes enfoques con sus respectivas características individuales, similitudes comunes y divergencias; las cuales se abordarán a manera de revisión general y con mayor énfasis en la terapia humanista que es la de interés particular, pues se identifica con la definición de Reisman en cuanto a la consideración como psicoterapia; manteniendo la comunicación de una comprensión de la persona, respetándola como tal y el deseo de ser de ayuda para que realice cambios por sí misma.

Además su eficacia abarca un amplio rango de problemáticas e incluye para profesionales o a la familia como terapeutas con valiosos resultados.

### 5.1.1 Origen de la Terapia de Juego.

La Terapia de Juego nace a raíz del intento de aplicación del psicoanálisis a los niños. Dado que muchas veces los niños se negaban a hacer la asociación libre, Anna Freud modificó la técnica con los niños, e inicio a jugar con ellos para que la tomaran como una aliada poderosa y de esa forma conocer mejor al niño logrando que manifestase sus sentimientos. En este sentido el juego era una etapa preliminar preparatoria para lo que posteriormente sería la auténtica terapia.

Melanie Klein por su parte y dentro del enfoque psicoanalítico tradicional, intento la aplicación con niños mediante el juego, pues su creencia radicaba en que éste era determinante en las emociones del niño como lo era la asociación libre en los adultos, y por tanto lo que hacía era interpretar el juego y las verbalizaciones del niño.

Pero aún entre ambas se encuentran diferencias que Anna Freud delinea de acuerdo al trabajo analítico del niño.

El enfoque de Anna Freud, también conocido como "Escuela de Viena", en sus inicios se hablo del juego sólo de paso, pero Freud, se refiere al juego como recurso y medio para promover la verbalización del niño, como un verdadero análisis en período de latencia. Recomendaba tratamiento únicamente a un grupo restringido de niños y daba más importancia a la familia que Klein, así como al papel educativo del terapeuta. Presta mayor atención a las defensas del yo, y el niño es más participativo.

Para Freud, el juego es una fuente de indicios hacia la vida interior del niño, pero enfatiza la conveniencia de ocultar la interpretación hasta que él, obtenga accesos a sus experiencias traumáticas únicas y específicas, mediante el manejo sistemático de sus resistencias.

El enfoque de Klein, también conocido como "Escuela Inglesa o Escuela Berlín/Londres, concebía al juego equiparable a las "asociaciones libres" del adulto. Por ello las actividades del juego eran el dato principal sobre el que se basan las interpretaciones, lo que es más el juego infantil se tradujo como el lenguaje inconsciente, generalmente dentro del marco de configuración de transferencia. Un ejemplo clásico de Klein es el del niño de tres años y medio que empezó su sesión golpeando dos carros juntos, se eligió para decir que el niño pensaba en el coito sexual de sus padres.



El enfoque kleniano no tuvo aceptación en los Estados Unidos pues no encajaba con los datos y maduración en el desarrollo infantil; sin embargo continua su popularidad en la Gran Bretaña. Además el método de Klein no sólo utiliza el juego como medio para promover la relación y una futura comunicación en el tratamiento, sino como un fin por sí mismo. La razón se encuentra en la población que atendía, ya que regularmente trataba a niños muy pequeños, en edades que fluctuaban entre dos años y medio a tres, en tanto la Escuela de Viena, trataba con niños mayores, en los que su lenguaje estuviera establecido para utilizar sus habilidades verbales y cognitivas.

La influencia del enfoque analítico de Anna Freud ha sido predominante en los E.U.A.

Para finalizar puede considerarse que, a raíz del enfoque psicoanalítico, se desarrollaron otros enfoques con rapidez, diferentes al análisis y con numerosos seguidores como: Frederick Allen y los teóricos de relación, David Levy y los teóricos estructurales, así como Virginia Axline y los teóricos de la terapia centrada en el cliente (o no directiva). Todos surgidos por los años treinta y cuarenta.

Y pese a que las terapias de Freud y Klein con enfoque psicoanalítico no pueden considerarse como terapias de juego propiamente dichas, son el prelude para lo que hoy se realiza y continúa especializándose.

### 5.1.2 TERAPIA DE JUEGO FAMILIAR.

Está es una técnica ecléctica combina elementos de las terapias de juego y familiar con los métodos de educación para adultos. En la terapia se incluye un terapeuta, una situación planeada de juego, al padre (s) y niño (s).

A través de la historia, los terapeutas trabajaron principalmente con niños, pero algunos como Axline (1947) y Moustakas (1953), permitían que los padres estuvieran presentes en el cuarto de juego, pero en forma pasiva. Durante la evolución de la técnica, en la elección de materiales y al alternar los papeles directivos y no directivos, los terapeutas mantenían la leyenda "sólo para niños", lo cual es premisa fundamental en la mayor parte de los encuentros de terapia de juego. Cuando se trata con padres solo se les hace partícipes de formas de tratamiento secundarias como asesoría individual o matrimonial.

Debido a que los niños forman parte de un sistema familiar, los terapeutas han incluido a familias enteras en sus sesiones. Sin embargo, autores como Bell (1961), justifica el hecho de excluir niños menores de 9 años en las sesiones, por considerarlos no hábiles verbalmente para participar en la terapia familiar. Aunque recientemente se han creado técnicas para incluir a los más pequeños (Villeneuve 1979 y Ziegler 1980). Las técnicas como la de Entrevista Familiar de Títeres creada por Irwin y Malloy (1975) y la Escultura Familiar por Simon (1972), involucran a las familias en la situación de juego y han demostrado notable éxito.

Sin embargo, hasta este punto la técnica de juego se consideró subordinada a la terapia individual tradicional y es utilizada como auxiliar secundario en la evaluación terapéutica de los problemas familiares proporcionando "insight" como base para posterior discusión en la terapia de juego.

No obstante, no existe un papel que los padres deben ejercer sobre el tratamiento del niño, ni tampoco se establece el papel del terapeuta frente a los padres. Algunos puntos de vista señalan que 1) los padres son adultos responsables y confiables, que proporcionan información verídica de su hijo y por tanto pueden llevar a la práctica recomendaciones y sugerencias; 2) o bien; que los padres también se encuentran alterados por la problemática de su hijo y en cuyo caso sería recomendable una

psicoterapia individual, para evitar que saboteen o frustren el tratamiento y perpetúen la patología, 3) éste punto mantiene que los padres constituyen un grupo heterogéneo cuyos puntos fuertes y débiles varían pero no por ello dejan de interesarse para obtener ayuda para sus hijos. Al respecto no debe descartarse el hecho de que en algunos casos éste interés sea insignificante o secundario a miedos y preocupaciones, por lo que el terapeuta deberá evaluar a que grado puede contar con la participación de los padres.

En ocasiones la evaluación revela que los padres necesitan una psicoterapia, en cuyo caso el centro donde se atiende el niño puede proporcionarla o bien canalizarlos, igualmente pueden ser atendidos por el mismo terapeuta o no. Regularmente se considera que el remitir a los padres a otro centro es mejor.

Alfred Adler, en sus escritos de los años treinta, señalo algunas recomendaciones en el trabajo con padres : 1) tener presente que no se debe reprochar o censurar a los padres por la patología del niño; 2) no olvidar que los padres no son enteramente responsables de la conducta del niño; 3) evitar hacer hincapié en lo que los padres hacen mal y concentrarse en lo que podrían hacer que fuera constructivo y de ayuda; 4) conseguir la cooperación de los padres a pesar de sus imperfecciones, y 5) evitar ser autoritarios al proporcionar consejos o recomendaciones mediante la utilización de expresiones como "quizás" o "puede ser" (Anshacher y Anshacher, 1956). En la actualidad la mayor parte de los terapeutas están de acuerdo con esas directrices.

La tarea del terapeuta es básicamente buscar una alianza con los padres, para establecer la naturaleza del problema y buscar los modos alternativos de enfrentarse a él. El terapeuta deberá ayudar a mejorar sus habilidades de educadores.

En la Terapia Familiar, el terapeuta, se encuentra en una posición óptima para ser un modelo apropiado; demostrando nuevas formas de comunicación e interacción y facilitando el aprendizaje de estas nuevas habilidades. El terapeuta está disponible para proporcionar reforzamiento inmediato y dar un apoyo objetivo, pero con interés. Los padres pasan de un papel pasivo y de malos padres, los cuales solo recibirían consejos y calificativos a ser padres activos y participativos.

Durante la terapia es necesario establecer objetivos específicos y contratos que terminen en un período determinado, pues ello permite alcanzar logros significativos que permitan la

retroalimentación y motivación necesarias para continuar.

La terapia de juego familiar es flexible, por tanto no se somete a una técnica específica que pueda ir o no de acuerdo a una familia en particular y sus problemas. Está diseñada para ser un método conjunto y usarse a criterio del terapeuta.

Y aunque se ha reconocido la importancia de la familia en el desarrollo y mantenimiento de la patología infantil, cuando no ignorado el papel de la familia, ya en el capítulo II, se reviso los aspectos relevantes de la familia y el discapacitado, de lo cual podrá el lector obtener sus propias conclusiones respecto a la magnitud de la influencia de la familia.

No obstante, existen situaciones en las cuales no se aconseja la terapia familiar, como en los casos de divorcio o separación; donde no existe deseo de reconciliación (Ackerman, 1966)', o cuando uno o mas miembros no esta disponible a participar (Clarkin, Frances y Moodie, 1979)'. Otros factores son los prejuicios familiares contrarios a la intervención psicológica (Ackerman, 1966)', la falta de confianza hacia el terapeuta familiar (Clarín y col., 1979; Scherz, 1962)', la insistencia por parte de la familia de conservar su intimidad (Ackerman, 1966; Korchin, 1976)', o cuando pudiera verse afectado la individuación de alguno de sus miembros (Glick y Kessler, 1979)'.  
'

De todas formas la terapia de Juego familiar es una técnica altamente práctica, de corto plazo, flexible y para evitar que las familias se encuentren en fracasos recurrentes y temores respecto al cambio.

En todo caso no es posible ampliar la panorámica y sobre todo detallarla por lo que, el lector interesado en la complejidad de evaluación y del aconsejamiento a los padres para apoyar el tratamiento del niño puede consultar la bibliografía citada (y además a Kessler (1966), Reisman (1973), Moustakas (1959) y Smirnoff (1968))'.

'Tomados de Schaefer y O'Connor, 1988.

### 5.1.3 TERAPIA DE JUEGO RAZONABLE.

Se basa en la igualdad de trato a los niños y es probable que aquellos con problema no hallan tenido dicha experiencia.

Su principal propósito de ésta corriente es crear las condiciones en las que los niños aprendan formas, proporcionalmente adaptativas de resolver dificultades y establecer relaciones interpersonales. Por lo que el terapeuta participa activamente en el juego, algunas veces conduciéndolo y otras siguiéndolo a bien asumiendo un papel pasivo de observador/interprete.

La Terapia de Juego Razonable difiere de los enfoques tradicionales; donde el terapeuta es más activo y hace peticiones específicas de conducta aceptable al niño.

Esta terapia tiene múltiples raíces, según Crocker Peoples en la obra de Shaefer y O'Connor (1988) menciona su afinidad con las teorías rogeriana y de Axlina. Sin embargo no siempre era fácil atender a algún niño bajo esos preceptos, y entonces decidió que el terapeuta debería ser más directivo.

De tal forma que la Terapia de Juego Razonable mezcla las ideas de Abraham Maslow, R.W. White, Sigmund Freud, B.F. Skinner, Albert Bandura, entre los más sobresalientes. William Glasser (1965), y Robert Genthner (1976) proporcionan el marco de referencia para planear la dirección de la terapia.

Dentro de las consideraciones se encuentran: 1) detectar las necesidades en el niño que han sido frustradas, 2) tratar de determinar que patrones defectuosos de aprendizaje desarrolló, 3) descubrir la razón que mantiene los hábitos inadaptativos, 4) considerar si el resto de la familia deben tratarse, ya que no tiene caso que obtenga una conducta adaptativa sólo durante la terapia y fuera de ella la pierda, 5) para "formular el caso", no solo es necesario detectar que impedimentos tuvo el desarrollo natural del niño, sino también debe elaborarse un plan de intervención, y las posiciones teóricas al respecto son pobres por lo que Genthner y Glasser podrán ser una buena guía para quienes les interese este tipo de terapia de juego.

Para esbozar sus propuestas puede decirse que Robert W. Genthner, escribió artículos sobre la responsabilidad personal y su lugar en la vida adaptativa y a pesar de que su trabajo es con adultos es aplicable a los niños. Claro que debe ser, tomando en cuenta las diferencias en el desarrollo del ser humano para

determinar una responsabilidad, que en la terapia de juego tenga una aplicación directa en el mismo salón de juegos.

William Glasser, por su parte en su propuesta de la terapia de realidad, de igual forma cooperó con ideas aplicables a la Terapia de Juego Razonable y pese a tratar también la responsabilidad, lo hace de manera diferente a Genthner, ya que adiciona que cualquier persona puede satisfacer enteramente sus necesidades legítimas sin afectar o incluir en prerrogativas igualmente legítimas de otra persona.

No obstante, a éstas consideraciones se agregan otras de igual importancia como son las posiciones terapéuticas; como los derechos y prerrogativas del terapeuta. Es indispensable que no se menosprecien como personas. De tal forma que el concepto "honestidad terapéutica" abarca las implicaciones posteriores a que el terapeuta tiene derechos y deben respetarse y protegerse.

De igual forma el terapeuta además de comprender la posición del niño, una dirección deseable y los objetivos, debe de dirigir el juego cuando sea necesario, tratando de que éste sea productivo y no conformarse con la posición de observador y/o interpretador.

Ahora bien, en cuanto al material, se recomienda que el escenario en primer plano se encuentre diseñado y equipado para el juego, aunque puede aplicarse la Terapia en escenarios menos especializados. Los materiales necesarios son objetos sencillos y comunes de juego como : carros, muñecos, animales, etc., así como una caja de arena y un lavabo, pero se puede prescindir de ellos.

Un lugar determinado para almacenar los juguetes y materiales con el fin de conservarlos en orden. Debe tomarse en cuenta que el piso y las paredes sean lavables y tener a mano un equipo de limpieza dentro de la habitación.

Por otra parte se ha dicho poco, respecto a cuales niños son los idóneos para ésta terapia. Una mínima consideración es que el niño pueda someterse a los estímulos sociales y a los controles; es decir si un niño solo responde a choques eléctricos o a la aplicación de un reforzador positivo como un chocolate, probablemente no funcionará este tipo de terapia. Lo mismo sucede con un niño tan aislado que no le interese jugar. Luego entonces, un chico con Deficiencia Mental de moderada a profunda probablemente no es candidato ideal.

La mayoría de niños con problemas conductuales pueden ser candidatos siempre que respondan a estímulos sociales. Y en tanto

más perturbado esté el niño, más hábil y creativo deberá ser el terapeuta.

La Terapia de Juego Razonable es apropiada para cualquier niño con amplia gama de problemas conductuales. Debe ayudar a niños hostiles, aislados, manipuladores, ansiosos, fóbicos o que respondan de manera inadaptada a situaciones de tensión. También será necesario ver en conjunto o a la par a uno o ambos padres, en ocasiones en combinación con otro terapeuta, siempre que estén dispuestos. Cuando se toma la decisión de ver por separado a los padres, es con el fin de establecer nuevas formas de relación con el niño.

Dentro del trabajo en Terapia de Juego Razonable, es de llamar la atención, la posición del terapeuta, por ejemplo en el trabajo inicial donde al niño se le informa que será observado e incluso filmado, cuestión que señalan no causa distracción al niño, ya que se acostumbra al ruido y movimiento de la cámara, no influyendo en el desarrollo de juego. Además señalan que en esto no tiene opinión el niño, pero que el terapeuta se encuentra obligado a utilizar todas las anotaciones de manera ética. Lo peculiar es que desde un punto de vista particular, no se toma en cuenta la autonomía moral del niño y solo se le informa, cuando se le debería solicitar autorización, ya que viola su intimidad y no se le otorga un valor de persona. Específicamente en niños con P.C., esta acción va en contra de su privacidad y afecta su autoestima, por ello la regla es siempre solicitarles autorización. En cuanto a la Terapia de Juego Razonable, particularmente parece que ofrece la igualdad entre niños "sanos", psíquicamente por lo menos y niños con alguna problemática, pero esta igualdad no se da entre o como seres humanos incluyendo al terapeuta.

Finalmente la Terapia ofrece contribuciones únicas para trabajar con niños con problemas y las diferencias con la terapia tradicional, pueden tacharse de relativamente modestas aunque, el impacto total puede ser considerable, breve y eficaz para los casos mencionados.

#### 5.1.4 TERAPIA DE JUEGO DE RELACION.

Conocida también como "Escuela de Filadelfia", basada en la teoría psicoanalítica de Otto Rank, mas o menos al mismo tiempo que las técnicas de Melanie Klein y Anna Freud, desarrolladas todas a partir de la filosofía psicoanalítica de Sigmund Freud. El término Terapia de Relación, fue acuñado por John Levy en 1938, y adoptado por Allen (1942) y Moustakas (1953, 1954), a los estudios exploratorios que sobre el proceso y los procedimientos llevó a cabo Jessie Taft (1933).

Este último publicó en Estados Unidos el primer libro sobre psicoterapia infantil y Allen (1942) el segundo. En ambos se nota la influencia de Rank, en el sentido de que todas las personas sufren el trauma del nacimiento que les deja con un temor permanente a la "individuación". Por lo que se descartaba en psicoterapia la necesidad de descubrir e interpretar el pasado. Cediendo lugar a la situación actual y a la relación del paciente con el terapeuta, pero no desde la perspectiva de la transferencia de las figuras parentales, sino como experiencia nueva.

"No desea un padre o una madre, sino alguien que le permita finalmente, encontrarse a sí mismo lejos de las identificaciones con los padres sin interferencias o dominación, alguien quien no engañará y que será lo suficientemente fuerte para no vengarse" (Taft, 1933, p.9).

En la Terapia de Juego de Relación, el terapeuta no pone atención al simbolismo del juego como en la tradición psicoanalítica, sino que se centra en la experiencia que el niño tiene de sí mismo, precisa la empatía y capacidad para considerar cada situación de juego como una experiencia única que le permite la expresión natural del niño, la interacción con el niño es observando, escuchando y emitiendo verbalizaciones de reconocimiento (Moustakas y Shalock, 1955).

La relación terapéutica permite que el niño adquiera una valía personal, en un clima de aceptación y comprensión, el niño se ve libre de efectos perjudiciales de su hostilidad y ansiedad y comienza a experimentarse así mismo como un sujeto único, libre para aventurarse en nuevas experiencias y relaciones.

La diferencia con terapias directivas, donde las actividades de juego son dirigidas a las áreas conflictivas, es que por el contrario se considera el juego como el lenguaje que conduce al



niño a una relación de comunicación con otros y con el mundo, en tanto que los terapeutas de juego estructurado hacen uso del juego intencionado para determinar la etapa de abreacción y catarsis alrededor de situaciones específicas que se consideran como el origen de los miedos u otras dificultades en el niño. De tal suerte, que el juego es secundario para el terapeuta relacional y en el enfoque estructural, es el elemento importante para resolver los problemas.

Para finalizar puede decirse que la terapia relacional, tiene similitud con la terapia centrada en el cliente, aunque la primera aun mantiene gran influencia psicoanalítica y no a podido separarse totalmente (Shaefer y O'Connor, 1989).

## 5.2 LA TERAPIA DE JUEGO HUMANISTA .

Es difícil hablar o tratar de explicar la teoría y técnica de la terapia de juego con enfoque humanista, ya que es más que una corriente terapéutica, es en la actualidad un estilo de vida, una filosofía; que debe ser vivenciada para entenderla totalmente. Pese a existir escépticos y terapeutas con raíces profundas de determinado enfoque, es posible entreabrir sus mentes para tratar de comprender el enfoque humanista. Y para quienes inician en la psicoterapia, puede decirse que es de gran ayuda tanto como terapéutica para otros como para sí mismos.

No obstante se tratará de esbozar los orígenes, teoría y método de la Terapia Humanista.

A partir de la institución de la psicología como ciencia en Alemania en 1870, se consideró como principal tarea la del análisis de los elementos básicos de la mente, enfoque conocido como Estructuralismo, en el cual trabajó básicamente; Wilhelm Wundt (1832-1920), quien sostuvo que para estudiar un problema era necesario dividirlo en sus componentes y por tanto la mente podría dividirse en unidades llamadas "elementos mentales".

Después de haber dominado este pensamiento en Europa y América, llegaron a principio de siglo tres fuertes enfoques: el primero el Funcionalismo representado por William James, de la Universidad de Harvard (1842-1920), James Cattell, de la Universidad de Pensylvania (1860-1944) y E.L. Thorndike, de la Universidad de Columbia (1874-1949). Ellos se preocupaban en y porqué trabajaba la mente, influenciados por Darwin, sostenían que la mente es la función orgánica más importante para la adaptación del ser humano al ambiente. Fueron los primeros en señalar el proceso de aprendizaje y la adquisición de habilidades como características principales en el proceso de adaptación.

Casi al mismo tiempo surgieron el movimiento Gestáltico (humanista) y el Conductismo o Behaviorismo, de éste último el principal exponente fue John B. Watson (1878-1958), quien, aunque entrenado dentro del movimiento funcionalista, argumentaba que la introspección jamás sería objetiva, por lo que no podría darse el crédito de científica, sin embargo, también se oponía al estructuralismo. Por lo que sostenía que sólo las conductas observables y repetibles se consideraban para identificar la relación estímulo-respuesta.

En tanto en Rusia, Iván Pavlov (1848-1936), realizó su famosa demostración de estímulo-respuesta mediante su experimento de condicionamiento clásico, donde interviene un estímulo neutral apareado con un reforzador (cualquier agente, como la comida, que cubre una necesidad total o parcial) para provocar la misma respuesta con y sin ese reforzador.

Tanto Pavlov como Watson, resaltaron el fenómeno del condicionamiento como evidencia para mostrar la importancia de la conducta y el aprendizaje con la relación estímulo-respuesta.

Y se decía que paralelamente surge la Gestalt, creada por Max Wertheimer (1880-1943), junto con sus discípulos Wolfgang Kohler (1887-1967) y Kurt Koffka (1846-1941) poco antes de la Primera Guerra Mundial. Los guesaltistas descubrieron que el humano percibe totalidades organizadas como configuraciones y patrones naturales y que éstos aparecen en la experiencia directa del individuo. Esta escuela se baso en el estudio de la percepción visual acerca de la que elaboró un sin fin de leyes.

En 1912 se reunieron en la Universidad de Frankfurt, Alemania, Wertheimer, Kohler y Koffka para realizar varios experimentos dentro de ellos uno llamado fenómeno Phi, que tenía por objeto explorar aspectos de la percepción del movimiento.

En la mayor de las Islas Canarias, Tenerife, Kohler dirigió una investigación antropológica desde 1913 a 1920, realizando importantes experimentos de la formación guesáltica visual, utilizando chimpancés y gallinas como sujetos, paso del estudio clásico de percepción al estudio del aprendizaje, considerándolo como subcomponente de la primera. Y concluyó, que, el aprendizaje se daba dentro de un determinado contexto, cuando el sujeto percibía la relación apropiada entre los elementos que hubiera en dicho contexto, surgiendo así una guesalt. De tal forma que el proceso de aprendizaje es secundario a la percepción, la llave para aprender es el descubrimiento de la respuesta adecuada, la que depende de la estructuración del campo y del surgimiento de una guesalt. Cuando nace una guesalt o figura por medio de un insight (introspección), surge el darse cuenta de dicho momento el cual puede aparecer como si fuera un "flash". El verdadero insight se caracteriza por la producción de una nueva conducta, la que podrá repetirse y aplicarse a una situación semejante a la original. Salama y Villarreal (1988).

De los experimentos de Kohler, puede mencionarse amañera de ejemplo, el de un chimpancé dentro de una jaula y previamente se había colocado un plátano fuera de ella, a su vez se colocó un

tubo más corto dentro de la jaula, el cual podría ser ensamblado con otro tubo que poseía el chimpancé, después de varios intentos por alcanzar el plátano con dicho tubo, se da cuenta del tubo que se encontraba a su alrededor y los ensambla para obtener lo que deseaba. Podría decirse que el chimpancé, logro un insight al descubrir la solución a su problema. Cuando surge la necesidad o figura dentro del organismo, éste tenderá a satisfacerla desapareciendo así dicha necesidad, es entonces cuando la guesalt se cierra.

Esa gran influencia de la teoría Guesalt se plasmó en Frederick S. Perls (1893-1970) y su esposa Laura Perls (1905), lo cual puede observarse a lo largo de sus obras.

Perls entra en contacto con la Guesalt a partir de su estancia en Frankfurt (1926), en ese momento se encontraban los guesaltistas más importantes, conoce al profesor Gelb, instructor de la psicología de la Gestalt (profesor de Laura Perls, quien se doctoró en esta área) y a Kurt Goldstein quien entonces era una autoridad en el campo de la psicopatología, el cual se había asociado en 1921 con Wertheimer, Kohler y Koffka y psicopatólogo Hans Gruhle, para fundar la revista "Phisicologische Forschung" que fue el órgano de difusión de la Gestalt. La influencia en Perls se refleja en su primera obra que dedicó a Wertheimer y que representa el paso del psicoanálisis ortodoxo a la visión guesaltista, llamada "Ego, hambre y agresión" (1942).

El concepto de Guesalt para Perls era el mismo que para los psicólogos de aquel entonces quienes afirmaban:

"La forma más concisa de caracterizar a la psicología de la Guesalt es diciendo que se ocupa de los todos y que sus datos son los llamados fenómenos. Los psicólogos de la Guesalt creían que la palabra guesalt llevaba implícitos estos dos significados, en parte porque estaban convencidos de que realmente la experiencia que el hombre recibe conscientemente siempre le es dada en todos. Al percibir una melodía, uno recibe la forma melódica, no una serie de notas, un todo unitario es algo más que la lista total de sus partes e incluso más que su pauta. Es la forma como el hombre recibe la experiencia, en todos estructurados de significado, en Gestalten".

Perls también aplicó el concepto gestáltico a la propia percepción interna, a la personalidad en su conjunto, a la conducta y a las relaciones interpersonales.

Edgar Rubin (1912), fenomenólogo danés, fue el primero en investigar la relación figura-fondo, donde la figura es el foco

de la atención, y hablando de percepción visual se encuentra rodeada de un contorno que en ese momento no interesa al cual se le llama fondo.

Perls toma este principio y lo resalta como básico en Gestalt, y es que una figura no puede ser extraída de su fondo porque pertenece a él, y por tanto el significado de la figura se da bajo la conexión con la situación que prevalece. Cuando la necesidad no se satisface se dice que la gestalt no se completo y se convierte en una gestalt inacabada.

"La cualidad más importante e interesante de una Gestalt es su dinámica, la necesidad imperiosa que una gestalt tiene de cerrarse y completarse. Todos los días experimentamos esta dinámica. Tal vez el mejor nombre que se pueda dar a una gestalt incompleta es llamarla sencillamente 'situación inconclusa'" Perls (1942).

Para cerrar dicha gestalt inconclusa, es necesario incorporar algún elemento del fondo que por pertenecer a él, no se había percibido, a la figura por medio del proceso de estructuración del Darse Cuenta. Muy relacionado con los conceptos anteriores se encuentra también el de noción de campo, utilizado por el modelo físico de Faraday y Einstein, gestaltistas que proponían que cada objeto es definido de una forma concreta por el contexto total en el que dicho objeto está incluido.

Kurt Lewin (1935), trasladó la teoría a la explicación de la conducta humana, de modo que ésta puede concebirse en términos de una estructura que el individuo establece con su ambiente en determinado momento como un campo dinámico, o sea como un sistema de fuerzas en equilibrio que, al romperse, genera una tensión. Esto es, que la conducta se da como una función de campo y para analizarla se debe diferenciar las partes de que se compone.

Con ello Lewin sienta las bases para que Perls lleve estos conceptos hacia la experiencia interna del individuo y la estructuración de su personalidad. A continuación una cita de Lewin:

"Los procesos psíquicos suelen ser, al utilizar ciertos puntos de vista, deducidos a partir de la tendencia hacia el equilibrio (esto es lo que ocurre en muchos procesos biológicos, así como en los físicos, los económicos, etc. ). La transmisión de un estado de descanso a un proceso, así como un cambio en los procesos estacionarios, es derivable del hecho de que el equilibrio en ciertos puntos ha sido distorsionado y de que se ha establecido un proceso en la dirección de un nuevo equilibrio..."

Ahora Perls:

"Estamos dejando a un lado la teoría de los instintos y considerando al organismo simplemente como un sistema en equilibrio y que debe funcionar adecuadamente. En la práctica tenemos dentro de nosotros mismos cientos de situaciones inconclusas, cómo es que no estamos completamente confusos y deseosos por salir disparados en todas direcciones? ... Desde el punto de vista de la supervivencia, la situación más urgente es la que se convierte en el controlador, el director, es la que toma las cosas a su cargo".

Y no puede excluirse la contribución de Sullivan, con la importancia de la autoestima, la puesta en relieve de Berne de los juegos transaccionales en las relaciones humanas y la aportación de Rogers (aunque de inspiración no psicoanalítica) del valor esencial del "feed-back". A estas tendencias derivadas directa o indirectamente del psicoanálisis se agregan la semántica de Korsybski y la del psicodrama de Moreno.

Salama y Villarreal, (1988), consideran que la Gestalt tiene gran influencia del psicoanálisis e incluso realizan una comparación de términos y conceptos que sí bien difieren en esencia no dejan de ser puntos comunes a tratar.

Por ejemplo el abordaje de la neurosis, mecanismos de defensa, importancia de la "pulsión sexual" (psicoanálisis) y de la "pulsión oral" (gestalt), transferencia, inconsciente y consciente, importancia del pasado y del presente en la terapia, insight y darse cuenta.

En Gestalt se habla de que todas las personas padecen en algún grado de neurosis, que no es más que las fantasías de la persona en base a una necesidad insatisfecha, se da importancia a los mecanismos de defensa básicamente a: proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia, todos ellos como mecanismos neuróticos que actúan como barreras que bloquean la conciencia de la conducta actual o bien, como antiguos residuos de tendencias anteriores para evitar la toma de conciencia. A simple vista pareciera que estos conceptos no pertenecen a la Gestalt y que solo los retoma para replantearlos bajo algunas consideraciones, sin embargo, realmente existe diferencia en como se plantean desde la forma más insignificante hasta conformar una verdadera patología. En cuanto a la pulsión oral se plantea como la necesidad del ser humano durante toda su vida en cuanto a hambre de autocrecimiento y autorrealización constantes. La transferencia en gestalt, se refiere a como el

individuo puede trasladar las experiencias pasadas en el aquí y ahora para brindarle solución a su problema (s) o gestalt inconclusa y cerrarla, de igual forma en gestalt, se trabaja el presente no se recurre al pasado y la conciencia se adquiere cuando la persona conoce sus formas de evitación y estructura su proceso para que surja el Darse Cuenta (insight).

Y se ha esbozado sobre los puntos relevantes del trabajo de la terapia Gestalt, aunque más adelante se podrán aclarar .

De inicio el humanista pretende una sensibilización sensorial, que consiste en el despertar de los sentidos, es decir; que la persona entre en contacto con las funciones corporales más elementales. Su conciencia debe enfocar la experiencia sensorial directa, experimentada en el aquí y el ahora. Los resultados de la toma de conciencia corporal, son espectaculares, aunque la razón no es clara, ya que parece que la persona se autoreforza al observar que controla músculos sobre cuya existencia anteriormente no había tomado conciencia y que generalmente ocasiona tensión.

La Sensibilización Sensorial, tiene sus orígenes en la relajación muscular profunda, tomada como auxiliar en la psicoterapia, aunque muchos tienden a considerarlas como una forma de meditación activa que conduce a la experiencia mística, porque su contenido teórico se apoya en la filosofía Zen-Budista, la cual se basa en los siguientes principios:

- "El despertar de los sentidos es gozar de una flor en vez de un ramo elaborado".
- "Deje que sus ojos sean una entrada en donde aparece todo lo que usted ve. Deje que el organismo lo capte".
- "No es posible repetir las experiencias. Lo único que se puede hacer es captar despierto al momento y responder".
- "Ningún proceso termina de repente. Es un fenómeno natural dejar que la experiencia se extinga por sí sola".
- "Mantener la atención abierta al mundo y a los sentidos. Dejar que las cosas sucedan".
- "Es quedarse con lo que ocurre dentro de uno hasta que se resuelvan las distorsiones y retornen los ritmos naturales".

No obstante, y debido a la filosofía gestalt, algunos opositores, aprovecharon para decir que plantea la idea del placer por el placer mismo, cuando la realidad no es así, es percibir su realidad tratando de apreciar lo que tiene y aprovechar los recursos a su alcance para vivir lo mejor posible

siempre a través de darse cuenta y concientizar su proceso.

Se ha de insistir en que todo ello es aplicable a cualquier persona, por lo que no difiere la aplicación de adultos a niños, sin embargo es Axline, la que básicamente plantea la terapia de juego y merece especial atención.

La creadora de la Terapia de Juego Humanista o no dirigida es, Virginia Axline (1947). También conocida como terapia centrada en el cliente o terapia Gestalt, o terapia existencialista.

Axline, discípula de Carl Rogers se basa en la formulación de éste último, que parte de la premisa de que todas las personas poseen capacidades innatas para la conducta intencionada, dirigida a un fin y que, sino existen condiciones de aprendizaje adversas, evolucionarán de modo que se conviertan en seres humanos agradables, amigables, socializados y que se aceptan a sí mismos.

De hecho el enfoque centrado en el cliente y la terapia de juego centrada en el cliente son paralelos a la terapia de adultos desarrollada por Carl Rogers (1951) y Axline publicó su texto único en su género titulado Terapia de Juego (1947), describiendo en él, el método, adaptando a los niños los preceptos de la gestalt, de igual manera Elaine Dorfman (1953) realizó la misma labor.

La terapia humanista es un encuentro existencial entre personas. En vez de adoptar a priori una visión prototipo de la humanidad permite a la persona revelarse a sí misma en el proceso de ese encuentro.

Axline, en su enfoque, no programa de antemano el juego como hacen los terapeutas por el juego estructurado y tampoco se interpreta simbólicamente como lo hacen los psicoanalistas. El planteamiento de la terapia humanista aplicada a niños, es similar a la terapia de relación como se había señalado en ese apartado, al considerar la relación que se crea entre el terapeuta y el niño como el factor decisivo en el éxito o fracaso de la terapia.

Sin embargo, Moustakas (1955), señala la diferencia básica entre la terapia humanista y la de relación, radicando en que:

"...su foco de atención no es la relación en sí, sino el terapeuta y el niño como individuos distintos. El terapeuta clarifica y reflexiona transmitiendo una estima incondicionada (sic) por el paciente." (Moustakas, 1959).



Reiterando, ambos enfoques: el de Axline en niños como el de Rogers en adultos, provienen de la creencia de que existe una poderosa fuerza dentro de cada individuo que lucha continuamente por la autorrealización.

Es un impulso hacia la madurez, independencia y autodirección. Para lograrlo el individuo debe permitirse ser el mismo, aceptarse y aceptar a los demás. Pero, es posible que un niño llegue a comprender tan complicados conceptos?

Por ello es necesario entender la fundamentación de la terapia que se basa en la teoría de desarrollo:

"La conducta del individuo parece causada todo el tiempo por un impulso, el de la completa autorrealización. Cuando el individuo se encuentra con una barrera que le dificulta alcanzar la realización del ser completamente, 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 confinándolo a su mundo interno donde lo puede crear con menos esfuerzo.

Las manifestaciones exteriores de conducta dependen de la integración de las experiencias presentes y pasadas, condiciones y relaciones, pero están encaminadas a la satisfacción de este impulso interior que continúa a lo largo de la vida." (Axline, 1947, pág. 22).

Otra consideración importante es la explicación acerca del desarrollo inadaptado de Axline.

"Las diferencias entre una conducta adaptada e inadaptada pueden explicarse de la siguiente manera: Cuando el individuo desarrolla la suficiente autoconfianza... consciente y propositiva para dirigir su conducta por evaluación, selectividad y aplicación para lograr su meta final en la vida (autorrealización), se encuentra bien adaptado.

Por otro lado, cuando el individuo carece de la suficiente autoconfianza para trazar su curso de acción abiertamente, se conforma con crecer en la autorrealización en forma vicaria y hace poco o nada para canalizar este impulso hacia direcciones más constructivas y productivas, se dice que está adaptado... La conducta del individuo es más consistente con el concepto interior del yo, que se crea en un intento por alcanzar completamente la autorrealización... En tanto más separados estén

la conducta y el concepto, mayor será el grado de inadaptación " (Axline, 1947, p.p. 22 y 23).

Realmente la Terapia Humanista es una filosofía y/o un estilo de vida, se cree firmemente en que cualquier individuo de cualquier edad, posee la habilidad para resolver sus propios problemas de manera satisfactoria con la posibilidad de crecimiento personal, lo que hace que la conducta madura sea más satisfactoria que la inmadura. Un ejemplo es el impulso del niño para caminar en vez de gatear. Schaefer y O'Connor (1988).

Axline explica que: "...sin importar el tipo de conducta sintomática, el terapeuta se encuentra con el individuo dónde está...y (el terapeuta) permite que el individuo llegue hasta donde pueda...porque...el cliente es la fuente del poder de la vida que dirige el crecimiento dentro de sí mismo" (Axline, 1947, pág. 31 y 32).

Básicamente el método de adultos es el mismo en niños, sólo que debido a que niños y los adultos son diferentes, se señalan algunos aspectos para cubrir las necesidades del niño y del terapeuta. Puede subrayarse el hecho de la participación del terapeuta en el juego (dirigido por el niño) y los límites de la conducta del niño (expresión no verbal), para facilitar el proceso del juego para ambos.

La terapia de juego no directiva ofrece al niño la oportunidad, de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión. Al actuar esos sentimientos hace que emerjan a la superficie expresándolos abiertamente, así el niño puede enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos, a aceptarlos o a rechazarlos. Y cuando alcanza la relajación emocional inicia a Darse Cuenta, del poder interno que tiene para ser un individuo con derechos propios, de poder pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones, de lograr una mayor madurez y realizarse plenamente.

Lo más difícil para el terapeuta es llevar la teoría a la práctica, pues constituye todo un reto para el profesionista (aunque solo se deba disponer a jugar). La mayor parte de las conductas del terapeuta de juego son para facilitar la autodirección, autoexploración y autocrecimiento del niño.

Aunque en general los terapeutas humanistas no difieren mucho de otros, puede decirse que son empáticos con los niños, participan en el juego, cordiales y amistosos, establecen relaciones estrechas y ubican límites a sus conductas.

Sin embargo, no significa que los niños puedan hacer y deshacer a su antojo o sean abandonados a una atmósfera desconocida. Sino que, los recursos del terapeuta, el escenario de juego y el niño se utilizan para encontrar las necesidades emocionales de éste, tales como se experimentan en el momento y como se presentarán posteriormente.

Y bueno pese a trasladar la terapia de adultos a niños, realmente el método no sufrió cambios, quienes intentaron mayores adaptaciones solo incluyeron cambios en el uso que el terapeuta hace de él y no en el método original.

Por ello la terapia se presta por sí misma para la creación, ambas ponen de relieve el despliegue de algo bajo forma pura, única, no obstante, aún y cuando la terapia no procura encajar a las personas en moldes, sería poco realista negar que hay en esa terapia, metas implícitas, las cuales son expuestas a continuación en base a otro estudioso de la Terapia Gestalt y fundador del New York Gestalt Institute en 1950, el Gestalt Institute of Cleveland en 1953 así como autor de varias obras sobre el enfoque, Friedrich Salomon Perls (1893-1970). Y que pese a que su trabajo solo es con adultos no difieren de las metas y aspiraciones esperadas en los niños.

"cuando una persona participa creativamente en el proceso guesáltico, yo espero que ella:

- 1) Avance hacia una mayor conciencia de sí misma, vale decir, de su cuerpo, sus sentimientos, su ambiente;
- 2) Aprenda a asumir la propiedad de sus experiencias, en vez de proyectarlas sobre los demás;
- 3) Aprenda a tener conciencia de sus necesidades y a desarrollar las destrezas que le permitan satisfacerlas sin atentar contra las de otros;
- 4) Avance hacia un contacto más pleno con sus sensaciones, aprendiendo a oler, a saborear, a tocar, a ver, de modo que pueda apreciar todos los aspectos de sí misma.
- 5) Avance hacia la experiencia de su poder y de la capacidad de sostenerse por sí misma, en vez de apelar al gimoteo, los reproches y el engendramiento de culpa en los demás con el fin de reclutar apoyo en el ambiente;
- 6) Se torne sensible a lo que le rodee y al mismo tiempo, sin embargo, se invista de una coraza contra las situaciones potencialmente destructivas o ponzoñosas;

- 7) Aprenda a asumir la responsabilidad de sus acciones y sus consecuencias;
- 8) Se sienta cómoda en contacto con la vida de su fantasía y su expresión de ella. "

Ahora se presentan los ocho principios básicos que guían al terapeuta en todos sus contactos terapéuticos no-directivos, tomados de Axline, que cabe señalar, complementan el listado de Perls, formando el binomio de paciente o cliente y terapeuta.

- 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 siente 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 observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste 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 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.

Puede observarse que dentro de todo ello, los objetivos son los mismos de búsqueda de autorrealización y autocrecimiento de la persona, básicamente.

Aquellos niños que se aferran a un comportamiento infantil, son los llamados niños problema, pero llamados así por los adultos, pues los niños no perciben más que actitudes de agresión hacia ellos o bien que son infelices. Los niños nerviosos que se muerden las uñas, tienen pesadillas, se orinan en la cama, tienen tics, se rehusan a comer, manifiestan otros tipos de comportamiento que indican disturbios internos y ansiedad, sólo

manifiestan que algo no funciona bien en su entorno y para con ellos. La terapia de juego ofrece a éstos niños una oportunidad para resolver sus problemas, conocerse a sí mismos, aceptarse y crecer con mayor madurez a través de la experiencia de la terapia. Axline (1947).

También menciona, que los niños impedidos, adquieren grandes beneficios con la terapia de juego no dirigida, ya que cuando el impedimento es motivo de conflicto, genera tensiones insostenibles en el interior del niño, y que él como cualquier otro niño posee los mismos sentimientos y deseos. Aunque solo menciona que existen casos archivados de espásticos ayudados con la terapia de juego. Particularmente, se cree de gran ayuda para los chicos con parálisis cerebral, porque en primer lugar se le considera como persona, se respeta su libertad de toma de decisión, se le da su valía como individuo con autonomía, permite la toma de conciencia de sus sentimientos, canaliza su energía hacia una mejor calidad de vida y sobre todo logra el autocrecimiento y madurez.

Todo lo anterior tiene gran relevancia para un niño con P.C., principalmente porque en la mayoría de los casos, los padres no les permiten ese crecimiento y madurez, ni físicamente, pues como puede recordarse en el capítulo de la familia, se les ve y trata como niños e incluso como bebés aun teniendo 30 años de edad, cuestión bastante grave, es en ese sentido que les ayuda a lograr tanto a padres e hijos esa independencia que tanto trabajo cuesta adquirir, ese dejar ser a uno y otro para funcionar como personas independientes en la medida de lo posible y no como una persona (sin poder funcionar uno sin el otro). El crear ese espacio para ser ellos mismos, para expresarse a través del juego, contando con sus propias habilidades y reconociendo sus propias limitaciones para traspasar todo ello a su realidad y vida cotidiana, les permite vivir.

"En general, la terapia de juego proporciona al psicólogo y maestro una técnica para comprender y ayudar a esos niños inadaptados que con frecuencia son denominados niños problema, incluyendo aquellos con problemas de comportamiento, de estudio, de habla y aun de problemas somáticos, si son reconocidos por un médico" Ibidem.

Finalmente, es posible que intervengan paraprofesionales o padres en la terapia, ello como origen de un movimiento paraprofesional iniciado por Guernsey (1964), quien introdujo padres como terapeutas en la terapia filial.

Stollak y colaboradores (1975), usó a estudiantes por graduarse y tanto él como Guerny emplearon maestros como terapeutas con sus estudiantes individuales. Ginsberg (1978) y Goldman (1975), utilizaron padres y maestros para proporcionar terapia de juego a grupos de niños. El estudio de Guerny y Stover (1971) no indicó alteración substancial en los resultados de la terapia al sustituir a los terapeutas por padres, aunque ocurren ciertos cambios con rapidez, de todas formas no deben perderse de vista estos datos, ya que serán de utilidad para conformar y cerrar la propuesta de este trabajo.

Axline no está de acuerdo en que los padres se encuentren presentes en la terapia, ni que puedan escuchar las grabaciones, si se toman, de la terapia de juego. Sin embargo no descarta y ni deja de señalar el hecho de la importancia del padre o matrona o padre sustituto dentro de la terapia como participante directo.

De igual forma indica que aunque en muchos casos los padres son un factor agravante en la conducta del niño y que se obtendrían resultados más rápidamente si se les diera terapia, a su vez piensa que no es necesario que los padres sean atendidos para asegurar el éxito de la terapia, pues el mismo cambio de los niños en su actitud propicia cambios en su ambiente o bien que los adultos visualicen otras perspectivas debido a que ya no tienen que estar todo el día sobre de él. La razón que explica Axline es que las reacciones dinámicas están constantemente desviándose y cambiando ante la luz de las nuevas experiencias.

Realmente lo que sucede en los niños "problema" es que adquieren una adaptación para estos problemas que son tan difíciles como cualquier problema personal para un adulto, y con esa actitud hacen frente a su situación perturbante. Ello indica el gran poder interno de cada individuo para hacer frente a sus problemas, sin ayuda de manipulaciones ambientales.

En un niño con limitación adquiere mayor relevancia porque los padres se encuentran predispuestos a la irritabilidad, depresión y otras conductas que ya se revisaron en su momento, y que se conjugan con las manifestaciones conductuales del niño, lo cual es una bomba de tiempo en una familia.

Por ello Axline afirma que:

"En el caso de un niño impedido, sin embargo, parece de gran ayuda que los padres sostengan una participación activa, en especial si el niño está mentalmente impedido y los padres no aceptan con facilidad el hecho. A menos que el padre esté dispuesto a asumir su parte de la responsabilidad en resolver su

problema, entonces todo parece depender del niño para realizar lo que él pueda. Muy poco se ha realizado en esta área en particular para determinar la efectividad de la ayuda terapéutica para los impedidos mentalmente."

Los resultados de la terapia de juego son alagadores para sus terapeutas, quienes logran éxito en la medida que las sugerencias para la familia son aceptadas y llevadas a la práctica, pues las imposiciones no parecen tener buenos resultados, incluso se habla de buenos logros de la terapia aplicada solo en la escuela, pero cuyos resultados han sido traspolados al hogar, lo cual habla de la gran fuerza interna de curación en el niño.

Ya se mencionó los ocho principios básicos que según Axline se necesita sobre el terapeuta. Aunque se puede agregar que el entrenamiento se obtiene regularmente en cursos clínicos, en general los antecedentes en psicodinámicas, diagnóstico y algunas otras habilidades son de utilidad para formarse como terapeuta competente, después de haber recibido una buena asesoría en el método y trabajando en casos ya sea de manera individual o formando parte de algún equipo que realizó terapia de juego con niños bajo una buena supervisión.

Sin embargo, más que un estudio de los métodos, es necesario la apertura al enfoque, ya que actualmente los enfoques conductistas son ampliamente aceptados en psicología infantil y existen personas que titubean al considerar métodos no conductistas. Después la calidad del entrenamiento y la supervisión del terapeuta de juego deben ser buenas.

Y en tercer lugar ayudaría el poseer características personales que podrían ser naturales o adquiridas, pero que no son indispensables, Guerny Louise (en Chaefer y O'Connor) agregaría como una cualidad más; una actitud no autoritaria hacia el niño.

Finalmente la capacidad del terapeuta de autoexploración y receptividad para adquirir autoconciencia ayudará a vencer luchas personales con el método, pues tanto el compromiso con el niño, la integridad del método y la propia competencia en su uso necesita que el terapeuta posea un gran potencial de autodesarrollo.

Sin embargo, no es raro encontrarse terapeutas que utilizan el enfoque en determinados casos en los que el enfoque que mantienen con fuertes raíces no ha dado mejores resultados y en tanto la terapia centrada en el cliente, le ha reforzado los patrones que ha establecido gracias a un esfuerzo por dominarlos,

puede entonces encontrarse a conductistas de fuertes cimientos, defender la terapia de juego centrada en el cliente, aunque solo sea en determinados casos donde la problemática sea más compleja que alterar conductas específicas.

### 5.2.1 APLICABILIDAD DE LA TERAPIA.

De inicio, el terapeuta no necesita establecer diferentes conductas en cada caso específico, dado que la terapia centrada en el cliente ve los diferentes problemas como una manifestación de expresiones frustradas del yo, independientemente de la manera en como se presenten. Las metas no van más allá de la reducción de los síntomas y su reemplazo mediante la autoaceptación, independencia y aceptación de los demás.

Para quienes trabajan en una atmósfera de diagnóstico y tratamiento con objetivos diferenciales parecería desconcertante el enfoque, pues cómo puede mantenerse la misma conducta para casi todos los casos? La respuesta del terapeuta centrado en el cliente radica en que así como existen medicamentos que regulan al organismo (como un Gel que sirve tanto para estreñimiento como para diarreas) es posible lograr la normalidad en aquellas dicotomías como aislamiento o conducta compulsiva de compañía, agresividad o introversión, etc.

**Niños Candidatos:** Dado que la finalidad es la autorrealización y afirmación del yo, existen algunos estudios experimentales que informan el éxito de la terapia para niños con virtualmente, todas las categorías posibles. Solo dos grupos no fueron incluidos en la eficacia; los completamente autistas y esquizofrénicos, sin contacto con la realidad. Lo que indica que los daños extremos en las capacidades físicas del individuo puede interferir con una terapia que se encarga de elevar el autodesarrollo. Sin embargo, en cuanto a deficiencias sensoriales, no excluyen de forma tajante al método centrado en el cliente, se trataron con éxito a niños sordos y con otras deficiencias sensoriales. Lo mismo sucedió con niños con deterioro intelectual y minusválidos que se incluyeron desde el principio en la obra de Axlina (1947), de igual manera los niños con incapacidad para el aprendizaje e hiperactivos respondieron favorablemente a la terapia (Guernsey, 1976); en Schaefer y



O'Connor (1989).

**TERAPIA GRUPAL O INDIVIDUAL:** Se han realizado diversas investigaciones acerca del trabajo con grupos de niños en edad escolar (Bills, 1950 a. b.) y recientemente Moulin (1970), Axline (1947), Dorman (1951) y Ginott (1961), indicaron que existen niños que son candidatos para la terapia grupal.

Ginott es el único que sugiere un criterio concreto y dice que existen algunos individuos que necesitan de un grupo donde sean aceptados y tengan afinidades y objetivos comunes. Ginott lo definió como: "el deseo de ser aceptado por sus semejantes, actuar, vestir y hablar como ellos lo hacen, y establecer y mantener una posición dentro de sus grupos" (Ginott, 1961). Agrega que debe de obtenerse información sobre el apetito social del niño, cuestión que no se obtiene por métodos diagnósticos sino por patrones conductuales del niño, que se encuentran en la historia del caso.

En el caso de la terapia de grupo existen algunas contraindicaciones sustentadas por el mismo Ginott, y se basan, en impresiones clínicas. Considera "no apropiados" a niños con fuertes rivalidades con hermanos, sociópatas, con impulsos sexuales acelerados, que hurtan de manera persistente y muy agresivos. Pero su consideración de "no apropiados" no es por el pronóstico malo, sino por el daño que puede ocasionar ese tipo de conductas en los otros participantes. De igual forma, sugiere que los niños muy pequeños requieren de terapia individual, ya que sus valores afectivos y de relación se centran más con los adultos significativos para él, por lo que los candidatos más apropiados a la terapia de juego grupal podrán ser los niños mayores de nueve años.

El mismo autor insiste en la selección apropiada de los miembros del grupo, pues debe existir un equilibrio entre ellos, para que "ejercen una fuerza correctiva entre sí" (Ginott, 1947). Recomienda colocar a un niño de conducta no perturbada y que insista en conductas socialmente aceptables, para calmar a un grupo muy activo.

Finalmente se debe considerar el impacto del terapeuta en una terapia grupal o individual, ya que en la terapia grupal, el impacto se atenuará por existir los otros miembros del grupo con quienes se tiene que relacionar para cubrir sus necesidades respectivas. Ello es relevante en cada momento que el terapeuta deba evaluar la conducta del grupo, de cada individuo o de subgrupos. El terapeuta deberá evaluar tanto los fenómenos intra-

psíquicos de los niños y sus aspectos interpersonales con el terapeuta y/o con otros miembros del grupo.

Por otra parte es importante mencionar para aquellas dudas que surjan acerca del sexo, edad y posición de minoría de grupos, que solo Ginott, 1961, consideró que los niños de entre 9 y 13 años no participan de igual manera en la terapia centrada en el cliente a nivel individual y por tanto los resultados no son tan efectivos, sin embargo Dorfman, 1951, Lebo, 1956a, reportaron una involucración esporádica en la terapia, Slavson 1947, en su terapia de actividad, permite juegos y actividades más realistas para hacerlas disponibles con niños de estas edades. Guerney dice que la mayoría de los terapeutas utilizan una variedad de diferentes materiales de juego para niños entre 11 y 12 años, y el hecho de que seleccionen material para más "jóvenes" o "adolescentes" se define en base al estudio de caso, de lo que es más benéfico para cada niño.

En cuanto a cuestión de raza o grupos minoritarios de la población no se han reportados diferencias considerables en cuanto a la efectividad de la terapia centrada en el cliente, de igual manera en relación con la raza del terapeuta y finalmente tampoco existen aspectos diferenciales en el proceso o resultados en el tratamiento entre niños y niñas. (Ginsberg, 1978; Moulin, 1970; Rhinard, 1970); de Schaefer y O' Connor (1989).

### 5.2.2 ESPACIO Y MATERIALES DE JUEGO

Aunque el terapeuta no selecciona ni guía el juego del niño, se cree que el que se exhiba es más que una función de las dinámicas intra e interpersonales del niño. De tal forma que siguiendo un principio ecológico de que las conductas expresadas son una función de la interacción entre las cualidades individuales y las del medio. Se han escrito artículos y expresado opiniones acerca de que los juguetes condicionan la expresión verbal o física del niño. Ginott (1961) interesado en la relación de los juguetes con la conducta del niño, expresó que a pesar que en los juguetes el niño puede proyectar sus necesidades emocionales, también pueden ser originarios de algún tipo de conducta, y sugiere que los juguetes deben originar conductas de "acting-out" y no de una hiperactividad difusa. Al seguir este consejo deben tomarse en cuenta pinturas y crayones

sin embargo evita el pintar con los dedos (cuestión en niños con parálisis cerebral es de gran ayuda sobre todo en espásticos, acompañando esta actividad con música para ayudar a su relajación). También recomienda que los juguetes 1) permitan el contacto con su realidad, 2) que el niño exprese simbólicamente sus necesidades, y 3) promuevan la catarsis y el "insight". Por lo que deberán proporcionarse diversos juguetes y evitar la pedacería de algunos tipos de juguetes o de la predilección del terapeuta (Ginott, 1961).

Guernsey sugiere el siguiente criterio para establecer un cuarto de juego adicionalmente a lo que sugirió Ginott.

1. Seleccionar juguetes que puedan usarse de diferentes maneras. Evitar los cohetes que sólo pueden encenderse y en su lugar seleccionar una madeja de cuerda, juguetes para construir, etc. Inclusive se puede usar una pistola de varias formas. Se puede disparar por el simple hecho de hacerlo, o como a menudo se hace después durante la terapia, puede ser una parte del formato del juego de tiro al blanco para la autosuperación o la competencia con el terapeuta.

2. Elegir juguetes que promuevan los sentimientos más difíciles de tratar en la vida real, esto es, agresión y dependencia. Existen muchos accesorios que pueden dar la pauta para que se expresen tales sentimientos, sacos para golpear, (bolsas con forma de figuras de superhéroes o villanos). Llamen la atención navajas de goma inofensivas, pistolas, soldados, carros armados, etc., así como los biberones, trastos, utensilios de cocina, agua y recipientes para verter líquidos.

3. Seleccionar juguetes que puedan usarse por una o dos personas. Este criterio proporciona al niño la oportunidad de incluir al terapeuta en el suceso de juego que él desea. Por otro lado, el no exigir juego compartido debe ser una de las cualidades del juguete, como es el caso de ciertos juegos de tablero.

Axline (1947) propone su lista original de juguetes: botellas para alimento infantil; una familia de muñecos; una casa de muñecas amueblada; soldados de juguete, materiales domésticos de juego, incluyendo mesa, sillas, catre, cama de muñecas, estufa, vajillas de hojalata, sartenes, cucharas, vestidos de muñecas, tendadero, pinzas para ropa, y cesto para la misma; una muñeca bebé; una muñeca grande de trapo; títeres; un escenario para títeres; gises de colores; arcilla; pintura; arena; agua; pisto-

las de juguete; juego de palas; mazo de madera; muñecas de papel, autos pequeños, aeroplanos; una mesa; un caballete de pintor, una mesa recubierta de esmalte para dibujar y hacer trabajos con arcilla; un teléfono de juguete; estantes; una palangana; una pequeña escoba; un trapeador; trapos; papel para dibujar; papel para pintar; periódicos viejos; papel barato para cortar; fotografías de personas, casa, animales y otros objetos; canastas vacías de bayas para hacerlas pedazos. Los juegos de damas han sido utilizados con cierto éxito, pero no es el mejor tipo de material para el juego expresivo y de igual forma lo mecánico porque interfiere con la creatividad. Guernsey agregaría a la lista cuando menos para niños menores de ocho años, el acceso a agua y trastos para la misma; coladores, tazas de medida y cacerolas. Si el agua es corriente, puede ser necesario establecer un límite en el medida a la que se deben llenar las vasijas.

Dentro de la lista de juguetes se encuentran algunos considerados como controversiales, por el hecho de que puedan generalizar la conducta del cuarto de juegos hacia escenarios del mundo exterior. Por ejemplo la pistola, en U.S.A. fue muy criticado e incluso objetado la inclusión de pistolas desde el asesinato de Kennedy, por algunos padres y profesionistas. Sin embargo en el cuarto de juegos la pistola es un medio incomparable para expresar la agresión llevando implícita la leyenda de que "aquí se tolerará la agresión en fantasía". Pues cuando no se ha proporcionado este tipo de juguete, el niño lo simula con sus dedos o con cualquier otro objeto.

En cuanto al uso de pinturas, y en particular pintar con los dedos, en el cuarto de juegos es una cuestión que aún no acuerdan los terapeutas por el gran desorden que se hace y de su uso incontrolado, ya que no es tolerable para algunos adultos.

En lo particular como ya se mencionó, es importante considerarlas sobre todo para aquellos niños que las requieran para actividades creativas y como relajadora en lugar de hacer desorden. Especialmente las pinturas con dedos proporcionan una actividad catártica.

Los libros también son controversiales, pues no son una salida expresiva, por el contrario, son una entrada, no obstante puede ser que a algún niño le llame la atención el leer o que se le lea, en cuyo caso la creencia en la autodirección del niño de su tiempo especial dictaría que se le proporcionará un material de este tipo.

Para niños mayores puede sugerirse otro tipo de juguetes, puesto que algunos autores firman que los materiales no les estimulan e incluso les llegan a humillar.

Sin embargo Louise F. Guernsey, opina que tales juguetes ayudan al niño a expresar sentimientos de regresión, dependencia o alimentación, necesidades reprimidas y que el material le da la oportunidad de experimentar a través del juego.

No se trata de comprometer al niño con hacer cosas de bebés, recuérdese que es el quien tiene la elección, y por tanto podrá seleccionar a su antojo, cuando entienda que los juguetes recomendados le ayudarán a explorar facetas reprimidas, tales juguetes no tendrán los mismos efectos negativos. No obstante, para las primeras sesiones sería recomendable introducir juguetes apropiados para la edad de niños entre 10 y 12 años y posteriormente de manera casual integrar otros (Axline, 1969; Ginott, 1961). Dado que los niños de estas edades se encuentran entre el juego realista y el jugar, los materiales de juego pueden ser: un juego de boliche y basquetbol miniatura, juegos de tiro al blanco de toda clase, un tablero. Si la habitación es grande puede integrarse mesas de ping-pong o billar. Aunque no se sienten ofendidos con sacos para golpear, lodo, madejas de hilo, materiales para dibujo y máscaras. Si pueden ofrecerse materiales que permitan el uso de la fantasía pueden incluirse, pues permitirán ampliar su expresión y autoexploración, como ejemplos serían: las grabadoras, equipo "científico" (no de vidrio), estetoscopios y algo más de equipo médico. Durfee (1952) recomienda un equipo de oficina como un medio productivo para niños de esta edad. Dorfman (1951) propone que a los niños mayores se les dé a escoger entre jugar en el cuarto o una oficina de verdad.

Realmente no existe razón suficiente para que el juego se confine dentro del cuarto de juegos. Si el terapeuta y el niño deciden utilizar algún material en el exterior y existe la posibilidad real, pueden hacerlo o bien dar un paseo.

### 5.2.3 EL TERAPEUTA Y SUS CONDUCTAS HACIA EL NIÑO.

Aunque ya se mencionó en el método, los razonamientos y objetivos del profesional, es necesario especificar las conductas del terapeuta a seguir.

En primer lugar las conductas verbales son básicas en la terapia de juego centrada en el cliente. Debe de existir respuestas empáticas, que son aquellas que demuestran un entendimiento sobre el estado de la otra persona y de lo que está experimentando. El tipo más alto de respuesta empática es el que, se piensa, dirige los sentimientos que acompañan un pensamiento o acción. Ejemplo: (El niño se ve desanimado para describir un encuentro no placentero con sus amigos). Respondiendo a las expresiones faciales y palabras, el terapeuta dice: "De veras duele cuando tus amigos no te ayudan".

Para tal efecto el terapeuta debe estar muy atento a todo lo que dice, hace o manifiesta el niño a través de sus expresiones manifiestas. No solo debe responder empáticamente a los sentimientos sino también a los pensamientos y acciones; por ejemplo, una respuesta empática a un aspecto cognitivo sería: "Tú piensas que eso es para niños pequeños" (Aceptando y entendiendo los pensamientos del niño). Un ejemplo de acción es: "Así que vas a ponerlo en el cesto de basura", esta afirmación acepta el contenido de lo que sucede, no de los sentimientos.

Debe reiterarse que para que se de este proceso empático es necesario que el terapeuta sea sensible y receptivo, atento a lo que sucede aquí y ahora, esto no es la forma en que la gente opera regularmente por lo que se debe estar atento a conductas típicas. Los pensamientos personales del terapeuta deben permanecer guardados mientras centra su atención en forma visual, facial, muscular, y de postura.

En segundo lugar es la manifestación del entendimiento del terapeuta hacia las expresiones del niño, para que sepa que lo atiende y comprende, pero no rechaza sus percepciones. Las preguntas del terapeuta para satisfacer su curiosidad o confirmar sus hipótesis son inapropiadas. Sin embargo pueden utilizarse preguntas para favorecer su expresión como: "Puedes repetir lo que dijiste, no pude oír por el camión que pasó?". O "role playing" "Quieres que sea el policía o el director?". Las evaluaciones y juicios no deben formar parte de las respuestas del terapeuta.

Todo lo que el otro diga o haga debe ser tomado en cuenta

por el terapeuta, no es un diálogo común, se trata de facilitar la expresión de la otra persona y no de proporcionar opiniones o apoyo personal.

#### 5.2.4 ESTRUCTURACION.

La palabra no se refiere a que la terapia de juego centrada en el cliente sea estructurada, sino al fortalecimiento de la relación de acuerdo con los principios anteriores para que el niño comprenda la naturaleza de los contactos terapéuticos y, luego entonces, esté en la posibilidad de utilizarlos plenamente. Axline (1947). Es por ello necesario informar sobre el tiempo y el espacio por parte del terapeuta hacia el niño. La estructuración se realiza en la primera sesión, puede considerarse como una categoría de respuesta del terapeuta, donde se proporciona información o se tiene la disposición de un ambiente para facilitar respuestas apropiadas a la situación por parte del niño. Se describe la estructura interpersonal y física de la sesión: cuánto durará, qué tan a menudo, dónde irá el niño posteriormente, qué hará el terapeuta y qué puede hacer el niño. La estructuración física se refiere a los objetos del cuarto, echar cerrojo a la puerta, proporcionar los juguetes de interés, y revisar la ropa adecuada del niño. Debe recordarse que la relación que se establezca en este primer momento entre el niño y el terapeuta es el factor decisivo para el éxito o fracaso de la terapia.

Las afirmaciones personales solo se limitan a favorecer la interacción y no pretenden ser siquiera una plataforma breve para las opiniones del terapeuta. Un ejemplo de estructuración:

Niño: (hablando al terapeuta sobre las máscaras): ¿Cuál quieres ser? El payaso o Frankenstein?

Terapeuta (estructurando): Dentro del cuarto de juegos tú decides estas cosas, yo seré el que tú quieras.

Ejemplo de afirmaciones personales:

Niño: Te gusta el fútbol? (En seguida de una secuencia expresiva por un juego emocionante, con la que el terapeuta ya ha empatizado).

Terapeuta: Esperas que yo también sea un aficionado ( El terapeuta percibe que desea que le guste).

Niño: Vas a los partidos del equipo X.

Terapeuta: No, pero los veo por TV los lunes de fútbol, por la noche.

Es importante que el niño obtenga esta información personal para que posteriormente realice afirmaciones futuras consistentes con la realidad.

### 5.2.5 LOS LIMITES EN LA TERAPIA.

Los límites son importantes, y aunque no son muchos deben quedar muy claros. Sobre todo cuando se trata de la protección del niño. Guerney establece las razones siguientes:

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 de la libertad. Este tipo de tolerancia tiene más significado, se toma como un regalo que ofrece alguien que tiene el poder de quitarlo, pero no lo hace por el niño.

2. Los límites permiten que el terapeuta permanezca empático y tolerante. Si los sentimientos o bienestar físico del terapeuta se ven amenazados, no puede serlo.

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

Los límites deben establecerse de inmediato antes de que el niño pueda lastimarse o lastimar al terapeuta u propiedad, sin embargo esto debe transmitirse de manera tal que el niño entienda que no puede hacer tal o cual cosa y si se molesta, también se hace notar su enojo: ejemplo, si el niño pretende morderla con un muñeco de dientes filosos, en lugar de decir: "No debes lastimarme", deberá decirse: "No puedo dejar que me muerdas con el muñeco", para que el niño sepa exactamente lo que está prohibido.

Los procedimientos para la aplicación de límites siguen esta secuencia:

1. A la primera infracción, se establece la norma, "No puedes punzar el saco de golpear con la punta del lápiz".

2. En la segunda, se dice, "Recuerda que expliqué que no debes punzar el saco de golpear con el lápiz. Si vuelve a suceder, vamos a tener que (quitar el lápiz, salir de la



habitación)" o cualquier cosa que se considere apropiada.

3. A la tercera, " Recuerda que te dije que si volvías a punzar el saco con el lápiz tendrías que... Ahora vamos (a salir de la habitación, retirar el lápiz) hasta nuestra próxima sesión".

Y los límites en general versan sobre los siguientes aspectos:

1. Agresión física contra el terapeuta o él mismo.
2. Destrucción de objetos costosos o irreparables.
3. Correr fuera y dentro del cuarto de juego.
4. Permanecer más allá del período de juego. (tiempo)
5. Desvestirse (excepto chamarras y zapatos).

Se debe tomar en cuenta otras variaciones dependiendo si se varía de escenario, por ejemplo si se realizan las sesiones en casa o en el exterior. Guernery, también establece lo que llama límites personales" sobre todo cuando en la terapia se integran padres o paraprofesionales, ya que algunas personas pueden ser más tolerantes que otras. Por ejemplo si en un día específico, quien funciona como terapeuta no desea ser mojado con un biberón al ser agitado, puede decir : "Raúl, hoy tengo que decirte que después de la sesión debo presentarme en otro lugar y no puedo ir mojada, así que debo pedirte que por hoy no me mojes."

Finalmente se ha criticado el método, porque se considera que la espontaneidad del terapeuta queda limitada así como su personalidad, al ser solo un reflector del niño y no permitir expresar sus opiniones, sin embargo existen diversas versiones dentro del enfoque que permanecen bajo el título en general y que sin embargo describen aspectos de la terapia en diferente forma : tal es el caso de Dorfman (1951) donde se encuentra la falta de límites razonables o Ginott (1961), que marca una distancia para la participación del terapeuta en el juego del niño. Lo cierto es que pese a ello, el terapeuta puede permanecer activo en la terapia de juego sin abandonar el papel de adulto , así como marcar los límites y aplicación de consecuencias, lo cual sugiere que no se encuentra sin responsabilidad final de la sesión y responde con libertad a las solicitudes de unirse al juego sin perder su posición.

Y en cuando a la tolerancia y confidencialidad, muchos terapeutas sobre todo los padres o maestros se preocupan porque la tolerancia que se lleva a cabo en el cuarto de juegos pueda generalizarse a otros espacios como la escuela o la casa, sin embargo, en la realidad no es así, el niño sabe comportarse en

cualquier lugar de diferente manera igual que el adulto e identifica donde rápidamente el carácter único de la terapia de juego. Cabe señalar que aun con los incipientes conocimientos con los que trate de aplicar "una terapia de juego", por cierto no muy lejos de querer jugar con los niños de un grupo de maduración con parálisis cerebral, pero no con las suficientes bases, los niños lograron de menos diferenciar la hora de terapia de juego y sus clases normales donde por cierto su enseñanza era a base de juegos, pese a ser un grupo difícil de niños entre 6 y 10 años, con carencia de movimientos, lenguaje y otras deficiencias agregadas, algunos lograron establecer esa diferencia.

#### 5.2.6 ETAPAS DE LA TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA.

##### Primera Sesión.

Como se mencionaba se inicia con la estructuración, manejando que se va hacer durante la terapia y todo lo que a ella concierna. Pero no se debe de perder de vista que si el niño va con la idea que la terapia es "componerlo", inmediatamente funcionaran sus mecanismos de defensa protegiendo su yo, y dado que la inadaptación se da en el yo, quizá al igual que por sí misma, esto no es porque se encuentre por fuerza al servicio de un adulto extraño. Este es un principio de Carl Rogers en la formulación del enfoque no directivo.

Por lo cual, se debe comunicar al niño que la atmósfera será amigable, de aceptación y de apoyo. Se debe suponer estar tratando con el niño más sensible que pueda imaginar, y debe orientar adecuadamente sus respuestas empáticas. El terapeuta debe expresar por todos los medios toda la calidez posible, esto es, a través de palabras, sonrisas, tono de voz y una posición corporal relajada. En general los niños requerirán de explicaciones simples y cortas de lo que son las sesiones. La primera afirmación que se hace es decir; que éste es su tiempo y habitación especial "para decir cualquier cosa que desee y para hacer casi todo". El "hacer casi todo" es una frase absolutamente imperativa. Prepara al niño para los límites que puede ser necesario establecer posteriormente. Se debe comunicar,

que el niño es libre de jugar con todo lo que desee. En fin debe estructurarse de tal forma que quede claro para el niño, en caso de niños pequeños será necesario explicar de manera más sencilla.

#### PRIMERAS SESIONES.

Durante las primeras sesiones, el niño explorará acerca del tiempo de juego, al terapeuta como persona y a sí mismo con relación a este ambiente social diferente. Es cuando pueden presentarse las conductas de dependencia o seguridad o de agresión y límites, sin embargo no significa que el terapeuta deba intervenir para crear una dirección, bajo los principios de la terapia debe recordarse la autodirección. Inicialmente podrá desconfiar del adulto, tendrá que aprender que ese adulto no lo criticará ni juzgará, para posteriormente utilizar sus propios recursos para expresarse.

En ocasiones cuando a un niño no se le estimulo previamente o se le intimidó, pueden utilizarse algunos juegos abiertos. El terapeuta se retirará tan pronto como sea apropiado.

Es en este período cuando el terapeuta necesita estructurar activamente su propia identidad para el niño. Si el niño ilumina en silencio el terapeuta debe permanecer atento e interesado y hacer comentarios sobre el proceso.

#### SESIONES INTERMEDIAS.

De acuerdo a algunos estudios sobre la conducta de los niños y terapeutas en las sesiones no directivas revelaron que la agresión se nivela después de la primera fase, seguidas por manifestaciones de regresión como: dar biberón a las muñecas o jugando al bebé, pretendiendo ser animales. Tratan de jugar el papel o que lo sea el terapeuta. En esta fase se establece una relación de confianza entre el adulto que tiene poco que ver con los aspectos de control y poder de la fase anterior. Estos aspectos afectivos se oponen a los de poder, pero no significa que hayan desaparecido, prevalecen aunque en menor grado.

En las sesiones intermedias inician a tener lugar las reorganizaciones de personalidad y una creciente aceptación por el yo.

## SESIONES POSTERIORES.

En estas sesiones se orienta más hacia la realidad, aunque continúan los juegos de fantasía como "role playing", juegos de títeres, etc., existen más elementos reales en ellos. A medida que la terapia progresa, se ven los efectos de las actitudes no críticas y de aceptación. La agresión no desaparece del todo, pero se relaciona con acontecimientos recientes como fracaso en la escuela o injusticias paternas. La tolerancia a la frustración para el "aquí y ahora" del juego se vuelve bastante buena, y el niño que antes no soportaba perder en juegos ahora se ríe y ayuda a ganar al terapeuta. En este nivel el niño acepta su realidad y a sí mismo.

### 5.3 PROPUESTAS EN BASE A LA TERAPIA DE JUEGO HUMANISTA.

Se ha mencionado el hecho de que paraprofesionales; padres o maestros lleven a cabo la terapia de juego, pues aunque no posean antecedentes en alguna área clínica, no existe regla en el método que los excluya, incluso muchas de las personas no profesionales que dirigen la terapia han demostrado tener mejores actuaciones, que muchos que son profesionales entrenados con habilidades en estas conductas. (Carkhuff, 1969).

Guerny y otros (Kraft, 1973; Hornsby y Apfelbaum, 1978), entrenaron a padres, maestros, personal de cuidado diurno y otros en el uso de la terapia de juego centrada en el cliente, por 16 años con muy buenos resultados. Strom y Greathouse (1974), desarrollaron un enfoque muy similar. Aunque no es una terapia propiamente dicha, se usa para modificar las relaciones madre-hijo. Stollak (1979), entrenó estudiantes de psicología, educación y otros campos.

Para este trabajo en particular donde se ha venido revisando como se inicia la relación de un niño con limitación y su madre, un niño con limitación y su padre, y sus hermanos, y la sociedad, realmente es relevante en primera instancia establecer esa relación con cualquiera de los miembros con quien aun no se establece por las tantas razones que se mencionaron en su momento. Por el temor a dañar al hijo, por no saber como tratarlo, por permanecer al margen ...etc. Es decir desde la llegada al hogar de ese hijo con limitación el enfoque humanista o centrado en el cliente, tiene mucho que ofrecer a esos padres, que no necesitan reprimendas, ni consejos, sino tal vez, alguien que los escuche, comprenda y vaya de la mano en su proceso, que no es, por cierto, nada fácil, ni rápido. Los padres de inicio necesitan reencontrarse a sí mismos, aceptar muchos sentimientos que a la vista de los demás no deberían permitir, pero que se encuentran en ellos creando esa gran molestia consigo mismos, sentimientos reprimidos, oprimidos fuertemente y que regularmente emergen después de toda una vida sin vivir.

Cuando logran aceptarse con todas las incoherencias que se llegan a pensar en esos momentos de duelo por las expectativas no cubiertas, pueden visualizar su realidad, su contacto con el mundo y con quienes lo conforman, pueden ayudar a quien lo deseen y es entonces cuando pueden ser los propios terapeutas de sus

hijos.

No obstante puede señalarse el esfuerzo que dentro de APAC, se realiza para que esas relaciones se estrechen lo más tempranamente posible, con esos bebés que llegan a la institución, y donde sus familias pueden ser orientadas para convivir con él. Sin embargo no todo el personal llega a comprender cuanto puede ayudar y cuanto puede también afectar a las familias, que llegan a solicitar ayuda. Aquí es importante proporcionar una asesoría lo más pronto posible al personal para lograr un equipo transdisciplinario que funcione lo mejor posible para orientar adecuadamente a las familias de las personas con limitación.

De ese hecho se puede partir, para entonces fomentar la autoayuda, para capacitar a los padres para ser los propios terapeutas de sus hijos y no solo en el área psicológica, sino en otras áreas, conformando así otro equipo fuerte en casa que aliado con la Institución pueda brindar el máximo de ayuda a la persona con parálisis cerebral.

La terapia centrada en el cliente ofrece primero autoayuda y autodesarrollo a los padres, terapeutas, maestros, profesionales, etc.; segundo, permitir el desarrollo como personas a los limitados y facilitar un crecimiento constante y una valía personal, y tercero al aceptarse a sí mismos, pueden aceptar a los demás, funcionar mejor como personas íntegras, mantener una buena relación en todos los ámbitos y permitir el avance hacia nuevas metas personales, profesionales y de la Institución.

De hecho la mayor parte de tiempo la pasa el niño con la familia, luego entonces, es donde puede recibir la mayor ayuda posible. No solo los padres pueden ser capacitados para la terapia centrada en el cliente, los hermanos mayores pueden contribuir e incluso rolar la participación de ésta forma, se estarían relacionando con su hermano y aprenderían formas de convivir con él y conocerlo, lo mismo que los padres, que además rolándose las actividades para la rehabilitación del chico, les permitirá desarrollarse en otros aspectos y evitar crear lazos de dependencia por ambas partes.

Para el niño con limitación, la integración a su familia es muy importante, porque si es aceptado dentro de ella con todas sus carencias, ello le servirá para crear una seguridad tal que le permita integrarse al resto de la sociedad. Si su propia limitación ocasiona sentimientos que le perturben, la terapia de

juego le facilitará la expresión de dichos sentimientos que lo liberarán y harán sentir mejor.

En los casos de las personas adultas limitadas, no debe descartarse la terapia centrada en el cliente a nivel individual o grupal, la cual es una opción para vivir aquí y ahora.

Y en último de los casos en los que los padres no deseen participar, la terapia que pueda ofrecerse dentro de la institución ayudará para propiciar cambios favorables en el hogar, dado que la misma conducta del niño cambiará, haciendo notar a los padres el alcance hacia una madurez viable para todos.

Guernsey y colaboradores (1964), al desarrollar la Terapia Filial (los padres conducen las sesiones) compararon las habilidades terapéuticas de las madres no entrenadas con las de las entrenadas, para conducir sesiones de juego (Stover y Guernsey, 1967). Demostraron que se podía entrenar a las madres para realizar sesiones de juego según la definición terapéutica. Se mostraron más empáticas, permitían mayor autodirección al niño, y estaban más involucradas (fueron más atentas y responsivas) en las sesiones de juego.

Cabe señalar que la gran mayoría de las madres es poseedora de una gran capacidad y mayor empeño para aprender a ayudar a sus hijos, por lo que no es de extrañar que sean las mejores terapeutas.

Guernsey y otros investigadores, se dieron a la tarea de indagar los efectos de la terapia de la madre en los niños. Encontraron que los problemas de conducta pre-pos, de los niños disminuyeron de manera significativa y que las conductas registradas en el cuarto de juego mostraban más liderazgo (independencia) y menos agresión (Guernsey, B., 1976; Guernsey, L., 1975; Guernsey y Stover, 1971). En contraste, después del mismo lapso que duró la terapia, un grupo de niños normales, que no estaban en la terapia pero semejantes en variables demográficas, no mostraron tales cambios. Esto indica que la maduración y el tiempo no producen por sí solos este tipo de cambios que se vieron en los niños con tratamiento (Oxman, 1971).

En los niños con parálisis cerebral, es común encontrar actitudes extremas por parte de la madre sobre todo, pues en ocasiones son sobreprotectoras e impiden la independencia y autonomía moral en el niño; es decir todo lo deciden por él, o bien descuidan la rehabilitación sobre todo en casa y solo cumplen con llevarlo a la escuela esperando una mejoría milagrosa.

En ambos casos sería de gran ayuda el incluir a las madres en la terapia para eliminar esas conductas que agravan más la limitación del niño.

En una muestra diferente de niños la mayoría de quienes recibieron terapia de juego por parte de ambos padres, Sywłak (1977), mostró que las estimaciones de los padres sobre la conducta de los niños no variaron durante un periodo de espera de cuatro meses. Después de cuatro meses de tratamiento, los niños mostraron una mejoría significativa. Además, la aceptación de sus padres aumentó durante el periodo de la terapia.

Un estudio de seguimiento de este grupo (Sensue, 1981), reveló aún mayores puntuaciones al finalizar el tratamiento (seis meses aproximadamente) y ninguna pérdida significativa después de dos o tres años. Durante el periodo de seguimiento, los niños tratados, que antes del tratamiento se consideraban inadaptados, estaban tan bien adaptados como los normales de un grupo control. Por otra parte, los padres que participaron en la terapia de sus hijos tenían puntuaciones más altas de aceptación de sus niños que la muestra normativa.

Finalmente el seleccionar a los padres como terapeutas no es lo más obvio, dado que se encuentran íntimamente ligados e involucrados en los problemas de sus hijos. Sin embargo, esto sirve como una gran ventaja, ya que aprenden a empatizar con sus hijos aun fuera de la sesión de juego y los niños demuestran que sus actitudes obedecen a razones profundas y necesidades reales. Lo que se inicia en el cuarto de juegos solo es el principio de un largo camino en el establecimiento de relaciones no solo de terapeuta-cliente, ni padre-hijo, sino de otro tipo. En esencia al niño no le afecta quien sea el terapeuta, los resultados se muestran con gran efectividad, sin embargo, es más fácil para los adultos relacionados con los niños en otros escenarios, el convertirse en terapeutas en el cuarto de juegos que para otras personas que sólo los ven una vez por semana o más.

La Filial Therapists sigue desarrollando varios métodos que proporcionan una supervisión estrecha y parecen reducir la mínimo estas tendencias (Guernsey, 1976; Hornsby y Appelbaum, 1978; Kraft, 1973; Stollak, 1979).

Pese a que no es posible abarcar con todo detalle lo que ofrece la terapia de juego centrada en el cliente, se ha considerado una exposición que deje mantener al lector su mente abierta al enfoque y conduzca a una indagación más profunda en este terreno y en lo referente a las personas limitadas y sus fa-



milias. Y la gran importancia que tienen los padres o la familia en el curso del proceso de rehabilitación integral.

En cuanto al compromiso profesional y personal, se pretende llevar a la práctica como propuesta, la terapia de juego inicialmente a nivel particular con propósitos de investigación y aplicabilidad, no sin antes de la responsabilidad y compromiso de entrenamiento y actualización constantes.

En un segundo momento la propuesta se extendería a nivel institucional como se menciona, para que los cambios logrados dentro de la escuela promuevan cambios en el resto de las personas fuera del ámbito escolar, esto podría llevarse a cabo mediante sesiones grupales de niños previamente seleccionados, para terapia de juego una vez por semana, probablemente.

Es pues, la propuesta final, la integración de la familia en la rehabilitación del niño con parálisis cerebral mediante la terapia de juego centrada en el cliente. Con todo lo que conlleva y con todos los alcances que pueda tener: **DISFRUTAR DE LA VIDA, CON CONCIENCIA Y SELECTIVIDAD.**

**CAPITULO VI**  
**OBJETIVOS .**

## 6.1 OBJETIVOS INSTITUCIONALES.

1) Recabar fondos a través de diversos eventos sociales con fines donativos.

2) Realizar informes y congresos, para enterar a la población principalmente de APAC sobre las actividades de directivos, destino de fondos y avances de la institución.

3) Actualizar a profesionales en la rehabilitación a través de los diferentes cursos de actualización y capacitación.

4) El objetivo básico de la institución es atender a personas con parálisis cerebral ayudando a superar problemas físicos, educativos y sociales.

## 6.2 OBJETIVOS DEL ESTUDIANTE:

Los planteamientos básicos son :

1) Sugerir mayores prácticas en las diversas áreas de la licenciatura, con vistas a la formación profesional, bajo la supervisión de los profesores.

2) Proponer previos cursos introductorios para una mejor selección y/o asignación de plaza en el servicio social.

3) Conocer aspectos relacionados con la Parálisis Cerebral.

4) Conocer aspectos de la Terapia de Juego Humanista, que permitan establecer un vínculo con la rehabilitación en niños con limitación.

5) Participar desde el área psicológica en los diferentes ámbitos de la rehabilitación con parálisis cerebrales.

6) Contribuir al panorama de psicología educativa y de educación especial, con la aportación del Informe de Servicio Social.

### 6.3 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE TERAPIA INTEGRAL INTENSIVA (PROGRAMA DE CASA -APAC-).

1) Prestar el servicio de estancia a los trabajadores y personas que integran la comunidad aledaña, en un horario de 8:00 A.M. a 17:00 P.M.

2) Atender a la población que llega por primera vez a la institución.

3) Realizar valoraciones continuas en las diferentes áreas del desarrollo a la población de estancia, con edades entre 0 y 4 años.

4) Atender a nivel individual a personas que lo necesiten, elaborando un programa integral para su hogar.

5) Asistir con un grupo interdisciplinario a lugares alejados (marginales) para brindar la atención a niños con diferentes diagnósticos o limitaciones.

6) Participar en cursos o eventos que requiera la institución.

7) Realizar programas para casa a personas en atención mensual, programadas para una semana de trabajo intensivo en grupo.

8) Realizar preconsultas transdisciplinarias\*, procurando una Dx. preciso, para la ubicación correspondiente de cada niño o persona con limitación.

9) Canalizar a los candidatos a la institución, al programa donde correspondan por sus características o en su defecto, de no pertenecer a la institución canalizarlos a otras que ofrezcan el servicio requerido.

\*El término se refiere a rolar el papel profesional y conformar un equipo disponible para las necesidades del programa y de la institución. Cabe señalar que es el nivel máximo de trabajo grupal.

#### 6.4 OBJETIVOS DEL PASANTE DE LA CARRERA DE LIC. EN PSICOLOGIA.

1) Dar a conocer al lector las actividades realizadas durante un semestre de servicio social en APAC y mostrar a lo que ésta institución se dedica y lo mas importante, quienes son las personas con parálisis cerebral.

2) Conocer la manera de intervención en los diferentes ámbitos de la rehabilitación de la persona limitada.

3) Desempeñar el papel del psicólogo como profesionista en el trabajo con la familia y el niño con limitación.

4) Intervenir en el trabajo transdisciplinario en la concientización sobre la Parálisis Cerebral, integrando a la familia y a la población.

5) Desarrollar la terapia de juego humanista como medio de rehabilitación de la persona limitada.

6) Proponer la integración de la familia en la Terapia de Juego Humanista para la rehabilitación de la persona con Parálisis Cerebral a nivel institucional.

**CAPITULO VII**

**CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION**

## 7.1 Historia de A P A C.

En 1970 o sea hace 19 años, un grupo de madres de hijos con P.C., después de unirse y luchar por encontrar una forma, un camino que les permitiera dar a sus hijos y a otras personas con parálisis cerebral la oportunidad de superar parte de sus problemas físicos, educativos y sociales. Se registro APAC - Asociación Pro-Paralítico Cerebral, como una Asociación de Asistencia Privada, no lucrativa dedicada a la rehabilitación y capacitación al trabajo de niños, jóvenes y adultos con parálisis cerebral.

De 8 niños con los cuales se inició hace 22 años actualmente se atienden más de 2000 en sus diferentes programas y APAC se ha convertido en un gran centro de capacitación para cientos de personas a quienes en diferentes niveles se les da educación y capacitación continuas. Se atiende de todas clases sociales y edades desde 0 hasta 35 años en adelante.

Dado que APAC es una institución no lucrativa, las cuotas se fijan mediante un estudio socio-económico que realizan las trabajadoras sociales, de acuerdo a los criterios fijados en las juntas semanales que las Directoras de Programa, tienen con la Directora General.

Solamente 8 alumnos pueden pagar el costo real de \$150,000.- mensuales y se da y se debe dar la mejor atención y cuidado a cada alumno, sin ninguna diferencia por sus circunstancias sociales o económicas.

Así que el sostenimiento económico de APAC es un serio y continuo problema.

APAC, está incorporada a la junta de Asistencia Privada y a la Secretaría de Educación Pública con reconocimiento de validez oficial de estudios de Jardín de niños, Primaria y Secundaria. Además ofrece también la oportunidad de estudios de Preparatoria incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México para quienes deseen hacerlo.

La institución esta formada por un patronato integrado por voluntarios que trabajan para dotarla de recursos humanos, técnicos y económicos para su participación personal en toda aquella actividad que requiera de su presencia y trabajo.

Las colegiaturas con las que los padres de familia contribuyen al sostenimiento de la institución apenas representan el 20 % aproximadamente de sus gastos operativos, el resto proviene de eventos diversos como ventas de garaje, sorteos,



pequeñas aportaciones de algunas dependencias del gobierno, donativos de fundaciones, Empresas y personas que generosamente apoyan a APAC, sobresaliendo la colecta anual que se celebra exitosamente. Las colegiaturas son fijadas de acuerdo a las posibilidades económicas de la familia.

Además de los profesionales que trabajan en APAC, hay un grupo de voluntarias que han sido adiestradas y orientadas, que dedican su tiempo libre a actividades de enorme contenido humano.

La Presidenta es la Sra. Carmelina Ortiz Monasterio de Molina y la Tesorera la Sra. Rita De Vega, ambas madres de un hijo con parálisis cerebral; de Beaty la primera y de Nacho la segunda; dedican gran parte de su vida para la superación personal de las personas con P.C. en APAC. (Anexos I y II).

## 7.2 ORGANIZACION DE LA INSTITUCION.

APAC está formado por los siguientes Programas o Escuelas:

1. PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA.  
En este programa se atienden a bebés de 0 a 3 años de edad, brindándoles atención en el grupo matutino, solo existe un grupo vespertino; que es de adaptación para aquellos niños que necesiten trabajar su integración, en ambos casos la presencia de la madre es esencial.
2. PROGRAMA DE JARDIN DE NIÑOS.  
Aquí se encuentran ubicados los niños que tienen una edad entre 3 a 5 años, cursando por un preescolar; donde se inicia la separación de la madre y por tanto asiste solo al salón de clases.  
Ambos programas (1,2) se localizan tanto en Constituyentes como el mas reciente en Xochimilco.
3. PROGRAMA DE NIÑOS.  
En este programa reciben atención niños de 6 a 14 años, integrando su rehabilitación con su escolaridad de Preprimaria y Primaria. Su ubicación es en Dr. Arce 104.
4. PROGRAMA DE ADULTOS.  
El programa de adultos esta formado por personas con P.C. de los 15 años en adelante, recibiendo escolaridad en Primaria.

Secundaria, Preparatoria y actualmente apoyando a los alumnos de Universidad. Conjuntamente con su preparación escolar inician en talleres de acuerdo a sus intereses y habilidades.

También se ubica en Dr. Arce.

5. PROGRAMA DE ARTES Y OFICIOS.

Es un programa nuevo donde se brinda una preparación profesional como continuación de su iniciación en talleres, pero ahora con vistas hacia una vida productiva; para integrarse a un trabajo remunerado. Y se ubica en Dr. Zarraga.

6. PROGRAMA DE MOTIVACION.

Aquí se atienden personas que además de tener parálisis cerebral presentan deficiencia mental. De igual manera se encuentra en Dr. Arce.

7. PROGRAMA DE CASA O DE TERAPIA INTEGRAL INTENSIVA.

Este Programa tiene diversas funciones:

-Recibir y asesorar a los padres que desean que sus hijos se integren a alguno de los programas antes mencionados.

-Canalizar a todas aquellas personas que no sean candidatos a la institución, a otras que puedan ofrecer la atención adecuada a su problemática.

-Conformar un Diagnóstico Integral para la mejor ubicación del chico con P.C. dentro de la institución, contando con las valoraciones del equipo interdisciplinario y transdisciplinario.

-Valorar los avances obtenidos periódicamente tanto de Programa de Casa (asistencia periódica una semana cada dos meses) como de Atención Individual (asistencia periódica de dos días cada dos meses).

-Capacitar a los padres de familia que por alguna razón no pueden asistir diariamente a la institución, de tal manera que sean capaces de rehabilitar a sus hijos de manera integral.

#### 8. PROGRAMA DE UNIDAD MOVIL

Dada la demanda de atención de personas con limitación que viven en lugares no céntricos o cercanos a la metrópoli, se observó la necesidad de trasladarse a las zonas con menos posibilidades de acudir a su rehabilitación, pero además con mayor afluencia de chicos afectados. Actualmente el equipo de trabajo se traslada en una unidad que sale de APAC a ocho diferentes lugares (Nezahualcoyotl, Sta. Clara, Coacalco, Cuautitlán Izcalli, Milpa Alta, Villa Milpa Alta, San Mateo Nopala, San Mateo Tepopula), algunos de estos lugares funcionan con asistencia continua, debido a que cuentan con algún inmueble prestado o donado para trabajar. Cabe señalar que no solo se atiende a la población que presente el Dx de Parálisis Cerebral, sino a diferentes problemáticas; ya sean síndromes, problemas de lenguaje o bien de aprendizaje.

#### 9. PROGRAMA DE DESARROLLO E INTEGRACION INFANTIL.

Este programa se desarrolla tendiendo como objetivo la convivencia diaria de niños con parálisis cerebral, tomando como base lo siguiente: los niños con cualquier limitación tienen derecho a convivir con otros niños con o sin limitación y de estos últimos podrá aprovechar otros aprendizajes, pues se verá motivado para realizar otras actividades. En tanto que los primeros tendrán la oportunidad de ayudar y entender desde edades tempranas a tratar, comprender y respetar a las personas con limitación.

#### 10. PROGRAMA DE PROVINCIA.

Consiste en asesorar en todas las áreas a aquellas instituciones que brinden atención a personas con parálisis cerebral, en el interior de la República.

Además dentro de cada Programa se encuentran los siguientes servicios:

- a) Medicina en Rehabilitación.
- b) Terapia Física.
- c) Terapia de Lenguaje.

- d) Psicología
- e) Comunicación.
- f) Psiquiatría.
- g) Pedagogía.
- h) Trabajo Social.
- i) Medicina General.
- j) Odontología.

Todas estas áreas se dan a los alumnos de manera integral, recordando que la persona no sólo consta de músculos o esqueleto sino es un ser integral y cada aspecto que lo conforma se estará reforzando al trabajar las diferentes áreas.

### 7.3 ORGANIZACION DEL PROGRAMA DE CASA.

Anteriormente se mencionó a grandes rasgos las diferentes funciones que lleva a cabo dicho programa, no obstante el trabajo no se limita al niño con parálisis cerebral, sino que va dirigido a la familia. Ya que la problemática involucra tanto a los miembros de la familia como a las relaciones internas y externas de la misma. Y porque además es en el seno familiar donde tendrá mayor peso la rehabilitación de la persona con limitación.

Es indispensable señalar que actualmente se trabaja en APAC bajo un sistema "Movimiento, Educación, Lenguaje y Funcionalidad" (MELF).

Esto nació de una visita a APAC de un grupo de profesionales ingleses de la organización "Cerebral Palay Overseas" también de la experiencia de varios miembros de la institución al ir a Londres y a Budapest donde se originó este método con el nombre de "Conductive Education"; para ver y aprender de esa forma de rehabilitación en la cual los padres, unen sus esfuerzos a los de los profesionales para obtener una mejor rehabilitación.

"Movimiento, Educación, Lenguaje y Funcionalidad", es un método de educación, no un método de tratamiento. En este sistema se unen la educación y los objetivos con logro de metas concretas. La meta es, reemplazar el trastorno de la función "disfunción" por la corrección de la función alterada hacia una ejecución mas cercana a lo normal.

Tiene como base importante lo que se conoce como la intención rítmica, que consiste en aprender movimientos y esquemas necesarios para la vida diaria. Cada movimiento se acompaña de la palabra. Esto se logra a través del reforzamiento y repetición, llevando a cabo un método específico de aprendizaje.

El conductor necesita un entrenamiento especial transdisciplinario, que lo capacite para ser integrador, educador y coordinador.

Para regular las actividades del grupo, debe establecer una atmósfera que facilite un contacto íntimo del conductor con cada uno de los alumnos. Además debe estar familiarizado con la ejecución y capacidad de cada uno de ellos, siguiendo su desarrollo y de acuerdo a esto va modificando sus programas.

El conductor deberá elaborar los programas previamente, marcando el tiempo destinado para cada actividad de acuerdo a las

metas fijadas con el grupo y con cada niño.

Por otra parte, es importante no enseñarle a los padres ejercicios, sino que encuentren cómo integrar este aprendizaje a la vida diaria del niño y la familia.

Se trabaja mediante la estimulación despertando en cada alumno la superación para que siempre quiera lograr mayores avances. Al estar en contacto con sus compañeros se dará cuenta de cómo y porqué del movimiento; haciéndolo a su vez crítico de el mismo y de los demás.

El movimiento debe tener una meta y lleva consigo un verdadero reflejo motor, enseñándole al niño que todo movimiento es al principio reflejo, después intencional y posteriormente forma la base de su conducta y comportamiento.

La continuidad es la motivación, elemento condicionante en la educación conductiva.

#### Estructura del Programa de Casa.

En este programa se presta atención a todas las personas que asisten por primera vez a la institución, en primera instancia se atienden mediante una previa cita en una preconsulta; donde se conformará de manera integral un diagnóstico de acuerdo a la valoración de las diferentes áreas. Una vez conformado dicho diagnóstico, se canaliza de manera interna o externa (en APAC o bien otras instituciones) de acuerdo a sus demandas y/o problemática particular. Se pretende que la institución solo atienda a las personas con diagnóstico de P.C., sin embargo en casos "especiales": como en aquellos que presenten algún problema motor aunque no sea P.C. y en otros casos a los cuales la institución pueda ofrecer alguna alternativa por considerar de utilidad el sistema de rehabilitación que maneja para la persona con limitación; en ambos pueden ser ingresados a APAC.

Cabe señalar que aquí acuden con diversas limitaciones como: P.C., deficiencia mental, retraso en el desarrollo psicomotriz, síndrome Dawn, síndrome de West, síndrome de Cri Du Chat entre otros síndromes, problemas de conducta y aprendizaje.

Ahora bien dentro del Programa se atiende a alumnos de la siguiente manera:

1) Semanas de Trabajo Intensivas (Turno Vespertino): Se atienden a las personas que una vez que pasen por preconsulta, tomando en cuenta el lugar de residencia, son candidatos a los diferentes Programas que ofrece APAC. Asisten a una semana al

programa, durante la cual recibirán de manera introductoria sugerencias de trabajo de las diferentes áreas para iniciar en su vida cotidiana, información sobre la parálisis cerebral y sobre que es APAC, como se conforma y que ofrece, interacción con grupo de padres y niños que permitirá una identificación y un intercambio de experiencias. Al final de esta se les canaliza su ingreso al programa que correspondan o hallan elegido según sus necesidades. Se atienden desde la edad de meses en adelante. Su diagnóstico es de parálisis cerebral u otro trastorno motor, acompañados en ocasiones de otras alteraciones.

2) Programa de Casa (Turno Matutino): Se atiende a personas que asisten periódicamente ya que radican fuera del D.F., sus edades son de meses a 14 años. Son grupos integrados por personas de ambos sexos, su nivel sociocultural y económico impide su admisión a la institución, al igual que sus antecedentes de tratamiento. Actualmente asisten a una semana de trabajo cada dos meses, llevándose a su casa un programa para desarrollar y pasando por las diferentes áreas a una revaloración.

3) Atención Individual (Turno Matutino) : Se presta atención a personas que regularmente viven en provincia, pero en lugares muy lejanos o bien que sus actividades no les permiten asistir a Programa de Casa y optan por ésta; donde deben asistir dos días cada dos meses, para valorarlos en todas las áreas y conformar un programa de trabajo para que lo lleven a cabo en casa.

4) Grupo de Maduración (Turno Matutino): Aquí se encuentran niños de ambos sexos que asisten diariamente a un grupo fijo, donde reciben atención a nivel de estimulación con el objeto de prepararlos para grado preescolar. Su diagnóstico es P.C. acompañado de alteraciones de lenguaje, auditivos y deficiencia mental. Sus edades fluctúan entre 6 y 10 años y no poseen precurrentes básicas. (En el ciclo escolar 1992 el grupo se reubicó en el Programa de Niños).

5) Grupo de Lactantes (Turno Completo): El grupo está integrado por un niño con Síndrome Dawn, y el resto de desarrollo normal donde reciben estimulación a nivel multisensorial, sus

edades son entre 4 meses a 1 año y 6 meses, la mayoría hijos del personal y otros de miembros de la comunidad. Algunos de ellos se encuentran de tiempo completo y otros solo medio tiempo.

6) Grupo de Maternal (Turno Completo): Niños de ambos sexos que asisten diariamente al programa a un grupo fijo que funciona como nivel intermedio entre lactantes y preescolar, sus edades son entre 2 a 4 años. Niños de desarrollo normal, con la opción de integrarse con niños con limitación.

Criterios para conformación de grupos :

En este apartado tratan de conformarse grupos homogéneos hasta donde sea posible para programar un mejor trabajo grupal, cada grupo es numerado del 1 al 8 según sus características:

- Grupo I a) Atención Dispersa.
- Grupo II a) Atención visual y auditiva.  
b) Fijar y rastrear estímulos.
- Grupo III a) Atención  
b) Responder a su nombre
- Grupo IV a) Atención  
b) Responder a su nombre  
c) Código de comunicación (si-no)  
d) Esquema corporal
- Grupo V a) Parálisis cerebral  
b) Problemas de conducta  
c) Deficiencia Mental
- Grupo VI a) Reconocimiento de partes de su cuerpo fino y/o grueso.  
b) Establecimiento de nociones temporoespaciales.  
c) Reconocimiento de colores primarios
- Grupo VII a) Reconocimiento de colores primarios y secundarios.  
b) Figuras geométricas  
c) Operaciones básicas



d) Lecto-escritura

- Grupo VIII a) Nivel de independencia  
b) Funciones mentales superiores (precurrentes, memoria, juicio, razonamiento, comprensión y lenguaje).

Semanas de Trabajo Intensiva:

a) La población se selecciona a partir de las edades según se encuentran establecidos en los programas de la institución y que se mencionaron anteriormente; y puede darse alguna subdivisión de ese grupo, siempre y cuando existan diferentes niveles de desarrollo.

b) Canalización a los diferentes programas según correspondan.

Grupo de Maduración: a) Área de atención: visual (fija, rastrea o es fluctuante.)

b) Área auditiva: busca fuente sonora (sobresalto, sonrisa, gestos, etc.)

c) Diagnóstico de P.C. acompañado de alteraciones visuales y/o auditivas, problemas de lenguaje, D.M.

Grupo de Lactantes:

a) Niños de 0 a 1 año 6 meses de edad.

b) Desarrollo normal y/o con limitación.

c) En etapa de lactancia, ambos sexos.

Grupo Maternal:

a) De 2 a 4 años de edad, ambos sexos.

b) Preferentemente que inicien marcha y autoalimentación.

c) Atención, Imitación, Seguimiento de órdenes sencillas.

d) Asistencia periódica al Programa de Casa.

#### 7.4 ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

Las actividades realizadas se dividen en dos trimestres y son diferentes en cada uno, debido a que el primero se llevo a cabo en el Programa de Casa y el segundo en el Programa de Niños. Durante el primer trimestre el servicio fue en el departamento de psicología, realizando las siguientes actividades principalmente:

- a) Valoraciones individuales
- b) Sesiones grupales con padres de familia
- c) Pláticas de Orientación e Información, sobre Parálisis Cerebral, Programas de APAC y Servicios que ofrece.
- d) Trabajo con grupos de niños, jóvenes y adultos pertenecientes al Programa de Casa.
- e) Trabajo con grupos de Semana de Trabajo Intensivo de la vez en edades de 0-3, 3-6, 6-15 y 15 años en adelante.
- f) Apoyo en el grupo de Maduración con terapia de juego y en actividades de alimentación, terapia física y otras.
- g) Elaboración de programas individuales, reportes semanales, informes mensuales y programas semanales.
- h) Decoración de áreas de trabajo de acuerdo al mes.
- i) Preconsultas.

a) Valoraciones Individuales. En esta actividad se realizaban valoraciones del área de psicología con cada niño, de cualquiera de los grupos con los que cuenta el Programa de Casa; aquí se valoran aspectos de la familia (quienes conforman el núcleo familiar, como son las relaciones de la familia con el niño, joven o adulto, del niño con cada uno de sus familiares, si cooperan todos o en su defecto quienes en su rehabilitación, como es la organización familiar y/o cualquier otro punto que deseen tratar (-desacuerdos, conflictos, etc.-). Otro aspecto es sobre la conducta del paciente o cliente (donde se observa al niño sobre su forma de actuar independientemente de lo que la madre reporte, en especial si tiene conductas de autoestimulación, autoagresión, agresión, socialización, cooperación, etc.). Después se encontraría el apartado en cuanto a si el niño presenta convulsiones actualmente y si toma algún medicamento y de que manera. Finalmente se encuentra un apartado para la indicación sugerencia; en el se trata de llegar a un acuerdo con

la madre para que las sugerencias sean compartidas y pueda generar un cambio de conducta o actitudes con o para él chico. (Anexo XIII).

b) Sesiones grupales con padres de familia. Dichas sesiones se lleva a cabo una vez por semana, debido a que se realizan con grupos de la vez y solo es uno por semana. Aquí se crea un espacio para la familia, donde los padres que acuden tienen la oportunidad de exponer dudas, inquietudes, comentarios y todas las emociones que deseen compartir con el resto del grupo; el objetivo principal es ubicar a los padres sobre la realidad que están viviendo y facilitar su proceso de aceptación, regularmente se llevan a cabo en el transcurso de una hora, dependiendo del número de participantes o mejor dicho de su participación.

c) Pláticas de Información y Orientación sobre P.C., APAC y Programas que ofrece. Se orienta o complementa la información acerca de lo que es la parálisis cerebral; dando una panorámica general sobre sus principales causas y consecuencias producidas durante tres periodos básicos como lo son : prenatal, perinatal y postnatal. Se engloban también algunos trastornos asociados, así como tres de las principales clasificaciones. De igual manera se da un panorama sobre lo que es APAC, cuál es su estructura, cómo funciona y qué servicios ofrece.

d) Trabajo con grupos de niños, jóvenes y adultos del Programa de Casa. Previamente se traza un plan de trabajo para esta semana por el equipo transdisciplinario, en el cual se crean actividades de acuerdo al nivel de desarrollo de los muchachos, cada día se realizan diferentes actividades y tiene como finalidad de que al cabo de la semana los padres realicen su propio plan de trabajo para su casa (Programa Individual) y lo lleven a cabo en los dos meses que no van al programa por su difícil traslado (ver estructura del programa de casa).

e) Trabajo con grupo en Semanas de Trabajo Intensivo. En estas semanas se integra al grupo de niños y jóvenes para trabajar bajo el método de Movimiento, Educación, Lenguaje, y Funcionalidad, y en el caso de adultos regularmente se trabaja solo con los muchachos en actividades diversas tratando de no descuidar cada una de las áreas de interés tanto para el grupo como para el equipo de trabajo.

Durante estas semanas se inicia a los grupos en actividades que van desde actividades de la vida diaria hasta actividades escolares tratando de respetar el desarrollo integral. Al final

de las semanas se confirma el diagnóstico integral y se canalizan respectivamente según sus características.

Cabe señalar que estas semanas son la médula del trabajo de Programa de Casa, ya que es donde se da el primer contacto entre los padres, el chico y la institución así como con el equipo transdisciplinario.

f) Apoyo en el grupo de Maduración. Para este grupo se elaboro un Programa de Terapia de Juego con el objetivo de que los niños iniciaran a diferenciar entre el juego y actividades escolares, así como aprovechar para el establecimiento de algunas precurrentes, al final del presente trabajo se anexa dicho programa. También se apoyo en dar alimentación a los integrantes del grupo aplicando las técnicas apropiadas y sugeridas por la terapeuta de lenguaje para cada uno de ellos. Así mismo el apoyar en terapia física permitió intervenir en otra área inicialmente desconocida. No obstante el apoyo en otras actividades como festejos, adornos y sugerencias de trabajo fue constante. (Ver Anexo XVII).

g) Elaboración de programas individuales, reportes semanales, informes mensuales y programas semanales. En los casos en que los muchachos asistían a una atención individual, se intervenía en la elaboración de un programa por área, tratando de incluir aspectos como integración familiar, modificación de conductas, independencia personal y estimulación multisensorial, principalmente. Los informes mensuales se elaboraban en conjunto con los integrantes de equipo; concentrando información estadística básicamente. En los informes semanales se reportan los objetivos y actividades que se realizaron durante la semana, incluyendo las observaciones sobre aspectos relevantes. Y finalmente al término de cada semana se reúne el equipo de trabajo para coordinar la siguiente, elaborando un plan de trabajo de acuerdo a las características del grupo a tratar, designándose responsables para las diferentes actividades.

h) Decoración de áreas de acuerdo al mes. Se designa un mes para cada área, quien coordinará la decoración del programa, cada integrante del área en cuestión cooperara en la realización de adornos para el programa.

i) Preconsultas. Regularmente se designa el día viernes a excepción de los días entre semana que existe sobrecargo, en este día se valoran de manera individual a las personas que llegan por primera vez, para conformar un diagnóstico integral, interviniendo para ello todo el equipo de trabajo (Pedagoga,

Terapeuta de Lenguaje, Médico en Rehabilitación, Terapeuta Físico, Psiquiatra y Psicólogo). Para tal efecto se utiliza una hoja de evaluación (ver anexo XIV) en la cual se concentra la siguiente información: atención visual (fija-rastrea), atención auditiva (busca fuente sonora), responde a su nombre, posee nociones temporo-espaciales, tiene conocimiento de partes del cuerpo (gruesas y finas) y/o esquema corporal, posee prensión gruesa, fina, existe coordinación ojo-mano, etapa de lenguaje en la que se encuentra y manera de comunicación, existe seguimiento de instrucciones. En el caso de los muchachos con escolaridad se observa conocimiento de colores, formas, figuras geométricas, numeración, operaciones lógico-matemáticas (desde sencillas hasta de mayor dificultad, según el caso), lecto-escritura, lateralidad, uso de adecuado de la moneda, si realiza ABC (actividades básicas cotidianas). En todas las edades deberá valorarse si cambia de posición decúbito (ventral a dorsal y viceversa), si posee patrón cruzado, su tipo de respiración (nasal o bucal), reflejos de Babinsky, clonus, parpebral, salto de obstáculos, reacciones de defensa, equilibrio y enderezamiento, control de tronco y cuello, postura simétrica o asimétrica, columna vertebral alineada, tono muscular, cintura escapular y pélvica, movilidad articular en miembros superiores e inferiores, si existe marcha: sus características de esta, así como si existe control de esfínteres y como es la interacción del sujeto, tolerancia al contacto físico y cooperación durante la valoración. (Anexo XIV y XV).

Es importante subrayar que si se valoran bebés, la atención versará sobre las siguientes observaciones, ya que a medida que disminuye la edad, se incrementa la dificultad para diagnosticar: reacciones de defensa, equilibrio (si lo hay), enderezamiento, control de cuello (después de tres meses), lo mismo con niños de mayor edad pero con serias limitaciones, se observa la columna vertebral (descartando escoliosis o sifosis), evaluar el tono muscular, cintura escapular y pélvica (descartar alguna luxación), palpar la movilidad articular en Miembros superiores e Inferiores (Ms Ss y Ms Is). Anotar como es la cooperación, disponibilidad, aceptación del contacto físico, irritabilidad, contacto con el medio y si controla esfínteres en niños en posibilidades y edad de lograrlo.

No obstante mas que inferir y mucho menos asegurar la presencia de algún daño neurológico o retraso psicomotor deberá seguirse estimulación sensorial y una revaloración meses después.

Finalmente en todos los casos se diagnostica y se sugiere el ingreso o la canalización de manera conjunta con el equipo de trabajo.

Durante el segundo trimestre realice el servicio social en el Programa de Niños, bajo la propuesta de laborar y concluir el servicio al frente de un grupo de primero especial. El grupo estaba conformado por seis alumnos de las siguientes características:

1) Cerdeira Paz Rogelio. Presenta rasgos autistas, rasgos psicóticos, no posee un diagnóstico preciso, realiza marcha independiente, se irrita con facilidad, poco cooperador, no tolera fácilmente el contacto físico.

2) García Carbajal Omar: presenta parálisis cerebral de tipo espástica atetósica, problemas de lenguaje y estravismo, no realiza marcha, sostiene cuello y tronco con dificultad debido a su elevado tono muscular y sus movimientos involuntarios, se comunica por medio de los ojos y algunos movimientos de la mano derecha.

3) Luna Torres Tonatiuh. cursa con parálisis cerebral hipotónica, problemas de aprendizaje y lenguaje. no realiza marcha, inicia el parado, se desplaza por medio del arrastre o brincos con ambos pies (en forma de conejo), sostiene cuello con dificultad, es de lento aprendizaje.

4) Reyes Galvan Diana Karina. Su diagnóstico es hemiparecia espástica derecha y problemas de lenguaje, realiza marcha independiente, posee memoria a corto plazo, no emite sonidos lingüísticos, se comunica con señas.

5) Santa Ana Jiménez Felipe. su diagnóstico es hemiparecia espástica con apoyo en miembros inferior y superior izquierdos con apoyo en punta, problemas visuales y de lenguaje (falta de estructuración).

6) Torrentera Maldonado Ademar. Presenta hiperquinesia, leve atraso psicomotor, problemas de lenguaje, comprensión y memoria, posee habilidades manuales, realiza marcha independiente y actividades de la vida diaria.

Durante el 2o. trimestre se realizaron las siguientes actividades, al frente del grupo lo. Especial "B".

j) Se elaboró un plan semanal de actividades para el grupo mencionado, incluyendo objetivos individuales y grupales.

k) Elaboración de objetivos específicos para los niños en las diferentes áreas Pedagogía, Psicología, Terapia de Lenguaje y Terapia Física con asesoría de los profesionales.

l) Organización y Participación en eventos o fechas conmemorativas.

ll) Apoyo en Terapia Física del grupo.

m) Apoyo en alimentación en el Programa de Niños.

NOTA: El programa elaborado para este grupo, quedo archivado en la escuela, ya que todos los programas semanales se transcriben a un cuaderno o plan de trabajo que pertenece a la institución.

No obstante se anexan algunos objetivos individuales de trabajo y sugerencias para cada alumno. (Anexo XVI y XVII).

A N E X O S





### **PRECAUCIONES PRENATALES:**

¿Cómo puede una mamá ayudar a que su hijo nazca en buenas condiciones?

**APAC - Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral** te da estos importantes consejos:

#### **DEBES:**

- \* Consultar a un médico si no has menstruado durante dos meses consecutivos.
- \* Informar a tu médico de cualquier síntoma anormal durante el embarazo: dolores de cabeza, sangrado, cambio repentino de peso, etc.
- \* Platicar con tu doctor acerca del proceso de parto, a fin de que entiendas y cooperes en el momento del nacimiento y en los cuidados posteriores para tu hijo.
- \* De ser posible, evitar el uso de anestesia en el parto.
- \* Seguir todas las instrucciones de tu médico
- \* Hacer ejercicio moderado, reposar adecuadamente y procurar alimentarte con una dieta balanceada.

#### **NO DEBES:**

- \* Tener contacto cercano con personas que padezcan sarampión, varicela, rubeola y otras enfermedades contagiosas.
- \* Exponerte a accidentes o lesiones.
- \* Exponerte a sustancias químicas tóxicas; heces de animales (especialmente de gatos) y a radiografías (rayos - x).
- \* Abusar del tabaco y el alcohol
- \* Tomar ningún medicamento que tu doctor no te prescriba

**ESTE MARCALIBRO ES CORTESÍA DE  
APAC  
Dr Arce 104, Col Doctores México DF  
Tels: 588 99 29 y 761 35 12**



para aprender a ganarnos la vida dignamente. Sin embargo, nuestra educación es muy costosa. Nosotros ponemos todo nuestro esfuerzo y nuestras familias luchan por ayudarnos pero esto no es suficiente, necesitamos de tu apoyo económico para que APAC pueda seguir dándonos la oportunidad.

Da algo tuyo y anima a tus amigos y familiares a que nos ayuden.

Los donativos son deducibles de impuestos.

APAC es una institución de Asistencia Privada, no lucrativa, que fue fundada por un pequeño grupo de madres de familia en 1970.

Actualmente APAC cuenta con los siguientes servicios y atiende en ellos a 2,300 personas



1. Programa de estimulación temprana de 0 a 3 años.
2. Programa de Jardín de niños integrado de 3 a 6 años.
3. Programa de Niños de 7 a 15 años - Primaria.
4. Programa de adultos - Secundaria y Preparatoria (de 16 años en adelante).
5. Programa de Motivación para niños con parálisis cerebral y deficiencia mental.
6. Programa de Unidad Móvil a 5 colonias pobres lejanas a las escuelas de APAC.
7. Programa de Casa, donde los padres aprenden a ayudar a sus hijos.

# ACEPTAME



# COMO SOY

- 
8. Programa de asesoría a la provincia.
  9. Programa de Odontología y salud bucal.
  10. Programas médicos y de rehabilitación.
  11. Programa de Semana de Terapia Intensiva.
  12. Programa de diagnóstico y consultas médicas.
  13. Centro de Información "Nydia G.C. de Montes"
  14. Escuela de Voluntarias.
  15. Jardín de niños y guardería integrada.
  16. Cursos de capacitación continua al personal.

¡APAC SIGUE ADELANTE!

En un futuro próximo, y sólo si contamos con su ayuda, inauguraremos.

17. Escuela de Artes y Oficios.
18. Carrera a nivel licenciatura de Rehabilitador integral.
19. Centro de diagnóstico y tratamientos de rehabilitación.

ANEXO III.



Grupo de preescolar realizando trabajo referente al 20 de Noviembre. Utiliza papel crepé y resistol.



ANEXO IV.



Mismo grupo en cooperación con la maestra y auxiliar.



ANEXO V.



Grupo de Primer Año Avanzado. Aprendiendo nociones Especiales, a través del juego con la pelota.



ANEXO VI.



Se facilitan posiciones de sentado y se aprovechan sus habilidades motoras.





ANEXO VII.



Cada uno de los niños posee una habilidad diferente, la maestra y el auxiliar tratan de explotarias en - favor del aprendizaje.



ANEXO VIII.



Grupo de Preescolar Inicial, jugando con globos en el trabajo para atraer su atención visual.



ANEXO IX.



Niña con parálisis cerebral mixta y atención dispersa, inicia la percepción de objetos para fijar su atención visual.

ANEXO X.



Madre de familia cooperando en la rehabilitación de su hija, en alianza con la profesora de grupo.



ANEXO XI.



Grupo de Movilización con problemas severos de coordinación psicomotriz, atención visual, así como problemas de lenguaje y aprendizaje.



ANEXO XII.



Juego con confeti, dirigido por la maestra, para atraer la atención visual, rellenando un círculo plasmado en cartulina.

ANEXO XIII

PROGRAMA DE TERAPIA INTEGRAL INTENSIVA

( PROGRAMA DE CASA )

VALORACION PSICOLOGICA

NOMBRE : \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_ EDAD : \_\_\_\_\_  
PROCEDENCIA : \_\_\_\_\_  
FECHA DE VALORACION : \_\_\_\_\_  
GRUPO : \_\_\_\_\_

1.- DATOS FAMILIARES : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.- CONDUCTA : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.- CRISIS CONVULSIVAS Y MEDICAMENTO : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.- SUGERENCIAS : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RESPONSABLE : \_\_\_\_\_





ANEXO XV

NOMBRE : \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_

FECHA DE VALORACION : \_\_\_\_\_

HOJA DE EVOLUCION

PEDAGOGIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA : \_\_\_\_\_

PSICOLOGIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA : \_\_\_\_\_

TERAPIA DE LENGUAJE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA : \_\_\_\_\_

TERAPIA FISICA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA : \_\_\_\_\_

TRABAJO SOCIAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA : \_\_\_\_\_

## ANEXO XVI

### OBJETIVOS PARA EL TRIMESTRE ABRIL-MAYO-JUNIO GRUPO PRIMERO ESPECIAL "B"

#### Area de Español.

Objetivo: El alumno conocerá las letras n, c, r, y tal vez la y, y su combinación con las vocales, aprenderá su sonido, así como a formar sílabas y pequeños enunciados con éstas nuevas consonantes y con las ya conocidas hasta el momento (m, p, l, s, t y d). Cabe señalar que seguiremos reforzando la unión de sílabas para lo cual solicitamos el gran apoyo en casa.

Todo lo anterior queda bajo la consigna de que el cumplimiento dependerá del aprovechamiento en conceptos anteriores.

#### Area de Matemáticas.

Objetivo: a) El alumno comprenderá y conocerá la relación entre el signo (que es el número, ejemplo: "4" y la cantidad de objetos que representa, combinando el conocimiento de otros números de la secuencia. Para lograr este objetivo es indispensable el manejo constante de dicha relación entre el signo (forma en que se representa una cantidad de objetos) y los objetos de referencia, que puedan ser de una misma especie, para facilitar el conocimiento y no sólo memorizar un seriación que sólo lo llevaría a una mecanización. Por lo tanto se reitera la solicitud de ayuda en casa para tal fin.

b) El alumno continuará su aprendizaje de los números mediante la operación de suma, logrando un doble objetivo en estos términos, así mismo reafirmará el conocimiento de figuras geométricas, relación de cantidad (muchos-pocos), y de ser posible trataremos de establecer el concepto de decena y unidad.

#### Area de Independencia Personal.

Objetivo: antes de plantear el objetivo, es importante señalar que en ésta área puede llevarse a cabo diferentes actividades que ayudarán a cubrir diversos objetivos. Por lo cual plantaremos que el alumno aprenderá a cooperar en la preparación de alimentos, realizará su higiene personal, vestido

y desvestido incluyendo en esto último todo lo relacionado con quitar, poner, ensartar, amarrar, abotonar, desabotonar, subir y bajar cierres, así como el doblado de su ropa. Tratando con todas y cada una de estas actividades lograr en la medida de lo posible la independencia del alumno, sin que signifique limitarlo a estas habilidades.

#### Area Motriz.

Objetivo General: El alumno realizará traslados de un lugar a otro, así como actividades para mejorar sus motricidad gruesa (movimientos corporales y habilidades operativas - brincar, rodar, correr, etc.-) y mejorar los movimientos que por sus características particulares se le dificulten. En cuanto a la coordinación motora fina, realizará actividades manuales, como hasta el momento lo han venido realizando.

Además se realizarán actividades para practicar el equilibrio, cargas de pesos (en diferentes posiciones, sentado, hincado, parado, etc.) cambios funcionales especialmente con las personas que realizan marcha, corrección de postura en los casos de los alumnos que requieran bipedestación con la ayuda del estabilizador, será constante.

Para motricidad fina se realizarán actividades de alcance agarrar, soltar, elevar, utilización de partes corporales finas como dedos o cajas con diversos juegos).

#### Area de Expresión.

Objetivo: El alumno reforzará la elaboración de frases mediante el diálogo, realizará dinámicas de expresión facial y corporal, utilizando el tablero (de manera grupal) para iniciar una integración a partir de una expresión oral, en los casos en que esto se pueda llevar a cabo y aprenderá a usar el calendario por asociación de ideas de acuerdo a expresiones gráficas que marcará el día en que vivimos. Finalmente incrementará o reafirmará el conocimiento de partes del cuerpo, esquema o imagen corporal.

## SUGERENCIAS.

### GARCIA CARBAJAL OMAR.

Se sugiere mucho apoyo en casa en el área de comunicación, y con motricidad, de acuerdo a los objetivos mencionados en esa área. Al mencionar el apoyo en comunicación es con motivo de que se pueda lograr una mejor respuesta para conocer el grado de comprensión de los conceptos cognitivos.

### CERDEIRA PAZ ROGELIO.

Se sugiere incrementar el concepto de sí mismo, reforzar el establecimiento del yo, apoyar en casa en cuanto a la atención y comprensión de conceptos. Así como incrementar su socialización y conocimiento del medio externo.

### LUNA TORRES TONATIUH.

Se sugiere apoyo en el área de comunicación para aclarar en la medida de lo posible su lenguaje, insistir en algunas conductas como control de cuello y de salivación, apoyar en el área de movimiento, así como en los conocimientos escolares.

### TORRENTERA MALDONADO ADEMAR.

Se sugiere apoyo en casa con el establecimiento de rutinas de horario, mantener su atención por aproximaciones sucesivas o sea incrementando el tiempo de tolerancia a las actividades, y apoyo en cuanto a su comunicación, exigir la clara pronunciación, y evitar que se comunique a base de señas.

### SANTA ANA JIMENEZ FELIPE.

Se sugiere mayor apoyo en casa en el área motriz, ejercitando sus miembros inferior y superior izquierdos, motivar su participación mediante su lenguaje, reforzar sus conocimientos para fortalecer por llamarlo de alguna manera su memoria.

### REYES GALVAN DIANA KARINA.

Se sugiere apoyar en casa para su motricidad, refiriéndonos a la bimanualidad, incrementar su comunicación con ayuda de sus manos. Incrementar su atención y reforzar su memoria.

En el área motora se necesita plantear los objetivos de manera individual debido a las diferentes características que cada uno presenta, ya que se deben cubrir distintas necesidades. Por tanto otros objetivos llamados específicos quedarán de la siguiente manera:

**GARCIA CARBAJAL OMAR.**

El alumno deberá realizar cambios de sentado a parado, controlar más el tronco, realizar bipedestación con ayuda del estabilizador, realizar rotación y tiene indicación de utilizar férulas de plástico.

**CERDEIRA PAZ ROGELIO.**

Realizará cambio de posiciones; acostado, sentado, hincado, parado; podrá realizar saltos con dos pies y con uno solo, iniciará parado de manos por segundos rodada al frente, tiene indicación de plantillas intercambiables.

**LUNA TORRES TONATIUH.**

El alumno podrá tolerar una sola posición, realizar cambios de sentado a parado con ayuda del estabilizador, insistiremos en el control de cuello.

**TORRENTERA MALDONADO ADEMAR.**

El alumno llegará a tolerar una posición, realizará saltos con ambos pies y con uno solo, rodada al frente, parado de manos por segundos, incrementar su motricidad fina, así como su equilibrio con actividades como; caminar sobre una línea recta, con los ojos cerrados levantar un pie, alzar una mano, sin zapatos ni calcetines caminar sobre pasto, arena, alberca.

**SANTA ANA JIMENEZ FELIPE.**

Podrá realizar cambios funcionales en posiciones diversas, podrá adquirir reacciones de equilibrio y defensa en todas las posiciones, insistiremos en la bimanualidad.

**REYES GALVAN DIANA KARINA.**

La alumna podrá adquirir la bimanualidad, incrementará su pinza gruesa, alcance, apoyará con el miembro superior derecho en todas sus actividades. Tiene indicación de férula.

ANEXO XVII

ASOCIACION PRO PERSONAS CON PARALISIS CEREBRAL, A.C.

A P P A C

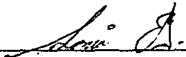
PROGRAMA DE CASA

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO

DESTINADO AL : GRUPO DE MADURACION.  
POBLACION : 12 niños de edades entre 6 y 8 años.

ELABORADO POR : P.S.S. PSIC. SONIA ESTEVEZ ARIAS

FIRMA



---

ASESORA : PSIC. ALEJANDRA MALDONADO

Vo.Bo.



---

SEPTIEMBRE / 1990

PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO  
PARA EL GRUPO DE MADURACION

A P P A C

El programa está destinado al grupo de Maduración, integrado en el Programa de Casa, para que mediante la terapia de juego se establezcan aspectos generales de socialización, atención, comunicación, interrelación con el medio, relaciones interpersonales, integración al grupo, etc.

Está diseñado para ser aplicado durante un mes, llevándolo a cabo dos veces por semana (martes y jueves) de 11:30 a 12:00 hrs.; éste horario puede ser flexible, ya que queda supeditado a la disponibilidad del espacio. Después de haber aplicado dicho programa, deberá hacerse una valoración de los objetivos logrados para planear las actividades del siguiente mes no obstante pueden continuar con los objetivos de éste programa y sólo variar las actividades, hasta cumplir con el objetivo.

Por otra parte, es necesario que quede establecido en el niño un lugar específico para jugar y donde no es obligatorio realizar tal o cual actividad, el niño podrá dentro de sus posibilidades jugar a lo que se desee o no jugar. Aunque por supuesto la idea principal es que logremos la participación del niño, así como la integración al grupo. También es necesario mantener las ideas de orden y limpieza; porque el juego será con muñecos, pistolas, camiones, muñecas, teléfonos, herramientas, bolsas y juguetes generales con funciones específicas como rompecabezas y cubos, ensambles, etc., por lo que no se ensuciará el lugar, ni se ensuciarán ellos mismos, así pues, podrá llamarse al salón de juegos: salón "limpio".

Debido a que el programa funcionará de apoyo a las actividades diarias en clases, se compaginará cuando sea posible con algunas actividades para mantener un reforzamiento y retroalimentación.

Finalmente queda sujeto a modificaciones según sugerencias del equipo de trabajo.

ACTIVIDAD No. 1

"La Familia"

- AREA : Socioafectiva
- OBJETIVO : El niño podrá construir relaciones seguras con los miembros de su familia, así como conocer la importancia de ésta y el rol que juega dentro de ella. El niño mantendrá la atención mediante la manipulación de los juguetes tanto por parte del instructor como por los propios niños.
- ACTIVIDAD : El niño observará diferentes muñecos que representarán al papá, mamá e hijos (niño y niña). Se contará una historia acerca de la formación de la familia con los muñecos, el niño podrá manipularlos y podremos cantar una canción alusiva.
- MATERIAL: Muñecos ó títeres.
- OBSERVACIONES: Podrán implementarse juegos derivados de la actividad principal de acuerdo a la creatividad, para facilitar el juego a los niños.

ACTIVIDAD No. 2

"Los Oficios".

- AREA : Convivencia Social.
- OBJETIVO : El niño conocerá la importancia que tiene el trabajo en la vida de las personas, y la función que cumple éste en el desarrollo de la sociedad, escuchará los nombres de los oficios de las personas que integran el grupo de trabajo de la escuela y las funciones que desempeña cada una. Aunque también se podrán mencionar otros oficios.
- ACTIVIDAD : Se les platicará a los niños acerca de la importancia del trabajo y de los diferentes oficios, se les describirá el oficio que desempeña el equipo de trabajo : maestros.



auxiliares, intendencia, etc. Se les indicará que ahora jugaremos a los oficios, mostrándoles diferentes herramientas de trabajo que utiliza cada persona para desempeñar su trabajo. Se preguntará como se llama cada herramienta para imitar la realización de tal o cual oficio. Cantaremos "San Serafín del Monte".

MATERIAL : Herramientas de trabajo (juguetes de plástico). De ser posible accesorios varios.

ACTIVIDAD No. 3 "Mis amigos y yo".

AREA : Socioafectiva.

OBJETIVO : El niño establecerá relaciones con sus compañeros diferenciando al yo, tu él o ella y ustedes o ellos. El niño podrá conocer la importancia de tener amigos, compañeros o conocidos, después de reconocerse a sí mismo como ser individual. El niño mantendrá la atención visual y auditiva mediante el juego con muñecos o títeres.

ACTIVIDAD : Se planteará al niño el juego de ver que hay en el espejo, se presentará un espejo ante el niño a presentarse y conocer a sus demás compañeros, jugará con los muñecos simulando un encuentro con saludo y presentación, haciendo amigos y jugando.

MATERIAL : Títeres o muñecos y espejo.

OBSERVACIONES : Podremos cantar la canción de "Pin-Pon".

ACTIVIDAD No. 4

"Los Medios de Comunicación".

AREA : Comunicación y Lenguaje.  
OBJETIVO : El niño expresará y realizará una forma de comunicación de la manera en aquellos que puedan. El niño conocerá algunos medios de comunicación y su importancia y utilización.

ACTIVIDAD : Conocerá algunos medios de comunicación y su utilización. Juguemos al teléfono comunicándonos unos a otros, también a adivinar con quien hablamos. Hablaremos de diferentes formas de comunicación. Se les dirá como pueden comunicar su amor o afecto a sus padres, hermanos, amigos, maestros, etc.; (no solo de forma verbal). Se les explicará que algunas veces para expresar nuestro cariño o afecto a alguien utilizamos palabras o versos que han sido escritos por otras personas (canciones o poemas). Se les pedirá que cada uno emita una forma de comunicación.

MATERIAL : Juguetes de comunicación (teléfono, radio, televisión).

ACTIVIDAD No. 5

"Los Medios de Transporte "

AREA : Social y Comunicación.  
OBJETIVO : El niño conocerá los medios de transporte así como su utilización. El niño mantendrá la atención visual, auditiva con la manipulación de los juguetes.

ACTIVIDAD : Se les preguntará que tipo de vehículos conocen en los que puedan transportarse "muchas personas" (camión, tren, barco, trolebús, metro, etc.), se les mostrarán diferentes medios de transporte en juguetes y jugaremos a las visitas para utilizar los diferentes medios de transporte para trasladarnos de un lugar a otro.

MATERIAL :           Juguetes de medios de transporte.

OBSERVACIONES :     Cantar algunas canciones alusivas; las bicicletas, la maquina, etc.

ACTIVIDAD    No. 6                           "Los Animalitos"  
AREA :           Cognitiva y Social.  
OBJETIVO :     El niño podrá reconocer diferentes animales y distinguir los diferentes sonidos que producen, así como la actividad que desempeñan.  
              El niño establecerá relaciones con sus compañeros a través del juego (La granja).

ACTIVIDAD :     Se le comentará a los niños que jugaremos a "La Granja". Yo seré el granjero y ustedes que animalito quieren ser. Se mostrarán diferentes animalitos de juguete y se asignará uno a cada niño, para que lo manipule y se interrelacione con otros niños (animalitos) durante el juego. El juego consistirá en que el granjero organiza una reunión de los animalitos para invitarlos a formar parte de su granja, donde cada uno desarrollará una función correspondiente a sus características. Ejemplo :  
Niño:Yo soy el caballo y te ayudaré a transportarte a ti y a las cosas que necesites para la granja como alimentos, leña, paja, etc. Además corro mucho y muy rápido y mi lomo es fuerte y resistente.  
Granjero:Muy bien caballito, ahora que otros animalitos se quieren integrar a la granja; quien quiere. Tu gallinita? o Tu patito? Etc., etc.

MATERIAL :           Animalitos de Juguete.

OBSERVACIONES :     Se podrá cantar la canción de "La granja"

ACTIVIDAD No. 7

"El supermercado".

AREA: Socialización.

OBJETIVO : El niño conocerá la importancia que tiene el acudir a diferentes lugares y relacionarse con diferentes personas mediante el trato y comunicación.

El niño observará algunos de los diferentes artículos que se venden y se compran en una tienda comercial (frutas, legumbres, carnes, utensilios, accesorios, ropa, etc.) y lo integrará a su repertorio.

ACTIVIDAD : Se propondrá el juego del Supermercado, donde algunos venderemos y otros comprarán. Ambas partes podrán manipular los diferentes juguetes relacionados con el juego. Podremos desplazarnos para crear un ambiente similar al de un super, y también podremos cambiar de roles en compra-venta.

MATERIAL : Juguetes diversos.

ACTIVIDAD No. 8

"Estereognosia"

AREA : Sensoperceptiva.

OBJETIVO : El niño será capaz de diferenciar al tacto distintos juguetes que estarán dentro de una bolsa y los cuales no podrá ver.

El niño podrá obtener la facultad de percibir y reconocer mediante sus sensaciones y percepciones táctiles.

MATERIAL : Bolsa oscura, juguetes diversos.

ACTIVIDAD : Jugaremos a adivinar que juguete tocamos, el que adivine obtendrá una recompensa.

## BIBLIOGRAFIA.

- Allport, Gordon Willard, Psicología de la Personalidad. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1897-1967.
- Allport, Gordon Willard, Desarrollo y Cambio: Consideraciones básicas para una psicología de la personalidad. 2a. Ed. Buenos Aires Paidós, 1897-1967.
- Axline Virginia. Terapia de juego. Ed. Diana, México, 1974.
- Bakwin, Harry, Ruth, Bakwin Morris, Desarrollo Psicológico del niño normal y patológico, traducido al español por Vicente Agut Armer. Ed. Interamericana, México, 1898.
- Bally Gustav. El juego como expresión de libertad. ED. Fondo de Cultura Económica. México, 1958.
- Bischof Ledford S. Interpretación de las Teorías de la Personalidad. Ed. Trillas, México, marzo 1992.
- Bobath Karel, Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral. Ed. Panamericana, 2a. edición, 1986.
- Bowley y Gardner. El niño disminuido: Guía Educativa y Psicológica para los disminuidos orgánicamente. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1976.
- Buscaglia Leo, Los discapacitados y sus padres. Ed. Emecé, editores, Buenos Aires, Argentina, 1991.
- Campo, Alberto J., Ribera, Cristina. El juego, los niños y el diagnóstico. "La hora de juego". Ed. Paidós. 1a. Edición, 1989.
- Campos Alfredo, Orientación no Directiva. ED. Herder, Barcelona, 1984.
- Castanedo Celedonio. Terapia Gestalt Ed. Herder.

- Castellanos Marie C. El juego en la educación y en la terapéutica de subnormales. Ed. La prensa Médica Mexicana, S. A.-
- Coronado Guillermo. Cerebro, Daño Cerebral y Deficiencia Mental. Ed. Casa Velux, S. A. México, 1986.
- Cueli García José. Teorías de la personalidad. Ed. Trillas. México, 1972.
- Cruickshank William M.. Psicología de los niños y jóvenes marginales. Bogotá Prentice-Hall, Ed. Prentice/Hall Internacional, Bogotá, Buenos Aires, Madrid, México, Sn. Juan. Impreso en Madrid, España, 1973.
- Dalley Tessa. El arte como terapia. Ed. Herder, Barcelona, 1987.
- Dicaprio. Nicholas S.. Teorías de la Personalidad. Ed. Interamericana, México, 1985.
- Dollto, Françoise. Seminario de psicoanálisis de niños. Ed. Siglo XXI. México, 1982.
- Drowatzky, J. M.. Educación Física para niños deficientes mentales. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1973.
- Fagan Joan y Shepherd Irma. Teoría y técnica de la psicoterapia questáltica. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina, 1989.
- Finnie Nancie R.. Atención en el Hogar del niño con parálisis cerebral. Ed. La Prensa Médica, S. A., México, 1987.
- Gabriel John. Desarrollo de la personalidad infantil. Ed. Kapelusz. Mayo 1971.
- Gesell, Arnold, Amatruda, Catherine. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Ed. Paidós. México, 1985.

- Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP/CEDIR). Documento de trabajo seminario taller institucional "Preparar para ser adulto". Bogotá D.E., Colombia, 1984.
- González, José Lorenzo. Psicología de la Personalidad. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1987.
- Guevara y Lara. Enseñanza de niños con P. C. Ed. Trillas, México, 1984.
- Gutman, Zauner A. Fisioterapia Actual. Ed. Jims Editia Mexicana, S.A. 2a. Edición, 1983.
- Hildegard Hetzer, El juego y los juguetes, traducción de Juan Jorge Thomas. Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1899.
- Lawther, J. D. Aprendizaje de las habilidades motrices. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1978.
- Le Boulch, Jean. Hacia una ciencia del movimiento humano. Ed. Paidós, Argentina, 1985.
- Leif Joseph, Burnelle Lucien. La verdadera naturaleza del juego. Ed. Kapelusz. Buenos Aires, oct. 1978.
- Mussen Paul Henry, Janeway Ganger John, Kagan Jerome. Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad. Ed. Trillas. 1984.
- Mussen, Paul Henry, Desarrollo de la Personalidad en el niño. Ed. Trillas, México, 1982.
- Oldham J., Key Tony. El riesgo de vivir. Ed. Manual Moderno, México, D.F.. 1992.
- Ollendick H. Thomas, Hersen Michel. Psicopatología Infantil. Ed. Martínez Roca. Barcelona, España, 1986.

- Ortíz Monasterio de Molina Sra. Carmelina, Profra. María Elena Micher Camarena, T.S. Aurora Ramírez Hernández, Psic. Enrique Garrido, T. F. Socorro Reyes Vázquez, Lic. Alina Novoa Acosta, Lic. Rocío del Pilar Correa. Conceptos fundamentales sobre APAC y la parálisis cerebral. Folleto Informativo. México, 1989.
- Perls Fritz, Terapia Gestalt, teoría y práctica. Una interpretación Patricia Basugardner. Ed. Concepto, S.A. 4a. impresión. México, agosto 1989.
- Petit. Marie. La terapia Gestalt. Ed. Kairós. Barcelona, España, 1986.
- Piaget, Jean . La Formación del Símbolo en el niño. Imitación, Juego y Sueño. Imagen y Representación. Traducción de José Gutiérrez, ED. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 1996.
- Piaget, Jean. Seis estudios de psicología. Ed. Seix Barrel. Barcelona, España., 1981.
- Portuondo Juan A., Psicoterapia + Tomo I. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, España, 1980.
- Powell Thomas H., Ahrenhold Ogle Peggy. El niño especial. El papel de los hermanos en su educación. Ed. Norma, Columbia.
- Ramos, F. Introducción a la práctica de la educación psicomotriz Ed. Madrid, 1979.
- Rodríguez Estrada Mauro, Ketchum Martha. Creatividad en los juegos y juguetes. Ed. Pax. México. 1992.
- Salama R. Héctor, Villarreal B. Rosario. El enfoque Gestalt, una psicoterapia humanista. Ed. Manual Moderno. México, 1988.
- Schaefer Charles E. y O'Connor Kevin. Manual de Terapia de Juego. Ed. Manual Moderno, México, 1988.
- Singer Erwin. Conceptos fundamentales de la Psicoterapia. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D. F. 1969.



- Souza y Machorro, Mario, Educación en Salud Mental para Maestros, Ed. Manual Moderno, 1988, México, D. F.
- Stevens John O. El darse Cuenta. Ed. Cuatro vientos. México.
- Torbet, Marianne. Juegos para el desarrollo motor. Ed. Pax. México. 1a. Edición, 1985.
- Valdéz Fuentes José Ignacio. Enfoque Integral de la Parálisis Cerebral para su diagnóstico y Tratamiento. Ed. Prensa Médica Mexicana, S. A.
- Velasco Fernández Rafael. El niño hiperquinético, Ed. Trillas, México, 1988.
- Villegas Zavala Patricia Josefina. La familia del deficiente mental y su participación en los procesos del diagnóstico e intervención. Tópicos de investigación y postgrado. Vol. 1 No. 4. 1990.
- Wolfgang Ulbricht. Neurología Pediátrica. Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1979.