

270  
2el.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LOS AFECTOS Y LAS EMOCIONES EN EL NIÑO  
CON DISCAPACIDAD MENTAL:  
EL RECURSO DEL JUEGO COMO UNA  
ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

TESINA  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:  
María del Pilar Tonini Zamudio

Asesora:  
Mtra. Fayne Esquivel Ancona



MÉXICO, D.F., 1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**Dedico éste trabajo a todos los niños con discapacidad mental porque al trabajar con ellos he aprendido que tienen mucho que enseñarnos.**

**Agradezco, con amor:**

*A mis padres, por su confianza y por el sentido de tenacidad que forjaron en mí.*

*A Miguel, mi esposo, por estar conmigo y compartir esta etapa de mi vida.*

*A Miguel, Marco, Pablo y Norma, por su apoyo incondicional.*

*A César, Erica, Erving, Karen, Andrea, Enzo, Claudia, por su transparencia, cálida sonrisa y brillo de sus ojos y al nuevo ser que conoceré en septiembre.*

*A Dulce María, por su confianza, comprensión y enseñanza de la vida.*

*A mi asesora la Maestra Fayne Esquivel Ancona, por su dirección y apoyo para la realización de este trabajo, por su paciencia y comprensión.*

*A mis compañeros de trabajo, Adriana, Carmen, Lety, Rocío y Luis por su amistad, a Jaime por su confianza y singular forma de ver la vida.*

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	9
<b>CAPÍTULO I. Qué es la discapacidad mental .....</b>	<b>19</b>
I.1 Introducción .....	19
I.2 Definición de discapacidad mental .....	21
—Definiciones basadas en resultados de pruebas de inteligencia .....	21
—Definiciones basadas en un mal ajuste social .....	22
—Definición basada en causas biológicas .....	23
I.3 Clasificación y características de los niños con discapacidad mental .....	24
—Diferentes clasificaciones de la discapacidad mental .....	26
—Características de desarrollo de las personas con discapacidad mental .....	28
I.4 Aspectos sociales y educativos de la discapacidad mental .....	32
<b>CAPÍTULO II. Desarrollo emocional .....</b>	<b>41</b>
II.1 ¿Qué son las emociones? .....	41
II.2 Teorías que estudian el desarrollo emocional .....	42
—Teoría de Eysenck .....	42
—Teorías psicoanalíticas .....	42
—Teoría del vínculo y la pérdida de Bowlby .....	43
—Teoría diferencial de las emociones de Izard .....	43
—Condicionamiento y aprendizaje .....	44
—Teorías cognitivo-afectivas .....	44
II.3 Expresión de las emociones .....	48
II.4 ¿Cuántas emociones hay? .....	51
—Las emociones básicas .....	51

<b>CAPÍTULO III. Enfoques que estudian la terapia de juego . . . . .</b>	<b>57</b>
<b>III.1 Fundamentos teóricos de la terapia infantil y definiciones del juego . . . . .</b>	<b>57</b>
<b>III.2 Aplicaciones de la terapia de juego . . . . .</b>	<b>64</b>
<b>III.3 Características . . . . .</b>	<b>72</b>
— Terapia de juego libre . . . . .	72
— Terapia de juego directiva . . . . .	73
<b>CAPÍTULO IV. Psicoterapia en las instituciones . . . . .</b>	<b>79</b>
<b>IV.1 Instituciones que ofrecen servicios a la población con discapacidad mental . . . . .</b>	<b>79</b>
<b>IV.2 Psicoterapia de grupo y de juego con niños con discapacidad mental . . . . .</b>	<b>86</b>
<b>CAPÍTULO V. Propuesta de un programa de terapia de juego para niños con discapacidad mental . . . . .</b>	<b>93</b>
— Programa de terapia de juego . . . . .	99
<b>CONCLUSIONES . . . . .</b>	<b>117</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA . . . . .</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO . . . . .</b>	<b>127</b>

## INTRODUCCION

La Dirección General de Educación Especial considera que la deficiencia mental no es sólo una alteración que afecta el comportamiento intelectual sino que se manifiesta en todas las expresiones de la personalidad. De acuerdo a la definición de la Asociación Americana para la Deficiencia Mental: *la deficiencia mental significa un funcionamiento intelectual notablemente por debajo del promedio que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiesta durante el desarrollo, Grossman (1973). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (1996) señala algunas características: 1) Capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, 2) está asociada con limitaciones significativas de la actividad adaptativa, 3) comienza antes de los 18 años.*

Para Ingalls (1982), el retraso mental es principalmente un desorden cognitivo, la mayoría de la investigación experimental relacionada con el retraso mental ha estado dirigida a investigar los procesos cognoscitivos, sin embargo, los efectos que el retraso tiene sobre la personalidad y las emociones del niño son mucho más considerables, que las dificultades que representan las deficiencias en las aptitudes cognoscitivas; afirma que los procesos de la personalidad y los procesos cognoscitivos no son independientes unos de otros, sino que están vinculados con la adquisición y el cambio de patrones de la personalidad así como con las reacciones emocionales. Las personas con discapacidad mental funcionan a un nivel emocional de menor madurez, por ejemplo, el niño al ir desarrollando su personalidad es capaz de controlar en mejor medida sus impulsos, ya que posee controles internos que le permiten diferir la gratificación, de esta forma el control de impulsos y el desarrollo cognoscitivo se relacionan.

Por su parte Carr y Swartz, (1979) dan mayor énfasis a las emociones del niño con discapacidad mental y afirman que éstos niños acumulan tensiones y sentimientos hostiles y algunos de ellos se exacerban en un

ambiente en donde existe inhibición para que puedan expresarse; este autor sugiere llevar a cabo actividades que les ayuden a reducir su tensión emocional y considera importante ayudarlos emocionalmente, ya que tienen menos posibilidades de experimentar todas las emociones al igual que los niños "normales".

Los profesionales de la educación e instituciones que dirigen sus proyectos y trabajo hacia las personas con discapacidad mental, generalmente piensan sólo en satisfacer el área de aprendizaje escolar y el desarrollo de habilidades, una de las técnicas utilizada para ello es la modificación de conducta. Sin embargo poco se ha contemplado el diseñar programas de intervención psicoterapéutica que faciliten la expresión de sus afectos y emociones. Este tipo de intervenciones pueden adaptarse a las necesidades del niño brindándole la posibilidad de identificar sentimientos, deseos, emociones y afectos, de tal forma que se favorezca su autoestima y lo ayude al conocimiento de sí mismo.

Los niños con discapacidad mental y los niños "normales", presentan dificultades para identificar y expresar sus sentimientos, deseos, emociones y afectos o bien no los manifiestan. En estos niños existe un desconocimiento relacionado con su vida afectivo-emocional, que les genera inseguridad, miedo y temores los cuales bloquean otras áreas de su desarrollo, como lo es la atención requerida para el aprendizaje y su conducta en el ámbito familiar y escolar. Lo que el niño hace al no saber lo que sucede, es actuar manifestando conductas agresivas como rebeldía, introversión, timidez o miedo.

Es por esto que en la actualidad se realizan investigaciones que proponen técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento de problemas psicológicos en el niño con discapacidad mental, todo lo contrario con ideas pasadas que se tenían acerca de que estos niños no podían acceder a este tipo de tratamientos. Muchos pioneros en psicoterapia y el psicoanálisis como Freud previnieron en contra de la utilización de técnicas psicoterapéuticas con personas de baja inteligencia y pocas aptitudes verbales. Freud señalaba que su técnica solo sería efectiva con aquellas personas que tuvieran una inteligencia superior al promedio ya que los "retrasados" no tendrían la necesaria autocrítica de sus propios sen-

timientos ni podrían explicarlos fácilmente de palabra. Sin embargo, aunque ha habido algunos avances en este campo Tharinger, Horton y Millea (1990), señalan, que el funcionamiento de la salud mental y el desarrollo emocional de las personas con discapacidad mental no está muy bien entendido y es así como muchos profesionales permanecen sin la educación o el conocimiento requerido para proporcionar la atención debida a esta población.

Algunos de los tratamientos que se proporcionan incluyen aspectos del área de la conducta, del aprendizaje y de la personalidad, utilizando fármacos cuando existen trastornos de conducta.

Algunos modelos teóricos utilizados para la aplicación de técnicas psicoterapéuticas han sido diversos, como: el enfoque conductista, la teoría del aprendizaje social, la teoría del desarrollo cognoscitivo, el enfoque cognitivo-conductual y el psicoanálisis, sólo por citar algunos. En el enfoque conductista Watson sostiene que el ser humano posee un gran potencial de aprendizaje. El niño normal viene al mundo con un repertorio escaso en forma de conducta innata; en lo que el niño se convierte es resultado del tipo de ambiente y de las experiencias de aprendizaje. Los niños toman hábitos eficaces y habilidades útiles. (DiCaprio, 1985).

Skinner argumenta que "la personalidad no puede conocerse sino a través de deducciones de la conducta". La conducta humana puede ser dirigida sin influir en la mente ni de cambiar la personalidad sino cambiando el medio". Hay que controlar la conducta a través de sus consecuencias y propone un "análisis funcional" del organismo como sistema que expresa conductas, en donde relaciona la conducta del organismo con las condiciones que la controlan. Fundamentalmente señala las covariaciones que se observan entre las variables independiente (estímulos) y las variables dependientes (respuesta). Skinner explica la conducta sin utilizar las variables intercurrentes de la personalidad. Existen otros conductistas para quienes las variables intercurrentes son importantes para explicar, predecir y controlar la conducta, son los "teóricos del aprendizaje cognoscitivo y social", ellos plantean que existe una vinculación más rigurosa en las situaciones de estímulo-conducta, siendo más rígidos en la forma en que establecen sus variables.



El aprendizaje es fundamental para el desarrollo y permite la formación de nuevas conductas. En el enfoque conductual la personalidad normal o anormal es producto del aprendizaje, conforme se cree se aprenden hábitos, habilidades, actitudes y respuestas emocionales, al respecto Mischel (1987), afirma que la probabilidad de que ocurra un determinado patrón de conducta depende de las expectativas del individuo de acuerdo a los resultados a que conducirá dicha conducta y de los valores percibidos de esos resultados, las expectativas sobre éstos son reflejo de pasadas experiencias de aprendizaje en situaciones parecidas.

En el aprendizaje observacional se da la adquisición de conocimientos y conductas potenciales sin que el sujeto reciba un refuerzo externo directo por esa conducta y el aprendizaje ocurre sin que la persona haya realizado esa respuesta. La adquisición de nuevas formas de conducta no depende del refuerzo más bien está regulado por lo que se aprende, se percibe y se sabe más que por el condicionamiento y el reforzamiento. El refuerzo tiene grandes influencias en la conducta, las personas aprenden al observar a otros y no sólo al recibir recompensas por lo que hace. Los resultados del aprendizaje por observación incluyen reglas y aptitudes para construir nuevas conductas en situaciones parecidas. (Mischel, 1987).

En el aprendizaje cada individuo adquiere información del mundo y su relación con éste, como resultado del aprendizaje y el desarrollo cognoscitivo, cada persona desarrolla aptitudes que le permiten construir conocimientos y conductas. El término "aptitudes" se refiere a las habilidades para transformar y utilizar de manera activa su información, creando pensamientos y acciones para la solución de problemas.

Las aproximaciones del aprendizaje social reconocen que el individuo tiene largas historias de aprendizaje y memorias profundas, de tal forma que lo que sucede se internaliza y afecta todas las repuestas presentes así como las expectativas futuras. "La gente aprende a vigilar y evaluar su propia conducta y a recompensarse y castigarse así misma, modificando su conducta e influyendo en su ambiente". (Mischel, 1987)

Rimm y Masters (1974), señalan que la psicología cognoscitiva se

interesa específicamente en los procesos del pensamiento; por ello un método cognoscitivo tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento.

En las técnicas que utilizan los principios del aprendizaje la característica común es que buscan las combinaciones de tratamientos más adecuados que le son posibles y no se reducen a un sólo método, así mismo se rigen por la aproximación conductista. Los terapeutas de la conducta utilizan los métodos cognoscitivos, éstos incluyen el que los pacientes se hablen a sí mismos para controlar su tensión emocional y buscan diferentes formas para la solución de problemas mentales. (Mischel, 1987)

Skinner afirma que, "La terapia de la conducta abarca diversas técnicas que emplean principios psicológicos del aprendizaje para tratar la conducta humana de desadaptación. El término "conducta" se interpreta de manera general incluyendo una respuesta manifiesta como una respuesta cubierta (por ejemplo las verbalizaciones implícitas), siempre y cuando dichas respuestas se puedan señalar claramente". (Rimm y Masters 1974, p. 17).

Ellis, señala que, "pensar correctamente es un medio excelente de adquirir control emocional. Nuestros constructos cognoscitivos influyen en los estados afectivos que experimentamos. El despertar emocional depende de los tipos de información que recibimos y de las interpretaciones que derivamos de lo que percibimos. Ellis piensa que es posible controlar las reacciones emocionales no descadas pensando con claridad; se puede aprender y probar estrategias de control cognoscitivo", (DiCaprio, 1985, p. 500)

Las discriminaciones entre las emociones son influidas por pistas situacionales, una persona puede etiquetar de manera cognoscitiva su estado, las emociones parecen tener por lo menos dos componentes: un estado de estimulación fisiológica general y una apreciación cognoscitiva de la situación. La etiqueta que se asigna a la emoción depende en parte de la fuente de emoción y en parte de la respuesta ante ella. El significado emocional que se atribuye a los estímulos y los patrones de respuesta, depende de experiencias y de las expectativas que se tengan. Hay

ocasiones en que las personas son incapaces de identificar en forma correcta el origen de sus propias emociones y en otras no están seguras de sus respuestas ante ellas. Bajo esas condiciones ambiguas, las variables cognoscitivas y sociales desempeñan un papel dominante en la determinación de la experiencia. (Mischel 1987)

Es entonces que una intervención psicoterapéutica puede facilitar la identificación de las emociones, en el niño con discapacidad mental, ya que puede aprender a expresar sus emociones. Una finalidad de este tipo de tratamiento es la de hacerla más consciente de sus propios sentimientos; se da por supuesto que si los niños conocen sus emociones estarán mejor capacitados para expresarlas y brindar una respuesta adecuada y coherente ante alguna situación.

Una de las técnicas utilizadas en el tratamiento de las emociones con niños con un coeficiente intelectual "normal" es el juego. Para Axline, "el juego es un medio natural de autoexpresión en donde el niño actúa sus sentimientos, como pueden ser, la frustración, agresión, inseguridad, temor, duda y confusión; el poder llevar al juego estos sentimientos hace que el niño se enfrente y aprenda a controlarlos o a desecharlos". Con el juego el niño tiene a su alcance la oportunidad de elegir la historia o el tema de su juego así como de inventarla, de crear y recrear sus personajes o manejarlos como quiera. En el juego el niño se tiene que envolver para identificarse con sus personajes, y su estado emocional traduce lo que él quiere que sienta el personaje que representa. La actividad de jugar produce placer en el niño que juega, así mismo la necesita para poder desarrollarse adecuadamente. (Salles, 1982). "El juego involucra un motante de energía mediante el cual el niño va fomentando la capacidad de integrarse a un grupo, lo que le permite ejercitar sentimientos como el compañerismo y la cooperación, así como establecer un modelo de convivencia con el medio social" (Padilla, Fernández y Díaz 1987, p. 48). La psicoterapia de juego puede ayudar al niño a aligerar su carga emocional, para Aberastury (1984), "el juego es una función llena de sentido cuyo propósito es elaborar situaciones traumáticas, cumple también como una función catártica. El juego no suprime, canaliza por eso el niño que juega no reprime o reprime menos: el niño que juega, sublima". Winnicott (1986), incluye al juego dentro de la psicoterapia infantil y sostiene dos elementos fundamentales el paciente y terapeuta

relacionados entre sí, en donde ambos participan destacando la labor terapéutica consistente en llevar al niño a una situación de juego. "El juego es una experiencia creadora, y es siempre una experiencia en el continuo espacio de tiempo que forma y da estructura básica a la vida del niño" (Padilla, *et. al.*, 1987, p. 48).

El juego además de aligerar la carga emocional proporciona información para orientar a los padres acerca de la problemática de su hijo, sus necesidades, la forma de entenderlo y como tratarlo, proporcionándole la posibilidad de que haya una mayor aceptación y adaptación social.

En la actualidad se realizan investigaciones tomando como base la terapia de juego con niños con discapacidad mental en algunas se encuentran diferencias poco significativas respecto a las respuestas con niños normales; como el estudio de Kim, Lombardino, Rothman y Vinson (1989), en el que investigan los efectos de la intervención del juego simbólico con niños que tienen discapacidad mental y niños normales, en donde el juego en ambos es similar, aunque en niños con discapacidad existe menos diversidad y más repetición en el uso de esquemas dentro del juego y en su lenguaje.

Otros investigadores utilizan múltiples tratamientos como Carpenter (1989), quien refiere un caso de un hombre de 22 años de edad, con encopresis secundaria, discapacidad mental y conductas agresivas. Los tratamientos proporcionados incluyen aspectos de su personalidad, desarrollo sexual y cognoscitivo, habilidades físicas y su vida familiar. El investigador utiliza diversas modalidades terapéuticas que son adecuadas para las personas con discapacidad mental, como: terapia de grupo, terapia individual, terapia conductual, terapia familiar y terapia de juego además de la utilización de fármacos.

Otros trabajos incluyen el estudio de las emociones de manera más específica como el realizado por Hobson, Ouston y Lee (1989), quienes investigan las habilidades y no habilidades para identificar emociones por medio de voces y láminas conteniendo diferentes expresiones faciales en niños autistas y en niños con discapacidad mental.

Atkin, Mora y Popoca (1987) realizaron un estudio con niños que sufrieron de asfixia neonatal vs. niños sanos; su propósito es el analizar

el desenvolvimiento conductual en un escenario de juego estructurado. Los resultados revelan una tendencia primitiva hacia el juego en los niños que experimentaron asfisia neonatal, así como los que se desorganizaban emotivamente con mayor facilidad además de mostrar mayor labilidad emocional en comparación con el grupo de niños sanos.

Hurt y Gwyn (1988) consideran que la psicoterapia puede ayudar a los niños con discapacidad que presentan problemas emocionales los cuales limitan su aprendizaje y adaptación al medio; algunos de estos niños requieren ayuda psicoterapéutica directa para así eliminar serios conflictos en su ajuste emocional, o bien, pueden aprender métodos de ajuste social y de enfrentamiento, así la psicoterapia puede constituir un escalón para alcanzar un mejor desarrollo.

El niño con discapacidad mental puede aprovechar la psicoterapia de grupo, tanto como la individual, esto se basa en algunos estudios realizados en donde la situación psicoterapéutica propicia la interacción entre el sujeto y el terapeuta, ya que estas interacciones pueden generalizarse con los demás miembros y pueden ocurrir a otros niveles no sólo en el verbal.

Hurt y Gwyn, citan algunos enfoques psicodinámicos de la psicoterapia como el Rogeriano, en el que se destaca la ayuda al individuo para entenderse y aceptarse de un modo más completo y para hallar nuevas estrategias para enfrentar con más eficacia los problemas internos y externos y señalan que podría lograrse mucho a través de la psicoterapia dirigida a niños con discapacidad mental, como la probabilidad de elevar las capacidades innatas de los niños y aún en los emocionalmente perturbados lograr que utilicen más adecuadamente sus capacidades mentales. Consideran que es imposible transformarlos en niños con una "inteligencia normal", sin embargo, la terapia quizás les permita resolver sus problemas y conflictos emocionales. Puede ayudarlos a crecer en dirección deseable y aligerar buena parte de sus conductas mal adaptativas, puede promover su ajuste en la comunidad de manera que vivan una vida más feliz y más productiva.

Por lo que el objetivo de esta tesis es proponer un programa psicoterapéutico para niños con discapacidad mental, con el recurso del

juego, pueda lograrse la identificación y la expresión de las emociones. Para este efecto, la fundamentación de la propuesta se realiza bajo una perspectiva cognitivo-conductual.

En el capítulo uno se hace un abordaje de las diferentes definiciones que hay acerca de la discapacidad mental, y de qué manera está clasificada; se revisan y analizan algunas de estas definiciones; se presentan las características para cada uno de los niveles propuestos. Al final del primer capítulo se mencionan los aspectos sociales y educativos de la discapacidad mental y cuáles son algunos de los programas que se han diseñado para su educación y atención, mencionando en términos generales sus contenidos, se abarca hasta la última propuesta realizada por instancias oficiales como la Secretaría de Educación Pública.

En el capítulo dos se revisan varias definiciones sobre el concepto de las emociones; se realiza una breve reseña de las teorías más representativas que hablan sobre aspectos del desarrollo emocional. En otro apartado se contemplan los fundamentos acerca de la expresión de las emociones. Al final se mencionan algunos autores y sus propuestas acerca de algunas emociones.

En el capítulo tres se presentan las aproximaciones teóricas de la terapia infantil y de la utilización del juego, es una revisión que abarcan autores como: Sigmund Freud, Elkonin, Axline y Piaget. En la segunda parte se describen las características del juego libre y del juego estructurado.

En el capítulo cuatro se hace referencia a algunas instituciones que brindan atención a la población con discapacidad mental, tanto del sector salud así como de índole privado y cuáles son los principales servicios que ofrecen, así mismo se revisan algunas propuestas psicoterapéuticas.

En el último capítulo se presenta la propuesta de un programa de terapia de juego para niños con discapacidad mental.

## CAPITULO I

### Qué es la discapacidad mental

#### I.1 INTRODUCCIÓN

Se han realizado estudios e investigaciones dirigidas a proporcionar definiciones adecuadas y establecer criterios alrededor de la discapacidad mental. Históricamente los estudiosos se han preocupado por investigar de qué manera diagnosticar a los niños con discapacidad mental, al respecto antiguos investigadores no distinguían entre niños con discapacidad y otro tipo de personas impedidas, (Ingalls, 1982) ya sea que fueran (enfermos mentales, criminales, sordomudos o epilépticos). Las primeras propuestas los definían como "tontos, idiotas o personas que carecen de razón", entonces con base a este diagnóstico eran tratados de manera inhumana y poco ética.

Posteriormente Seguin, (1846) y algunos otros como Itard y Howe brindan un trato más humano y una educación más adecuada a esta población, sin importar tanto definir al retraso mismo. A la vez se comienza a investigar científicamente, algunos autores plantearon que la definición era necesaria como una "justificación educativa" para colocar a los niños en escuelas de educación especial y que recibieran la instrucción adecuada.

Actualmente algunas categorías diagnósticas más aceptadas para clasificar y calificar a estos niños son "niños con necesidades especiales, niños con deficiencias en el desarrollo, personas con discapacidad mental". Socialmente existe la idea de que la discapacidad mental es una condición irremediable y las definiciones funcionan la mayoría de las veces como "etiquetas". Aunque también se les ha estigmatizado, el término "estigma" significa, "cualquier característica que merma valor al individuo y lo hace menos digno a los ojos de los demás". (Goffman 1963). En general se considera que todo defecto y toda incapacidad es un estigma, pero la etiqueta de "retraso mental" contiene en sí mismo un

valor supremo. Socialmente se tiene la idea de que este padecimiento es una enfermedad incurable y aún continúan prevaleciendo ideas como el que las personas que presentan discapacidad mental no pueden aprender o que se les interna porque sus familias no pueden hacerse cargo de ellos, porque son violentos y no pueden tener control sobre sus emociones o que en el área sexual tienden a ser promiscuos; por lo que esta falta de información respecto a lo que "retraso mental, deficiencia mental o discapacidad mental" significan, propician que exista un rechazo hacia esta población. Algunos padres no permiten que sus hijos interactúen con estos niños porque piensan que se exponen a contraer malos hábitos o que el contacto es nocivo y entonces al aislar al niño con discapacidad se le coarta la posibilidad de que no puedan aprender a tener un mejor comportamiento, asimismo su adaptación puede ser más fácil: por lo que involucrando al niño a un ambiente terapéutico de juego, se le brinda la oportunidad de interactuar con otros niños y de conocer, su vida afectiva y emocional adaptando y estructurando el tratamiento siempre de acuerdo a su capacidad y posibilidades.

La mayoría de los niños con discapacidad mental muestran con más facilidad perturbación de tipo emocional o problemas de conducta, esto ha llevado a que exista irregularidad en el uso de la terminología y que en ocasiones se aplique la etiqueta de "retraso mental" a niños que reportan algún otro padecimiento como "autismo, psicosis infantil o disfunción del sistema nervioso central".

Varios autores señalan que el saber si el niño con discapacidad mental está perturbado emocionalmente o si su discapacidad provoca una perturbación de tipo emocional no es importante, sin embargo, afirman que el hacer una distinción ayuda a administrar al niño cierto tipo de psicoterapia para los problemas que presente en el área emocional y a parte brindar una capacitación específica para las áreas en las que pudiera tener ciertas deficiencias.

Para efectos del presente trabajo y aún con la justificación antes planteada acerca de las diferentes "etiquetas" o definiciones en relación a la discapacidad mental, a continuación se reseñan tres enfoques bajo los cuales se ha definido históricamente la discapacidad mental y actualmente qué definiciones prevalecen.



## 1.2 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD MENTAL.

La discapacidad mental puede definirse en líneas generales bajo tres categorías: definiciones basadas en las pruebas de inteligencia, definiciones basadas en un mal ajuste social y definiciones basadas en la causa o naturaleza biológica del retraso. (Ingalls, 1982).

Definiciones basadas en resultados de pruebas de inteligencia:

- "Retrasado mental" es toda aquella persona que en función del rendimiento en pruebas estandarizadas obtenga un coeficiente intelectual inferior a cierto nivel, generalmente fijado en 70, este enfoque es tomado por autores de pruebas de inteligencia como Wechsler y Terman. (Ingalls, 1982)
- La Asociación Americana para la Deficiencia Mental, la define como: "Un funcionamiento intelectual por debajo de lo normal (dos desviaciones estándar por debajo de la media), que se manifiesta durante el período evolutivo y esta asociado con un desajuste en el comportamiento". (Fierro, 1985 p. 564)
- Según el DSM IV, "Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (con un coeficiente intelectual de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa". (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1996 p. 39)
- La Organización Mundial de la Salud en 1967, estimó que no debe hablarse de deficiencia mental sino a partir de una puntuación psicométrica en pruebas de inteligencia situada en dos desviaciones típicas por debajo de la media de la correspondiente población. En términos de cociente intelectual eso equivale a un coeficiente intelectual inferior a setenta, cuando la media se sitúa en cien. (Fierro, 1985.)

Estas definiciones hacen énfasis en la aplicación de pruebas de inteligencia y la obtención del coeficiente intelectual y consideran que es fundamental clasificar a esta población, sin embargo actualmente existen investigaciones que cuestionan la obtención de un puntaje, ya que se

piensa que este es relativo y temporal y que intervienen factores como las condiciones anímicas en las que se encuentre el niño al momento de la aplicación de las pruebas (Estrada, 1995). Además otros autores refieren que los niños con discapacidad mental mejoran su rendimiento al aplicar las pruebas de inteligencia, cuando han recibido algún tipo de psicoterapia. Aún así varios países e instituciones consideran importante continuar con la aplicación de pruebas psicométricas además de tomar en cuenta otros factores que aporten un mejor y completo diagnóstico.

Definiciones basadas en un mal ajuste social:

- Tredgold, (1937) señala que "la deficiencia mental es un estado de desarrollo mental incompleto, de tal naturaleza y hasta tal grado que el individuo sea incapaz de adaptarse al ambiente normal de sus semejantes, de suerte que pueda llevar una existencia que no requiera supervisión, control o apoyo externo."
- Benda (1954) refiere que "una persona mentalmente deficiente es aquella incapaz de administrarse a sí misma sus cosas, o incapaz de aprender a hacerlo, y que requiere supervisión, control y cuidado especial por su propio bien y por el de la comunidad".
- Doll (1941), la define como "una incompetencia social debida a una capacidad por debajo de lo normal, detectada dentro del período evolutivo, de origen constitucional y esencialmente incurable".

Las definiciones antes referidas resultan obsoletas ya que han habido avances en cuanto al grado de autosuficiencia que esta población puede lograr, anteriormente se tenía la idea de que los niños que obtuviesen un diagnóstico de "Retraso Mental Profundo" debían ser hospitalizados y más remotamente se consideraba que tendrían que permanecer en cama, al respecto algunas instituciones y hospitales psiquiátricos conservan esta idea y la estimulación que los niños pueden obtener es mínima o en ocasiones es nula, deteriorando o incapacitando más, aquellas áreas que en su momento pueden alcanzar un nivel más adaptativo.

Carter (1973), define al retraso mental como un proceso caracterizado por el defectuoso desarrollo o pérdida de la inteligencia que afecta

la capacidad de un individuo para aprender y adaptarse a las demandas de la sociedad con un nivel normalmente aceptado.

Esta definición aunque limita las posibilidades de aprendizaje para estos niños y señala que su capacidad para adaptarse se ve deteriorada por un funcionamiento intelectual deficiente, deja de lado esa idea errónea de la incurabilidad o de la nula capacidad para hacer o aprender a ser autosuficientes.

Definición basada en causas biológicas:

- Para Luria, "los niños mentalmente retrasados han sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero o durante los primeros años de vida, lo cual ha perturbado el desarrollo normal del cerebro y ha producido serias anomalías en el desarrollo mental. El niño mentalmente retrasado se distingue marcadamente del niño normal por el ámbito de ideas que puede comprender, y la forma de cómo percibe la realidad". (Ingalls, 1982 p. 54)

La anterior definición hace una excelente descripción biológica del retraso mental, sin embargo no contempla dos puntos esenciales que abarca hasta el momento la idea o definición más completa que son los puntajes obtenidos en las pruebas de inteligencia y la capacidad de adaptación al medio ambiente.

Para efectos del presente trabajo se retoman las siguientes tres definiciones, haciendo énfasis en la propuesta por la Asociación Americana de la Deficiencia Mental.

Según el DSM-IV, "La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad. El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema

nervioso central". (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1996 p. 41)

La definición de retraso mental más generalmente aceptada en la actualidad es la que ha adoptado la Asociación Americana de la Deficiencia Mental. Grossman en 1973 define al "retraso mental como un funcionamiento intelectual general notablemente por debajo del promedio, que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiesta durante el período de desarrollo". Según esta definición para que a un individuo se le considere como retrasado, tienen que cumplirse estos tres criterios: los resultados del sujeto en una prueba estándar de inteligencia tienen que estar por lo menos dos desviaciones estándar por debajo del promedio, debe tener una conducta de adaptación deficiente, y la deficiencia tiene que aparecer durante el desarrollo.

En esta última definición se hace una distinción importante para diagnosticar al niño con discapacidad mental. Generalmente se piensa que estos niños son personas dementes con probabilidades de tornarse violentas en cualquier momento debido a que no puede controlar sus procesos mentales. Una persona con discapacidad mental se desenvuelve de manera adecuada a su edad mental, mientras que una persona mentalmente enferma, posee un potencial mental normal, sin embargo, su desenvolvimiento es de manera anormal debido al anormal funcionamiento de aquellas facultades mentales normales. Si esta distinción se llevara a cabo y fuese mejor comprendida la persona con discapacidad sería aceptada con mayor facilidad, de esta forma también se le podría proporcionar la atención y el trato adecuado tanto por parte de su familia, la comunidad y por los profesionales dedicados a trabajar para ellos.

La Dirección General de Educación Especial considera que la Deficiencia Mental "es una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo acompañada de alteraciones en la conducta adaptativa" (Espinoza, 1991 p. 12)

### 1.3 CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD MENTAL.

Es importante conocer y tener en cuenta las diferentes clasificaciones y características que presenta la población con discapacidad mental

porque en la medida de sus capacidades y posibilidades se pueden diseñar los programas educativos y los tratamientos más adecuados.

“La Asociación Americana para la Deficiencia Mental, propone un sistema de clasificación diagnóstica de la persona con discapacidad basado en el nivel de funcionamiento del individuo, principalmente en su coeficiente intelectual. Los individuos con un coeficiente intelectual entre dos y tres desviaciones estándar por debajo de lo normal se les clasifica como ligeramente retrasados; a los que tienen un coeficiente intelectual entre tres y cuatro desviaciones estándar por debajo de lo normal se les nombra moderadamente retrasados; los que tienen un coeficiente intelectual entre cuatro y cinco desviaciones estándar por debajo del promedio se les pone la etiqueta de severamente retrasados; y los que obtienen resultados de más de cinco desviaciones estándar por debajo de lo normal se les llama profundamente retrasados”. (Ingalls, 1982 p. 57)

Según el DSM-IV, es utilizada la siguiente clasificación: retraso mental leve (coeficiente intelectual entre 50-55 y aproximadamente 70), retraso mental moderado (coeficiente intelectual de 35-40 y 50-55), retraso mental grave (coeficiente intelectual de 20-25 y 35-40) y retraso mental profundo (coeficiente intelectual inferior a 20 o 25). (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1996)

Una de las clasificaciones que continúa prevaleciendo, es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud que distingue cuatro niveles: deficiencia ligera (coeficiente intelectual entre cincuenta y setenta), moderada (coeficiente intelectual entre treinta y cinco y cincuenta), severa o grave (coeficiente intelectual de veinte a treinta y cinco) y profunda (coeficiente intelectual inferior a veinte). Cuando un coeficiente intelectual sea mayor de setenta, aunque sea inferior a cien, no debe hablarse de deficiencia o retraso mental, sino más bien de inteligencia limítrofe o fronteriza (borderline). (Peris, 1985)

Existen diversos modelos de clasificación además de que, los conceptos cambian según las técnicas evaluativas, que a su vez, están determinadas por la interpretación dada a la deficiencia. “El déficit puede centrarse en aspectos muy diversos, y se puede clasificar entonces según el

## DIFERENTES CLASIFICACIONES DE LA DISCAPACIDAD MENTAL

26

	13	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95									
Wechsler D (1955)	deficiente mental															inferior	normal bajo													
Terman Merrill (1957)	idiotia					imbecilidad					débil mental					delirio					tospeza									
Ministerio de Educación (España)	profundo							moderado							ligero							límites								
Directorio General de Sanidad	profundo							medio							leve							débil mental								
Escuela Americana de Iras	retardo mental insofiable							retardo mental en fase de							retardo mental educable															
Leydacion Francesa	mas profundos					profundo					medio					débil ligero														
Amer. Psychiatric Assoc. (1952)	severo										moderado					medio					del mental									
World Health Organization (1954)	severo										moderado					medio					subnormalidad mental									
Nazawa y Chaboin (1954)	deficiencia mental										retardo mental					subnormalidad mental														
Mental Health Act (Inglaterra, 1959)	subnormalidad severa										subnormalidad					subnormalidad mental														
Amer. Ass. for the Study of the feebleminded (1921)	idiotia					imbecil					morin					débil														
Educational Systems (General)	total o prof. (EMR)					entrenable (TMR)					educable (EMR) tope o sustrato de educacion					ret. mental handicap mental														
OMS (Organización Mundial de la Salud, 1968)	profundo					grave					moderado					retardo ligero														
LORY	Atardado grave					deficiente grave					deficiente medio					deficiente leve														
Macedonia	idiotia					imbecil					débil mental																			
FRGA IA	profundo					severo					moderado					ligero					límite									
Heber (AAMD, 1954) y AMER. PS. ASSOC. (1968)	profundo					severo					moderado					medio					borderline retardado					retardado mental sin com adapt				
GROSSMAN (AAMD, 1975) y AMER. PSYCH. ASSOC. (1978)	profundo					severo					moderado					medio					inteligencia borderline					retardo mental				
MEYNIL	profundo					Medio					suave					frustrativo														
ALANSON	profundo					severo					moderado					mínimo														

MARIA DEL PILAR TORINI ZARUJHO

diagnóstico sintomático o etiológico), la cantidad de rendimiento intelectual, el grado de autonomía social, la capacidad de aprendizaje o la organización psíquica. Los diferentes criterios utilizados se agrupan en los siguientes enfoques:

- a) Etiológico, basado en las causas de la deficiencia y con un carácter principalmente médico biológico.
- b) Psicométrico, que partiendo del diagnóstico realizado con una prueba de inteligencia, aporta un coeficiente intelectual que se sitúa en un continuo cuantitativo. El punto en que este continuo se corta para establecer grupos homogéneos depende del criterio del autor de la clasificación.
- c) Adaptativo, considerando las conductas que las personas afectadas por la deficiencia pueden desarrollar de forma autónoma y que permite diversos grados de integración en la sociedad.
- d) Estructural, referido a las capacidades y procesos psíquicos afectados, y con la indicación de aquellos aspectos que han cursado con un desarrollo normal. Los criterios educativos, que refieren los niveles de conocimientos escolares que son capaces de adquirir según las capacidades afectadas se pueden integrar en este grupo. (Peris, 1985 p. 566) véase tabla en la página siguiente.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1996), aporta las siguientes características para cada clasificación,

*Retraso mental leve:*

Es equivalente a la categoría pedagógica como "educable". Estas personas desarrollan habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), presentan deficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin discapacidad mental hasta una edad avanzada. En la adolescencia adquieren conocimientos académicos equivalentes al sexto año de primaria. Durante la adultez, aprenden habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, requieren de supervisión, orientación y asistencia, en especial en situaciones de estrés social o económico. Con un apoyo adecuado viven en la comunidad, ya sea independientemente, o en lugares supervisados.

### CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL

Esta tabla integra la edad cronológica, el grado de retraso y el nivel de funcionamiento intelectual, vocacional y social.

Grado de retraso mental	Maduración y desarrollo preescolar (0-5 años)	Capacitación y educación escolar (6-20 años)	Adaptación social y vocacional adulta (a partir de 21 años)
Profundo	Retraso Grave; mínima capacidad de funcionamiento en áreas sensoriomotoras; necesita cuidados asistenciales precisa supervisión y ayuda constantes	Existe algún desarrollo motor; puede responder a la capacitación mínima o limitada en la ayuda de sí mismo.	Cierto desarrollo motor y lingüístico; puede conseguir cuidados de sí mismo muy limitados; necesita cuidados asistenciales.
Grave	Bajo desarrollo motor; lenguaje mínimo; generalmente incapaz de beneficiarse de la capacitación en la ayuda a sí mismo; nulas o escasas facultades de comunicación.	Puede hablar o comunicarse; puede ser capacitado en hábitos sanitarios elementales; se beneficia de la capacitación sistemática de los hábitos; es incapaz de beneficiarse de la capacitación profesional.	Puede contribuir parcialmente a mantenerse a sí mismo bajo supervisión completa; puede desarrollar protección de sí mismo hasta un nivel de utilidad mínima en un ambiente controlado.
Moderado	Puede hablar o comunicarse; baja conciencia social; desarrollo motor bueno; se beneficia de la capacitación en la ayuda de sí mismo; puede conducirse con supervisión moderada.	Puede sacar provecho de la capacitación en habilidades sociales y ocupacionales; improbable que progrese por encima del segundo nivel en materias académicas; puede aprender a viajar sólo en lugares familiares.	Puede conseguir mantenerse a sí mismo en trabajos especializados o semiespecializados en condiciones de relativa protección; necesita supervisión y guía cuando se enfrenta a tensiones económicas o sociales ligeras.
Leve	Puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación, con mínimo retraso en las áreas sensoriomotoras; a menudo se distingue de las personas normales hasta una edad avanzada	Puede aprender materias académicas hasta aproximadamente el sexto grado al final de la segunda década; puede ser guiado a conseguir la conformidad social.	Habitualmente puede conseguir habilidades sociales y vocacionales adecuadas a una autoayuda mínima, pero puede necesitar asesoramiento cuando se encuentre en situaciones de tensión social, económica inhabitual.

Fuente: (Kaplan y Sadock, 1975, p. 733)



### *Retraso Mental Moderado*

Equivale la categoría de "adiestrable". Estas personas no pueden acceder al aprendizaje de programas pedagógicos, no logran pasar del segundo año. Adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez así como de una capacitación laboral. Con supervisión, atienden su cuidado personal. Aprenden a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. Durante la adolescencia, se agudiza su dificultad para reconocer los convencionalismos sociales lo que interfiere en su relación con otras personas. En la etapa adulta, son capaces de realizar trabajos que requieren poca precisión manual, bajo supervisión, en talleres protegidos o en el mercado laboral. Se adaptan bien a la vida en comunidad y en instituciones con supervisión.

### *Retraso Mental Grave:*

Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje para comunicarse escaso o nulo. En la edad escolar tienen la posibilidad de aprender a hablar y de capacitarse en habilidades elementales de autocuidado. Se benefician con limitaciones, de la enseñanza de materias preacadémicas como el alfabeto y el cálculo simple, aprenden a leer algunas palabras simples. Se adaptan a la vida en comunidad.

### *Retraso Mental Profundo:*

La mayor parte de las personas con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años desarrollan significativas alteraciones sensoriomotoras. Requieren de un adecuado ambiente altamente estructurado con apoyo y supervisión constante, así como de una relación individual con el educador. Pueden ser habilitados en su desarrollo motor, área de comunicación y su cuidado personal. Pueden llevar a cabo tareas simples en instituciones protegidas.

En 1977 la Asociación Americana para la Deficiencia Mental propuso otra clasificación para cada uno de los niveles así como sus características.

*Retraso mental profundo:*

*Funcionamiento independiente:* come sólo con cuchara y tenedor, aunque derrame algo; se viste sólo pero necesita ayuda con los botones pequeños y los cierres; intenta bañarse solo, pero requiere de ayuda; puede lavarse y secarse las manos pero no muy eficientemente; intenta su aseo parcialmente aunque puede tener accidentes.

— *Físico:* Puede saltar o bailar; puede subir escalones con pie alternativo; monta un triciclo (o bicicleta después de los 8 años); puede subir a los árboles; puede tirar balones o al blanco.

— *Comunicación:* Puede tener un vocabulario de 300 palabras y usar frases gramaticales correctas; si no habla, utiliza muchos gestos para expresar sus necesidades; entiende las comunicaciones simples, incluyendo direcciones y preguntas; reconoce signos y palabras de anuncios; cuenta experiencias en un lenguaje sencillo.

— *Social:* Participa en actividades y juegos de grupo; interactúa con otros en juegos y actividades expresivas.

*Retraso mental severo:*

- *Funcionamiento independiente:* Come con cuchillo y tenedor; puede huntar la mantequilla a un pan; necesita ayuda para cortar la carne; puede vestirse y abrocharse botones y cierres; puede ponerse zapatos; se baña sólo con supervisión; se lava las manos y la cara sin ayuda.

— *Físico:* Puede correr, saltar y bailar, utiliza pañales y cuerda de saltar; puede subir o bajar la escalera con los pies alternativamente; puede tirar balones o al blanco.

— *Comunicación:* Puede utilizar frases complejas; su lenguaje es generalmente claro y distinguible; entiende las comunicaciones verbales complejas incluyendo palabras tales como "porque" o "pero"; reconoce signos y palabras, pero al leer no comprende.

— *Social:* Participa en actividades de grupo espontáneamente, en ejercicios competitivos simples; puede tener amigos durante semanas o meses.

— *Actividad económica:* Se le puede enviar a pequeñas compras con una nota. Sabe que el dinero tiene valor pero no cuánto (excepto para las máquinas de monedas).

— *Ocupación*: Prepara bocadillos; puede poner y limpiar la mesa y ayudar en tareas caseras.

— *Autodirección*: Puede atender a una tarea 10 minutos o más; contesta si trabaja para él; se esfuerza por asegurarse y cargar con su responsabilidad.

*Retraso Mental moderado:*

— *Independencia*: Se baña, come y viste sólo; selecciona su ropa; prepara su comida y para otros; se peina o cepilla el pelo; puede lavarse y enroscarse el pelo; puede lavar, planchar y guardar su ropa.

— *Físico*: Tiene buen control y coordinación motora fina y gruesa buenas.

— *Comunicación*: Puede llevar una conversación, usa frases complejas; reorganiza palabras y puede leer pequeños textos con alguna comprensión.

— *Social*: Puede interactuar cooperativa o competitivamente con otros.

— *Actividad económica*: Puede enviársele a comprar varias cosas con notas; hace compras menores; suma monedas con relativa exactitud.

— *Ocupación*: Realiza quehaceres domésticos normales.

— *Autodirección*: Puede empezar cualquier actividad, atiende a la tarea 15 ó 20 minutos o más; puede ser consciente de muchas responsabilidades.

*Retraso Mental medio:*

— *Independencia*: Cuida de su arreglo personal, comida, baño, aseo, pudiendo necesitar ayuda o recordatorios; puede necesitar ayuda en la compra o selección de la ropa.

— *Físico*: Recorre los alrededores con tranquilidad, pero no puede desplazarse a otras ciudades sin ayuda; puede usar patines, bicicleta, trampolín u otro equipo que requiera buena coordinación.

— *Comunicación*: Comunica conceptos verbales complejos y los entiende; se integra a las conversaciones diarias pero no puede discutir conceptos abstractos o filosóficos; utiliza el teléfono o cartas pero no puede escribir sobre sucesos corrientes importantes o abstractos.

— *Social*: Interactúa cooperativa o competitivamente con otros o inicia algunas actividades de grupo, para propósitos recreativos o sociales; puede acudir a locales de grupos recreativos o a la iglesia, pero no a grupos de expertos; le gustan las diversiones que no requieran un planeamiento complejo y ejecución rápida.

— *Actividad económica*: Puede comprar distintas cosas; da el cambio correctamente, pero no sabe utilizar las facilidades bancarias; puede ganarse el sustento pero tiene dificultad en manejar el dinero sin ayuda.

— *Ocupación*: Puede cocinar alimentos sencillos; puede ayudar en las tareas caseras de todo tipo; como adulto, puede encargarse de un trabajo semiespecializado o especializado.

— *Autodirección*: Inicia la mayoría de las actividades; atiende a tareas por más de 18-20 minutos; es consciente de su trabajo y asume muchas responsabilidades, pero necesita guía para trabajos con mayor responsabilidad (cuidados de salud, cuidado de otros y actividades ocupacionales más complicadas)". (Peris, 1985 pp. 570-571)

#### I.4 ASPECTOS SOCIALES Y EDUCATIVOS DE LA DEFICIENCIA MENTAL:

En México el niño con discapacidad mental presenta una serie de limitaciones las cuales no le permiten un adecuado desarrollo, aunado a un rechazo social ya que no pueden competir intelectualmente con sujetos normales. El rechazo hacia estos niños se ve reflejado en su personalidad, en su estado emocional psíquico y social así como en el desempeño de su trabajo académico. (Rivera, 1984).

Las personas con discapacidad mental se han convertido en un problema social, que no solo afecta a ellas sino también a las personas cercanas a éstas y a la comunidad en la que se desenvuelven; al respecto se han realizado investigaciones para evaluar las relaciones familiares en familias en donde existe un miembro con discapacidad mental y otro en donde no lo hay. Los resultados señalan que en la familia del primero se generan alteraciones significativas tanto en la relación de pareja como en la familia, tomando en cuenta que existe un proceso de rechazo-aceptación-que enfrentan los padres al saber que su hijo presenta discapacidad mental. (Espinoza, 1991)

En el ámbito escolar cuando el niño con discapacidad mental se integra a la escuela regular y se pretende que adopte los estándares de conducta de sus compañeros normales puede ocasionar el rechazo social. Por lo que los niños integrados son más rechazados que los niños segregados por parte de sus compañeros; al respecto existe una actitud negativa hacia la integración escolar de niños con discapacidad mental, producto de una falta de conciencia en los ambientes educacionales, en relación a las dificultades que presentan en el aspecto socio-adaptativo. (*op. cit.*)

Not. (1978) señala que ponerse al alcance del niño con discapacidad mental no es ponerse a su nivel. Se trata de que por parte del educador exija al niño un nivel ligeramente superior a su nivel actual de rendimiento. Supone un dinamismo y estimulación constante para que en cuanto él resuelva un problema en seguida se le plantee otro. Es importante señalar que el proceso pedagógico no es un movimiento continuo ya que involucra avances y retrocesos. Si se vence una dificultad el éxito va acompañado de un progreso intelectual y de una repercusión afectiva, la cual proporciona alegría y contribuye al aumento de confianza en sí mismo facilitando a su vez su adaptación al medio. Si la dificultad no se supera no hay que dar importancia al fracaso; hay que presentar la tarea de acuerdo a la capacidad o nivel del niño presentando de nueva cuenta la actividad para también facilitar el éxito, al respecto Estrada, (1995) señala que "cuando un niño se equivoque, repruebe o haga algo poco común a los convencionalismos; la escuela debe proporcionarle la base para superar sus fallas y ayudarlo a dar lo mejor de sí mismo de tal forma que, entonces la escuela, puede transformarse en un lugar en que todos los niños crezcan, no sólo físicamente o en conocimientos, sino en curiosidad, valor, competencia y comprensión". Por lo anterior mencionado el proceso pedagógico puede ser individualizado tomando en cuenta las características individuales de los niños. La educación de éstos niños no puede prescindir de la capacitación, ni reducirse a él; los programas tienen que estar diseñados con base en un equilibrio entre las actividades intelectuales y la estructuración de mecanismos precisos y que este equilibrio debe estar dado por las potencialidades del sujeto y las exigencias de la vida social. Rivera, (1984) afirma que los padres del niño con discapacidad mental no ayudan a desarrollar sus habilidades elementales, ya que les toma mucho tiempo el aceptar la discapacidad del

niño habiendo entonces rechazo y desilusión, por lo general presentan actitudes de agresión y aislamiento provocando en el niño un estado de confusión y frustración que deriva en un niño inquieto, inseguro, agresivo, hostil y en ocasiones delincuente. Entonces el niño va retrasando su aprendizaje y no rinde de manera adecuada en sus estudios. Existen muchas habilidades ocupacionales y personales que puede dominar y desarrollar, sin embargo, si el niño se siente seguro dentro de sus relaciones familiares, si sabe que sus padres se ocupan de él y si se sienten satisfechos de sus pequeños logros, él se sentirá estimulado para lograr los ajustes que tiene que hacer en su medio ambiente.

En niños con discapacidad mental leve el tratamiento pedagógico integrado con técnicas individuales y socializadoras es importante. Se ha insistido que la capacitación en habilidades sociales sea el principal punto a trabajar pero a la fecha no ha sido así, por lo que están menos capacitados para dirigir sus vidas, entonces se requiere trabajar más con los procesos de socialización. Una adecuada capacitación en habilidades sociales es de vital importancia y útil para alternar con las personas con las que convive. Se considera que la falta de inteligencia no es un obstáculo para lograr obtener un empleo, mucho del éxito en los empleos depende en gran medida de la estabilidad emocional del trabajador, la responsabilidad y la honradez y la capacidad para convivir con los compañeros. Con esto el individuo tiene salud mental y estabilidad emocional y como consecuencia un niño con buena estabilidad emocional aunque presente una discapacidad en su inteligencia se considera un buen elemento. La familia juega un papel importante en esta área, así como la familia, la escuela es un espacio que brinda grandes oportunidades de estímulo y desarrollo para el niño, es aquí que la escuela actúa como facilitador de la normalización a través de programas encaminados a la integración.

Se han tomado medidas especiales a fin de que las personas con discapacidad mental se integren al máximo en la vida pública. Medidas que tienden a favorecer la "autosuficiencia social", al valerse por sí mismo se pretende que estén en condiciones de ponerse en contacto con su mundo social, con un máximo de independencia.

En México la Dirección General de Educación Especial ha puesto en marcha programas de rehabilitación psicopedagógica dirigidos a perso-

nas con discapacidad mental leve y moderada con edad cronológica de 4.5 a 16 años, basado en la idea de que la discapacidad mental no sólo es una alteración que afecta el comportamiento intelectual sino que se manifiesta en todas las expresiones de la personalidad. La intención educativa del programa, se basa en la formación integral a través de diversas alternativas de acuerdo a las posibilidades de la persona de tal forma que le permita:

- Ampliar el campo de acción de los educandos
- Ubicar a mediano y largo plazo a la población escolar con problemas leves en escuelas primarias comunes, otorgándoles un medio ambiente más apropiado con el fin de elevar las expectativas sobre su futuro.
- Ampliar el campo técnico profesional de los especialistas al ámbito de la educación común a través de diversas alternativas de apoyo pedagógico en la línea de integración, que sea progresivamente aplicada. (Espinoza, 1991 p. 28)

La Guía Curricular incluye las siguientes áreas:

- a) Independencia personal y protección a la salud
- b) Comunicación
- c) Socialización
- d) Ocupación

El objetivo que se persigue es integrarlo a la escuela común trabajando principalmente los contenidos académicos del currículum.

La guía se divide en 4 etapas: las tres primeras tienen una duración de 2 años y la cuarta hasta de tres años. La primera se refiere al nivel pre-escolar y los restantes a los grados de primero a sexto del nivel básico de educación primaria. Las dos primeras etapas son comunes a todos los alumnos. Pasan a la tercera, aquellos que por sus capacidades pueden acceder a aprendizajes más complejos. Los otros pasan directamente a la 4a. etapa para intensificar su entrenamiento pre-laboral completando esta actividad con lecto-escritura y aritmética a nivel funcional. Cuando los objetivos de la 4a. etapa son alcanzados los alumnos se canalizan a los Centros de Capacitación para el trabajo y/o a industrias protegidas.

Cabe señalar que la Secretaría de Educación Pública en 1992, inicia un reordenamiento con el propósito de elevar la calidad de los servicios educativos, es aquí que la Dirección General de Educación Especial tiene una gran oportunidad de innovación y propone cambios significativos a su programa, con la finalidad de llegar a una normalización e integración de las personas con discapacidad mental.

Anteriormente se desarrollaron otros programas como el Plan Nuevo León en 1979, este programa se refiere a los grupos integrados que prestan servicio educativo a niños de primer año que se consideran repetidores y en ocasiones a los de segundo año que fracasan en aprendizajes básicos como lecto-escritura y cálculo, una vez que han recibido el apoyo pueden integrarse a la escuela regular. Se pone en marcha este proyecto con carácter experimental por un lapso de tres años, que en un principio planteó la idea de normalización. (Espinoza, 1991)

Sin embargo, este proyecto no deja de asumir una política segregacionista que propicia el aislamiento educativo y social. Por tal motivo se crean espacios dentro de la escuela regular que integran a los niños con necesidades especiales. El Plan Zacarías "Educación para la Vida", es la primera experimentación que consistió en la evaluación de un programa de Educación especial para niños y adolescentes integrados a escuelas regulares.

La segunda etapa consistió en la creación de servicios de rehabilitación integrados al modelo educativo; esta alternativa inicia las bases para la instauración del Centro de Adiestramiento Personal y Social (CAPYS).

En una tercera etapa se terminó el proyecto "Educación para la Vida", (Saad y Fierro, 1985) como un modelo de rehabilitación integral que basa su filosofía en el principio de normalización y da una mayor importancia al entrenamiento de habilidades más que a las incapacidades.

"Educación para la Vida, plantea la lucha contra la segregación y el medio por el cual se puede llegar a la normalización es a través de la integración que implica además de la aceptación física, la aceptación de las limitaciones mentales de estas personas por parte de la comunidad". (Espinoza, 1991 p. 34)



Para la formación de los grupos integrados se consideró lo siguiente:

1. La firme creencia de que los niños y adolescentes deben recibir su educación en los mismos escenarios que los niños "normales", ya sea con hermanos y otras personas de su edad con la finalidad de no aislarlos ni de su familia ni de su comunidad.
2. Suponen el desarrollo de conocimientos y habilidades académicas, el desarrollo de destrezas sociales y emocionales, aunque para los jóvenes adultos el integrarse a un trabajo requiere más de habilidades personales y sociales y destrezas específicas.
3. Se ha visto que en muchas ocasiones estos alumnos aprenden mejor y con mayor rapidez si la persona que les enseña es uno de sus compañeros. De esta forma se valora la capacidad de enseñanza de los alumnos regulares para los alumnos del grupo técnico.
4. Se considera que un alumno que tiene acceso a los mismos servicios de educación proporcionados a otros, eleva su autoestima y disminuye el "estigma". El convivir con alumnos regulares es una fuente de motivación y estímulo para aprender y una oportunidad para aceptar las limitaciones.
5. En el programa se sostiene la creencia de que es igualmente benéfico para los alumnos regulares convivir con alumnos con discapacidad mental.
6. En un ambiente normal como el de la escuela y el contar con apoyo de profesionistas que creen en las posibilidades de crecimiento de una persona con discapacidad mental, decreciente el temor al fracaso y favorece la confianza y el crecimiento.
7. Existe la creencia de que si a un niño con discapacidad mental se le coloca en una escuela especial habría un cambio dramático a favor de su rendimiento académico. Sin embargo la experiencia ha demostrado lo contrario, ya que es posible que el aprendizaje sea mayor si se integra a una escuela regular (Espinoza, 1991 p. 36-37).

Los alumnos que pertenecen a los grupos técnicos y llegan a la edad adulta (18 años), siguen su formación en el centro de adiestramiento personal y social, y se les impulsa a responsabilizarse de sí mismos; además se les capacita para conseguir un empleo y para vivir con la mayor independencia posible en sus propios departamentos. Este programa

hace énfasis en el trabajo con los padres, los cuales participan activamente ayudando a la desvinculación de su hijo preparándolo para alcanzar sus propios logros (*op. cit.*).

Instancias oficiales y privadas se han ocupado por desarrollar e implementar continuamente nuevos programas teniendo como ejes la normalización y la integración de los niños con discapacidad, es así como en el mes de mayo de 1992, da inicio el reordenamiento de la Secretaría de Educación Pública con el propósito de elevar la calidad de los servicios educativos del país.

Se producen nuevas propuestas y cambios en Educación Especial

1. La educación especial puede ser considerada bajo una modalidad de educación básica y deja de lado su condición segregadora de nivel especial.
2. La educación especial no debe quedar marginada de los criterios globales de calidad educativa.
3. Bajo una nueva concepción de calidad educativa se permite mejorar el servicio público de educación a través de ningún concepto de exclusión: género, etnia, territorio, clase social, necesidades educativas especiales.
4. Establecer múltiples alternativas graduales de integración para los alumnos con requerimientos de educación especial, teniendo derecho para acceder a ambientes normalizados de educación a través de programas de seguimiento y apoyo, para el alumno, los padres, el maestro y el propio centro educativo.
5. El programa de integración debe entenderse como un programa de desarrollo institucional y como un espacio para ofrecer calidad educativa a los educandos en edad escolar, con o sin discapacidades en su desarrollo.
6. Estos servicios permiten acercar las soluciones al lugar donde se generan los problemas, específicamente los que se habrán de generar a partir de la integración.
7. La integración escolar es de vital importancia para la integración social de la persona con necesidades especiales, por lo que es necesario que la integración trascienda los espacios escolares ya sea en ámbitos de salud, educación recreación y cultura sin descuidar el laboral.

8. Es importante la formación y actualización del magisterio, es necesario que en los programas se incluyan los aspectos básicos sobre la atención a las necesidades educativas especiales bajo el nuevo enfoque de integración. (Cuadernos de Integración Educativa, SEP No. 1, 1995).

*¿Pero a qué se refiere esta nueva estrategia de integración?*

“El cambio en el enfoque de la integración del sujeto con necesidades educativas especiales consiste en no hacer de la integración un objetivo, sino un medio estratégico para lograr educación básica de calidad para todos, sin exclusión. Esto es, la integración pasa de un objetivo pedagógico a una estrategia metodológica para un objetivo ético: la equidad en la calidad de la Educación Básica”. (*Op. cit.*, p. 31).

- La estrategia de integración requiere de una acción integral: en salud, recreación, deporte, educación y en el ámbito laboral.
- Es importante señalar que la integración de carácter estratégico de las personas con requerimientos especiales es la escolar, y no debe reducirse a ella por lo que deben girar en torno suyo los demás ámbitos de integración.

“Las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER). Es la instancia técnico operativa y administrativa de la educación especial que favorece los apoyos teóricos y metodológicos en la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales, dentro del ámbito escolar. El desarrollo técnico-operativo de la USAER se lleva a cabo con base en dos estrategias generales: la atención a los alumnos y la orientación al personal de las escuelas y a los padres. El desarrollo técnico-pedagógico toma en cuenta cinco acciones principales: evaluación inicial, planeación de la intervención, intervención, evaluación continua y seguimiento”. (Cuadernos de Integración Educativa, SEP, No. 1, 1995, p. 34).

La educación que se ofrece a los alumnos se proporciona en el aula de la escuela regular o en las aulas de apoyo. La atención está determinada por el personal de la escuela en colaboración con personal de la USAER.

Hay que señalar y enfatizar que en las propuestas revisadas se observa un factor común llegar a la integración y a la normalización, aspectos de

índole social, sin duda importantes. El programa de la Secretaría de Educación Pública contempla una acción integral: en salud, recreación, deporte, educación y en el ámbito laboral, sin embargo, aunque propone diferentes áreas, el aspecto educativo parece ser el más importante por lo que entonces dirige sus programas hacia aspectos puramente cognoscitivos y a la capacitación laboral de sus educandos y no incluye programas para la salud emocional. Existen algunos programas de instituciones privadas los cuales demuestran que es posible vincular aspectos cognoscitivos y aspectos afectivo-emocionales de los niños. El niño con discapacidad mental puede aprender destrezas específicas, sin embargo su estabilidad emocional ayuda en gran medida a su adaptación ya sea en el medio familiar, escolar y laboral.

## CAPÍTULO II Desarrollo emocional

### II.1 ¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?

Las emociones son fenómenos multidimensionales. Son estados afectivos subjetivos. Provocan que nos sintamos de una manera en concreto, ya sea, felices o enojados.

Son respuestas biológicas, reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa. Cuando sentimos emoción, el cuerpo entra en un estado de activación, el corazón late con fuerza, los músculos se tensan y la respiración acelera su ritmo.

Las emociones son funcionales así como lo es el hambre; son fenómenos sociales que producen expresiones faciales y corporales características que comunican nuestras experiencias emocionales internas a los demás.

"El término emoción es el constructo psicológico que une cuatro aspectos de la experiencia (cognitivo-subjetivo, fisiológico, funcional y expresivo). *La emoción es el director de los músicos subjetivos, fisiológicos, funcionales y expresivos que juntos crean una sinfonía de experiencia*". (Reeve, 1994, p. 321)

Las emociones le dan intensidad a la vida, el amor y el odio, la ira y el terror, la euforia y la depresión, le dan sentido a la vida; y pueden ir desde los sentimientos más positivos a los más negativos.

No existe un acuerdo sobre el significado de la emoción, sin embargo queda claro que las emociones implican tres componentes:

1. Un sentimiento que tiene una significación inmediata para el individuo.
2. Una expresión corporal consistente en la expresión hablada, actividad facial y posturas unidos a movimientos corporales.

### 3. Cambios físicos en los sistemas nervioso central y autónomo. (Rutter, 1985 p. 320)

#### II.2 TEORÍAS QUE ESTUDIAN EL DESARROLLO EMOCIONAL.

Los marcos conceptuales que plantean el estudio de las emociones y los factores que intervienen en éstas, son diversos y toman como eje principal a la personalidad. Asimismo se menciona, a través de qué mecanismos es posible expresarlas y se analiza la situación a la que se enfrenta el niño con discapacidad mental.

##### *La teoría de Eysenck*

Rutter en 1985, desarrolla una teoría de la personalidad, que habla sobre las diferencias individuales y la existencia de tres dimensiones mayores constitucionalmente determinadas y estables en la personalidad: neuroticismo, extroversión y psicoticismo. El neuroticismo presenta una mayor excitabilidad y genera fuertes impulsos en situaciones en las que se involucra la emoción. Considera que la extroversión se asocia a una mayor fatiga mental e inhibición y plantea que los introvertidos deben condicionarse de mejor forma que los extrovertidos. El psicoticismo tiene que ver con aspectos de "rigidez mental", asociados con conductas antisociales. La explicación sobre las dimensiones de la personalidad que el autor toma en cuenta consideran factores importantes como el neuroticismo y la extroversión para el desarrollo de la ansiedad, como una respuesta de miedo condicionada.

Investigaciones en torno al estudio de la personalidad establecen hipótesis sobre si las dimensiones están genéticamente determinadas; así mismo aseveran que en la infancia existe poca estabilidad, ya que el niño se encuentra en el proceso de desarrollo de su personalidad.

##### *Las teorías psicoanalíticas*

Los conceptos clave que diferencian a las teorías de desarrollo de la personalidad de corte psicoanalítico de las demás, son: "1) el concepto de pulsión con componente energético; 2) la cualidad intrínseca de los

conflictos internos entre estas pulsiones derivadas del ello y los controles ejercidos por el yo; 3) la crucial importancia de la manera de procesar estos efectos a través de los mecanismos de defensa; 4) los vínculos vitales entre las etapas psicosexuales y el desarrollo de las emociones; 5) el factor de motivación inconsciente y 6) la importancia de los procesos intrapsíquicos de los primeros años para un desarrollo posterior". (Rutter, 1985 p. 342)

Todos estos puntos intervienen en el estudio de Freud, (1926) sobre la ansiedad. Su hija Ana Freud (1963) continuó el estudio sobre las diversas formas de ansiedad que caracterizan las diversas etapas en el desarrollo de las relaciones de objeto.

Margaret Mahler, vincula el desarrollo emocional del niño con el proceso de separación-individuación. Melanie Klein, basa su teoría en la lucha entre las pulsiones de vida y muerte que considera generan la ansiedad de persecución.

#### *La teoría del vínculo y la pérdida de Bowlby*

Bowlby, propone la existencia de factores constitucionales en la sensibilidad al miedo e incluye consideraciones cognitivas, así como nociones evolutivas. Considera importante que la tendencia de la persona a responder con miedo está determinada, en gran parte, por la disponibilidad percibida de figuras de vínculo, de tal forma que la mayor parte de los miedos son causados por la ansiedad de separación. La depresión se considera como una respuesta a la pérdida.

Los vínculos seguros se consideran como la base del desarrollo de la confianza de sí mismo, la cual está considerada como la base del equilibrio emocional.

#### *La teoría diferencial de las emociones de Izard*

Esta teoría afirma que "las emociones están al servicio de fuerzas motivacionales únicas o diferentes". Esta teoría se basa en cinco premisas:

1. El principal sistema motivacional de los seres humanos está compuesto por diez emociones fundamentales.

2. Cada emoción fundamental tiene una cualidad fenomenológica subjetiva única.
3. Cada emoción fundamental tiene un patrón único de expresión facial
4. Cada emoción fundamental tiene una tasa específica de descarga neuronal que hace que la emoción se active para que entre en la conciencia.
5. Cada emoción fundamental tiene distintas consecuencias conductuales.

Por tanto cada una de las diez emociones se define en términos de un sentimiento subjetivo único, su expresión facial, su tasa de descarga neuronal y las consecuencias que tiene en la conducta. (Reeve, 1994, p. 369).

#### *Condicionamiento y aprendizaje*

Las teorías del aprendizaje se han relacionado con el desarrollo y eliminación de los miedos. Existen pruebas de que los miedos pueden crearse y suprimirse mediante técnicas de condicionamiento. También pueden generarse a través de asociaciones simbólicas, así como a partir de estrés agudo y traumas. Es importante señalar que los procesos de aprendizaje son fundamentales para la creación de las reacciones emocionales. El conjunto cognitivo generado es importante para determinar la respuesta emocional y conductual del sujeto. (Rutter, 1985)

#### *Teorías cognitivo-afectivas*

La ontogénesis de las emociones es básicamente una función de los cambios relacionados con la edad, y el desarrollo de las estructuras cognitivo-afectivas es una función del aprendizaje. Es importante señalar que las emociones desempeñan un importante papel en el desarrollo del reconocimiento de sí mismo y el concepto de uno mismo y, a su vez, que el conocimiento relacionado con el sí mismo influye en las emociones. (*Op. cit.*).

Las reacciones viscerales o fisiológicas del cuerpo son una parte importante de la experiencia emocional, "me quedé sin aliento", "se me



acelera el corazón", sugieren que los estados emocionales implican cambios fisiológicos. (Walter, 1987)

Para Saez, (1986) hay una necesidad de que los investigadores busquen medidas conductuales aplicadas al estudio de la psicoterapia, así mismo retoma algunas teorías sobre la emoción que enfatizan el rostro. Las emociones se hayan caracterizadas por tres reacciones: vivencia, comportamiento y reacción fisiológica. Los autores eligen el comportamiento no verbal ya que la expresión facial es la fuente más importante de comunicación no verbal. Los sentimientos se reflejan en la cara aún cuando se deseen encubrir; también tiene que ver el contexto o situación que evoca la respuesta emocional. Esta investigadora posterior a su experimento concluye que:

1. Se confirma el reconocimiento por parte de los observadores de una respuesta facial emocional de la felicidad cuando los estímulos empleados evocan afectos positivos (gusto o agrado).
2. Los indicadores contextuales tienen un efecto muy marcado en el juicio de la expresión facial y sirven para incrementar el reconocimiento de la expresión emocional, el contexto en el que ocurre juega un papel importante en la interpretación.
3. La supresión de la expresión emocional está ligada a afectos negativos.

Lazarus señala que la actividad cognitiva se presenta antes de la emoción. La cognición plantea que no se puede dar una respuesta emocional sin antes llevar a cabo una evaluación cognitiva de la razón y dar un significado a un acontecimiento considerado como estímulo para ello necesita de la memoria para construir el significado de los acontecimientos de la vida. (Reeve, 1994)

"La evaluación inicial del estímulo como "Bueno" o "malo" es el mecanismo cognitivo clave que conduce tanto al arousal fisiológico como a la experiencia emocional subsiguiente". Cuando estas evaluaciones se realizan producen cambios fisiológicos en el cuerpo, entonces la combinación de la evaluación y el arousal se manifiesta como una emoción. La evaluación de un estímulo como bueno o malo produce actividad fisiológica por lo que la persona, se acerca o evita el acontecimiento estímulo y define la emoción como "una tendencia sentida hacia algo

evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo". (*Op. cit.*, pp. 334 y 336).

Algunos investigadores proponen una teoría fisiológica-cognitiva de la emoción y señalan que un estado emocional es el resultado de la interacción entre la activación fisiológica y la evaluación cognitiva de una situación. *Juntos la cognición emocional y la activación fisiológica se unen para definir el estado emocional. Las cogniciones emocionales determinan el tipo de emoción que se tiene mientras que la activación determina la intensidad de esa emoción.* (*Op. cit.*, pp. 325 y 326).

Hay ocasiones en que las personas sienten una activación inexplicada, por ejemplo, el corazón late con fuerza, o hay sudoración en las palmas de las manos, sin embargo, la persona no encuentra una explicación a esta actividad entonces se le llama "actuación inexplicada". El arousal inexplicado produce la búsqueda de una interpretación, es en esta búsqueda que se puede facilitar el aprendizaje de la identificación y expresión de las emociones en el niño con discapacidad mental, adaptando ese aprendizaje, pensando en sus posibilidades y capacidades.

Lazarus, refiere que cada emoción tiene su propio tipo de evaluación, su propia tendencia a la acción (aproximación, evitación, ataque) además de su propia expresión. La emoción que experimenta una persona depende de su conocimiento emocional, entonces se tendría que realizar un aprendizaje de cómo evaluar diversas situaciones. *El aprendizaje produce un conocimiento emocional adquirido y altamente personal. Este conocimiento emocional permite a la persona evaluar las situaciones con un gran discernimiento y por lo tanto produce una amplia gama de emociones distintas y apropiadas para cada situación.* (Reeve, 1994, p. 342).

Durante la infancia el niño no es capaz de controlar sus emociones y la intensidad de sus descargas varía, dependiendo de la emoción de que se trate. Es en esta etapa que la mayoría de sus descargas emotivas tienen que ver con la relación que establece con sus padres. Posterior a los cinco años adquiere la capacidad, gracias al aprendizaje, de controlar sus emociones. A través de la experiencia adquiere un mayor sentimiento

de seguridad siendo cada vez más independiente de sus padres lo que provoca que se haga menos emotivo y más racional. (Hallas, 1972).

"Las alteraciones emotivas están relacionadas con los procesos orgánicos. Se ha comprobado que la ansiedad retarda la digestión, que es también afectada por emociones menos intensas. El metabolismo basal aumenta en períodos de sobrecarga emotiva, y existen diferencias notables entre el metabolismo basal de una persona normal y el de una persona con alteración emocional. Las emociones constituyen la fuerza impulsora del comportamiento humano, y, si desaparece la capacidad emotiva desaparece al mismo tiempo la capacidad de reacción". (*Op. cit.*, p.197).

En el desarrollo emocional del niño, existen indicadores que sugieren una inestabilidad emocional

- a) El ambiente que rodea al niño desde que es concebido
- b) Su estado físico
- c) Su temperamento
- d) Un sistema nervioso inestable

Las primeras experiencias emotivas del niño comienzan en la relación con su madre. El pecho materno constituye el primer vínculo emocional tanto para el niño como para la madre. La comida se vuelve la experiencia más importante, entonces si no es satisfactoria, aquí puede iniciarse una inestabilidad emocional.

"A través de esa íntima relación madre-hijo, se desarrollan las emociones de amor, de ira, cuya intensidad viene modificada por la experiencia. El recuerdo de lo ocurrido en el pasado ayuda al niño a controlar sus emociones". (Hallas, 1972 p. 243).

Al integrarse al ambiente escolar el niño deja el ambiente hogareño que le brinda seguridad y confianza por lo que entonces tiene que adaptarse a ese nuevo medio, la facilidad con que lo haga depende de la solidez de su desarrollo emocional y de su sentimiento de seguridad adquirido en el núcleo familiar. Posteriormente la escuela y su relación con los demás le brinda la posibilidad de acceder al juego. De los cinco a los siete años los juegos imaginativos y fantásticos giran alrededor de su

mundo, cuando el niño abandona los juegos de fantasía se acerca cada vez más a la realidad interpretando y actuando papeles. A los siete años es capaz de compartir más y de cooperar siendo cada vez menos egocéntrico. Es aquí donde requiere menos de la presencia de un adulto y de la situación emocional de sus relaciones con su padre y con su madre. Hasta los diez u once años juegan juntos sin que exista ninguna dificultad. En los últimos años de la niñez establece amistades íntimas y duraderas fuera del ámbito familiar, lo que plantea un paso más en el proceso de desarrollo hacia la madurez emocional.

### II.3 LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES

Según Petrovski, (1979), la expresión o manifestación de emociones incluye:

- a) Movimientos expresivos externos como: derrame de lágrimas o transpiración.
- b) Variaciones de la actividad y del estado de los órganos internos.
- c) Cambios profundos del carácter humoral (compuesto químico de la sangre u otros líquidos del organismo).

La mímica, los gestos, las poses, los suspiros expresivos, las modificaciones o cambios en el tono de la voz son el "*lenguaje*" de los sentimientos humanos.

Las expresiones emocionales comunican cómo nos sentimos a los demás, son mensajes no verbales de comunicación y regulan la manera en que los demás reaccionan ante nosotros.

En estudios se ha comprobado cómo la expresión emocional de una persona puede provocar reacciones conductuales específicas en otra persona. (Reeve, 1994)

El niño con discapacidad mental presenta un déficit significativo en su comportamiento adaptativo en el que intervienen factores escolares, motivacionales y de la personalidad. En ésta última puede mencionarse que existe un pobre control de impulsos y labilidad emocional, los cua-

les dificultan su relación con los demás. Al presentar dificultades para adaptarse y comunicarse, es que se ha pensado en el juego, como una vía de aprendizaje por medio del cual puede facilitarse la identificación y expresión de sus emociones, considerando que es el medio de expresión natural del niño. Las expresiones emocionales facilitan la interacción social de todo individuo; por otra parte se ha encontrado que las expresiones emocionales son provocadas socialmente y no emocionalmente. En general se piensa que una persona sonríe cuando siente alegría y frunce el ceño cuando está triste. Sin embargo las personas en varias ocasiones sonríen cuando no sienten alegría. Sólo sonríen para facilitar la interacción social. (Reeve, 1994).

Las emociones se entienden como roles sociales; las personas aprenden reacciones emocionales para enfrentarse a expectativas sociales y construyen la experiencia emocional de manera social para lograr fines sociales deseados. La identificación de las emociones puede proporcionar al niño el aprendizaje para responder con coherencia de acuerdo a la experiencia vivenciada.

Las emociones facilitan la adaptación del individuo a su entorno social. Izard, propone una lista de las funciones sociales de la emoción:

1. Facilitan la comunicación de los estados afectivos
2. Regulan la manera en la que los otros responden a nosotros.
3. Facilitan la interacción social.
4. Promueven la conducta prosocial. (Reeve, 1994 p. 351).

Se ha visto que existe divergencia cultural en cuanto a la interpretación de las expresiones faciales aunque existen acuerdos universales, como en el caso de la sonrisa, el enojo y las lágrimas.

A través del condicionamiento clásico se pueden asociar diversos estímulos para el aprendizaje de una emoción. Para poder estar abiertas al análisis científico, las emociones se estudian como respuestas conductuales objetivas no como estados afectivos subjetivos La hipótesis de feedback facial, propone que si se manipula la musculatura facial de una

persona hasta lograr un patrón que se corresponda a una muestra de emoción entonces se activará la experiencia emocional, de tal forma que sonreír pondrá en marcha a la alegría, y fruncir el ceño a la angustia. La conclusión a la que se ha llegado a través de diferentes investigaciones, es que las expresiones manipuladas si activan emociones. (Reeve, 1994).

Antes de los 18-24 meses de edad, las expresiones faciales del bebé son principalmente involuntarias. Es a partir de la adquisición del lenguaje que se desarrolla a un nivel cognitivo, volcándose en un ser más social siendo capaz de tener control sobre sus expresiones faciales de manera voluntaria. *Cuanto mayor es el desarrollo cognitivo mayor es la capacidad del niño de controlar la musculatura facial de forma voluntaria.* (Op. cit., p. 366).

"Los niños con profundo retraso mental muestran plena expresión de sus emociones, por la dificultad que tienen estos niños para manejar un tenedor se puede pensar que el aprendizaje de las expresiones faciales es aún más difícil a no ser que éstas sean innatas y sea necesario poco o ningún aprendizaje". (Reeve, 1994 p. 367).

En el planteamiento de la teoría diferencial de las emociones (*Perspectiva de Izard*), señala que: "cada una de las 10 emociones fundamentales se define en términos de su sentimiento subjetivo único, su expresión facial, su tasa de descarga neuronal y las consecuencias que tiene en la conducta". (Op. cit., p. 369).

En la perspectiva cognitiva, "Las emociones surgen como respuesta a las estructuras de significado en determinadas situaciones: las distintas emociones surgen como respuesta a las distintas estructuras de significado. Los procesos sociales y cognitivos moldean, modelan y construyen tantas emociones distintas como resulte funcional dentro del sistema social del individuo". Factores como: La experiencia de distintas situaciones emocionales, las palabras de carácter emocional. Las influencias culturales, los agentes socializadores como los padres y la complejidad de las estructuras de conocimiento aportan aún más a la construcción de la experiencia emocional. (Op. cit., p. 383).

#### II.4 ¿CUÁNTAS EMOCIONES HAY?

Reeve (1994), menciona a seis investigadores que plantean la existencia de diferentes emociones:

Panksepp, propone la existencia de cuatro emociones de base biológica: miedo, furia, pánico y expectativa. Trevarthen, se basa en una perspectiva de desarrollo al proponer cuatro emociones: alegría, angustia, miedo y rabia. Ekman estudia siete emociones distintas: miedo, rabia, alegría, sorpresa, asco y desprecio. Plutchik tiene una lista de ocho emociones: rabia, asco, tristeza, sorpresa, miedo, resignación, alegría y anticipación.

Izard, presenta una lista de 10 emociones: rabia, miedo, angustia, sorpresa, vergüenza, interés y desprecio.

##### *Las emociones básicas:*

*Sorpresa:* Neurológicamente, la sorpresa la activa un aumento repentino en la tasa de descarga neuronal. Acontecimientos repentinos e inesperados como un trueno, o una celebración no-anunciada producen sorpresa. La sorpresa es la más breve de las emociones. Los acontecimientos cognitivos también provocan sorpresa. Ésta se da también después de que se producen consecuencias o resultados inesperados o interrupciones de la actividad en curso. Por ser de duración tan breve, suele convertirse en otra emoción. La sorpresa puede producirse por olvidar una cita importante o el cumpleaños del cónyuge se transforma en angustia.

*Miedo:* El miedo se activa por la percepción de daño o peligro. La naturaleza del daño o peligro percibido puede ser física o psicológica por lo que las amenazas y peligros a nuestro bienestar tanto físico como psicológico activan el miedo. El miedo es una advertencia emocional de que se aproxima un daño físico o psicológico.

El miedo propicia en las personas una sensación de tensión nerviosa que les permite protegerse o desarrollar lo que sería una "Tendencia a la acción evitativa". La motivación de protección se manifiesta mediante

la huida y retirada frente al objeto, mediante respuestas de afrontamiento que nos permiten encarnarnos con el objeto temido. Si la huida no es posible o deseada entonces el miedo motiva a la persona a afrontar los peligros. A nivel positivo, el miedo facilita el aprendizaje de nuevas respuestas que apartan a la persona del peligro. El miedo activa los esfuerzos de afrontamiento y facilita el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento.

*Rabia:* La rabia, puede ser activada de diversas maneras pero su antecedente es el control sea físico o psicológico. También activa la frustración que produce la interrupción de la conducta dirigida hacia una meta. La persona herida, engañada o traicionada también puede activar la rabia. Neurológicamente, es una emoción de alta densidad que se caracteriza por una tasa continua alta de descarga neuronal. La inhabilidad de resolver un problema difícil a pesar del esfuerzo cognitivo sostenido, altera a la persona y se torna en rabia.

La rabia es la emoción más peligrosa ya que su propósito funcional es el de destruir las barreras en el ambiente. Desde una perspectiva evolutiva, la rabia moviliza la energía hacia la autodefensa, una defensa caracterizada por el vigor, la fuerza y la resistencia.

*Asco:* El asco es, una emoción compleja. El asco implica una respuesta de huida o de rechazo ante un objeto deteriorado o pasado. Acontecimientos físicos como comida u olores corporales, contaminación, sabores amargos y acontecimientos psicológicos como los chistes de mal gusto y los valores morales más bajos activan impulsos de repugnancia y la emoción de asco. El significado funcional del asco es el rechazo.

*Angustia:* La angustia es la emoción más negativa y aversiva. Los dos activadores principales de la angustia son la separación y el fracaso. La separación, la pérdida de un ser querido por causa de muerte, divorcio, circunstancias o una discusión angustiante. El fracaso activa la angustia como cuando se suspende un examen. A nivel neurológico, la angustia implica una tasa de descarga neuronal moderadamente alta. La activación neurológica de la angustia se distingue de la de la ansiedad en cuanto a la intensidad de la estimulación neurológica sostenida, la densidad neurológica de la angustia es relativamente alta. La angustia motiva a la



persona a realizar cualquier conducta necesaria para aliviar las circunstancias que la han provocado. La angustia persistente conduce a la aflicción y a la depresión.

*Alegría:* De acuerdo con Tomkins, la alegría se activa neurológicamente mediante un fuerte descenso en la tasa de descarga neuronal. El alivio del dolor físico, de los problemas, resolver un problema difícil y ganar un concurso que provoca ansiedad son ejemplos de un patrón descendiente de la activación neurológica. El significado funcional de la alegría es doble. Por una parte, la alegría es una sensación positiva derivada de un a sensación de satisfacción y triunfo. Al ser una sensación positiva, la alegría hace que la vida resulte agradable.

*Interés:* En el plano neurológico el interés implica un leve incremento en la tasa de descarga neuronal. Los acontecimientos ambientales (por ejemplo, el cambio, la novedad, el desafío) los pensamientos (por ejemplo de aprender, lograr cosas) y los actos de descubrimiento inician un incremento de la actividad neuronal y activan el interés. El interés motiva las conductas de exploración, tanto ambientales como de conocimiento. Si la vida fuese monótona no haría falta la emoción de interés. El cambio provoca la curiosidad y produce interés lo que a su vez invita a la persona a que explore, investigue y manipule el ambiente.

*Enojo:* Cualidad de tono o sentimiento hedónico cuyo correlato motor es un movimiento de alejamiento de la fuente de estimulación. Sensación aguda generalmente acompañada de desagrado hedónico. Diversidad de factores contribuyen al desarrollo del enojo: las necesidades particulares propias del niño, la cantidad de frustración en su mundo y su estado de fatiga. También favorece el enojo, el estado de salud física general del niño, ya que los niños se enojan con más facilidad si están enfermos o cansados.

*Tristeza:* Actitud afectiva caracterizada por un tono sentimental desagradable y que se expresa por suspiros, lágrimas y por la pasividad y disminución tónica de los músculos. Puede haber sentimientos de desgracia e infelicidad así como disminución del vigor y la energía, sentido de rechazo y una autoimagen negativa. (Rutter, 1985).

**Amor:** Sentimiento de adhesión hacia alguna persona, provocado en ocasiones por atracción que presenta una gran variedad de manifestaciones psicológicas.. "Es la inexplicable calidad del afecto, la emoción clara frente a un ser, presente o evocado que se deja amar porque no pone obstáculos a nuestro único deseo de darnosle sin obstáculos; necesidad de un blanco hacia el cual dirigir lo más noble del ser para reconciliarnos con el mundo". (Ibargüengoytia, 1988, p. 63).

Hasta aquí se han revisado algunas teorías que estudian las emociones y el desarrollo emocional del niño; cuales son los factores que intervienen en el proceso de aprendizaje de éstas y cuántas emociones hay. Es importante mencionar que mientras exista una estabilidad en el desarrollo de las emociones, el individuo tendrá muchas más facilidades para adaptarse a su medio respondiendo y manteniendo una conducta coherente de acuerdo a la situación experimentada. Esta estabilidad emocional idealmente tendría que llevarse a cabo en la mayoría de los individuos, sin embargo aún en personas "normales", consideradas así por un coeficiente intelectual que cae dentro de un nivel normal y por algunas otras características como la facilidad que presentan para adaptarse y responder al medio, tendrían la posibilidad para tener un desarrollo emocional "normal" con muchas más probabilidades de conseguir cierta estabilidad. Aún así en estas personas no es fácil obtenerla. En el niño con discapacidad mental, se encuentra disminuida su capacidad para adaptarse, por lo que acceder a un desarrollo emocional normal es aún más difícil, pero no imposible. Es por esto quizás que la mayor parte de la enseñanza y capacitación para estas personas se ha enfocado hacia aspectos de tipo cognitivo como serían el aprendizaje de lecto-escritura y posteriormente la capacitación para el aprendizaje de un oficio, pensando y puntualizando siempre en su integración a la sociedad, aunque al parecer en este proceso se pierde de vista la salud emocional que necesitan para su integración.

Al proponer una intervención psicoterapéutica para el abordaje del manejo de las emociones en el niño con discapacidad mental, se le brinda la oportunidad de acceder con más facilidad al aprendizaje escolar, ya que en este caso su atención puede mejorar en gran medida y el proceso de adaptación e integración se daría con mucha más facili-

dad. Actualmente algunos investigadores se han dado a la tarea de estudiar los procesos del pensamiento y los procesos afectivos en los niños con discapacidad mental, por lo que hay enfoques terapéuticos, que pueden ayudar a crear y adaptar programas para su intervención.

### CAPITULO III

#### Enfoques que estudian la terapia de juego

##### III.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA INFANTIL Y DEFINICIONES DE JUEGO

Para hablar de psicoterapia infantil hay que remitirse al psicoanálisis y con él a Freud, ya que es él quien comienza a darse cuenta que la intervención para trabajar terapéuticamente con un niño tendría que ser diferente a la de un adulto; y es a través del caso Hans (1909) uno de sus primeros trabajos con niños; aunque en este caso Freud no trató directamente al niño, sólo proporcionó al padre del menor algunas formas de solución a la conducta fóbica que presentaba.

Freud, aseveraba respecto del juego, que: *la ocupación preferida y más intensa del niño es el juego, todo niño que juega se comporta como un poeta, pues crea un mundo propio o mejor dicho inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden de ideas que le agrada.*

Es a partir de este momento que se piensa en el juego como una forma terapéutica de acercamiento con el niño. La utilización del juego como recurso terapéutico tiene como base dos fundamentos. Primero, el juego se puede utilizar como instrumento sustitutivo, de las asociaciones y la interpretación de los sueños. Los deseos desplazados se esclarecen y hacen pasar por la conciencia como tratamiento psicoanalítico ordinario. Segundo, la reconstitución libre y reiterada de la situación traumática, correspondiente a la "reconstitución obsesiva", como tendencia fundamental del juego, pone poco a poco fin al insoportable sufrimiento. (Elkonin 1980, p. 106).

Freud toma en cuenta las funciones que el niño adjudica a ciertos personajes introducidos en el juego, su colocación respecto a las relaciones recíprocas, el lugar que ocupa él mismo en las relaciones reconstituidas, los juguetes que utiliza y las acciones con ellos de emociones positivas o negativas. (*Op. cit.*, p. 107).

Durante este tiempo sólo se plantean aseveraciones y observaciones sobre los factores que impulsan al niño a jugar, por lo que otros autores como, Gross (1916) señala: *si bien es cierto que el desarrollo de las adaptaciones a las sucesivas tareas vitales constituye el fin principal de nuestra niñez, no lo es menos que el lugar preponderante en esta relación de conveniencia que se le da al juego, de manera que podemos decir perfectamente, empleando una forma un tanto paradójica que no jugamos porque somos niños, sino que se nos ha dado la niñez justamente para que podamos jugar.*

Hug-Hellmuth es el primero en utilizar el juego en el escenario de la terapia y posteriormente Ana Freud, (1928) lo utiliza como "*alianza terapéutica*", considera que a través del juego atrae el interés del niño hacia la terapia ya que en ese tiempo pensaba que el niño no asistía de manera voluntaria. Amplía algunas investigaciones iniciadas por su padre y se da cuenta que las técnicas de asociación libre y el análisis de los sueños resultan totalmente ajenos para establecer una relación con los niños, por lo que define al juego como un "*medio natural del niño*", sin embargo, posteriormente continúa su trabajo a través del análisis de las enseñanzas.

Melanie Klein en (1932) sustituye a la asociación libre utilizada con adultos, por el juego y señala que este permita al niño vivenciar fantasías, llegando a llamar "*análisis del juego*".

Es ella quien utiliza el juego como un medio terapéutico y que a través de este se puede ayudar y beneficiar a niños que están seriamente perturbados. Es a partir de su trabajo que comienzan a desarrollarse diversas técnicas alrededor de la terapia de juego, así mismo a partir de éste el proceso psicoterapéutico brinda la posibilidad de facilitar la expresión de sentimientos.

Buhler toma como momento central del juego al placer funcional que proporciona la actividad como tal, en donde éste se presenta como un motivo del que surge la actividad y a la vez como el mecanismo interno que sostiene su reiteración, durante la sesión recrea la situación traumática vivida por el niño proporcionándole los juguetes y el material requerido, de tal forma que el niño sea capaz de repetirla una y otra vez. Esta reiteración consolida nuevas formas de conducta necesarias para adaptar-

se mejor a las condiciones cambiantes de la vida. El placer funcional es precisamente el objetivo en que se basan la motivación y la repetición de ciertos movimientos. (Elkonin, 1980).

En sus definiciones los autores hablan de repetición y reiteración en el juego, tanto en el enfoque psicoanalítico como en el cognitivo y afirman que se considera como una forma de reparación o de reeducación, lo que lleva al niño a una tranquilidad interna y a una mejor adaptación a su mundo externo.

Solomon, crea una técnica a la que llama "terapia de juego activa" y la utiliza con niños impulsivos. El piensa que el juego puede facilitar la expresión de los sentimientos negativos como la ira y el temor que le producen al niño sus experiencias. (Elkonin, 1980).

Winnicott, señala que el niño a través del juego puede liberar sentimientos como ansiedad, odio y agresión, argumenta que "el juego es el discurso del niño durante la sesión de terapia", Winnicott (1986).

Según esta autora "los niños juegan por placer, para expresar la agresividad, dominar la angustia y acrecentar su experiencia así como para establecer contactos sociales. El juego contribuye así al desarrollo y a la integración de la personalidad, y permite al niño entrar en comunicación con los otros" (Castillejo y De Alba, 1984, p. 191).

"El placer que obtiene el niño en el juego es sin duda el aspecto más manifiesto. Toda actividad lúdica suscita generalmente excitación, hace aparecer signos de alegría. Pero los componentes de este placer no se reducen a la sola descarga de pulsiones que se representan en el juego, que juntos la actividad mental y la actividad física son empleadas por el niño. El juego obedece, al principio del placer, y al principio de realidad en la medida en que constituye un modo de satisfacción elaborado y diferido. Se trata a la vez de una evitación del displacer y de una búsqueda del placer". (*Op. cit.*).

Piaget propone una clasificación que tiene en cuenta a la vez la estructura lúdica y la evolución de las funciones cognoscitivas del niño:

juegos de ejercicio, en donde una conducta es utilizada para producir placer; *juegos simbólicos* o *juegos del como si*, en los que el niño es capaz de imaginarse una realidad que no le es proporcionada y *los juegos de reglas*, que pertenecen ya al dominio de las instituciones sociales.

En estas definiciones se contemplan aspectos afectivos, sin embargo, Piaget estudia e integra los aspectos afectivos y cognitivos y es entonces que señala que las transformaciones de la acción surgidas de los inicios de la socialización no tienen que ver sólo con la inteligencia y el pensamiento, sino que repercuten también en la vida afectiva. Argumenta que el desarrollo de la afectividad y de las funciones intelectuales se consideran dos aspectos que no se pueden separar. "En toda conducta, en efecto, los móviles y el dinamismo energético se deben a la afectividad, mientras que las técnicas y el acoplamiento de los medios constituyen el aspecto cognoscitivo (sensorio-motor o racional). No existe, ningún acto puramente intelectual (intervienen sentimientos múltiples, y no hay actos puramente afectivos (el amor supone la comprensión)". (Piaget, 1985, p. 54).

En su teoría contempla aspectos como el simbolismo en el juego, premisas como la asimilación y la acomodación y afirma: "Si el intelecto, lleva al equilibrio entre la asimilación y la acomodación, y la imitación sigue a la acomodación, el juego es en el fondo asimilación o una asimilación preponderante sobre la acomodación". (Elkonin, 1980, p. 127). Al respecto refiere sobre los datos fácticos. Los cuales deben evidenciar que en el transcurso de la disociación de los procesos asimilativos y acomodadores, que primero van juntos, se originan acciones en las que empieza a predominar la asimilación. Este es precisamente el comienzo del juego.

El rasgo más importante que toma Piaget, es la "liberación de los conflictos, ya que estos se originan por el choque de la libertad individual y el sometimiento, y en un plano real se resuelven mediante el sometimiento o la colaboración. En el juego, el yo se toma el desquite o bien liquidando el problema o aceptando la solución. Y eso sucede como resultado de esa misma asimilación, en donde el "yo" supedita a todo el mundo, liberándose de los conflictos". (Elkonin, 1980 p. 128).

Se considera que el juego tiene como función fundamental la defensa del "yo" del niño, de las acomodaciones obligadas a la realidad. El símbolo, como es el idioma afectivo personal, individual, del niño constituye justamente el medio fundamental de esa asimilación egocéntrica. El simbolismo es el punto principal en el desarrollo del juego infantil.

El juego transforma la realidad a través de la asimilación, conforme a las demandas del yo, en tanto que la imitación es una acomodación a los modelos exteriores y el intelecto es el equilibrio entre la asimilación y la acomodación". (Elkonin, 1980 p. 129).

La función del juego simbólico radica en la satisfacción del yo, sin limitaciones ni sanciones y transforma lo real en función de sus deseos. "Compensa y completa la realidad gracias a la ficción". No se somete a la realidad, el niño asimila un universo deformado por él, que naturalmente, asegura el éxito de la asimilación. "El simbolismo, centrado en el yo, no está únicamente al servicio de los intereses conscientes, sino de situaciones conflictivas del subconsciente. El juego simbólico es la asimilación de lo real a la propia actividad". (Nicolás, 1976, pp. 80, 81).

En investigaciones en donde sujetos con discapacidad mental son expuestos a esquemas de juego simbólico y en los que posterior a la intervención, se observa un incremento cualitativo y cuantitativo en sus ejecuciones, y asimismo en la duración de éstas, se observa que los niños muestran patrones individuales de crecimiento. (Kim, Lombardino, Rothman y Vinson, 1989).

Lewin y Sliosberg señalan que: "el juego es, por una parte, un estrato singular de la realidad y, por otra, que las acciones lúdicas se parecen, por su dinamismo, a las de los "estratos irreales". Esta dualidad es efectivamente uno de los rasgos típicos del juego, en el que el niño, transformándose a sí mismo, transforma los objetos inmersos en el juego y actúa con ellos, apoyándose en los sentidos que él mismo les ha dado. Es importante saber que el juego está, en la esfera de la realidad. El juego no es irrealidad. El niño opera en el juego con objetos de la vida real. Al mismo tiempo, en el juego están bien representados los objetos sustitutivos y las acciones sustituidoras". (Elkonin, 1980, p. 122,123).



Para Axline, el juego está considerado como *el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño, por medio del juego se le brinda al niño la oportunidad para que exprese sus sentimientos y problemas, plantea que la terapia puede ser directiva o no directiva. La terapia no directiva tiene fundamentos los cuales supone que el individuo, presenta una fuerza interna capaz de resolver sus problemas, así como también tiene el impulso de crecimiento que hace madurar su conducta llegando a ser satisfactoria. La terapia no directiva brinda permisividad al individuo de ser él mismo, acepta completamente su yo sin evaluación ni presión para que cambie; reconoce y clarifica las actitudes emocionales expresadas reflejando lo que el niño expresa.* (Axline, 1975, pp. 24-25).

Axline, señala como base de la ludoterapia, " la idea de que el juego constituye para el niño un medio natural de autoexpresión y le brinda la posibilidad de "ejercitar" sus sentimientos y problemas. Con esta técnica, el niño puede hacer o decir cuanto quiera en la sesión de juego. Durante toda la sesión, el terapeuta mantiene una actitud amistosa y no da indicaciones directas algunas. El niño es el personaje más importante, el que manda en la situación y en sí mismo, nadie le dice lo que debe hacer, nadie le critica lo que hace ni se inmiscuye en su mundo" (Elkonin, 1980, p. 110).

En esa situación, el niño siente la libertad de mostrarse totalmente y lo que puede hacer. Es quien pone sus propias reglas. Puede decir y jugar lo que quiera, puede amar y odiar; conducirse tan lento como quiera; nadie lo detiene ni le impone prisas. Según Axline, "en esa situación se permite al niño ensayar sus sensaciones acumuladas de tensión, disgusto, inseguridad, agresividad miedo, turbación y embrollo. Al ensayarlas, las exterioriza, las ve y aprende a dominarlas o reprimirlas. Merced a ello, el niño alcanza estabilidad emocional y adquiere madurez psicológica". (*Op. cit.*, p. 110).

West, define al juego como: *El juego da la oportunidad para el crecimiento físico, emocional, cognoscitivo y social, y con frecuencia es placentero, espontáneo y creativo. El juego puede reducir eventos aterrorizantes y traumáticos; es posible que alivie la ansiedad y tensión; puede auxiliar a la relajación, a la diversión y el placer.* (West, 1994, p. 14).

En el juego el niño pone a prueba la realidad y explora sus emociones y roles. Le permite expresar sentimientos, llega a constituir un puente entre la fantasía y la realidad.

Nickerson (1973), resume el juego como:

1. El juego es le medio natural de autoexpresión, experimentación y aprendizaje para el niño.
2. Al sentirse como en casa en el ambiente de juego, el niño fácilmente puede relacionarse con los juguetes y "jugar" sus preocupaciones con ellos.
3. Un medio de juego le facilita la comunicación y expresión al niño.
4. Un medio de juego también permite una liberación catártica de los sentimientos, frustraciones y demás.
5. Las experiencias de juego quizá sean renovadoras, sanas y constructivas en la vida de un niño.
6. El adulto puede, de manera más natural, comprender el mundo del niño mediante la observación durante el juego, y puede relacionarse de modo más fácil con el niño a través de las actividades de juego que por medio de una discusión completamente verbal."

Oaklander (1978), señala:

El juego es la manera en que los niños someten a prueba al mundo y aprenden" sobre él. Por tanto, el juego es esencial para un desarrollo saludable. Para los niños el juego es un asunto serio y que tiene un propósito determinado a través del cual se desarrollan mental, física y socialmente. El juego es la forma de autoterapia del niño mediante la cual con frecuencia se llega al centro de las confusiones, ansiedades y conflictos. A través de la seguridad del juego, los niños pueden someter a prueba sus nuevas formas de ser. El juego representa una función vital para el niño. Es bastante más que sólo la actividad frívola, despreocupada y placentera que los adultos en general consideran. El juego también sirve como un lenguaje simbólico. Los niños experimentan mucho de lo que aún no pueden expresar en lenguaje y, por tanto, utilizan el juego para formular y asimilar lo que experimentan".

### III.2 APLICACIONES DE LA TERAPIA DE JUEGO

La terapia de juego no directiva se utiliza con niños que presentan diversas dificultades y problemas emocionales. Anteriormente se pensaba que sólo las personas, que tuviesen una inteligencia "normal" podían acceder a este tipo de terapia, sin embargo, algunos investigadores se preocupan en ofrecer tratamientos para ayudar a la población con discapacidad mental a desenvolverse y adaptarse mejor y con más facilidad a su medio ambiente. Li, (1981) lleva a cabo una investigación para describir las características del juego en el niño con discapacidad mental, además de argumentar la importancia del juego, puntualiza la necesidad de realizar más investigación sobre el juego en esta población.

Además de las características del juego en el niño con discapacidad mental se han contemplado los procesos afectivos como el estudio de Bradtke, (1972) en donde utiliza y propone una técnica para desarrollar conductas afectivas en niños jóvenes con discapacidad mental profunda.

A parte de técnicas de juego dirigidas a modificar conductas, se han explorado los procesos afectivos y las respuestas emocionales en esta población como los estudios de Sigman, (1992) quien desarrolla una investigación sobre las respuestas a las emociones negativas de otros hacia niños autistas, niños con discapacidad mental y niños normales. Los niños normales y con discapacidad mental se muestran más atentos hacia los adultos quienes manifiestan angustia, miedo e incomodidad, mientras que los niños autistas miran menos a los adultos y se interesan más en jugar con los juguetes, que otros niños cuando los adultos pretenden estar lastimados. En general los niños autistas se mantienen menos atentos ante las conductas de temor y miedo.

En estudios realizados se comparan varios grupos, en este caso niños con retraso mental y niños normales, esto proporciona información respecto a los avances o cambios que se pueden dar en ambos grupos y nos ofrece grandes posibilidades de diseñar programas de terapia de juego para estimular las áreas requeridas. También se ha investigado sobre el desarrollo del lenguaje a través de juego simbólico con la utili-

zación de objetos, Casby y Ruder, (1983) encuentran un desarrollo temprano del lenguaje.

En el área de educación y capacitación del niño con discapacidad mental, Odom, (1981) se da cuenta que existe una correlación significativa entre el significado de la cantidad de juego obtenido sobre escalas de juego y el nivel de desarrollo de los niños. Los resultados indican que las relaciones de juego y el desarrollo mental encontrado en niños preescolares sin discapacidad pueden estar presentes en niños jóvenes con discapacidad mental.

Algunos otros investigadores sugieren el desarrollo de actividades de juego, como métodos para enseñar a los niños con discapacidad mental a participar en juegos y deportes. (Farina, 1976).

Respecto a las discapacidades que muestran estos niños para establecer interacciones sociales Brodin, (1991) examina la interacción entre madres o cuidadoras y sus niños con discapacidad mental profunda y con múltiples discapacidades. Considera el juego como la función más importante para comunicarse y aprender.

Particularmente busca la función del juego en las interacciones de comunicación. Para esta investigación se consideran cuatro fases:

1. Fase de orientación.
2. Fase de expresión con actividad motora.
3. Una pausa para procesar y preparar una respuesta.
4. Una reacción limitada o una interrupción.

El autor concluye que la habilidad de las madres para interpretar las señales de los niños se da en un contexto de dependencia. Las condiciones de vida de los padres son un factor importante en el juego, así como la comunicación y el desarrollo del niño, ya que existen muchas más posibilidades económicas que facilitan su estimulación.

Al respecto Watkinson y Wall, (1979) resaltan la enseñanza de habilidades y estrategias en actividades de juego en grupo, así como estructurar un ambiente físico y facilitar la práctica de actividades de juego.

De la investigación revisada el estudio que más se acerca a la propuesta del presente trabajo es el llevado a cabo por Denham, (1993) en el que investiga el entendimiento de los preescolares de tres emociones de sus padres: la alegría, la tristeza y el enojo. Ellos facilitan que los niños imaginen que una familia de muñecas es su familia y a través de preguntas como: "enseñame cómo sabes que tu papá está enojado... ¿qué pasa?", "¿Puedes hacer que mamá se sienta mejor?". Con la manipulación de las muñecas los niños responden a las preguntas. Se transcriben las verbalizaciones y a través del video se graba las conductas no verbales. Se codifican las reacciones conductuales y la expresividad facial. Los resultados demuestran que los niños pueden sugerir estrategias específicas para cambiar las emociones de sus padres. Las creencias de los niños acerca de las expresiones de sus padres y acerca de sus propias reacciones e intervenciones para responder.

En estos trabajos se utilizan tanto el juego estructurado y dirigido así como el libre, por ejemplo en situaciones de sociodrama. (Straub, 1975). Se sugiere la intervención temprana de programas de juego y se postula que el juego de los niños puede transformarse en trabajo. Esto porque la no restricción y la diversión que caracteriza al juego puede ser visto con interés en programas de intervención temprana. Como resultado de este trabajo son importantes las implicaciones de este punto de vista para los padres, maestros y niños. Se sugiere modelar las conductas de juego así como la adaptación y el diseño de juguetes para esta población (Jobling, 1988).

Se han utilizado el arte y la terapia de juego en niños con discapacidad mental que muestran hiperactividad, retraso en su lenguaje y conductas antisociales, ambas técnicas incluyen la expresión de sí mismo, la organización de conductas y actividades estructuradas. La combinación de estas terapias decremantan la conducta disruptiva permitiendo incrementar el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa (Roth y Barrett, 1980).

Las propuestas que se hacen se realizan en un medio ambiente estructurado y directivo adaptado a las posibilidades y capacidades de las personas con discapacidad intelectual y toman en cuenta que estos niños tienen dificultades para entender y comprender las señales que el medio

ambiente le presenta, ya que regularmente se enfrentan a una serie de fracasos al conducirse dentro de su comunidad las cuales se repiten una y otra vez originando inseguridad y desconfianza. Como alternativas para ayudar a elaborar programas y estrategias que ayuden y faciliten el conocimiento de sí mismo y su adaptación al medio ambiente Schaefer en 1988, lleva a cabo una propuesta bajo tres supuestos:

- 1) Mientras los niños presenten dificultad en su capacidad o habilidad para enfrentarse tendrán una mayor necesidad de que la ayuda que se les brinde sea dirigida.

El niño con discapacidad mental presenta dificultades para utilizar las señales y estímulos del medio y esta dificultad le arroja problemas para tomar decisiones a la hora de enfrentarse a una situación.

Esta técnica señala que mientras más retrasado parezca el niño requiere de mayor juego dirigido e intervenciones del terapeuta.

- 2) El terapeuta debe tomar en cuenta el nivel social y normas culturales que rodean al niño.
- 3) Se recomienda que la terapia sea en grupos, ya que se ha demostrado que al niño se le facilita el aprendizaje a través de observar a los demás e imitándolos.

Mientras más organizados sean los materiales y el plan terapéutico existirá una mayor estructura.

*La clave para el proceso psicoterapéutico con niños con discapacidad mental es la modificación de conducta y para la modificación de conducta es la manipulación y control de la estructura, el orden y forma que rodean al niño durante la terapia.* (Schaefer, 1988, p. 397).

En la presente propuesta se utilizan algunos aspectos, para la modificación de conducta; y como primer objetivo se pretende trabajar sobre los aspectos emocionales y que posteriormente aprendan a expresar sus emociones (considerados aspectos internos), a través de presentar situaciones de su medio ambiente (aspectos externos).

En la terapia de juego a diferencia de la modificación de conducta, al niño se coloca en las situaciones cotidianas que provocan las mayores

dificultades con la conducta adaptativa. El terapeuta debe determinar las conductas específicas que el niño manifiesta como resultado de la interacción con su medio ambiente, así como también las diferentes formas que tiene el niño para enfrentarse.

*La función de la terapia de juego se convierte en una forma de reeducación de modos de adaptación que se consideran aspectos reversibles de la discapacidad mental. No se pueden utilizar los mismos procesos terapéuticos con todos los niños, sino seleccionar un tipo de proceso basado en la cantidad de estructura que se introduce dependiendo de las necesidades de los niños. (Schaefer, 1988, p. 398).*

Schaefer, señala como objetivos de la terapia, "incrementar el nivel de funcionamiento y control de la conducta. Se espera que los niños aprendan a hacer más cosas, mejorar la habilidad cognoscitiva y a través de esta mejora, lidiar con situaciones críticas con el fin de que sean personas más felices y útiles". (*Op. cit.*).

Otro objetivo es acelerar su habilidad para madurar y aprender.

El niño debe estar conciente de lo que hace en la sesión de juego y debe dar una señal respondiendo de manera activa al terapeuta o comportándose de esa forma para que así el terapeuta se de cuenta de que ha logrado hacer conciencia. El terapeuta realiza una labor en donde su tratamiento se dirige a "forzar al niño a pensar" de tal forma que este proceso acelere su crecimiento y desarrollo.

Existen cuatro variaciones técnicas propuestas por Schaefer:

1. Materiales no estructurados con enfoques terapéuticos no estructurados (NE-NE).
2. Materiales no estructurados con enfoques terapéuticos estructurados (NE-E).
3. Materiales estructurados con enfoques no estructurados (E-NE).
4. Materiales estructurados con enfoques terapéuticos estructurados (E-E). (Schaefer, 1988, p. 401).

El proceso NE-NE, es el que menos exige del paciente en términos de desarrollo cognoscitivo o habilidad cognoscitiva. El nivel previo de

desarrollo cognoscitivo puede no ser necesariamente representativo de la habilidad de funcionamiento presente.

El nivel de inteligencia no es importante, interesa el nivel de conducta funcional. El niño en su conducta indica falta de conciencia del yo, parece impulsivo o muestra sentimientos hostiles, es destructivo o agresivo y no presenta una base para estas manifestaciones o puede suceder a la inversa, ya sea que se aisle y rechace el medio.

Los materiales no estructurados permiten que el niño pueda controlar, crear, cambiar y desarrollar actividades de juego con ellos; a través de esto aprenden a ser personas capaces de crear y controlar materiales; esto los ayuda para controlarse a sí mismos y finalmente permite que interactúen con los demás.

Los materiales no tienen ninguna función particular, pueden ser arena, agua, bloques, cuentas, cuerdas, pinturas de agua, barro, papel, crayones, recortes de madera y diferentes objetos similares. El terapeuta tiene dos formas para responder, de una manera positiva que es reforzante, o bien con una respuesta negativa que bloquea o interfiere.

Los objetivos son tres:

1. Reconocimiento del yo. El niño obtiene un sentido de control sobre el medio, reconociendo la libertad para seguir sus propias ideas y percatause de ser una persona real. Se debe motivar y capacitar al niño para la resolución de problemas.
2. Obtención del entendimiento de que sus impulsos pueden ser controlados. Estos niños no han podido dirigir su conducta en formas socialmente aceptables, esto los ha llevado a frustraciones constantes, han desarrollado sentimientos de culpa y presentan una falta de autoconcepto, las cuales han contribuido a que se manifieste su trastorno emocional.
3. Capacitación para vivir dentro de los límites sociales. Aprender a responder a la conducta de los demás de manera controlada y convivir en situaciones de grupo. Se considera que no cuentan con los recursos suficientes para solucionar sus problemas por lo que no tienen la suficiente energía psíquica para participar con sus compañeros o las demás personas.



Kohl y Beckman (1990), realizan un estudio con el propósito de desarrollar un procedimiento de entrenamiento diseñado para incrementar el número de conductas de primer acercamiento y respuesta entre niños con discapacidades. Los resultados demuestran que la interacción recíproca se puede enseñar de manera directa a los niños que muestran un déficit en el área de desarrollo social. Piensan que es importante aplicar el procedimiento cuando los niños con o sin discapacidades están en proceso de integración. Enseñando las conductas de interacción recíproca, la calidad y la cantidad de los intercambios sociales tiende a favorecerse.

El siguiente proceso es el que utiliza materiales no estructurados con un enfoque terapéutico estructurado NE-E. Aquí el terapeuta puede desempeñar el papel de modelo. El factor importante es que el niño sea capaz de traducir sus deseos en conducta socialmente aceptable mediante el aprendizaje de anticipar lo que sería aceptable para el terapeuta.

El juego se da en términos de construir la imaginación, ayudando a desarrollar la creatividad y mejorando la comprensión del mundo que lo rodea.

El enfoque del terapeuta es estructurado. La sesión se planea, y se establecen los tipos de actividades, no se dejan a la libre elección y los materiales se preparan con anterioridad. El terapeuta propicia que el niño utilice los materiales (la manera en que los utiliza no importa) y después se discute sobre lo que hizo.

El terapeuta debe relacionar la actividad a los objetivos preconcebidos y buscar cargas emocionales que después se conviertan en entendimiento cognitivo.

#### Objetivos:

1. Mejorar su autoconcepto. Este método une la autoimagen con la realidad objetiva en términos de la habilidad real y se convierte en una forma de mejorar el autoconcepto, se proporciona autoconfianza donde hace falta, o se trae al nivel de realidad donde parece estar distorsionada. Pueden desarrollar un autoconcepto de acuerdo a su habilidad. Se les debe permitir

reconocer que existen muchas cosas que no pueden hacer, pero que también hay cosas que sí pueden hacer.

2. Mejorar el control de impulsos. La terapia de juego mejora el control de impulsos por medio de incrementar la comprensión de que los deseos se pueden satisfacer en una forma socialmente aceptable.
3. Mejorar la habilidad para interactuar socialmente. Los niños aprenden que existen límites, ahora tienen que saber dónde y cómo se imponen estos límites. Esto se relaciona con la realidad social.

El tercer procedimiento (E-NE) Utiliza materiales estructurados con un enfoque generalmente no estructurado. Los juguetes tienen un tema o idea preconcebida para su utilización. El método se dirige a la invitación al juego temático. Los materiales pueden ser: camiones, muñecos, pistolas, casa de muñecas, teléfonos, herramientas, bolsas y juguetes con funciones específicas de juego.

#### Objetivos:

1. Ayudar al niño a construir relaciones seguras con las cosas y personas, y aprender a ser más expresivos con su ambiente, de tal forma que pueda ser más gratificante que las actitudes egocéntricas que han adoptado previamente. El terapeuta facilita la expresión sentimientos sin destruir el ambiente o la relación interpersonal.
2. Ayudar a los niños a adaptarse a la realidad social y cultural en términos del hecho de que se encuentran en una posición de crear cierta alegría y gratificación en su medio.
3. Ayudar a los niños a evaluar sus experiencias pasadas a través de nuevas actitudes.

El cuarto procedimiento utiliza materiales estructurados con un enfoque terapéutico estructurado (E-E). Se basa en la premisa de que una conducta disfuncional de la personalidad se debe a una conciencia de incapacidad para funcionar a un nivel igual al de sus compañeros. Los materiales que se utilizan para este método debe ser muy estructurados, con un énfasis tanto en la producción de contenido cognoscitivo como en la producción de expresión creativa. Cada sesión se prepara con

anterioridad; el terapeuta arregla la escena asegurándose de que el niño permanece en el tipo de situación que el terapeuta inventa. El terapeuta debe crear un problema y ambos deben encontrar la solución propiciando que el niño se esfuerce por solucionarlo.

#### Objetivos:

1. Mejorar el nivel de madurez social a través del desarrollo de una función cognoscitiva mejorada.
2. Desarrollar la comprensión del niño sobre cómo acomodarse dentro del entorno y lograr aceptación personal
3. La construcción de niveles realistas de aspiración incluyendo un sentido de "reglas" y uno de logro.

A continuación se presentan las principales características tanto del juego libre como del juego dirigido.

### III.3 CARACTERÍSTICAS

#### *Terapia de juego libre*

- Se sustituye la asociación libre utilizada con adultos por la actividad de juego
- El juego es utilizado como un lenguaje simbólico. Los niños experimentan mucho de lo que aún no pueden expresar en lenguaje y, por tanto, utilizan el juego para formular y asimilar lo que experimentan.
- En una situación de juego libre se recrea la situación traumática vivida por el niño proporcionándole los juguetes y el material requerido, de tal forma que el niño sea capaz de repetirla una y otra vez.
- La actividad proporciona placer funcional, en donde este actúa como una motivación para la actividad y a la vez como el mecanismo interno que sostiene su reiteración. Esta reiteración permite consolidar nuevas formas de conducta necesarias para adaptarse mejor.

- El juego le permite dominar la angustia y acrecentar su experiencia así como establecer contactos sociales.
- Contribuye al desarrollo y a la integración de su personalidad, y permite al niño entrar en comunicación con los otros.
- Facilita la expresión de los sentimientos negativos como la ira y el temor que le producen al niño sus experiencias.
- Permite una liberación catártica de los sentimientos como ansiedad, odio y agresión además de sus frustraciones.
- Le brinda la posibilidad de "ejercitar" sus sentimientos y problemas.
- El niño puede hacer o decir cuanto quiera en el cuarto de juego.
- El niño siente la libertad de mostrarse totalmente y lo que puede hacer. Es quien rige sus propias reglas.
- Se permite al niño ensayar sus sensaciones acumuladas de tensión, disgusto, inseguridad, agresividad, miedo, turbación y embrollo. Al ensayarlas, las exterioriza, las ve y aprende a dominarlas o reprimirlas; es así como el niño puede alcanzar estabilidad emocional y adquirir madurez psicológica.
- Las experiencias del juego pueden ser renovadoras, sanas y constructivas en la vida del niño.
- El terapeuta actúa como agente que facilita que el niño se sienta como en casa en el ambiente de juego, de tal forma que pueda relacionarse con los juguetes y "jugar" sus preocupaciones.
- El terapeuta brinda permisividad al niño de ser él mismo, acepta completamente su yo sin evaluación ni presión para que cambie.
- El terapeuta reconoce y clarifica las actitudes emocionales expresadas reflejando lo que el niño expresa.
- El terapeuta puede, de manera más natural, comprender el mundo del niño mediante su observación durante el juego, y puede relacionarse de modo más fácil con él a través de las actividades de juego que por medio de una discusión verbal.
- El terapeuta mantiene una actitud amistosa y no da indicaciones directas algunas.

#### *Terapia de juego directiva*

- Permite presentar un medio ambiente estructurado y directivo adaptado a las posibilidades y capacidades del niño con dis-

capacidad mental, quien se encuentra con dificultades para entender y comprender las señales que el medio ambiente le presenta.

- Facilita en gran medida el trabajo que se realice ya que el niño generalmente se enfrenta a una serie de fracasos al conducirse dentro de su comunidad los cuales se repiten una y otra vez generando conductas disruptivas, sentimientos de inseguridad y una autoestima devaluada.
- En este tipo de terapia a diferencia de la modificación de conducta, el niño se coloca en las situaciones cotidianas que provocan las mayores dificultades con la conducta adaptativa. El terapeuta debe determinar las conductas específicas que el niño manifiesta como resultado de la interacción con su medio ambiente, así como también las diferentes formas que tiene el niño para enfrentarse.
- Mientras más retrasado parezca el niño requiere de mayor juego dirigido e intervenciones del terapeuta.
- Se recomienda que la terapia sea en grupos, ya que se ha demostrado que al niño se le facilita el aprendizaje a través de observar a los demás e imitándolos.
- La función de la terapia de juego se convierte en una forma de reeducación de modos de adaptación que se considera son aspectos reversibles de la discapacidad mental.
- Brinda alternativas y flexibilidad para adaptar diferentes procesos terapéuticos, de modo que selecciona un tipo de proceso basado en la cantidad de estructura que se introduce, dependiendo de las necesidades de los niños y de sus posibilidades.
- Incrementa el nivel de funcionamiento y control de la conducta.
- Se puede acelerar su habilidad para madurar y aprender.
- Los niños aprenden a hacer más cosas, mejoran su habilidad cognoscitiva y a través de esta mejora, son capaces de lidiar con situaciones críticas con el fin de que sean personas más felices y útiles.
- Se pueden utilizar técnicas de juego dirigidas a modificar y desarrollar conductas que involucren procesos afectivos y respuestas emocionales.
- Se puede desarrollar el lenguaje a través de juego simbólico con la utilización de objetos.

- Se utiliza el juego en el área de educación y capacitación del niño con discapacidad mental, ya que esta actividad puede transformarse en trabajo.
- Implementar actividades de juego y métodos para enseñar a los niños con discapacidad mental como participar en juegos y deportes.
- Permite observar y analizar la función del juego en las interacciones de comunicación.
- Facilita la enseñanza de habilidades y estrategias en actividades de juego en grupo.
- Facilita que los niños puedan aprender estrategias específicas para cambiar las emociones de sus padres y acerca de sus propias reacciones e intervenciones para responder
- El terapeuta tiene que modelar las conductas de juego así como facilitar la adaptación y el diseño de juguetes para esta población.
- Se puede combinar el arte y la terapia de juego con la finalidad de decrementar las conductas disruptivas permitiendo incrementar el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa.
- El terapeuta puede realizar una labor en donde su terapia se dirige a *"forzar al niño a pensar"* de tal forma que este proceso acelere su crecimiento y desarrollo.
- La interacción recíproca se puede enseñar directamente a los niños que muestran un déficit en el área de desarrollo social. Se considera que es de particular importancia trabajar este tipo de terapia cuando los niños con o sin discapacidades están en proceso de integración.

Cuando se utilizan materiales no estructurados con un enfoque no estructurado NE-NE:

- El nivel de inteligencia no es importante, interesa el nivel de conducta funcional.
- Con estos materiales el niño puede controlar, crear, cambiar y desarrollar actividades de juego, a través de esto aprenden a ser personas capaces de crear y controlar materiales, es así que adquieren la capacidad para controlarse a sí mismos y finalmente permite que interactúen con los demás.
- El terapeuta puede responder de dos formas, uno, respuesta

positiva que es reforzante, o dos, una respuesta negativa que bloquee o interfiera la conducta que no es adecuada.

- El niño obtiene un sentido de control sobre el medio, reconociendo la libertad para seguir ideas personales y obtener el sentido de ser una persona real.
- El terapeuta debe alentar al niño hacia la motivación y su capacidad para la resolución de problemas.
- Obtención del entendimiento de que sus impulsos pueden ser controlados.
- Ayuda a elevar su autoconcepto.
- Capacitación para vivir dentro de los límites sociales.
- Aprender a responder a la conducta de los demás en una forma controlada y convivir en situaciones de grupo.

**En el proceso NE-E que utiliza materiales no estructurados con un enfoque terapéutico estructurado:**

- El enfoque del terapeuta es estructurado. La sesión se planea, y se establecen los tipos de actividades, no se dejan a la libre elección y los materiales se preparan con anterioridad.
- El terapeuta induce al niño a utilizar los materiales (la manera en que los utiliza no importa) y después se discute sobre lo que hace el paciente.
- Ayuda a mejorar su autoimagen ligada a la realidad objetiva en términos de la habilidad real y se convierte en una forma de elevar su autoconcepto.
- Proporciona autoconfianza donde hace falta y pueden desarrollar un autoconcepto de acuerdo a su habilidad.
- Se le debe permitir reconocer que existen muchas cosas que no pueden hacer, pero que existen otras que sí pueden hacer.
- Mejora el control de impulsos.
- Los niños aprenden que existen límites y dónde y cómo se imponen estos límites.

**En el procedimiento (E-NE) materiales estructurados con un enfoque generalmente no estructurado:**

- permite ayudar al niño a construir relaciones seguras con las cosas y personas.

- Aprender a ser más expresivos con su ambiente, de tal forma que pueda ser más gratificante que las actitudes egocéntricas que generalmente adoptan.
- El terapeuta ayuda a expresar sentimientos sin destruir el ambiente o la relación interpersonal.
- Ayuda a los niños a adaptarse a la realidad social y cultural en términos del hecho de que se encuentran en una posición de crear cierta alegría y gratificación dentro de su medio.
- Ayuda a los niños a evaluar sus experiencias, ante nuevas actitudes.



# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

## CAPITULO IV Psicoterapia en las instituciones

### IV.1 INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD MENTAL.

En México existen instituciones oficiales y privadas que dirigen su atención y ofrecen sus servicios a las personas con discapacidad mental. Entre las oficiales se encuentran principalmente la Secretaría de Educación Pública, a través de su Dirección General de Educación Especial (CAM y USAER); algunas Universidades como la UNAM por medio de sus Centros Comunitarios, Clínicas y el Centro de Investigación y Servicios en Educación Especial; la Universidad del Valle de México y su Centros de Educación Especial y Desarrollo Humano. En cuanto a las instituciones privadas se pueden mencionar algunas de ellas, Centro Educativo Domus; Centro de Terapia Educativa (CTEDUCA); Instituto de Educación Especial y Auditiva, A.C.; Parlas, A.C.; Vida Nueva, A.C.; Comunidad CRECER; APAC, A.C. La Secretaría de Salud, cuenta con hospitales como el "Juan N. Navarro", "Fray Bernardino Álvarez" y sus granjas; el DIF, Instituto de Salud Mental; IMSS por medio de sus clínicas y hospitales. Estos lugares llevan a cabo programas e investigación con la finalidad de brindar la atención tanto en las áreas de salud y educación que requieren las personas con discapacidad mental.

A lo largo de los años ha habido distintos modelos de atención en educación especial y han evolucionado desde la asistencia, posteriormente el médico terapéutico y finalmente, el educativo. En la actualidad coexisten los tres modelos. (Cuadernos de Integración Educativa, 1994a.)

#### *El modelo asistencial*

Piensa a la persona que requiere de educación especial un minusválido que necesita apoyo durante toda su vida. Un servicio asistencial

como un internado cubre estas condiciones, es entonces que adopta un punto de vista de un modelo segregacionista.

#### *El modelo terapéutico*

Piensa al sujeto de educación especial un atípico que necesita de una terapia para lograr hasta el máximo su normalidad. Su funcionamiento es de carácter médico, se realiza un diagnóstico individual y posteriormente se define el tratamiento en sesiones, la frecuencia de éstas depende de la gravedad del daño o atipicidad. La atención brindada se imparte en una clínica. Se hacen recomendaciones al maestro que regularmente funciona como un auxiliar, paramédico o como terapeuta.

#### *El modelo educativo*

Considera que se trata de un sujeto con necesidades educativas especiales. Argumenta que los términos "minusválido" y "atípico" son discriminatorios y estigmatizantes por lo que su estrategia es llegar a la integración y la normalización, del sujeto con el propósito de lograr su desarrollo y la mayor autonomía posible pensándolo como individuo y como persona capaz de convivir en comunidad. Se le proporciona el apoyo educativo necesario, para que pueda interactuar en ambientes socioeducativos, y sociolaborales. Para lograr esto se necesita de un grupo multiprofesional que trabaje con el niño, con el maestro de la escuela y con la familia de esta manera es más fácil realizar estrategias sociales de aceptación digna, y sin rechazo.

La Dirección General de Educación Especial, señala que las personas que requieren de Educación Especial tienen el derecho a la igualdad de oportunidades para la educación y reconoce los siguientes grupos de atención a menores: (Cuadernos de Integración Educativa, 1994a.)

- Deficiencia mental
- Dificultades de aprendizaje
- Trastornos de audición y lenguaje
- Deficientes visuales

- Impedimentos motores
- Problemas de conducta
- Atención a niños con capacidades y aptitudes sobresalientes (C.A.S.) y a niños con autismo.

La atención está pensada con una pedagogía especial, este tipo de educación no se separa de la educación general, es entonces que la integración se reconoce en diversos planos:

En el aula regular:

- Con ayuda de un maestro auxiliar que apoye directamente o colabore con el maestro transmitiéndole estrategias y técnicas adicionales.
- Con asistencia pedagógica o terapéutica en turnos opuestos.
- Organizando grupos pequeños para reconstruir aprendizajes, pensando en reintegrarlos al grupo regular.
  - En la escuela regular por medio de clases especiales
  - En escuelas especiales
  - En espacios no escolares como en casa, o en hospitales.

La estrategia de integración para las personas con necesidades especiales requiere de una acción integral: en salud, recreación y deporte, educación y asuntos laborales. Es importante señalar que la integración de estas personas principalmente es la escolar y, aunque no debe reducirse a ella, deben de girar en torno suyo los demás ámbitos de integración.

Para llevar a cabo este proceso se crean las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER), que es "una instancia técnico operativa y administrativa de la educación especial que favorece los apoyos teóricos y metodológicos en la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales, dentro del ámbito escolar de dichos alumnos". (Cuadernos de Integración Educativa, 1994a, p. 34)

La manera de funcionamiento de la USAER es la de brindar atención a los alumnos, orientación al personal de la escuela y a los padres de familia.

USAER considera cinco acciones fundamentales: evaluación inicial, planeación de la intervención, intervención, evaluación continua y seguimiento. Los alumnos reciben sus clases en el aula de la escuela regular o en las aulas de apoyo diseñadas para tal fin. Hay que señalar que la determinación de la forma específica de atención está a cargo por el personal de la escuela en coordinación con el personal de la USAER, de esta forma se espera elevar la calidad de la educación básica que se brinda en las escuelas regulares.

También se tiene pensado diseñar programas que ayuden a integrar escolarmente a los niños con discapacidad, requiriendo el apoyo de educación especial y de las instancias del área de salud.

Existen dos opciones fundamentales de atención educativa dirigidas a los menores con discapacidad: (Informe Anual de Actividades, 1995/1996.)

- La primera ofrece educación básica en escuelas de educación especial que va desde la educación inicial que se brinda en los Centros de Atención Múltiple y de Intervención Temprana a niños de 45 días a 4 años de edad; educación preescolar y primaria en escuelas de educación especial (de 5 a 15 años), hasta la capacitación laboral de (15 a 20 años) que se ofrece en los Centros de Capacitación de Educación Especial (CECADEE), destinadas a la atención de jóvenes que no logren la integración a los Centros Regulares de Capacitación para el Trabajo.
- La segunda opción permite el acceso a las escuelas regulares.

Para dar el apoyo a los menores con discapacidad, se vinculan los procesos educativos y los de rehabilitación a través de las Unidades de Rehabilitación y los Centros Educativos que valoran a los menores y les proporcionan programas terapéuticos y educativos.

La capacitación para el trabajo de las personas con discapacidad se considera importante por lo que, a través de instancias como El Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), la cual proporciona capacitación y asesoría tecnológica, para fomentar su integración a la vida productiva. Los Centros de Capacitación para el Trabajo

**Industrial (CECATI)**, brindan capacitación para el trabajo impartiendo aprendizajes técnico-especializados para un desempeño práctico y rápido.

USAER realiza una evaluación inicial, que se lleva a cabo en dos momentos:

- la detección de alumnos, y
- la determinación de sus necesidades educativas especiales
- través de la detección se identifican los alumnos que presentan dificultades en los contenidos escolares y que requieren de un mayor apoyo pedagógico. Posteriormente se determinan de las necesidades educativas especiales de los alumnos, creando estrategias e instrumentos diseñados para tal efecto.

La determinación de las necesidades educativas especiales deriva hacia alguna de las siguientes alternativas:

- Intervención psicopedagógica,
- canalización, o
- solicitud de un servicio complementario

En la intervención psicopedagógica se modifican las condiciones de desadaptación, bajo rendimiento o fracaso escolar de los alumnos respecto los contenidos escolares y el contexto escolar, atendiendo a sus necesidades educativas especiales. En este proceso se realiza la evaluación continua de acuerdo a los logros de aprendizaje y del desempeño del alumno en su grupo llevando a cabo ajustes; este tipo de evaluación puede señalar la necesidad de un servicio complementario, de la canalización del alumno o el término de la atención. (Cuadernos de Integración Educativa, 1994b).

Otras alternativas de carácter complementario; es un servicio de educación especial en donde se le proporciona un apoyo pedagógico extra, manteniendo en el turno contrario la asistencia a su escuela regular; o bien, a un servicio de carácter asistencial como lo puede ser de salud o recreación que favorezca su desarrollo. (*Op. cit.*).

Es aquí en donde intervienen instancias oficiales del Sector Salud, a través de sus Hospitales "Fray Bernardino Álvarez" y "Juan N. Navarro",

así como sus centros asistenciales llamados "Granjas" ofreciendo atención a la persona con discapacidad mental con programas de asistencia en los que interviene un equipo multidisciplinario el cual esta constituido por el servicio de psiquiatría, enfermería, trabajo social, psicología, pediatría y rehabilitación. Se brinda una atención que contempla el apoyo terapéutico por medio de fármacos y valoración médica además de proporcionar orientación a los padres respecto de la atención, cuidados y estimulación sobre el desarrollo y la conducta del menor. Para este último aspecto se cuenta con la ayuda principalmente del área de Psiquiatría y psicología.

El Servicio de Psicología realiza actividades como, psicodiagnóstico a través de valoraciones de desarrollo, de tipo conductual e intelectual así como tratamientos de modificación conductual, orientación a padres, y grupos de socialización.

El Servicio de Modificación de conducta se dirige principalmente a los menores que presentan conductas disruptivas como: inquietud, agresión, autoagresión y berrinches. Todos aquellos que no presentan repertorios básicos de atención, imitación, seguimiento instruccional y habilidades de autocuidado como hábitos de higiene y alimentación. Algunos pacientes que estén posibilitados para integrarse a la escuela se les habilita y apoya para que se realice su canalización a cualquiera de los servicios que ofrece Educación Especial.

Se organizan grupos de socialización con la finalidad de propiciar una mejor adaptación a su medio ambiente principalmente el escolar además de facilitar su relación con los demás a través de la participación y colaboración así como el respeto mutuo.

Enfermería brinda apoyo asistencial a los pacientes internos, proporcionando sus medicamentos, la supervisión y apoyo en habilidades de autocuidado y de convivencia dentro de la unidad.

El área de Trabajo social facilita la interacción con los familiares y el paciente a través de programas de orientación, interviene para su canalización en diferentes instituciones. El servicio de Rehabilitación proporciona programas de apoyo y estimulación física.

También, la Secretaría de Salud, coordina la participación de algunos expertos del IMSS, ISSSTE, DIF, y DDF para la revisión y el análisis de los reglamentos e instructivos para la Atención de Menores con Discapacidad en estancias infantiles. El DIF, opera en algunos Centros de Rehabilitación el Programa de Escuela para Padres, en el que se orienta a los familiares de los niños con discapacidad en su manejo. Asimismo en un Centro de Rehabilitación lleva a cabo el Programa de Evaluación de Aptitudes y Desarrollo de habilidades para el Trabajo, con la finalidad de integrar a las personas con discapacidad a la capacitación para el trabajo, o a la vida laboral. El IMSS lleva a cabo el programa de estimulación temprana en niños recién nacidos con daño neurológico y el programa para la detección temprana de problemas de discapacidad. El DIF, a través de sus centros de Rehabilitación evalúa y canaliza a los menores con discapacidad para su integración a la educación. (Informe Anual de Actividades, 1995/1996.).

En el ámbito de cultura, recreación y deporte. El IMSS forma grupos para realizar actividades físico-terapéuticas dirigidos a las personas con discapacidad mental. Este organismo ofrece el acceso a unidades deportivas y albercas a personas con discapacidad y las incluye en talleres artísticos, y en cursos regulares de danza, teatro, música y artesanías. Realiza exposiciones plásticas, artesanales y fotográficas vinculadas con la discapacidad. CONACULTA a través el Instituto Nacional de las Bellas Artes, promueve programas culturales y recreativos y que atienden con el más alto nivel de calidad a las personas con discapacidad: motriz, visual, auditiva y mental integrando los tres niveles de desarrollo: cognoscitivo, afectivo y psicomotriz. Hay talleres de pintura infantil donde los niños crean su propia obra con materiales que se escogen de acuerdo a su discapacidad, con lo cual se les permite explotar su creatividad lúdica y entusiasmo por el aprendizaje. (Informe Anual de Actividades, 1995/1996.).

La mayoría de las instituciones ya sea de índole oficial o privado brindan apoyo de diagnóstico y tratamiento. En algunos lugares se vincula el trabajo bajo la perspectiva de equipo multidisciplinario con la finalidad de ofrecer un servicio más completo a las personas con discapacidad mental. Los tipos de tratamiento incluyen el farmacológico, la orientación a los padres para el manejo del menor cuyo enfoque generalmente

es de tipo conductual; Se organizan grupos de socialización para ayudar a estar personas a su mejor adaptación social. Existen programas de estimulación temprana sobre todo para atender a niños recién nacidos con daño neurológico. Actividades físico-terapéuticas; talleres artísticos, cursos de danza, teatro, música y artesanías; programas culturales y recreativos en este se contempla integrar tres niveles de desarrollo el cognoscitivo, afectivo y psicomotor. Programas para el aprendizaje de un oficio y capacitación para el trabajo.

La Secretaría de Educación Pública a través de la Dirección General de Educación Especial presenta una nueva estrategia de integración con la finalidad integrar a la escuela regular a las personas con discapacidad y mejorar la calidad de educación básica. Por lo que este organismo requiere de una acción integral: en salud, recreación, deporte, educación y asuntos laborales.

Al hacer un recorrido por las propuestas de tratamiento se observa que el eje a través del cual gira la atención a las personas con discapacidad mental es el escolar y la habilitación y estimulación en las diferentes áreas de su desarrollo. Sin embargo, pocos son aquellos que se interesan por incluir en sus programas actividades que involucren el conocimiento de sí mismo, a través de la identificación o el aprendizaje de sus emociones y su vida afectiva ya que como se ha mencionado anteriormente esto redundaría en una mejor adaptación a su medio familiar, laboral y social.

#### IV. 2 PSICOTERAPIA DE GRUPO Y DE JUEGO CON NIÑOS CON DISCAPACIDAD MENTAL

La utilización de técnicas terapéuticas de grupo surgen y se desarrollan a mediados de este siglo, éstas abarcan diferentes ámbitos a través de múltiples enfoques. Se generan pequeños grupos en forma planeada para el tratamiento de problemas de personalidad, esto comienza en Estados Unidos en la década de 1930, con los trabajos de Wender, Schilder, Moreno, Slavson, Redl y Wolf. (Kaplan y Sadock, 1996).

Moreno durante los años veinte, trabaja con grupos aplicando el teatro de la espontaneidad, un abordaje psicodramático como forma de



tratamiento, hasta la mitad de los años treinta cuando surge en Estados Unidos, la fundación de un hospital psiquiátrico en Beacon, N.Y. y dos institutos de formación. Slavson comienza trabajar con grupos de muchachos en etapa de latencia los cuales mostraban inhibición, en los que observa que rápidamente logran ser espontáneos en sus interacciones, la terapia estaba orientada a facilitar la expresión de fantasías y sentimientos a través de la acción y juego y señala "Un clima permisivo dentro del grupo favorece una regresión benigna, a partir de la que pueden expresarse conflictos precoces en el contexto de un medio aceptador y estable". Los ingredientes terapéuticos básicos surgen de la interacción de los niños entre sí y con el terapeuta. Con fines terapéuticos se utilizan dentro del grupo diversos materiales, instrumentos, juguetes y alimentos. (Kaplan y Sadock . 1996 p. 3).

En 1942, Redl en Estados Unidos introduce los grupos de diagnóstico de niños. A partir de aquí surge un gran abordaje grupal para el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos graves en el medio hospitalario. La aplicación de la terapia de grupo durante los años 50, incluye hospitales generales y psiquiátricos, ambulatorios, programas de rehabilitación e instituciones correccionales. Todos estos atendían a pacientes niños, adolescentes y adultos con trastornos psiquiátricos diversos incluyendo "retrasados mentales".

El surgimiento de las técnicas de grupo comienzan con una relación interpersonal, diádica, un "grupo" formado por dos individuos que posteriormente se conforma hacia una situación propiamente grupal cuando se este se integra por más de dos. Se trabaja terapéuticamente entonces bajo un contexto multipersonal, el grupo, actualmente es un lugar en el que se puede exteriorizar y estudiar la parte interna de esa "comunidad" que adquiere matices importantes dentro del grupo. (Wasongarz, 1984).

Durante y después de la Segunda Guerra Mundial las instituciones de higiene y salud mental incorporan a sus programas de atención, al psicoanálisis y a las corrientes que surgen a partir de este, con rapidez se comienza a utilizar la psicoterapia y posteriormente se incluye a varias personas, enfermos que se agrupan sin ningún criterio de selección, en ese momento ya se le llama psicoterapia de grupo. (*Op. cit.*)

Leopold Bellak, en 1980 le da gran importancia a la terapia de grupo y afirma que el entrenamiento psicoanalítico puede mejorarse si el candidato hace terapia de grupo además del tradicional análisis didáctico. Freud también realiza aportaciones para la terapia de grupo a través de sus escritos psicoanalíticos sobre el liderazgo. Señala que cualquier teorización sobre terapia de grupo supone la integración de dos sistemas conceptuales dispares, pero relacionados, 1) el sistema de la psicología grupal, que plantea la pregunta "¿qué mueve a los grupos?", lo que incluye el tema de liderazgo y es aplicable a todos los grupos, y 2) el sistema de terapia grupal, que es una modalidad de intervención clínica con técnicas específicas encaminadas a inducir cambios de conducta en los pacientes (Wasongarz, 1984).

Yalom, postula para la terapia de grupo los siguientes puntos: "(1) instilar esperanza (2) universalidad, (3) proporcionar información, (4) altruismo, (5) recapitulación correctora sobre el grupo familiar de origen, (6) desarrollo de técnicas socializadoras, (7) conducta imitativa, (8) aprendizaje individual (incluyendo insight), (9) cohesividad de grupo, (10) catarsis y (11) factores existenciales". Sin embargo cuando postula dichos puntos surgen discrepancias entre los terapeutas de grupo acerca de la importancia relativa de cada uno de dichos factores (*Op. cit.*, p 7).

Estos factores pueden tomarse en cuenta cuando se trabaja con personas con discapacidad mental. La terapia de grupo tiene diversas ventajas, además de razones de economía práctica. Los niños tienen la oportunidad de beneficiarse escuchando los problemas de otros, por lo que los niños caen en la cuenta de que otros tienen dificultades tan serias o peores que las suyas propias, y se percatan que no solo ellos tienen problemas los demás niños aparte del terapeuta, pueden proporcionar aliento y apoyo. Otra ventaja del ambiente de grupo, es que ofrece a los niños con discapacidad mental las experiencias que necesitan en aptitudes y en situaciones sociales. Aprenden a ser más sensibles a los sentimientos de los demás, y es una oportunidad para conocer con cierta intimidad a otros niños. El encargado del grupo tiene como tarea fundamental el propiciar que los miembros del grupo tomen una actitud abierta, que les permita revelar sus verdaderos sentimientos en lugar de fingir lo que no son. Se les motiva a que discutan algún problema personal sin temor a la crítica o burla de los demás. Para esto es importante procurar no desa-

probar a quien habla, generándose de esta forma una atmósfera de seguridad psicológica. Después de esto se espera que los miembros del grupo se hagan menos defensivos; pueden discutir sus problemas y sus temores abiertamente, y así estarán más habilitados para comprenderse a sí mismos. (Ingalls, 1982.).

El terapeuta, decide hasta qué punto estructura el grupo, estableciendo límites y sugiriendo temas de discusión, permite que los miembros del grupo determinen el patrón de discusiones a seguir. Los niños con discapacidad mental requieren de más dirección y más estructura por lo que al proporcionar una adecuada estructura se obtienen mejores resultados.

Kaufman en 1963 propone algunos aspectos que se pueden desarrollar durante el período de terapia.

- El primero es el proceso de catarsis, que es el desahogo de la tensión emocional.
- El segundo es el de transferencia, en la cual las emociones y sentimientos inconscientes afloran hacia la figura de autoridad.
- El tercero es el de una nueva motivación para aprender, por ejemplo como conducirse socialmente.
- El cuarto es el resultado de la terapia de grupo y es que los miembros se socialicen.

En la terapia grupal cognoscitivo-conductual se pueden enseñar habilidades a través de la utilización de técnicas conductuales. Se enseñan a grupos de personas quienes pueden tener o no disfunciones o impedimentos psiquiátricos-psicológicos, pero que sufren de las consecuencias de deficiencias en habilidades y que experimentan un incremento en bienestar y gratificación a partir de la adquisición de habilidades. En este tipo de grupos se da a los miembros un conjunto de aprendizaje apropiado para un cambio conductual y se emplea el contexto grupal para aumentar al máximo el desarrollo de habilidades adaptativas. Los miembros del grupo aprenden y practican nuevas conductas en un contexto de apoyo que proporciona la retroalimentación y reforzamiento apropiados. Estos grupos enfatizan la adquisición de habilidades sociales. El programa de grupo conductual proporciona un campo inmediato para el cambio y la práctica. El terapeuta conductual se percató de los me-

canismos a través de los cuales se adquieren y mantienen patrones disfuncionales, y facilita desaprender respuestas desadaptativas y adquirir respuestas más adaptativas. El programa de grupo tiene importancia y pertinencia particular para la terapia conductual debido al papel central de la influencia social en la generación y mantenimiento de respuestas desadaptativas y el uso del modelamiento y reforzamiento en su corrección. (Ingalls, 1982)

La variedad de habilidades conductuales, niveles de competencia, estilos cognoscitivos, respuestas afectivas y experiencias vitales de los miembros del grupo ofrecen oportunidades para efectuar un cambio. El grupo proporciona mayores oportunidades para practicar, el aprendizaje y desaprendizaje de diversas respuestas. La motivación para modificar los patrones cognoscitivos o conductuales y el reforzamiento del cambio tienen un mayor efecto al provenir de diferentes niños y se facilita en gran medida la desensibilización ante situaciones sociales temidas en muchos mediante la exposición ante los miembros del grupo y se incrementa la probabilidad de generalización de las respuestas adaptativas al contexto externo a la terapia. En el grupo existe una discusión inicial acerca del propósito del grupo como una forma para aliviar la angustia, aumentar la satisfacción y compartir la experiencia, información y retroalimentación unos con otros. (*Op. cit.*)

Los programas de atención para los niños con discapacidad mental requieren de ciertas características y de cierta estructura en el ambiente terapéutico, aunque puede optarse por los no estructurados esto depende de los objetivos, y de las capacidades y posibilidades de los niños. El enfoque en el que generalmente se apoya su tratamiento es de tipo conductual, sin embargo se pueden utilizar otros tratamientos, además de los programas académico-educativos, esta justificación se sustenta en las posibilidades que hay de trabajar terapéuticamente las emociones con niños con discapacidad mental. Odom, (1981) en un estudio, encuentra correlaciones entre escalas de desarrollo de juego en niños preescolares sin discapacidad y en niños jóvenes con discapacidad mental. Hay que considerar que la mayor parte de los niños con discapacidad presentan dificultades en su comunicación por lo que hay que llevar a cabo adaptaciones al tratamiento. Sin embargo, en la terapia de juego, esta "comunicación verbal", no es tan importante ya que se basa más en la

conducta del menor y su relación con juguetes y diversos materiales. En este tipo de terapia no se insiste en que se comuniquen los sentimientos de palabra, sino que a los niños se les anima para que se expresen por medio del juego, al respecto se ha investigado acerca del desarrollo del juego simbólico, Unger y Howes, (1988) y el desarrollo del lenguaje en niños normales y con discapacidad mental. (Casby y Ruder, 1983).

Brodin, (1991) trabaja con niños con discapacidad mental profunda y niños con múltiples discapacidades y observa la relación con sus madres y de qué manera influye la función del juego para la interacción comunicativa. La terapia de juego por lo general es no directiva y se le permite a los niños que escojan por sí mismos los juguetes que quieren y el modo de jugar con ellos, sin ninguna o muy poca intervención del terapeuta. El punto principal de este método es que el niño tiene en sí mismo la capacidad para resolver sus propios problemas. El papel del terapeuta consiste en desarrollar una relación amable y amistosa con los niños, para lograr comprender y penetrar genuinamente en sus sentimientos, y de esta forma a su vez reflejar estos sentimientos a los niños. El terapeuta siempre acepta a los niños como son y mantiene el respeto por sus aptitudes para resolver sus propios problemas. Descubrir que hay una persona que se interesa por ellos les ayuda a desarrollar su sentido de autoestima y de valor personal.

Existen cuatro técnicas de terapia de juego para niños con discapacidad mental, de las que se puede escoger alguna dependiendo de las capacidades de los niños y de la finalidad de la terapia. El punto principal es la estructura. Tanto el material que se utilice en la terapia como el método del terapeuta pueden ser estructurados o no estructurados. En el estudio realizado por Dutta, Das y Talukdar, (1984) recurren a materiales no estructurados como muñecas y pistolas y observan la socialización, imitación y creatividad en dos grupos de niños con discapacidad, finalmente se detecta que la agresión en estos niños se puede dirigir hacia los juguetes, disminuyendo las posibilidades de que sea dirigida hacia las personas, esta técnica sugiere otra forma de intervención para disminuir conductas disruptivas como la agresión, cabe aclarar que el terapeuta puede intervenir favoreciendo un ambiente estructurado y con ciertos límites para que esta conducta sólo sea canalizada hacia los juguetes.

En las investigaciones se utilizan dos grupos, un grupo experimental y un grupo control con niños con o sin discapacidad mental para poder observar cuales son los efectos del tratamiento. La terapia de juego se utiliza con niños con discapacidad cuyos niveles de inteligencia abarcan desde un nivel superficial hasta el profundo.

Anteriormente se ha mencionado que estos niños presentan dificultades en su adaptación por lo que la utilización del juego puede facilitar su interacción social, Powell, (1983) así como actividades de sociodrama para incrementar el juego social en niños preescolares con discapacidad (Strain, 1975).

Se utiliza la terapia de juego directiva y no directiva con niños institucionalizados, Li, (1981); Morrison y Newcomer, (1975). Esta técnica favorece la construcción de conductas afectivas en niños con profunda discapacidad mental Bradtke, (1972). Se observa la conducta de estos niños en diversos escenarios como el de casa, escuela e institución psiquiátrica y se llevan a cabo observaciones del juego libre de niños preescolares tanto en escuela como juego independiente en casa notándose las diferencias que existen en estos dos ámbitos, y finalmente concluyen que los niños juegan más en casa que en la escuela. (Malone y Stoneman, 1990).

Un interés fundamental es el promover el juego en esta población por lo que se diseñan estrategias de intervención con niños con discapacidad mental profunda en un ambiente escolar Wambold y Bailey, (1979). Así mismo puede utilizarse el ámbito escolar para enseñar a través del juego el gusto e interés por el trabajo, formando parte del programa educativo de estos niños (Jobling, 1988).

Uno de los elementos importantes alrededor de la vida del niño con discapacidad mental es su familia, por lo que se encuentran algunos casos de niños con un nivel de discapacidad media con historia de deprivación y situaciones familiares difíciles que presentan hiperactividad, discurso retardado y conductas antisociales. Se utiliza la terapia de juego y de arte, se incluyen la expresión de sí mismo, conductas y actividades organizadas. La combinación de ambas terapias decrementa la conductas disruptivas, permitiendo el incremento del funcionamiento intelectual y conductas adaptativas (Roth y Barrett, 1980)

## CAPITULO V

### Propuesta de un programa de terapia de juego para niños con discapacidad mental

El niño con discapacidad mental no sólo manifiesta un desorden cognitivo sino que se incluye un déficit o deterioro en la conducta adaptativa en la que intervienen factores de personalidad y de las emociones. La mayor parte de la investigación está dirigida a estudiar los procesos cognitivos y no contemplan los efectos secundarios que la discapacidad intelectual tiene sobre la personalidad.

Con el aprendizaje pueden formarse nuevas conductas, conforme crecemos aprendemos hábitos, habilidades y respuestas emocionales. El aprendizaje es importante para la creación de reacciones emocionales, un método cognoscitivo modifica los sentimientos y las acciones y ejerce una influencia en el pensamiento. Hay que enfatizar que los procesos cognitivos y los procesos de personalidad no pueden separarse, la adquisición y el cambio de patrones de personalidad están vinculados, así como sus reacciones emocionales. El conjunto cognitivo es importante para determinar la respuesta emocional y conductual del sujeto, por lo que las emociones que experimenta una persona dependen de su conocimiento emocional, es así como aprende a evaluar diferentes situaciones, entonces actúa emocionalmente de acuerdo a la situación vivida. La identificación de emociones puede proporcionar al niño con discapacidad mental, el aprendizaje para responder con coherencia de acuerdo a la experiencia vivida, de tal forma que las emociones faciliten la adaptación del niño a su entorno social.

Se ha mencionado que los niños con discapacidad mental funcionan con un nivel emocional menos maduro, lo que los lleva a reaccionar de manera impulsiva, por lo que si se les proporciona ayuda para facilitar el desarrollo de su personalidad pueden adquirir el aprendizaje para controlar con más facilidad sus impulsos.

Tanto en niños que presentan un coeficiente intelectual normal así como en niños con discapacidad, se encuentran dificultades para identificar y expresar sus sentimientos, deseos, emociones y afectos. Existe un desconocimiento relacionado con su vida afectivo-emocional que les genera inseguridad, miedo y temores los cuales bloquean otras áreas de su desarrollo como lo es la atención requerida para el aprendizaje y su funcionamiento adecuado en el ámbito familiar y escolar. Esto ocasiona que el niño al no saber lo que le sucede, actúe manifestando de conductas disruptivas como rebeldía, introversión, agresión, miedo o timidez.

En el área de la discapacidad mental existen tratamientos con técnicas dirigidas hacia aspectos de tipo conductual, en relación a su aprendizaje y al manejo de sus emociones, así como también el tratamiento farmacológico utilizado con mayor frecuencia en trastornos de conducta. Una alternativa utilizada con niños "normales" para la exploración y manejo de su vida afectiva es el juego y ha demostrado ser un excelente recurso, sin embargo el niño con discapacidad mental, presenta serias dificultades para jugar, por lo que se limita un medio que puede favorecer su crecimiento y desarrollo emocional. El juego se considera como una función importante para comunicarse y aprender. Por medio del juego se le brinda al niño la oportunidad para que exprese sus sentimientos y problemas, también se le da la oportunidad de crecer en diferentes niveles como el físico, emocional, cognitivo y social. Mediante el juego el niño puede aliviar la ansiedad y la tensión, es relajante, divertido y placentero.

La terapia de juego está planteada como reeducación de formas de adaptación, Schaefer (1988), al niño se le puede colocar en situaciones cotidianas que provocan las dificultades en la conducta adaptativa. En la terapia grupal se le facilita al niño el aprendizaje a través de observar a los demás y de imitarlos. Los niños pueden aprender acerca de sus propias reacciones e intervenciones para responder y pueden también aprender acerca de las expresiones de los demás; el grupo favorece que los niños escuchen los problemas de los demás, de esta forma se dan cuenta de que otros tienen problemas como ellos, los demás proporcionan aliento y apoyo, de modo que pueden sensibilizarse con estos sentimientos. El grupo motiva el aprendizaje de cómo conducirse socialmente. Los miembros del grupo aprenden y practican nuevas conductas



en un contexto de apoyo que proporciona retroalimentación y reforzamiento. El grupo ofrece mayores oportunidades para practicar el aprendizaje y desaprendizaje de diversas respuestas.

En el tratamiento el terapeuta puede responder de una manera positiva que refuerza la conducta del niño o de una manera negativa que bloquea o interfiere dicha conducta y siempre debe motivarse al niño para la resolución de problemas. El terapeuta desempeña el papel de modelo, el niño aprende una conducta aceptable para el terapeuta.

En las diferentes propuestas se observa como los investigadores han utilizado el juego en la población con discapacidad mental. Argumentan que posterior a un programa psicoterapéutico se favorece el desarrollo intelectual, la adquisición de pautas de relación, el aprendizaje y desarrollo del lenguaje, aprenden a jugar, se facilita la enseñanza y capacitación para el trabajo, funciona como agente socializador y finalmente facilita el conocimiento y desarrollo de sí mismo y de sus emociones. Hay que señalar que si el niño aprende a responder mejor emocionalmente, podrá obtener grandes beneficios, entre los que se encuentran la atención y el interés requeridos para el aprendizaje académico. A través de actividades de juego estructuradas se puede decrementar la posibilidad de aparición de las conductas disruptivas o disfuncionales, es así como se puede incrementar el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa.

La siguiente propuesta está pensada y realizada para niños con discapacidad mental cuyo nivel de inteligencia sea de medio a moderado, que tengan lenguaje aunque existan dificultades en su pronunciación, pueden presentar conductas disruptivas siempre y cuando no influyan o interfieran considerablemente en la aplicación del programa, con un rango de edad entre los 8 y los 16 años aproximadamente, aclarando siempre que puede ser adaptado dependiendo de los objetivos, las necesidades y las capacidades de la población. Las sesiones serían grupales, el grupo puede ser integrado de 6 a 8 niños ya que regularmente se recomienda esta cantidad para la formación de un grupo.

El programa está dirigido a facilitar la identificación de las emociones por parte del niño con discapacidad mental y que posteriormente si existen las posibilidades sea capaz de expresarlas o manifestarlas. Las

emociones que se contemplan en el programa son: el miedo, el amor, el enojo, la tristeza y la alegría.

La investigación de las emociones en los niños se dificulta porque ellos no pueden decir lo que sienten, por lo que se sugiere observar las expresiones corporales de afecto y estudiar como estas expresiones se asocian a ciertas circunstancias o estímulos. (Rutter, 1985). Posteriormente se codifican las reacciones conductuales y sus expresiones.

El programa se inicia con la presentación de los niños con los terapeutas en las sesiones siguientes se trabaja con cinco emociones (miedo, amor, enojo, tristeza y alegría) que pueden considerarse básicas ya que existen perspectivas biologicistas o cognitivas que contemplan desde tres hasta diez emociones básicas. Considero importante señalar los diferentes aspectos de cada una de estas emociones. El miedo permite activar los esfuerzos de afrontamiento y facilita el aprendizaje de habilidades de afrontamiento. Permite protegerse o desarrollar una tendencia a la acción de evitación. (Reeve 1994).

La alegría esta considerada como una sensación positiva derivada de una sensación de triunfo, al ser una sensación positiva permite que la vida resulte agradable. La alegría contrarresta experiencias inevitables de frustración y de afecto negativo en general, las cuales como se ha mencionado anteriormente, el niño con discapacidad mental, presenta reiteradamente en su vida cotidiana. Esta emoción también facilita la voluntad a participar en actividades sociales.

La tristeza disminuye el vigor y la energía para realizar actividades, genera un sentido de rechazo y autoimagen negativa, aspectos que se encuentran muy marcados en estos niños. (Rutter, 1985).

El enojo, se manifiesta generalmente en rabietas o berrinches, conductas que regularmente se ven reforzadas por los padres. Estas conductas pueden estar producidas por malestar físico, el estado de salud física general, afecta sus emociones puesto que los niños se enojan con más facilidad si están enfermos, otros aspectos pueden ser el hambre o el cansancio, conflictos o rechazo hacia la autoridad, desobediencia, desacuerdos con compañeros de juego, cantidad de frustración y necesidades particulares.

Finalmente la capacidad de sentir amor es una emoción que nos permite relacionarnos de manera más adecuada con los demás, comenzando por el reconocimiento de sentir amor por nosotros mismos, esta emoción le permite al niño mejorar su autoestima y autoconcepto.

En el programa se incluyen definiciones operacionales de cada una de las emociones, objetivos, procedimientos y materiales utilizados.

Cada emoción puede trabajarse un promedio de 6 sesiones, lo cual implica que el programa tendría una duración mínima de seis a siete meses. En la presente propuesta sólo se muestran tres sesiones para cada emoción, se sugiere aplicar dos veces cada una de las sesiones con la finalidad de observar si los niños son capaces de aprender lo revisado en la sesión, por lo que una segunda aplicación, también pretende reforzar o facilitar su entendimiento. La segunda sesión comienza con la emoción "Alegría" en donde se sugiere un modelo de intervención, que deberá modificarse y adecuarse, según sea la emoción trabajada. Cabe señalar que la extensión del programa y las emociones incluidas se adaptan a los objetivos planteados, el presente programa sólo es una alternativa y puede servir como guía para la construcción y planteamiento de nuevos programas de intervención psicoterapéutica. En cada sesión se ofrecen diversas dinámicas haciendo énfasis en que el enriquecimiento del programa depende mucho de la creatividad del terapeuta.

#### PROCEDIMIENTO:

- Se eligen de seis niños con las características mencionadas, el tipo de elección de la muestra depende de los objetivos que se planteen en una investigación de campo.
- Con el objeto de auscultar su estado mental, emocional y su desarrollo en general se procede a realizar una (Historia Clínica) con cada uno de los padres, para obtener información que permita conocer la vida interna de cada uno de los niños.
- Esta información puede considerarse como un pretest.
- Se procede a la aplicación del programa de terapia de juego directiva una sesión semanal, durante una hora con treinta minutos.

- A lo largo de las sesiones de juego se observarán las acciones y reacciones y expresiones de cada uno de los niños para lo cual se contará con el apoyo de un observador, en el transcurso de la sesión, se producirán situaciones con diferentes emociones y posteriormente el terapeuta facilitará que haya un entendimiento por parte del niño. Se tomarán notas de las conductas observadas registrando los datos en un formato para registro de observación y de igual forma se solicitará el apoyo de los padres cuando e niño está en casa, las observaciones puede realizarse cada tercer día, con la finalidad de que éstos se sientan dispuestos a colaborar de tal forma de que no se interfiera en sus actividades diarias, sin embargo no debe perderse de vista los objetivos del programa.
- Durante el programa se citará a los padres para evaluar la información obtenida por ellos la cual puede realizarse por análisis de contenido. Estas sesiones permitirán también sensibilizar a los padres acerca del conocimiento de sus hijos, de tal forma, que se les proporcionen elementos que propicien el que ellos ofrezcan un ambiente de entendimiento, seguridad y confianza.
- Una vez aplicado el programa se evaluará a los niños nuevamente únicamente con la información referente a Desarrollo de la Personalidad, de tal forma que se pueda valorar que efectos hubo en la conducta de cada uno de los niños, esta evaluación se puede realizar por análisis de contenido y también se analizan los datos obtenidos. Posteriormente se pueden correlacionar los datos observados durante las sesiones de terapia de juego y los datos registrados por los padres.

### *Material*

- Se elabora un instrumento para obtener información y evaluar a cada uno de los niños; dicho instrumento incluye datos acerca de su historia personal, historia de su desarrollo, descripción del problema, desarrollo de la personalidad (pre-test / post-test) incluyendo situaciones y eventos que incluyan las emociones mencionadas de tal manera que posteriormente pueda utilizarse como un parámetro para una segunda aplicación. Se incluyen

datos de la historia familiar, para tal efecto se recomienda revisar instrumentos ya elaborados por profesionales clínicos y educativos.

- Se elaboran e incluyen los juguetes requeridos para cada una de las sesiones de terapia
- La terapia de juego se lleva a cabo en un salón de tamaño regular
- Se elabora un formato para registro de observación que incluya las características conductuales afectivas que se espera muestren los niños durante las sesiones de terapia y en el escenario de casa. (Anexo).

#### PROGRAMA DE TERAPIA DE JUEGO

##### *1a. Sesión*

##### *Objetivos:*

1. Introducir a los niños hacia el trabajo terapéutico que se llevará a cabo
2. Presentación de los diferentes miembros del grupo así como de ambos terapeutas.

##### *Procedimiento:*

- Explicar al grupo la finalidad del trabajo.  
Durante varias sesiones ustedes vendrán a este lugar una vez por semana a jugar. En estos juegos vamos a descubrir qué es lo que sentimos, por qué a veces estamos tristes, por qué pensamos en un momento que nadie nos quiere, por qué tenemos ganas de llorar, y como expresar eso que sentimos, saber si estoy contenta y porque lo estoy.  
Las personas que van a intervenir en estos juegos serán ustedes, una muchacha (o) (coterapeuta) que observará y yo (terapeuta). Estos juegos durarán de seis a siete meses y asistirán una vez por semana, la duración de la sesión será de una hora, treinta minutos.

Lo que el observador hará en las sesiones será mirarnos y tomar notas de todo lo que aquí suceda.

El terapeuta les dirá lo que tienen que hacer y de qué manera vamos a jugar.

Ustedes harán lo que el terapeuta les diga.

*Sujetos:*

- 6 Niños, cuyas edades pueden estar en un rango de 8 a 16 años, es importante mencionar que el grupo cuente con sujetos de la misma edad aproximadamente.
- Nivel de inteligencia de media a moderada.
- Que presenten lenguaje aunque tengan dificultades en su pronunciación.
- Pueden presentar algunas conductas disruptivas como problemas en su atención, o inquietud, sin embargo hay que considerar que estas no impidan la realización del programa.
- coterapeuta (observador) y terapeuta.

*Escenario:* Salón de juegos.

*Tiempo:* 1 hora 30 minutos.

*2a. Sesión*

*Emoción:* Alegría

**Definición:** Sentimiento caracterizado por percibir todo con un colorido positivo; estar animado, las situaciones de la vida nos parecen bonitas, tener mucha energía y querer jugar, saltar, correr, cantar.

*Objetivos:*

1. Que los niños entiendan/comprendan el significado de la palabra "alegría".
  - 1.1. Que el niño identifique si el sonreír significa estar alegre.  
Sonreír: Ofrecer las cosas con aspecto alegre o gozoso, reír-

se, mostrarse favorable ante alguna situación como cuando alguien nos da un regalo o nos dan un abrazo, sonreímos ante algo que nos resulta cálido o agradable.

- 1.2. Que el niño identifique alguna situación que le cause alegría, por ejemplo cuando está con:
- a) con compañeros o amigos
  - b) con hermanos
  - c) con papá y mamá

*Procedimiento:*

- Explicar a los niños a través de láminas lo que significa estar alegre.

"Estar alegre cuando una persona (niño/a) tiene mucha energía y quiere saltar, jugar, correr, cantar; todo lo que nos pasa en la escuela y en casa es bonito, sonreímos, tenemos amigos y no peleamos con ellos.

- Mostrar una cara de ser posible de una muñeca que esté sonriendo o bien una lámina con una cara sonriente.

"Esta cara está alegre, porque sonríe, ustedes qué creen que la haga estar alegre".

El terapeuta espera y permite que el niño proporcione alguna respuesta.

Si el niño contesta, el terapeuta agradece su intervención con palabras como: "Muy bien, es correcto lo que dices o tienes razón".

Si ninguno de los niños ofrece una respuesta el terapeuta puede inducir y motivar a que lo hagan por medio de preguntas directas como: "Tú paty, cuando papá o mamá te dan un regalo, como un dulce o un juguete, cómo te sientes", el terapeuta debe ofrecer varias alternativas "—feliz, Alegre, Sonríes—, puede ser que te sientas como esta carita que está sonriendo, y entonces te da gusto que tus papás te den un regalo".

- Propiciar el juego a través de sociodrama. Ahora vamos a jugar con guñoles; explicar a cada niño que personaje dentro de la familia quisiera ser o representar.

El terapeuta observa y puede intervenir en los monólogos o diálogos de los niños dirigiendo favorablemente aquellas con-

ductas disfuncionales a través de preguntas o intervenciones que propicien la identificación de la emoción del niño.

Por ejemplo:

Si está contento, qué lo tiene así...

Si está enojado, qué lo tiene así... y cómo puede hacerle para estar contento, sin perder de vista que el debe esforzarse en encontrar una respuesta, el terapeuta sólo instiga la respuesta y facilita el entendimiento del niño, y su posible solución.

En el caso, en el que el niño continúe enojado hay que permitir que aflore esta emoción, sin presionarlo ni apresurarlo. Y, tal vez sea conveniente explorar más sobre dicha emoción.

— Recoger material.

— Conclusión: Terapeuta/niños. Se tratará de comentar y reflexionar lo que sucedió durante la sesión de juego con los guñoles, si acaso estuvieron alegres ayudarlos a que identifiquen en grupo qué los hizo sentirse así y si no fue así también. Propiciar que entre ellos mismos se cuestionen, por ejemplo: "Paty puedes preguntarle a Marco, cómo le hizo para estar tan sonriente, qué lo tenía así", esta pregunta puede estar dirigida, retomando las observaciones que el terapeuta hizo durante la sesión.

*Material:* Guñoles

1 cara sonriendo

Láminas con acciones que ejemplifiquen el afecto alegría.

*Escenario:* Salón de juegos

*Tiempo:* 1 hora 30 minutos.

*3a. Sesión*

*Emoción:* Alegría

*Objetivo:*

1. Que los niños conozcan la emoción alegría a través de escuchar un cuento.



**Procedimiento:**

- Hoy como el otro día vamos a trabajar con la alegría.
- Recordar al niño lo que quiere decir estar alegre.
- Relatar un cuento a los niños que involucre una situación alegre; una vez terminado dirigir preguntas a los niños para ver si comprendieron el cuento.
- Proporcionar una hoja de papel y colocar diversos colores (crayolas), pinturas de agua o dactilar y pinceles para que el niño realice un dibujo relacionado al cuento.
- Que cada uno de los niños exponga su trabajo siempre con la ayuda del terapeuta, quien relacionará el dibujo con la emoción (alegría) en caso de que el niño lo haya expresado, si no es el caso sólo se retomará aquel que sea representativo.
- Conclusión. *Ibidem*, sesión 2.

**Material:** Un cuento

Hojas de papel bond

Colores, crayolas, pinturas de agua y dactilar y pinceles.

Batas

**Escenario:** Salón de juegos**Tiempo:** 1 Hora 30 minutos.**4a. Sesión****Emoción:** Alegría.**Objetivo:**

1.2 Sesión 1. Que el niño identifique alguna situación que le cause alegría, por ejemplo cuando está con:

- a) Compañeros o amigos
- b) Con hermanos
- c) Con papá y mamá

**Procedimiento:**

- *Ibidem*. (Sesión 1)
- *Ibidem*. (Sesión 1)

- Llevar a cabo una celebración de una situación alegre. Por ejem. En el salón de clases festejar un cumpleaños.
- Realizar un dibujo con las personas con las que convivieron en el festejo.
- Comentar los dibujos y con ayuda del terapeuta relacionar con situaciones de festejo que hayan tenido con familiares o amigos.
- Recoger material.
- Conclusión.

*Materia:* Hojas de papel bond  
 Lápices de colores y crayolas  
 Sandwiches  
 Dulces  
 Refresco  
 Serpentina, gorros.  
 Grabadora  
 Cassettes

*Escenario:* Salón de juegos

*Tiempo:* 1 hora 30 minutos.

### *5a. Sesión*

*Emoción:* Tristeza

*Definición:* Carácter melancólico; estar afligido, tener suspiros, tener flojera, no tener deseos ni disposición para hacer cosas como jugar, querer estar solo, sentir ganas de llorar, sentir que nadie nos quiere.

*Objetivo:*

1. Que los niños entiendan/comprendan el significado de la palabra "tristeza"
  - 1.1. Que el niño identifique si estar triste significa: "tener suspiros, tener flojera, no tener deseos ni disposición para hacer cosas como jugar, querer estar solo, sentir ganas de llorar, sentir que nadie nos quiere".

- 1.2. Que el niño identifique alguna situación que le cause tristeza, por ejemplo cuando está con:
- a) con compañeros o amigos
  - b) con hermanos
  - c) con papá y mamá

*Procedimiento:*

- Hoy vamos a trabajar la "tristeza".
- Permitir que los niños comenten si saben o conocen algo respecto a estar triste.
- Explicar "Estar triste es tener suspiros, tener flojera, no tener deseos ni disposición para hacer cosas como jugar, querer estar sólo, sentir ganas de llorar, sentir que nadie nos quiere".
- Mostrar una cara triste de ser posible una muñeca. Preguntar "por qué creen que el niño está triste", hacerlo con cada uno de los niños
- Ahora vamos a jugar con guiñoles, explicar qué personaje será cada uno por ejem. papá, mamá, hermanos, maestra.
- Posteriormente repartir a cada uno de los niños un muñeco guiñol y ayudar y apoyar a que cada uno haga todo lo posible por representar su papel (o quizás permitir libremente cómo es que lo hacen).
- Conclusión, terapeuta - niños. Se tratará de platicar acerca de lo que sucedió en la dramatización, si se presentó la emoción tristeza y por qué causa, ayudando y facilitando la reflexión del niño.
- Recoger material

*Material:* 7 guiñoles  
1 cara triste

Láminas con acciones que ejemplifiquen el afecto tristeza

*Escenario:* Salón de juegos

*Tiempo:* 1 hora 30 minutos.

*6a. Sesión*

*Emoción:* Tristeza.

**Objetivo:**

1. Que el niño sea capaz de plasmar en la expresión gráfica alguna situación que le cause tristeza.

**Procedimiento:**

- Hoy también como ayer vamos a trabajar con la tristeza.
- Recordar al niño las características de estar triste a través de láminas (pegarlas en lugares visibles)
- Contar un cuento al niño sobre alguna situación de tristeza.
- Hacer preguntas en el transcurso del cuento para darnos cuenta si el niño lo está asimilando.
- Entregar material para realizar un dibujo y explicar que hagan lo que quieran recordando el cuento que se narró.
- Una vez finalizados los trabajos, permitir que cada uno de los niños exponga su trabajo siempre con la ayuda del terapeuta, quien relacionará el dibujo con la emoción (tristeza) en caso de que el niño lo haya expresado, si no es el caso sólo se retomará aquel que sea representativo.
- Conclusión.
- Recoger material.

**Material:** Un cuento

Hojas de papel fabriano

Colores, crayolas, pinturas de agua y dactilar y pinceles.

Batas.

Láminas con imágenes de situaciones tristes.

**Escenario:** Salón de juegos

**Tiempo:** 1 Hora 30 minutos.

**7a. Sesión**

**Emoción:** Tristeza.

**Objetivos:**

1. Que el niño identifique la emoción de tristeza en la situación de dramatización.

## 2. Que se de cuenta que los demás a veces también se entristecen.

### *Procedimiento:*

- Hoy también como ayer vamos a trabajar con la tristeza.
- Recordar al niño las características de estar triste a través de láminas (pegarlas en lugares visibles)
- Inducir al niño a la realización de una dramatización en la que este involucrada la emoción de tristeza, por ejemplo: alguna situación entre amigos la cual sea causa de tristeza.
- Una vez finalizada, promover la discusión acerca de lo que surgió en esa situación.
- Preguntar a cada niño en qué momento se han puesto tristes. Mientras el niño narra alguna situación el terapeuta realiza un dibujo representando lo que el niño dice .
- Conclusión terapeuta - niños.

*Material:* Tarjeta con la dramatización escrita.

Láminas con imágenes de situaciones tristes.

*Escenario:* Salón de juegos

*Tiempo:* 1 Hora 30 minutos

### *8a. Sesión*

*Emoción:* Enojo.

### *Definición:*

Sensación de desagrado, molestia, inquietud, movimiento de alejamiento, coraje, agresividad con uno mismo o hacia la fuente de estimulación, frustración, sensación a través de la cual se siente que hierve la sangre.

### *Objetivo:*

1. Que el niño sea capaz de entender y comprender el significado o características de una persona que está "enojada" o de la palabra "enojo".

**Procedimiento:**

- Ahora vamos a trabajar lo que es el "enojo".
- Ustedes saben lo que es estar enojado. Permitir que los niños comenten si saben o conocen algo respecto a estar enojado
- Explicar: "estar enojado es estar como muy inquieto, que algo nos molesta, es no querer estar con esa persona que no hizo enojar, es querer pegarle o pegarnos nosotros mismos, es tener mucho coraje".
- Mostrar una muñeca con cara de enojo y láminas con las características arriba descritas (pegarlas en lugares visibles a los niños).
- Ahora vamos a jugar a papá y mamá. "Que papá y mamá salían de compras y que los niños se quedaban en su casa y mientras jugaban y se divertían con sus juguetes pero hacían regadero y cuando papá y mamá regresaban toda la casa estaba tirada con los juguetes, así que ellos se enojaban y regañaban y castigaban a los hijos, el castigo consistía en que no iban a ver televisión durante unos días, los niños se enojaban" (dirigir esta actividad o también propiciar que lo hagan libremente).
- Una vez finalizada, dirigirse a los niños y enfatizar que existen ocasiones en que todos nos enojamos con o sin razón.
- Comentar en grupo acerca de lo que sucedió durante la dramatización.
- Conclusión.
- Recoger el material.

**Material:** Familia de muñecos

Láminas con imágenes de situaciones tristes.

**Escenario:** Salón de juegos

**Tiempo:** 1 Hora 30 minutos

**9a. Sesión**

**Emoción:** Enojo.

**Objetivo:**

**1. Que el niño sea capaz de plasmar en la expresión gráfica alguna situación que le cause enojo.**

**Procedimiento:**

- Hoy también como ayer vamos a trabajar con el enojo.
- Recordar al niño las características de estar enojado a través de láminas (pegarlas en lugares visibles al alcance de los niños).
- Contar un cuento al niño sobre alguna situación de enojo.
- Hacer preguntas en el transcurso del cuento para darnos cuenta si el niño lo está asimilando.
- Entregar material (masa) para que los niños realicen algo relacionado con el enojo recordando el cuento que se narró. Proporcionar ideas, por ejemplo: hacer un dibujo de ellos con sus padres, tal vez haciendo un berrinche por algo que ellos quieren y que no se les da, por ejemplo: pueden hacer una cara enojada y algo que no les es dado.
- Una vez finalizados los trabajos, permitir que cada uno de los niños exponga su trabajo siempre con la ayuda del terapeuta, quien relacionará el dibujo con la emoción de (enojo) en caso de que el niño lo haya expresado, si no es el caso sólo se retomará aquel que sea representativo.
- Conclusión.
- Recoger material.

**Material:** Un cuento  
Masa o plastilina  
Batas  
Láminas con imágenes de situaciones de enojo  
Acrílicos para apoyarse y trabajar la masa.

**Escenario:** Salón de juegos  
**Tiempo:** 1 Hora 30 minutos.

**10a. Sesión**

**Emoción:** Enojo.

**Objetivo:**

1. Que el niño identifique la emoción de enojo en la situación de dramatización.
2. Que entienda que todos en ocasiones podemos enojarnos.

**Procedimiento:**

- Hoy vamos a trabajar el "enojo"
- Recordar al niño las características del enojo.
- Mostrar una cara enojada de ser posible una muñeca. Preguntar "por qué creen que el niño está enojado", hacerlo con cada uno de los niños
- Ahora vamos a jugar con guiñoles, explicar qué personaje será cada uno por ejemplo: papá, mamá, hermanos y maestra.
- Posteriormente repartir a cada uno de los niños un muñeco guiñol e inducir y apoyar a que cada uno haga todo lo posible por representar su papel (o quizás permitir libremente cómo es que lo hacen).
- Conclusión, terapeuta - niños. Se tratará de platicar acerca de lo que sucedió en la dramatización, si se presentó la emoción de enojo y por qué causa, ayudando y facilitando la reflexión del niño.
- Recoger material.

**Material:** Guiñoles

1 muñeca con cara de enojo

Láminas con acciones que ejemplifiquen el afecto enojo

Escenario: Salón de juegos

**Tiempo:** 1 hora 30 minutos.

**11a. Sesión**

**Emoción:** Miedo.

**Definición:**

Emoción que provoca: nervios, no querer estar sólo, estar angustiado, temblor, no querer dormir, querer huir de lo que causa miedo.



**Objetivo:**

1. Que el niño conozca el afecto miedo y sus características

**Procedimiento:**

- Ahora vamos a trabajar lo que es el "Miedo"
- Permitir que los niños comenten algo acerca del miedo.
- Explicar: "Sentir miedo es no querer estar sólo, estar nervioso, no querer dormir, querer huir de lo que nos causa miedo, estar con angustia, por ejemplo: tenerle miedo a las arañas, o a alguna persona, no querer hacer algo porque no sabemos que nos pueda pasar y sea peligroso.
- Realizar un dibujo con pinturas de agua. Proporcionar ideas acerca del dibujo que pueden realizar.
- Una vez finalizados los trabajos, que cada uno de los niños exponga su trabajo.
- Conclusión.
- Recoger material.

**Material:** Diversas láminas, conteniendo el tema: "Miedo".

Papel fabriano.

Pintura dactilar o de agua.

**Escenario:** Salón de juegos.

**Tiempo:** 1 hora 30 minutos.

**12a. Sesión**

**Emoción:** Miedo.

**Objetivo:**

1. Que el niño identifique si él siente miedo hacia algo o alguien.

**Procedimiento:**

- Ahora como ayer también vamos a trabajar el miedo.
- Recordar las características del afecto miedo.
- Contar una historia (situación en donde intervenga el miedo).

- Hacer preguntas en el transcurso del cuento para darnos cuenta si el niño lo está asimilando.
- Entregar material para realizar una actividad relacionada con el miedo recordando el cuento que se narró.
- Una vez finalizados los trabajos, permitir que cada uno de los niños exponga su trabajo siempre con la ayuda del terapeuta, quien relacionará el dibujo con la emoción de (miedo) en caso de que el niño lo haya expresado, si no es el caso sólo se retomará aquel que sea representativo.
- Conclusión.
- Recoger material.

*Material:* Un cuento.

Masa o plastilina.

Batas.

Láminas con imágenes de situaciones de miedo.

Acrílicos para trabajar la masa.

*Escenario:* Salón de juegos

*Tiempo:* 1 Hora 30 minutos.

### *13a. Sesión*

*Emoción:* Miedo.

*Objetivo:*

Que el niño además de identificar a que o a quien le tiene miedo, pueda identificar alguna situación.

*Procedimiento:*

- Ahora como ayer también vamos a trabajar el miedo.
- Recordar las características de la emoción de miedo.
- Preguntar a cada niño a quien o a qué le tiene miedo, además de identificar algunas situaciones.
- Mientras el niño expone, el terapeuta realiza un dibujo representando lo que el niño comenta.

- Inducir al niño a la realización de una dramatización en la que intervenga el miedo
- Análisis y conclusión de la sesión

**Material:** Láminas con situaciones que ejemplifiquen el miedo.

Hojas de papel bond tamaño doble carta

Plumones, marcadores

Tarjeta con dramatización

**Escenario:** Salón de juegos

**Tiempo:** 1 Hora 30 minutos.

#### *14a. Sesión*

**Emoción:** Amor.

**Definición:** Sentimiento de acercamiento hacia alguna persona, ser suave, tener esmero y cuidado hacia algo o alguien, tener interés. Sentir atracción hacia algo o alguien. Ser cariñoso, darle o hacerle una caricia o un beso.

**Objetivo:**

1. Que el niño conozca la emoción de Amor y sus características.

**Procedimiento:**

- Ahora vamos a trabajar lo que es el "Amor".
- Permitir que los niños comenten algo acerca del amor.
- Explicar "Sentir amor por alguien, es cuidarlo, querer saber cómo está, cómo se siente, qué le pasa. Ser cariñoso, hacerle una caricia o darle besos. No pegarle ni hacerle daño. Amar a papá a mamá, a nuestros amigos, a nuestros hermanos. También es que- rernos a nosotros mismos, por ejemplo, yo me quiero por eso no peleo con los demás porque quizás me hagan daño, cuido mis cosas, cuido mi persona, mi ropa, me fijo al cruzar las calles para que no me suceda un accidente".

- Realizar un dibujo con pinturas de agua. Proporcionar ideas acerca del dibujo que pueden realizar.
- Una vez finalizados los trabajos, que cada uno de los niños exponga su trabajo.
- Conclusión.
- Recoger material.

*Material:* Diversas láminas, conteniendo el tema: "a quién quiero, a quién amo", por ejemplo mis padres, mis maestros, mis hermanos, mis amigos, "cuido de mí mismo, cuido mis cosas".

Papel fabriano

Pintura dactilar o de agua.

*Escenario:* Salón de juegos

*Tiempo:* 1 hora 30 minutos.

### 15a. Sesión

*Emoción:* Amor.

*Objetivo:*

1. Que el niño identifique si él siente amor y hacia quien o quienes a través de sus vivencias:
  - a) con compañeros o amigos
  - b) con hermanos
  - c) con papá y mamá

*Procedimiento:*

- Ahora como ayer también vamos a trabajar el amor
- Recordar las características del afecto amor.
- Contar una historia (situación en donde intervenga el amor)
- Hacer preguntas en el transcurso del cuento para darnos cuenta si el niño lo está asimilando.
- Entregar material para realizar algo relacionado con el amor recordando el cuento que se narró.

- Una vez finalizados los trabajos, permitir que cada uno de los niños exponga su trabajo siempre con la ayuda del terapeuta, quien relacionará el dibujo con el afecto (amor) en caso de que el niño lo haya expresado, si no es el caso sólo se retomará aquel que sea representativo.
- Conclusión.
- Recoger material.

*Materia:* Un cuento.  
Masa o plastilina.  
Batas.  
Láminas con imágenes de situaciones de amor.  
Acrílicos para trabajar la masa.

*Escenario:* Salón de juegos.  
*Tiempo:* 1 Hora 30 minutos.

#### 16a. Sesión

*Emoción:* Amor.

*Objetivo:*

Que el niño además de identificar a quien ama, facilitar que él conozca que también es amado.

*Procedimiento:*

- Ahora como ayer también vamos a trabajar el amor.
- Recordar las características del afecto amor.
- Preguntar a cada niño a quien aman o qué es lo que aman, además de identificar quién los ama.
- Mientras el niño expone el terapeuta realiza un dibujo representando lo que el niño comenta.
- Inducir al niño a la realización de una dramatización en la que intervenga el amor.
- Análisis y conclusión de la sesión.

**Material:** Láminas con situaciones que ejemplifiquen el amor.  
Hojas de papel bond tamaño doble carta.  
Plumones, marcadores.  
Tarjeta con dramatización.

**Escenario:** Salón de juegos.

**Tiempo:** 1 Hora 30 minutos.

## CONCLUSIONES

El objetivo de esta tesina fue la de diseñar una propuesta de un programa de terapia de juego que facilite la identificación y expresión de las emociones en niños con discapacidad mental. A lo largo de la revisión de los diferentes postulados teóricos, se pudo ver que la atención que reciben estos niños por parte de algunas instancias oficiales como la Secretaría de Educación Pública enfatiza en sus programas, aspectos del aprendizaje escolar y la futura habilitación o capacitación para el aprendizaje de un oficio.

Estas instancias en colaboración con otras dependencias del sector salud organizan talleres de acondicionamiento físico, cultural o de recreación, sin embargo en estos programas no se incluye la enseñanza o aprendizaje del conocimiento de sí mismo, esto podría facilitar el proceso de integración social de las personas con discapacidad mental al mundo que los rodea. En el proceso de enseñanza-aprendizaje y el desarrollo de los programas oficiales se pierde de vista algunos de los aspectos de la salud emocional, factor en el que intervienen entre otros el rechazo social hacia los niños que presentan discapacidad mental, esto debido principalmente a las dificultades que manifiestan para adaptarse a su entorno social, por lo que se requiere programas específicos y la intervención de personal especializado (psicoterapeutas) que faciliten este proceso. Generalmente, es en el ámbito escolar, donde el niño manifiesta dificultades en su conducta, las cuales difícilmente son atendidas en el momento oportuno ocasionando una conducta disfuncional, siendo más probable de que se dé una mayor inestabilidad emocional, ya que no podrán canalizar sus frustraciones, que probablemente los conducirá más tarde a un posible trastorno emocional. Estas dificultades que presenta el niño con discapacidad en el proceso de adaptación social, laboral o escolar, se caracterizan por algunas conductas disruptivas, ya que no poseen una adecuada comprensión de los convencionalismos sociales. Por lo que el aprendizaje puede estar ligado al desarrollo de los aspectos

**cognitivo-afectivos, por lo que las emociones juegan un papel fundamental para el conocimiento de sí mismo y sus posibilidades de desarrollo personal a futuro.**

El entorno familiar es indispensable para que el niño con discapacidad mental goce de una mayor estabilidad emocional, entre otras necesidades que deben ser cubiertas, sin embargo la realidad es que, cuando en la familia existe algún miembro con discapacidad, ésta se enfrenta a situaciones difíciles. Muchas veces no tienen una idea clara de lo que pueden hacer para interactuar con ese miembro de la familia, generalmente les toma un tiempo considerable aceptar la situación que se les presenta y este tiempo podría ser aprovechado para proporcionarle al menor con discapacidad una relación cotidiana de seguridad y confianza, además de brindarle la estimulación necesaria en las diferentes áreas de su desarrollo. En esta propuesta se incluye e involucran a los padres metodológicamente en un principio a través de un cuestionario acerca de la historia de desarrollo del menor y posteriormente a lo largo del tratamiento por medio de la observación y registro de la conducta del niño en el escenario de casa, esto nos permite sensibilizar a los padres acerca de cómo intervenir e interactuar con el niño. Se pueden brindar elementos para que ellos a su vez, así como en el escenario de la terapia, propicien un ambiente familiar de entendimiento en relación a las posibilidades y capacidades del niño, así como a las que ellos mismos enfrentan al relacionarse con sus hijos.

Por lo que entonces se sugiere que se integren a los programas aspectos que favorezcan la salud emocional del niño con discapacidad. Una intervención en grupo de un programa de terapia de juego diseñado para niños con discapacidad mental que facilite la identificación y expresión de sus emociones puede prevenir y ayudar a un adecuado desarrollo emocional. La terapia de grupo le permite la retroalimentación y el reforzamiento ya que a través de este se modela y refuerza la conducta. El juego puede desarrollar la inteligencia y la afectividad, porque existe una relación estrecha entre juego y desarrollo intelectual del niño, sin embargo estamos conscientes que difícilmente llegarán a ser personas con una "inteligencia normal", aunque si se les puede facilitar la adaptación en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelva.



Se ha demostrado que a través del juego se puede incrementar la conducta adaptativa y es posible que disminuya la conducta disfuncional. En un escenario de juego el adulto puede relacionarse de manera natural con el niño, de esta manera se facilita la comprensión de su mundo. Las personas con discapacidad mental muestran dificultades para jugar por lo que la presente propuesta pretende aportar algún conocimiento en el manejo terapéutico en el caso de niños con discapacidad mental.

El trabajar con un niño con discapacidad mental nos plantea y cuestiona nuestras propias capacidades para acercarnos e interactuar con él, entonces el poder transmitirle, enseñarle o dirigir su aprendizaje, requiere de un mayor entendimiento y sensibilización de nuestra parte. El terapeuta puede enfrentarse ante la interrogante de cómo comunicarse con él, de tal manera que el niño posteriormente pueda manifestar o expresar lo aprendido. El juego es un medio a través del cual se puede lograr entrar al mundo del niño, sin que este se comunique a través del lenguaje, entonces el juego se convierte en un lenguaje simbólico, que el terapeuta por medio de su labor tendrá que descifrar.

El tratamiento que se sugiere puede ser estructurado o no, esto dependerá de los objetivos y los alcances de la institución, el terapeuta y las personas responsables del niño con discapacidad mental, así como de sus posibilidades y capacidades.

Esta es sólo una propuesta, será tarea de otros realizar una investigación de campo para observar cuáles son los efectos del programa.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABERASTURY, A., (1984), *Teoría y Técnica del Psicoanálisis en niños*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- ATKIN, L.C.; MORA, D.C.; POBOCA, J. P., (1987), Comparación de juego simbólico, *Perinatología y Reproducción Humana*, 1 (4), pp. 151-158.
- AXLINE, V., (1975), *Terapia de juego*, México, Diana.
- BENDA, C.E., (1954), *Psychopathology of childhood*, New York: Wiley. En: Ingalls, R. P., (1982), *Retraso Mental*, México, Manual Moderno, p. 52
- BRADTKE, L. M., (1972), Intensive Play: A Technique for Building Affective Behaviors in Profoundly Mentally Retarded Young Children, *Education and Training of the Mentally Retarded*, 7, pp. 8-13, February
- BRODIN, J., (1991), To interpret childrens' Signals: Play and Communication in Profoundly Mentally Retarded and Multiply Handicapped Children, *Research Report*, (1-13), Stockholm University, (Sweden), Inst. of Education.
- CARPENTER, S.P., (1989), Development of a young man with praderwilli syndrome and secondary functional encopresis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34 (2), pp. 123-127.
- CARTER, CH., (1973), *Retraso Mental en el niño*, España, Juns, 2a. ed.
- CARR, C. CH.; SWARTZ, J. D., (1979), *Retraso Mental*, México, Trillas.
- CASBY, M. W.; RUDER, K. F., (1983), Symbolic Play and Early Language Development in Normal and Mentally Retarded Children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 26 (3), pp. 404-411, September.
- CASTILLEJO Y DE ALBA, (1984), *Compendio de Psicoterapia Infantil*, Universidad de Guadalajara, abril.
- Cuadernos de Integración Educativa, (1994a), *Proyecto General para la Educación Especial en México*, núm. 1, D.E.E./SEP.
- Cuadernos de Integración Educativa, (1994b), *Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER)*, núm. 4, D.E.E./SEP.
- DENHAM, S. A., (1993), Preschoolers' Understanding of Parents' Emotions: Implications for Emotional Competence, *Paper presented at the Biennial*

- Meeting of the Society for Research in Child Development /60th, New Orleans, LA. pp. 25-28, March.*
- DI CAPRIO, N.S., (1985), *Teorías de la Personalidad*, Interamericana.
- DOLL, E.A., (1941), The essentials of an inclusive concept of mental deficiency, *American Journal of Mental Deficiency*, 46, pp. 214-219. En: Fierro, B. A., (1985), *Diccionario Enciclopédico de Educación Especial*, Madrid: Diagonal/Santillana, vol. II, p. 564.
- DUTTA, D.; DAS, S.; TALUKDAR, L.M., (1984), An observation of play in a group of mentally handicapped children, *Child Psychiatry Quarterly*, 17(8), pp. 94-99, jul-sep.
- ELKONIN, D. B., (1980), *Psicología del juego*, Visor.
- ESPIÑOZA, P. M. C., (1991), *Actitudes de maestros y alumnos hacia la integración de las personas con deficiencia mental a la escuela regular*, Tesis: Lic. en Psicología, UNAM.
- ESTRADA, P. A., (1995), *Autoconcepto, autoestima y rendimiento académico en niños*, Tesis: Lic. en Psicología, UNAM.
- FARINA, A. M., (1976), Implementing Play Activities for the Mentally Retarded, *Physical Educator*, 33 (4), pp. 180-185, December.
- FIERRO, B.A., (1985), *Diccionario Enciclopédico de Educación Especial*, Madrid: Diagonal/Santillana, vol. II.
- FREUD, A., (1928), Introduction to the technique of child analysis. New York: Nervous and Mental Disease Publishing. En: Schaefer, H.; O'Connor, K., (1988), *Manual de Terapia de Juego*, México: Manual Moderno.
- FREUD, A., (1963), The Concept of developmental lines. Psychoanalytic Study of the child, 18, pp. 245-265. En: Rutter, M., (1985), *Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo*, Barcelona, España, Salvat.
- FREUD, S., (1926), Inhibitions, symptoms and anxiety. Standard Edition London: Hogarth Press, vol. 20. En: Rutter, M., (1985), *Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo*, Barcelona, España, Salvat.
- GOFFMAN, E., (1963), *Stigma: Notes on the Management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall. En: Ingalls, R. P. (1982), *Retraso Mental*, México, Manual Moderno.
- GROSSMAN, H. J., (1973), *Manual on terminology and classification in mental retardation revision*. Washington, D.C.: American Association on Mental Deficiency. En: Ingalls, R. P. (1982), *Retraso Mental*, México, Manual Moderno.

- GROSS, K., (1916), *La vida espiritual del niño*. En: Elkonin, D. B. (1978), *Psicología del juego*, Visor.
- HALLAS, C.H., (1972), *Asistencia y Educación del Subnormal*, Barcelona, Científico-Médica.
- HOBSON, R.P.; OUTSON, J.; LEE, A., (1989), Naming emotion in faces and voices: abilities and disabilities in autism and mental retardation, *British Journal of Developmental Psychology*, 7 (3), pp. 237-250.
- HURT, L.M.; GWYN, R., (1988), *Los niños con retardo mental*, Fondo de Cultura Económica.
- IBARGUENGONTIA, A.E., (1988), Epigénesis de la Ternura Masculina, en *Los Afectos*, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C., México, p. 62.
- Informe Anual de Actividades, (1995/1996), *Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las personas con discapacidad*, Comisión Nacional Coordinadora, Secretaría de Gobernación.
- INGALLS, R. P., (1982), *Retraso Mental*, México, Manual Moderno.
- JOBLING, A., (1988), The play focus in early intervention: Children with intellectual disabilities, *U Queensland Schonell Special Education Research Ctr, Brisbane, Australia Exceptional Child*, 35 (2), pp. 119-124, Jul.
- KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J., (1994), *Compendio de Psiquiatría*, México, Salvat Editores, 2a. ed.
- KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J., (1996), *Terapia de Grupo*, México, Médica Panamericana, 3a. ed.
- KAUFMAN, M.E., (1963), Group psychotherapy in preparation for return of mental defectives from institution to community. *Mental Retardation*, 1 (5), pp. 276-280. En: Ingalls, R. P., (1982), *Retraso Mental*, México, Manual Moderno.
- KIM, Y. T., LOMBARDINO, L.J., ROTHMAN, H., VINSON, B., (1989), Effects of symbolic play intervention with children who have mental retardation, *Journal Mental Retardation*, 27 (3), pp. 159-165.
- KOHL, L. F., y BECKMAN, P.J., (1990), Effects of directed play on the frequency and length of reciprocal interactions with preschoolers having moderate handicaps, *Education and Training in Mental Retardation*, 25 (3), pp. 258-266, September.
- KLEIN, M., (1932), *The psychoanalysis of children*. London: Hogarth Press. En: Schaefer, H.; O'Connor, K., (1988), *Manual de Terapia de Juego*, México, Manual Moderno.

- LI, ANITA, K.F., (1981), Play and the Mentally Retarded Child. *Journal Announcement*, 19 (3), pp. 121-126, Jun.
- MALONE, D. M.; STONEMAN, Z., (1990), Cognitive Play of Mentally Retarded Preschoolers: observations in the home and school, *American Journal on Mental Retardation*, 94 (5), pp. 475-487, Mar.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM, IV, (1996), Masson.
- MISCHEL, W., (1987), *Teorías de la Personalidad*, McGraw-Hill, pp. 263-273.
- MORRISON, T. L.; NEWCOMER, B.L., (1975), Effects of directive vs. nondirective play therapy with institutionalized mentally retarded children, *American Journal of Mental Deficiency*, 79 (6), pp. 666-669, May.
- NICOLAS, A., (1978), *Jean Piaget*, México: Fondo de Cultura Económica, Breviarios.
- NICKERSON, E.T., (1973), Psychology of play and play therapy in classroom activities. *Education Children*. Spring. En: West, J., (1994). *Terapia de Juego centrada en el niño*, México, Manual Moderno.
- NOT, L., (1978), *La Educación de los débiles mentales*, Herder.
- OAKLANDER, V., (1978), Windows to our children. Real Press, Utah. En: West, J., (1992), *Terapia de Juego centrada en el niño*, México, Manual Moderno.
- ODOM, S. L., JR., (1981), The Relationship of Play to Developmental Level in Mentally Retarded, Preschool Children, *Education and Training of the Mentally Retarded*, 16 (2), pp. 136-141, April.
- PADILLA, M.T.; FERNÁNDEZ, L.A. y DIAZ, T.E., (1987), Psicoterapia de Juego, *Revista de Psicología Aletheia*, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, (8), pp. 48-50.
- PERIS, P.M., (1985), *Diccionario Enciclopédico de Educación Especial*, Madrid, Diagonal/Santillana, vol. II.
- PETROVSKI, A.V., (1979), *Psicología General*, La Habana Cuba, Pueblo y Educación.
- PIAGET, J., (1985), *Seis estudios de Psicología*, Colección Obras Maestras del Pensamiento Contemporáneo, Planeta.
- POWELL, T. H., (1983), Teaching Mentally Retarded Children to play with their siblings using parents as trainers, *Education and Treatment of Children*, 6 (4), pp. 343-362, Fall.
- REDI, F., (1942), Diagnostic Group Work. *American Journal Orthopsychiatry*, 14: 53. En: Kaplan, H.I. y Sadock, B.J., (1996), *Terapia de Grupo*, México, Médica Panamericana, 3a. ed

- REEVE, J.M., (1994), *Motivación y Emoción*, McGraw-Hill.
- RIMM, C.D.; MASTERS, J.C., (1974), *Terapia de la Conducta*, México, Trillas.
- RIVERA, T. R., (1984), *La deficiencia mental dentro de la educación especial en México*, Tesis: Lic. en Psicología, ENEP- Zaragoza, UNAM.
- ROTH, E. A.; BARRETT, R.P., (1980), Parallels in art and play therapy with a disturbed retarded child, *U. Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Inst & Clinic Arts in Psychotherapy*, 7 (1), pp. 19-26.
- RUTTER, M., (1985), *Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo*, Barcelona, España, Salvat Edit.
- SAAD, F. Y FIERRO, F., (1985), *Un curriculum para el adolescente deficiente mental leve. (Programa de Educación para la Vida)*, Centro de Educación Continua, Facultad de Psicología. UNAM
- SAEZ, S.P., (1986), Expresión facial de la emoción de felicidad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, Universidad Complutense, 41 (3), pp. 527-538.
- SALES, M., (1982), El Juego y la Psicoterapia, *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 23 (3 - 4), pp. 107-114.
- SEGUIN, E., (1846), The moral treatment, hygiene, and education of idiots and other backward children, Paris. En: Ingalls, R. P., (1982), *Retraso Mental*, México, Manual Moderno.
- SCHAEFER, H.; O'CONNOR, K., (1988), *Manual de Terapia de Juego*, México, Manual Moderno.
- SIGMAN, M. D., (1992), Responses to the Negative Emotions of Others by Autistic, Mentally Retarded and Normal Children, *Child Development*, 63 (4), pp. 796-807, August.
- STRAIN, P., (1975), Increasing social play of severely retarded preschoolers with socio-dramatic activities, *Mental Retardation*, 13 (6), pp. 7-9, December.
- THARINGER, D.; HORTON, C.B.; MILEA, S., (1990), Sexual Abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps, *Child Abuse and Neglect*, 14 (3), pp. 301-302.
- TREDGOLD, A.F., (1937), A textbook of mental deficiency. Baltimore: Wood, (6th. ed.). En: Ingalls, R. P., (1982), *Retraso Mental*, México, Manual Moderno.
- UNGER, O.; HOWES, C., (1988), Mother-Child interactions and symbolic play between toddlers and their adolescent or mentally retarded mothers, *Occupational Therapy Journal of Research*, 8 (4) pp. 237-249, Jul-Aug.

- WAMBOLD, C.; BAILEY, R., (1979), Improving the Leisure-Time Behaviors of Severely/Profoundly Mentally Retarded Children through Toy Play, *AAESPH Review*, 4(3), pp. 237-250, Fall.
- WARREN, C. H., (1981), Diccionario de Psicología, Fondo de Cultura Económica.
- WASONGARZ, A. J., (1984), La evolución de la psicoterapia de grupo, *Revista Análisis Grupal*, 2 (4), pp. 8-17.
- WATKINSON, E. J., WALL, A.E., (1979), The PREP Play Program: Play Skill Instruction for Young Mentally Retarded Children, *Alberta University, Edmonton*, November
- WEST, J., (1994), *Terapia de Juego centrada en el niño*, México, Manual Moderno.
- WINNICOTT, D.W., (1986), *Realidad y Juego*, Editorial Gedisa, Buenos Aires, Argentina.

